

Le poids des années ou Le poids du regard
Et si on les écoutait ?



UE 5.6.S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : Lundi 19 mai 2025

Directeur de mémoire : Monsieur Bernard Collet

Table des matières

Introduction.....	1
1 Situation d'appel	2
2 Questionnement.....	6
3 Question de départ.....	10
4 Cadre de référence.....	11
4.1 Approche notionnelle de la personne âgée	11
5 Représentation et stigmatisation.....	15
5.1 Etymologie et approche conceptuelle	15
5.2 Les représentations sociales des personnes âgées.....	17
5.3 Approche notionnelle de la dépendance	19
5.4 Approche conceptuelle de l'autonomie	21
5.5 Autonomie et dépendance.....	21
6 La relation soignant-soigné	23
6.1 L'alliance thérapeutique	25
6.2 Le soin au cœur de la relation.....	27
6.3 La vulnérabilité	29
6.4 Le soignant, qui est-il ?.....	31
6.5 L'écoute au cœur de la relation d'aide.....	33
7 Synthèse du cadre de référence	35
8 Enquête exploratoire	37
9 Méthodologie	37
9.1 Méthode clinique	37
9.2 Choix de l'outil.....	37
9.3 Lieu de l'enquête et Population choisie	38
9.4 Déroulement des entretiens.....	38
9.5 Difficultés rencontrées.....	39
9.6 Résultats et Analyses des entretiens (Annexe II).....	40
9.7 Entretien n° 1 avec Rose aide-soignante.....	40
9.8 Entretien n° 2 avec Arya aide-soignante.....	44
9.9 Entretien n°3 avec Athéna infirmière	47
9.10 Entretien n° 4 avec Cléopâtre infirmière	54
9.11 Analyses croisées des entretiens (Annexe III)	56

10	Synthèse	64
11	Problématique	64
12	Question de recherche	66
	Conclusion.....	67
	Bibliographie.....	69

Note aux lecteurs et lectrices :

*« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie
sans l'accord de son auteur. »*

Remerciements

Trois années se sont écoulées, rythmées par les exigences, les doutes, les remises en question, mais aussi par des rencontres précieuses et des réussites inattendues. Aujourd'hui, au terme de ce chemin, je souhaite remercier ceux qui, dans l'ombre ou dans la lumière, ont accompagné mes pas.

À ma famille, à mon mari, à mes enfants : vous avez été mes repères, mes forces tranquilles. Merci pour votre patience silencieuse, votre amour inconditionnel et votre compréhension face à mes absences et mes silences. Vous avez su me soutenir dans les moments de doute, d'épuisement, et m'encourager lorsque je perdais confiance. Votre force, votre tendresse, et votre présence ont été mon moteur, ma boussole. Ce diplôme, ce mémoire, c'est aussi le vôtre.

À ma belle-sœur et à mon frère, qui ont su, chacun à leur manière, m'accompagner avec bienveillance et constance dans ce travail de rédaction et de réflexion.

À Monsieur Bernard COLLET, mon directeur de mémoire, je dois beaucoup. Son accompagnement attentif et sa disponibilité précieuse tout au long de ce cheminement. Je l'ai beaucoup sollicité, parfois même avec insistance, et pourtant, il a toujours su me répondre avec patience, rigueur et bienveillance. Son regard critique et encourageant a nourri ma réflexion et m'a permis de structurer mes idées avec clarté. Il m'a poussée à donner du sens à chaque étape de ce travail, et pour cela, je lui suis profondément reconnaissante.

À l'ensemble des formateurs de l'institut, qui nous ont transmis bien plus que des savoirs : une vision du soin, empreinte d'humanité, de respect et d'engagement. Grâce à vous, j'ai grandi, autant comme soignante que comme personne.

À mes camarades de promotion, compagnons de cette aventure, et tout particulièrement à Zeineb, une personne forte et authentique avec qui j'ai partagé des hauts et des bas. Ton écoute, ton humour, ta franchise et ta présence constante ont été d'un grand réconfort. Merci d'avoir été là, tout simplement.

Ce mémoire est plus qu'un simple travail universitaire : il est l'empreinte d'un chemin de vie, tissé d'efforts, de rencontres et d'espérances. À toutes celles et ceux qui ont fait partie de ce voyage, je dédie ces mots, avec une gratitude sincère.

Introduction

Avant d'être étudiante en soins infirmiers, j'ai exercé en tant qu'aide-soignante. Cette expérience m'a permis d'être très tôt confrontée aux réalités du soin et d'observer la place qu'occupent les personnes âgées dans nos pratiques. J'y ai vu des soignants engagés, bienveillants, mais aussi des attitudes parfois empreintes de jugements ou d'automatismes. Ces constats ont fait naître en moi une réflexion profonde : comment nos représentations des personnes âgées influencent-elles la qualité de la relation que nous entretenons avec elles ? Cette question est d'autant plus essentielle aujourd'hui que notre société connaît un vieillissement démographique sans précédent. Grâce aux progrès de la médecine, les personnes âgées vivent plus longtemps, mais souvent avec des polypathologies et des besoins complexes. Cette évolution nous impose, en tant que soignants, d'adapter nos pratiques et d'interroger sans cesse notre posture professionnelle. La vieillesse ne peut être réduite à la dépendance ou au déclin ; c'est une étape de vie à part entière, qui mérite respect et considération. C'est dans ce contexte que s'inscrit ma question de départ : « ***En quoi les représentations soignantes influencent-elles la qualité de la relation soignant-soigné des personnes âgées ?*** »

Pour mener cette réflexion, je commencerai par vous présenter une situation vécue en stage, qui a été pour moi un véritable déclenchement de questionnement. Je poursuivrai en exposant mon questionnement et ma problématique de départ, puis je vous présenterai le cadre de référence qui m'a permis de structurer cette réflexion à travers les apports d'auteurs et de théoriciens reconnus. Je détaillerai ensuite l'enquête exploratoire menée auprès de professionnels de santé, dont les témoignages sont venus enrichir mon analyse et donner un éclairage concret à mon sujet.

Enfin, j'apporterai une conclusion qui viendra synthétiser les enseignements de ce travail et ouvrir des perspectives sur l'importance de faire évoluer nos pratiques soignantes.

Car au-delà des gestes techniques, le soin est avant tout une rencontre. Une rencontre où chaque parole, chaque regard, chaque posture peut renforcer la dignité d'un patient ou au contraire, l'amoindrir. Dans un contexte où la vieillesse devient un enjeu majeur pour notre société, il me semble plus que jamais indispensable de réfléchir à la manière dont nous accompagnons ces personnes, afin de leur offrir un soin qui soit à la hauteur de leur humanité.

1 Situation d'appel

Mon premier jour de stage, je suis accueillie par l'infirmière cadre coordinatrice, elle me fait visiter cet établissement tout neuf au cadre bien agréable. Elle m'explique le fonctionnement de l'établissement et me présente auprès de l'équipe tout en me donnant mon planning pour ma période de stage. Je travaille sur une amplitude de 12h par jour. Lors de la visite, j'étais étonnée par le nombre de résidents et si peu d'effectif. J'en fais part à la cadre, elle me répond : « Cela fait des années que je pratique en Ehpad, j'ai le bon quota de soignant, c'est partout pareil. » C'est un Ehpad (Etablissement d'Hébergement pour personnes Agées Dépendante) se situant dans le département du Vaucluse. Cette résidence médicalisée est composée de 80 lits dont 14 en Unité Alzheimer et 13 dédiés aux grands dépendant (UGD). Elle accueille des personnes âgées autonomes, semi valides et dépendantes. Trois secteurs USA au RDC le 1^e et 2^{ème} étage et enfin le troisième étage UGD qui est constitué d'un PASA. Chaque résident dispose d'une chambre individuelle équipée d'une salle de bain ainsi que du mobilier. Les pathologies et le niveau d'autonomie des résidents sont diversifiés, ce qui justifie la grande capacité d'adaptation des soignants afin de répondre aux mieux aux besoins de chacun. Deux infirmières pour tout l'établissement, deux aides-soignantes par étage ainsi que des auxiliaires de vie.

Ma première semaine, je travaille en collaboration avec les aides-soignantes, je m'occupe des résidents celle-ci m'avaient attribué un secteur de quatre résidents. Les chambres numéro 20 à 24. Le rythme de travail est très soutenu. Les soignants ne disposent pas du temps nécessaire pour répondre à toutes les demandes des résidents ni pour entendre les plaintes des uns et des autres. Une phrase commune de la part des soignants revient souvent : « Ne vous inquiétez pas, dès que j'ai un moment je reviens. » Malgré le manque de temps, l'équipe s'efforce de rester à l'écoute des résidents mais il n'est pas rare que ces derniers expriment un sentiment de solitude ou d'incompréhension. Je les entends souvent marmonner « Vous dites toujours la même chose. »

Lors de ma deuxième semaine de stage, le 15 septembre 2023, en début d'après-midi, j'ai eu l'occasion d'accueillir Madame V., une nouvelle résidente âgée de 96 ans. Désormais installée dans la chambre 20, située au fond du couloir, elle est arrivée enveloppée dans un drap, recroquevillée au point que son visage était à peine perceptible. L'aide-soignante qui m'accompagnait s'est exclamée : « Oh, la petite Maminette, qu'elle est tout âgée, qu'elle est toute frêle. » Madame V. venait d'être transférée par les ambulanciers depuis un centre

hospitalier. Dans son dossier médical, on pouvait lire le motif d'admission : un maintien à domicile devenu difficile ainsi que son histoire de vie.

Depuis le décès de son mari et de ses deux enfants, Madame V vit seule. Je me présente à Madame V : « Bonjour, je suis Malika étudiante infirmière, c'est moi qui vais m'occuper de vous. » Elle répond : Que voulez-vous que ça me fasse, et puis finit par me dire, je plaisante au moins vous aurez du temps à me consacrer puisque vous êtes étudiante. » Madame V ne présente aucun trouble cognitif, mais dans la fiche de liaison, il est indiqué que c'est une patiente démente, désorientée, avec un risque de fugue, nécessitant une aide totale pour ses soins d'hygiène. Elle parvient encore à effectuer les transferts du fauteuil au lit et, pour se déplacer, elle utilise un fauteuil roulant. Je la trouve très affaiblie, car elle ne pèse que 33 kg. Malgré cela, Madame V communique très bien, s'oriente dans le temps et dans l'espace, tient un discours cohérent. Elle se plaint de la solitude et de sa perte d'autonomie. : J'ai pris ses constantes, j'ai demandé ses antécédents, j'ai pesé la patiente et évalué ses capacités cognitives à l'aide d'une échelle. Elle m'explique qu'elle n'apprécie pas le milieu hospitalier car bon nombre de soignants, ont tendance à l'infantiliser. Elle m'a également confié qu'elle en avait assez de subir des traitements de chevaux, qu'elle pouvait s'en passer et néanmoins, elle ne cherchait pas à fuguer. Je lui ai alors demandé : « Pour quelles raisons pensent-ils que vous voulez fuguer ? » Elle m'a répondu avec aplomb : « Bah pardi, je ne suis plus une ado ! Chez moi je ne reste pas enfermée toute la journée ! » Pendant ce temps Je lui apporte un nécessaire de toilettes car elle est arrivée sans rien. Je lui explique le fonctionnement de l'EHPAD et l'endroit où elle prend son repas. Je lui ai demandé si elle avait de la famille. Elle est seule me répond-elle, excepté une voisine qui me rend visite de temps en temps. « J'aimerais être chez moi, je n'ai rien à faire ici, je n'ai pas demandé à être enfermée dans ce trou. » Je la regarde un instant, et je lui dis : « On se voit demain, demain sera un autre jour. »

Le lendemain matin arrivée dans le service, j'entends des cris, cela provenait de la chambre de Madame V, quand j'entre dans la chambre je la trouve contentionnée, j'étais surprise, elle crie du fait d'être immobilisée sur le lit. Je défais la contention, je la rassure, je lui demande pourquoi elle est contentionnée. Elle me dit : « ces abrutis ! Ils pensent que je vais fuguer. L'aide-soignante m'a dit qu'elle revenait ! » Je lui défais la contention. Elle a beaucoup d'humour, concernant les soignants. Elle a noté que souvent les soignants lui disent : « ne vous inquiétez pas je reviens ! » mais ils ne reviennent pas. Elle me regarde un instant et me dit : « Je ne suis pas folle, vous savez, moi aussi j'ai été jeune, j'avais un travail mais aujourd'hui mon corps a

vieilli mais pas ma tête je pense et j'arrive toujours à me débrouiller. Je lui réponds : « Vous avez raison de me le rappeler ». Après ces paroles, je l'aide à faire sa toilette, elle se brosse les cheveux et les dents toute seule. Elle me dit : « j'aimerais être avec des résidents qui vivent, pas des morts, je pourrai ainsi discuter, échanger. Je note dans son dossier de soin sa demande. Après une réunion pluridisciplinaire, l'équipe décide la mettre au rez-de-chaussée car les résidents peuvent déambuler. Dans l'après-midi, j'informe la résidente, elle semblait contente. L'équipe et moi-même transférons les affaires de Madame V à la chambre 9 qui se trouve au rez de chaussez.

Au fil du temps, j'observe une évolution chez madame V : elle ne participe plus aux soins, refuse le transfert du lit au fauteuil, et préfère rester alitée. Dans un moment de détresse, elle verbalise que le traitement la plonge dans un état de somnolence dont elle souhaite se libérer et finit par me dire : « Vous êtes le chef, c'est vous qui commandez, et nous, on exécute ! » Ces mots me troublent. Ils traduisent une perte de contrôle, une soumission presque forcée à une situation qu'elle ne semble plus combattre.

Après deux jours de repos, je reprends le service avec deux nouvelles infirmières. En m'occupant à nouveau de Madame V, je remarque que son état s'est encore détérioré. Elle est consciente, mais réagit très lentement, réponds à peine aux questions et garde les yeux à moitié ouverts. Je la trouve moins dynamique, moins communicative. Inquiète, je partage mes observations avec l'une des infirmières, elle m'écoute et note effectivement l'état semi somnolent de la résidente et me dit : « Prends-lui ses constantes ! Bon bah ça va, elles sont normales. ». Elle me propose simplement de la réévaluer un peu plus tard. Cela dit, sa réaction me surprend. Elle me répond, presque avec détachement : « Ne t'inquiète pas, les personnes âgées sont souvent comme ça, en demande d'attention. Elle ira mieux demain. » Je reste tout de même perplexe. Son ton me donne l'impression que mes observations ne sont pas suffisamment fondées pour susciter des inquiétudes.

De retour dans la salle de soins, je lui pose la question : « Dois-je faire une fiche médecin ? » Elle répond : « Non, pas besoin ! À cet âge, c'est normal ! On la surveille au prochain tour. » Malgré tout, je demande si je peux vérifier les ordonnances prescrites par le médecin. L'infirmière, paraît visiblement peu concernée, me répond : « Si tu veux, si ça peut te faire plaisir. » Je prends alors l'initiative de consulter la prescription médicale pour vérifier s'il n'y a pas d'incohérences dans les traitements prescrits et administrés. Je sais que les traitements sont préparés par une pharmacie externe et que les sachets arrivent prêts, avec le nom du résident,

le médicament, sa forme galénique et sa posologie. Jusqu'à présent, même sous la responsabilité de l'infirmière j'ai toujours distribué et administré les médicaments sans lire au préalable la prescription du médecin. À ce moment, je me demande s'il pourrait, y avoir une discordance entre la prescription et ce qui est administré.

Il est 14h, je prends connaissance de l'ordonnance et je note que seul le médicament seresta, un anxiolytique de la famille des benzodiazépines, est prescrit dans le traitement de l'anxiété de Mme V. Elle doit le prendre matin, midi, soir. Or, on lui donne également du rispéridone matin, midi et soir 0.25 mg. Le rispéridone est un antipsychotique utilisé dans la schizophrénie. Effets secondaires : somnolence, fatigue, vertige, difficulté de concentration, anxiété. En faisant les liens avec son état général, je me demande si cette association n'est pas la cause de son état.

À 15h00, c'est le moment des transmissions pour l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Chaque soignant prend tour à tour la parole pour discuter des différentes problématiques rencontrées lors des soins. Lorsque vient le tour de Madame V, je décide de soulever l'incohérence dans la prise en charge, étant la personne responsable de ses soins. L'ensemble de l'équipe m'écoute, y compris l'infirmière cadre coordinatrice. J'explique alors que l'état de Madame V se détériore et qu'en lisant la prescription, j'ai noté une incohérence entre ce qui est prescrit par le médecin et les traitements fournis par la pharmacie. J'expose mon analyse clinique et souligne les divergences observées. L'IDEC me pose alors une question : « Quels sont ces traitements ? ». Je lui énumère l'ensemble des traitements concernés ainsi que leur répartition. Elle finit par me dire : « On ouvre une fenêtre thérapeutique, en attendant le médecin. »

À la fin des transmissions, en quittant la salle de réunion, l'infirmière m'interpelle brusquement. Elle se rapproche et me dit, d'un ton sec : « Depuis quand te permets-tu de prendre cette initiative ? Rappelle-toi que tu es étudiante stagiaire. C'est à moi de soulever le problème de Madame V pas à toi. » Ces paroles me touchent profondément et me rappellent la position hiérarchique que j'occupe. Déconcertée, j'essaie de lui expliquer, mais elle refuse de m'écouter et coupe court à mes arguments. Je suis choquée par sa réaction. Je comprends à ce moment-là le déséquilibre de nos rôles : elle réaffirme son autorité tandis que je suis reléguée au second plan. Durant les jours qui suivent, je ne sais plus comment me positionner dans l'équipe, l'asymétrie entre mon statut de stagiaire et celui de l'infirmière me pousse à hésiter à exprimer mes inquiétudes lors des transmissions.

Entre-temps, une fiche médicale est réalisée, permettant au médecin de passer voir Madame V. Il constate effectivement une incohérence dans le traitement actuel et décide d'arrêter deux des médicaments prescrits. Progressivement, l'état de Madame V s'améliore de manière significative : elle participe à sa toilette, se montre plus communicative et son état général s'en trouve nettement amélioré. À ce moment-là, je ressens un profond soulagement. J'avais le sentiment que ma persévérance avait porté ses fruits. Cependant, il est important de noter que, malgré cette évolution positive, l'infirmière n'a pas reconnu ma compétence dans ce diagnostic. Cette absence de reconnaissance a évoqué en moi un mélange de frustration et d'incompréhension, d'autant plus que j'avais été très attentif à l'état de santé de Madame V tout au long de sa prise en charge dans les soins.

Malgré tout, les mots de gratitude de Madame V. ont constitué pour moi une réelle source de réconfort. En me remerciant pour l'attention que je lui avais portée, elle a exprimé, avec simplicité et une pointe d'humour, l'importance de l'écoute en disant : « Ma petite dame, il faut toujours écouter le patient. » Ces paroles ont profondément résonné en moi, me rappelant combien l'écoute est au cœur de notre métier d'infirmière. Chaque interaction avec les patients, qu'elle soit brève ou prolongée, revêt une immense valeur, car c'est souvent par l'écoute que l'on parvient réellement à comprendre leurs besoins, leurs inquiétudes et leur humanité. Cette situation m'a également fait prendre conscience que l'écoute n'est pas seulement une compétence professionnelle, mais un acte empreint de respect et d'empathie, fondamental pour instaurer une relation de confiance et offrir des soins de qualité."

2 Questionnement

Au cours de mes trois années en tant qu'étudiante-infirmière, je me suis souvent interrogée sur ma manière d'accompagner les patients en généralité mais plus particulièrement les personnes âgées en milieu de soin. Au travers de mon expérience et des stages effectués dans d'autres EHPAD, j'ai remarqué que les nouvelles constructions se démarquent par leur allure moderne et accueillante conçue pour offrir un cadre de vie agréable aux résidents. Jérôme Pélissier souligne : « *La modernisation et les créations nouvelles d'établissements depuis ces six dernières années permettent aux retraités d'envisager un séjour comportant des qualités comparables à celle d'un hôtel.* » (Pélissier, 2003, p.188.). Chaque résident dispose d'une chambre individuelle, pensée pour un véritable espace de vie, avec tout le confort nécessaire. Ces Ehpad sont construits pour créer un environnement où il fait bon vivre, presque comme

un second chez soi, ou l'on se sentirait à l'aise et en sécurité. Serait-ce une volonté politique, étant donné que l'espérance de vie augmente ? Faut-il les rendre plus attractifs ? Faut-il mettre en quarantaine nos « vieux » ? Les résidents se sentent-ils vraiment chez eux ? Et pour quelles raisons ces lieux de vie sont-ils destinés à cette catégorie de personnes « les vieux et les dépendants » ? Autant de questions auxquelles je n'ai pas forcément de réponses.

Le vieillissement, après tout, ne se résume pas à une simple question d'âge ou à une condition physique. Je pense qu'il s'agit d'une expérience profondément personnelle, une réalité unique à chacun, qui mérite d'être envisagée dans toute sa complexité et son humanité. En tant que soignants, comment pouvons-nous offrir des soins qui respectent à la fois l'identité et l'autonomie de nos patients tout en évitant de tomber dans les pièges des stéréotypes liés à la vieillesse ? Cette réflexion m'a particulièrement interpellée lors de ma rencontre avec Madame V. À travers de sa prise en charge, j'ai été confrontée à des questions cruciales : écoutons-nous vraiment nos patients âgés, et si oui, avec quelle attention ? Madame V m'a permis de prendre conscience des enjeux autour de l'écoute, ou parfois de son absence, dans la relation soignant-soigné. Cette situation m'a également amenée à réfléchir aux concepts d'autonomie, de dépendance, d'infantilisation, et à reconsidérer la manière dont l'âge et les représentations de la personne âgée influencent nos pratiques. C'est à travers l'exemple de Madame V que je souhaite aborder ces différentes thématiques pour mieux comprendre les subtilités et les enjeux présents dans la relation soignant-soigné.

Je me suis donc interrogée s'il était vraiment possible de définir une personne uniquement par son âge ? Cette question, je me la pose souvent depuis ma rencontre avec Madame V. Lorsque Madame V me rappelle qu'elle ne représente pas juste un corps vieilli c'est avant tout Madame V. Il est possible que j'aie pu laisser paraître dans mon comportement ou dans mes gestes une attitude désobligeante ? À quel moment peut-on dire qu'une personne est « âgée » ? Est-ce un nombre sur une carte d'identité ou bien est-ce le reflet d'une expérience, d'un ressenti ? Plus j'observe Madame V, plus je réalise que la notion d'âge est infiniment subjective. Elle me confronte à l'idée que l'âge n'est pas seulement une réalité biologique, mais aussi une construction sociale et individuelle. À quel point sommes-nous influencés, en tant que soignants, par cette vision réductrice de l'âge ? Lorsque Madame V me rappelle qu'elle ne représente pas juste un corps vieilli c'est avant tout Madame V. Ses propos mettent en lumière l'importance de reconnaître les personnes âgées non pas comme des entités homogènes ou stéréotypées, mais comme des individus uniques, avec un passé, un vécu et une identité.

Je pense que les soignants doivent être sensibilisés à cela et éviter la déshumanisation des soins, où le patient est perçu simplement comme un corps vieillissant. Une approche holistique conviendrait mieux. Madame V se perçoit-elle comme « vieille » ou est-ce simplement mon regard, en tant que jeunes et soignants, qui projettent cette image sur elle ? J'ai remarqué chez elle une capacité d'analyse et une curiosité intellectuelle intactes. Son corps peut certes porter les marques du temps, mais son esprit demeure vif. Cette contradiction m'interpelle et me pousse à réfléchir sur la manière dont le vieillissement est perçu et vécu. La société semble souvent associer l'âge avancé à une perte d'autonomie et de valeur, mais est-ce là la réalité de chacun ?

La situation de Madame V m'amène également à m'interroger sur mes propres perceptions : comment éviter de réduire l'identité d'une personne à sa seule apparence physique ou à son âge ? La subjectivité de l'âge, c'est aussi cette capacité à reconnaître que chaque individu vit le vieillissement de manière unique. Pour Madame V, vieillir n'est pas synonyme de déclin, mais peut-être d'une adaptation continue à un corps qui change. Cela me rappelle en tant qu'étudiante-infirmière, je suis confrontée à la nécessité de dépasser les critères physiques et d'élargir ma compréhension du vieillissement. L'expérience de Madame V et son placement en institut m'invite à me questionner sur mes propres biais : Est-ce que je la vois avant tout comme une « patiente âgée » ou comme une personne avec une histoire, des pensées et des désirs ? En définitive, la subjectivité de l'âge me semble être une invitation à reconnaître la richesse de chaque parcours de vie, au-delà des classifications et des stéréotypes liés à l'âge. Je pense que les soignants doivent être sensibilisés pour éviter la déshumanisation des soins, où le patient est perçu simplement comme un corps vieillissant.

Ensuite, je me suis interrogée, comment peut-on concilier le besoin de soins avec le respect de l'autonomie des personnes âgées ? Peut-on être dépendant physiquement tout en restant autonome dans ses décisions ? La question de l'autonomie est, selon moi, centrale dans la prise en charge des personnes âgées. Même si elles dépendent de certaines activités quotidiennes comme la toilette, les repas, ou les déplacements, leur capacité à décider pour elles-mêmes et à exprimer leurs besoins doit être préservée dans la mesure du possible. Dans le cas de Madame V, je me suis rendu compte qu'il est facile de tomber dans le piège de l'infantilisation. Sous prétexte de vouloir bien faire, on a tendance à décider à sa place, à prendre en charge des tâches qu'elle pourrait peut-être encore accomplir seule, ou à ignorer ses envies et préférences. Pourtant, cette approche risque de renforcer sa dépendance et de diminuer son sentiment de

contrôle sur sa propre vie. En l'infantilisant, ne la privons-nous pas d'une partie de son autonomie ? Je m'interroge donc sur la manière de trouver un équilibre : Comment puis-je répondre à ses besoins tout en respectant ses choix ? L'enjeu, pour moi, est de ne pas considérer Madame V uniquement sous l'angle de sa dépendance, mais de reconnaître et de valoriser ses capacités restantes. Ainsi, même si elle nécessite d'une aide, elle doit pouvoir exprimer ses besoins et ses envies, je dois m'assurer de ne pas laisser mes propres perceptions de sa fragilité guider toutes les décisions.

Aussi, dans la situation avec Mme V, j'ai été confronté à la manière dont les stéréotypes sur la vieillesse influencent les pratiques professionnelles notamment en EHPAD. J'ai constaté que la vieillesse est souvent perçue à travers le prisme du déclin, de la dépendance et de la fragilité. Face à cette vision réductrice, je m'interroge sur l'impact que cela peut avoir sur ma relation avec Mme V. Est-il légitime de présumer une « perte d'autonomie » dès lors qu'une personne franchit un certain âge ? Ne risquons-nous pas, en agissant ainsi, de réduire les possibilités d'expression de Mme V et de négliger ses ressources propres ? Je me demande également dans quelle mesure ces stéréotypes influencent mes interactions quotidiennes avec elle. Par exemple, lorsque je parle de Mme V dans les transmissions, ai-je tendance, moi aussi, à utiliser le terme « perte d'autonomie » sans nécessairement remettre en question sa pertinence ? Ce langage n'oriente-t-il pas déjà ma manière de la percevoir et d'intervenir auprès d'elle ? Je ressens parfois une certaine pression à employer cette terminologie, comme si cela justifiait ma pratique professionnelle. Pourtant, je me demande : Est-ce que cela reflète vraiment la réalité de la situation de Mme V ? J'aimerais réfléchir comment je pourrais dépasser ces représentations. Comment puis-je, dans ma pratique, reconnaître et valoriser les capacités de Mme V, plutôt que de me focaliser sur ses limitations ? Est-ce que je lui accorde suffisamment d'espace pour s'exprimer sur ses besoins et ses envies, ou est-ce que, par habitude, je décide pour elle ? Parfois, l'écoute active me semble entravée par une certaine forme d'asymétrie dans la relation soignant-soigné. Je me demande alors comment je pourrais ajuster mon approche pour inclure réellement Mme V dans les décisions qui la concernent, et ainsi contribuer à une meilleure qualité des soins. Également, je me questionne sur la manière dont je pourrais contribuer à déconstruire ces stéréotypes dans l'équipe soignante. Comment encourager une réflexion collective sur nos pratiques et notre manière de percevoir les personnes âgées ? Est-il possible de créer un espace de discussion où nous explorons ces représentations et leurs conséquences sur les soins que nous prodiguons à Mme V et aux autres résidents ?

Enfin, j'aimerais conclure ma réflexion en m'attardant sur la notion d'asymétrie qui existe au sein de la relation soignant-soigné. Je me suis également intéressée sur les facteurs ayant pu conduire l'infirmière à réagir avec tant d'agressivité. L'absence d'écoute, tant envers la résidente qu'envers moi-même, a profondément résonné en moi. En tant que stagiaire, j'ai souvent remarqué que mes observations et mes interventions ne sont pas toujours prises en compte, voire parfois dévalorisées ou négligées. Cela pose une question essentielle : Pourquoi cette distance persiste-t-elle entre les différents acteurs du soin ? Le manque d'écoute dont j'ai été témoin reflète-t-il un manque de reconnaissance de mon rôle dans la prise en charge de Madame V, ou s'agit-il simplement d'un effet des structures organisationnelles des établissements de soins ? L'attitude adoptée dans cette situation, notamment l'absence d'attention portée à Madame V, dévoile un problème plus profond : l'importance accordée, ou non, à la parole des patients, particulièrement celle des personnes âgées. Est-ce que l'âgisme et l'infantilisation des résidents alimentent cet écart d'écoute ? Interrogeons-nous suffisamment sur les conséquences de cette absence de reconnaissance et son impact sur la qualité des soins et le bien-être du patient ? En tant qu'étudiante, quelle posture puis-je adopter pour agir face à ces situations où l'écoute fait défaut ? La différence entre l'écoute attentive que j'ai tenté d'offrir à Madame V et l'indifférence affichée par l'infirmière illustre cette asymétrie relationnelle persistante. Elle met également en lumière une dynamique de pouvoir qui privilégie certaines voix tout en marginalisant d'autres.

Toutes ces réflexions m'ont amené à me questionner : Qu'est-ce qu'une personne âgée ? Comment la définit on ? Ce manque d'écoute est-il le fruit d'un comportement acquis, un mécanisme de défense face à la surcharge de travail, ou bien le reflet d'une tendance structurelle à minimiser la parole des patients et des étudiants ? Devons-nous accepter cette réalité ou, au contraire, chercher activement des moyens pour la changer ? Comment instaurer une culture d'écoute et de reconnaissance, dans laquelle chaque acteur du soin, famille, patient, soignant aurait une place et une voix étudiante réellement entendue et respectée ? C'est précisément à travers ces interrogations que je souhaite introduire ma question de départ pour ce mémoire.

3 Question de départ

Ma situation vécue et le questionnement qui en découle m'amènent à réfléchir à la question suivante : « ***En quoi les représentations soignantes des personnes âgées influencent-elles la qualité de la relation soignant-soigné*** » ?

4 Cadre de référence

Dans ce cadre de référence, je définirai dans un premier temps ce que l'on entend par le terme de « personne âgée », en m'appuyant sur des définitions théoriques et des travaux de recherche. J'aborderai ensuite les « représentations sociales » des personnes âgées, en mettant en lumière les stéréotypes qui peuvent influencer leur prise en charge. Par la suite, je développerai des notions essentielles telles que « l'autonomie », « la dépendance » et « la vulnérabilité », qui occupent une place centrale dans la relation soignant-soigné. Je poursuivrai en analysant « la relation soignant-soigné », en insistant sur l'importance de « l'alliance thérapeutique » et du soin dans l'établissement d'un lien de confiance avec la personne âgée. Enfin, je conclurai ce cadre de référence en explorant le rôle primordial de l'écoute, indispensable pour garantir des soins de qualité et respectueux des besoins de la personne.

4.1 Approche notionnelle de la personne âgée

La notion de « *personne âgée* » est définie par des critères souvent influencés par des représentations sociales et culturelles qui peuvent impacter profondément la relation soignant-soigné. Ainsi, selon l'INSEE, « *une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans* », tandis que l'OMS fixe cette limite à 65 ans. Ces critères chronologiques, bien qu'ils soient utiles, apparaissent souvent réducteurs.

En réalité, le vieillissement ne peut se réduire à une question d'âge, comme l'illustre le cas de Mme V, âgée de 96 ans. Malgré son âge avancé, elle dispose encore de capacités qui témoignent de son autonomie. Simone de Beauvoir affirme que « *l'âge est en grande partie une affaire de regard, elle n'est pas seulement un fait biologique, mais un fait culturel* » (Beauvoir, 1970, p.20). Cette idée met en évidence que la perception du vieillissement n'est pas uniquement une question biologique mais repose principalement sur le regard de la société et la vision qu'elle se fait de la personne âgée. Par conséquent, l'auteur soutient que la vieillesse est une construction sociale influencée par des normes de « productivité et d'utilité ». Ainsi, dès qu'une personne cesse d'être perçue comme « *productive* », elle devient automatiquement « *vieillissante* » ou même « *inutile* ». Ce regard influence beaucoup les soignants qui se concentrent principalement sur les aspects fonctionnels, en oubliant d'autres aspects tels que le mode de vie, les liens familiaux, l'état de santé et l'autonomie.

En stage, j'ai pu constater que ces représentations sociales influencent directement notre prise en charge. Les personnes âgées sont souvent perçues comme fragiles ou dépendantes, ce qui peut entraîner des comportements infantilisants, parfois même involontaires. Jérôme Pellissier

(2003) souligne que « *les vieux ne peuvent qu'utiliser les seuls pouvoirs et moyens d'expression que nous leur laissons.* » Cela me fait réfléchir à l'importance de reconnaître l'individualité des patients, au-delà des stéréotypes liés à leur âge. En effet, un soignant qui s'intéresse au patient sur ses centres d'intérêt, sa perception de la vie, ce qui peut la rendre joyeuse, valorise celui-ci de manière que la relation s'en trouve plus agréable.

Ce regard uniforme de la personne âgée peut donc influencer la qualité de la relation. Par exemple, des termes comme « *troisième âge* » ou « *quatrième âge* » catégorisent les étapes du vieillissement de manière rigide. L'âge reste une notion subjective et évolutive : « *dans les années 1970, une personne de 60 ans était perçue comme âgée, alors qu'aujourd'hui cette limite tend à se situer autour de 85-95 ans* » (source INSEE.) Les progrès dans la technologie et la médecine ont fait évoluer la durée de l'espérance de vie. Une personne à 60 ans est perçue aujourd'hui comme une personne autonome, dynamique, entreprenante. La vision de la personne âgée s'en trouve donc modifiée, à condition de ne pas la limiter dans ses limites physiques. Par conséquence, l'image du « déclin » affecte souvent la qualité de l'attention et de l'écoute accordées, la personne âgée est alors perçue à travers le prisme de la fragilité et de l'inutilité. Elle a ses facultés intellectuelles et psychologiques. Ainsi, il est important d'éviter d'associer systématiquement et d'une manière générale, le vieillissement à une perte d'autonomie, à une dépendance, donc à une inutilité pour la société. Cela peut impacter la qualité de la relation dans le soin entre le soignant et le patient.

À ce propos, les dispositifs législatifs comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et la grille AGGIR, destinés à évaluer et répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie, participent également à cette vision uniformisée de la dépendance. En effet, La catégorisation des âges est un phénomène qui, selon Bernard Ennuyer, réduit les individus à des catégories arbitraires qui ne tiennent pas compte de leur singularité. Il affirme que : « *la société classe les individus quasi uniquement en fonction de leur âge* », et que cela mène à une réification, c'est-à-dire à un processus par lequel on transforme les individus en objets sociaux figés et dépersonnalisés » (Ennuyer, 2011, p.127). Ce passage montre que les stéréotypes sociaux influencent les relations dans le soin. Les soignants, parfois sans s'en rendre compte, ajustent leur comportement en fonction d'une vision figée de la vieillesse. Cela peut entraîner soit une « *compassion excessive, qui peut infantiliser* », soit un « *rejet, qui marginalise* ». Ces attitudes créent une relation asymétrique, où la personne âgée est réduite à sa dépendance, sans qu'on tienne compte de son individualité.

Le rapport Laroque (1962) mettait déjà en lumière cette ambiguïté en soulignant que l'âge chronologique ne reflète pas toujours l'état réel de santé, la validité ou l'autonomie des individus. En d'autres termes, catégoriser une personne comme « vieille » uniquement en raison de son âge masque les réalités diverses et complexes de la vieillesse. Pourtant, la société a continué à définir les « personnes âgées » de manière uniforme, en leur attribuant un ensemble de caractéristiques liées à la dépendance, à la fragilité, ou à la perte d'autonomie, des traits qui, bien que parfois présents, ne s'appliquent pas à tous les individus de ce groupe (Haut Comité consultatif de la Population et de la Famille, 1962, p. 4-5).

Dans la relation de soin, ces biais peuvent nuire à l'établissement d'une relation authentique et respectueuse. Les soignants, influencés par une vision homogène des personnes âgées, peuvent être moins enclins à écouter activement ou à respecter les choix et préférences de leurs patients, soulignant parfois leurs opinions comme moins pertinentes en raison de leur âge. J'ai pu souvent entendre : « Les vieux sont tous les mêmes, ils ont besoin d'attention. » Par exemple, le concept de « dépendance » est souvent associé à la vieillesse, mais tous les individus dits « âgés » ne sont pas totalement dépendants ou en perte d'autonomie. Cette projection des représentations collectives sur chaque patient est donc un frein à une relation de soin personnalisée. Finalement, pour construire une relation de soin de qualité, n'est-il pas essentiel pour les soignants de déconstruire ces représentations figées et de reconnaître la diversité des expériences de vie et des capacités des personnes âgées ?

Comme le souligne Rémy Lenoir, « *l'âge n'est ni une donnée naturelle, ni un principe de constitution des groupes sociaux, ni même un facteur explicatif des comportements* » (Lenoir, 1989, p. 66). Il souligne l'importance de considérer chaque personne dans sa singularité, au-delà de son âge. Dans le cadre du soin, adopter cette vision permet de favoriser une écoute plus active, une approche empathique et une relation fondée sur le respect de la dignité de chaque patient. Une relation soignant-soigné de qualité repose donc sur une remise en question des stéréotypes, sur la valorisation des particularités de chacun et sur l'installation d'un dialogue authentique.

De plus, Jérôme Pellissier insiste sur l'importance de préserver l'individualité des personnes âgées et rappelle qu'il est essentiel de « *respecter l'individualité des personnes âgées, qui, malgré leur âge, conservent des aspirations et des compétences uniques* » (Pellissier, 2003, p.30.) De même, Ennuyer ajoute que « *la dépendance ne résulte pas seulement d'une dégradation physique, mais aussi de l'absence de soutien social adapté* », soulignant que

l'isolement social, renforcé par une aide souvent impersonnelle, aggrave la dépendance perçue. Cette conception influe directement sur la perception des soignants, au risque d'affecter la dignité de la personne âgée.

Finalement, les représentations de la vieillesse varient selon les contextes culturels : certaines sociétés valorisent l'âge comme un signe de sagesse, tandis que d'autres l'associent à la faiblesse, modelant ainsi les comportements des soignants. B. Ennuyer ajoute : « *la dépendance est désormais un attribut négatif, puisque finalement les gens dépendants sont ceux qui ne peuvent pas vivre tout seul et qui sont à la charge des autres.* (Ennuyer, 2002, p. 64.)

Les représentations sociales des personnes âgées, sont le résultat de constructions sociales et culturelles. Elles influencent fortement la relation soignant-soigné. Ces perceptions façonnent et orientent les comportements des soignants, souvent au détriment de l'individualité et de la singularité des personnes âgées. Nous avons en effet constaté qu'en conséquence elles risquent d'être infantilisées en créant une relation de dépendance qui n'est pas nécessaire à toutes les personnes âgées. Dans la relation de soin, la connaissance de la personne âgée est importante de manière à adapter sa posture soignante et respecter l'indépendance du patient sur certains aspects. C'est une mesure importante au nom de sa dignité.

La définition de la personne âgée reste donc complexe et évolutive, variable selon les contextes et les perceptions de la société dans le temps : elle est perçue selon un critère d'âge, une dépendance, ou encore par une histoire souvent considérée comme détachée de l'époque contemporaine. Ces perceptions, plus que des définitions, coexistent et s'influencent les unes avec les autres, consciemment ou non et influencent la façon dont les soignants interagissent avec leurs patients âgés. Ainsi, pour tenter d'améliorer la qualité de cette relation, il semble nécessaire de déconstruire les stéréotypes, mais aussi de réfléchir à une définition plus nuancée et inclusive de la personne âgée. Cela pourrait permettre de valoriser non seulement l'individualité de chaque personne, mais aussi de reconnaître la diversité des parcours et des compétences, loin des représentations uniformes et réductrices.

C'est pourquoi, nous allons aborder le concept de la représentation et de la stigmatisation qui expliquent la définition réductrice de la personne âgée et l'impact que cela peut avoir dans la qualité du soin.

5 Représentation et stigmatisation

5.1 Etymologie et approche conceptuelle

Le mot « *représentation* » vient du latin « *repraesentatio* », dérivé du verbe « *repraesentare* », qui signifie « *rendre présent* » ou « *présenter de nouveau* ». Le terme est formé de « *re-* », qui indique la répétition, et de « *praesentare* », qui signifie « *rendre visible* » ou « *montrer* ». À l'origine, il renvoyait donc à l'idée de rendre quelque chose présent à l'esprit ou visible pour autrui. (*Le Trésor de la Langue Française informatisé (TLFi)*). En tenant compte de cette étymologie, la représentation est donc l'action de rendre une idée, une image, ou une perception « *présente* » ou « *visible* » pour soi-même ou pour les autres. Elle renvoie à la manière dont on se représente mentalement une réalité extérieure ou abstraite, influencée par des facteurs subjectifs, culturels et sociaux.

La notion de représentation sociale, développée par Serge Moscovici, psychologue social et figure clé de la psychologie sociale en France, a émergé dans les années 1960. Elle désigne « *un ensemble d'idées, de croyances et de valeurs partagées par un groupe.* » Ces représentations permettent aux individus de donner un sens à la réalité sociale et de communiquer entre eux. Selon Moscovici, les représentations sociales sont comme « *un mode de connaissance, orienté vers la communication, la compréhension, et la maîtrise de l'environnement social* » (Moscovici, 1969, p184). Cela signifie qu'elles servent de cadre aux individus pour les aider à comprendre et interpréter le monde qui les entoure. Il est également indiqué que ces idées sont partagées par un groupe, autrement dit, elles réunissent des personnes sur la base d'idées, de croyances et de valeurs communes. La représentation sociale est donc aussi représentative d'un groupe, d'une communauté.

Dans le domaine du soin, ces représentations varient en fonction des âges, du statut social, ou encore de la maladie de la personne soignée. Par exemple, un soignant peut avoir des représentations différentes selon qu'il s'occupe d'une personne âgée, d'une personne atteinte de troubles psychiatriques, d'une personne perçue en situation de handicap ou encore des personnes dites « *autonomes* ». Ces représentations influencent alors la manière dont les soignants perçoivent et interagissent avec leurs patients. Elles peuvent réunir comme elles peuvent diviser.

Denise Jodelet, disciple de Moscovici, explique que les représentations sociales sont « *des formes de savoir pratique et d'idéologies, permettant aux individus d'interpréter le monde qui les entoure. Elles servent à structurer l'expérience et à orienter les comportements* » (Jodelet,

1989, p. 36). Dans les soins, cela signifie que les attitudes des soignants peuvent être fortement influencées par ces représentations. Par exemple, face à une personne en psychiatrie, certains soignants pourraient adopter une attitude plus distante, parce que la personne a souvent des présupposés sur les troubles psychiatriques ou bien, face à une personne âgée, une attitude plus protectrice, parce que la personne âgée est souvent perçue comme une personne fragile. Ces représentations modèlent donc la qualité de la relation soignant-soigné, en influençant inconsciemment les comportements selon des idées préconçues.

Par conséquent, ces patients ne sont pas toujours pris en charge de la même manière ni avec le même soin. Par exemple, une personne âgée perçue comme fragile peut amener le soignant à adopter une approche très protectrice, parfois au détriment de son autonomie. De même, un patient en psychiatrie, considéré comme imprévisible, pourrait être encadré de façon plus stricte, tandis qu'un patient jugé « autonome » pourrait recevoir moins d'aide, même si ses besoins existent. Bien que tous les patients bénéficient de soins de qualité et répondent à un besoin d'aide, on constate que les représentations sociales influencent bien les pratiques et l'approche, ce qui peut créer des variations dans la prise en charge.

Ainsi, si les représentations sociales influencent le comportement du soignant, au détriment des attentes du patient, nous serions amenés à nous demander s'il existe des formations consacrées aux représentations sociales dans le métier d'infirmier et comment les détourner vers une posture adaptée à la singularité du patient.

Pour aller plus loin dans ma réflexion, il me semble essentiel de distinguer les notions de représentation sociale et de stigmatisation. Selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales, l'étymologie de « stigmatiser » renvoie à « *une marque d'un fer chaud, en punition d'un crime* ». La stigmatisation se définit comme une « *opération consistante à marquer d'une manière indélébile le corps d'une personne pour lui imprimer un signe distinctif, une marque d'infamie, ou une accusation sévère et publique, flétrissure morale portée à l'encontre d'une personne, de ses actes ou de sa conduite* ». Cette notion est donc fortement négative, car elle pointe du doigt un individu et contribue à construire une image sociale péjorative de celui-ci.

Dans le contexte des soins, les représentations sociales et les stigmatisations peuvent renforcer certains stéréotypes. Par exemple, les soignants pourraient percevoir les patients en psychiatrie à travers un prisme de dangerosité ou de méfiance, tandis que les personnes âgées sont souvent vues sous l'angle exclusif de la fragilité. Ces stéréotypes influencent involontairement les attitudes des soignants, impactant ainsi la qualité de la relation soignant-soigné. En somme, ces

représentations biaisées sont donc les interactions soignantes soignées à des rapports souvent asymétriques et standardisés.

Même dans la profession infirmier, le personnel n'échappe pas à ces automatismes que sont les représentations sociales, parce qu'elles conditionnent la vie sociale de tout un chacun, le fait de faire partie d'un groupe, d'une communauté. L'être humain, par essence, cherche à faire partie d'un groupe plutôt que d'en être écarté. Mais parce que le métier d'infirmier est avant tout une relation à un patient vulnérable, dans le besoin, c'est l'observation du patient dans sa singularité qui permet de dépasser ces représentations sociales.

5.2 Les représentations sociales des personnes âgées

Les représentations sociales, définies par Serge Moscovici comme « *une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun ou, plus largement, une forme de pensée sociale, jouent un rôle central dans la manière dont nous percevons et interagissons avec autrui* » (Moscovici, 1969, p.184). Concernant les personnes âgées, ces représentations, façonnées par des siècles d'histoire et de transformations sociales, ont construit des stéréotypes influençant profondément les pratiques professionnelles, notamment dans la relation soignant-soigné.

Parmi ces stéréotypes, l'idée que « *le vieillard retourne à l'enfance* » (P. Ancet, 2014, p. 17) illustre une vision réductrice de la vieillesse, souvent associée à une perte totale d'autonomie et à une dépendance comparable à celle d'un enfant. Cependant, la situation comme celle de Madame V, résidente de 96 ans, montre qu'une personne âgée, bien qu'ayant besoin d'aide pour les soins d'hygiène, peut conserver la capacité de s'alimenter, de se déplacer seule et de faire ses propres choix. Cela met en évidence que les représentations souvent faites des personnes âgées ne reflètent pas leurs situations spécifiques et leurs capacités. En ce sens, l'outil AGGIR peut aider le soignant à mesurer le niveau d'autonomie du patient, mais ses capacités cognitives, sa personnalité et ses besoins sont aussi à prendre en compte pour respecter ses capacités d'indépendance sur d'autres aspects du quotidien.

Simone de Beauvoir souligne : « *que la société marginalise la vieillesse pour échapper à son propre déclin et maximiser la productivité des jeunes générations* » (Beauvoir, 1970, p. 23).

En effet, nous devons tenir compte du changement de vision de l'être humain au 21^e siècle, fondée sur une espérance de vie plus longue, centrée sur la jeune génération et l'espoir que le système économique a sur eux, en matière de productivité.

Dans nos sociétés contemporaines, la consommation, qui valorise la jeunesse, la beauté et la performance, accentue ces représentations négatives. Bernard Ennuyer affirme que « *la*

vieillesse est marginalisée dans une société où l'on valorise avant tout la productivité et l'efficacité » (Ennuyer, 2010, p. 45). Ce système exclut symboliquement les personnes âgées, renforçant l'idée qu'elles constituent un groupe homogène, fragile et dépendant.

Les médias jouent également un rôle crucial dans la diffusion et le renforcement de ces stéréotypes. Comme le souligne la revue Elsevier Masson, « *les représentations médiatiques tendent à simplifier la vieillesse essentiellement à des images de vulnérabilité, d'inactivité et de dépendance* » (Elsevier-Masson, 2012, p. 67). Les publicités pour les protections contre les fuites urinaires ou les crèmes anti-âge illustrent ces clichés, contribuant à ancrer l'idée que la vieillesse est synonyme de fragilité. Jérôme Pellissier ajoute que « *les principaux médias colportent les stéréotypes et les idées reçues, offrant une large part au discours 'anti-âge' médico-cosmétiques* » (Pellissier, 2003, p. 50). En renforçant un contraste marqué entre l'idéal de jeunesse et la vieillesse perçue comme une déchéance, ces messages influencent également les pratiques des soignants, qui, par souci d'efficacité, peuvent « faire à la place » des patients, alimentant l'idée de dépendance.

Cependant, si certains soignants projettent des représentations négatives sur les personnes âgées, d'autres adoptent une approche valorisante, en s'appuyant sur des représentations positives telles que l'idée de sagesse ou d'expérience. Joan Tronto, dans son analyse de l'éthique du soin, insiste sur l'importance de reconnaître l'autre dans sa dignité et sa singularité, ce qui peut amener à déconstruire ces stéréotypes pour rétablir une relation soignant-soigné respectueuse.

Les valeurs éthiques font partie de la vie des patients âgés, qui ont bien souvent reçu une éducation sur les fondements d'une vie sociale, dans le respect de l'autre, l'autonomie, la combattivité et la résilience. Beaucoup d'entre eux ont traversé l'épisode de la Seconde guerre mondiale, en tout cas, un cheminement en France qui nécessitait de faire preuve de courage et de lucidité.

De ce fait, toutes les représentations ne sont pas nécessairement négatives ou rigides. Comme l'explique (Denise Jodelet, 1989, p 202-203) les représentations sociales sont dynamiques et évolutives : elles s'ajustent en fonction des expériences individuelles et des interactions sociales. Ainsi, un soignant ayant une expérience positive avec des personnes âgées peut construire des représentations plus nuancées et développer une prise en charge personnalisée.

Simone de Beauvoir écrit que « *c'est par son occupation et son salaire que l'homme définit son identité ; il la perd en se retirant* » (Beauvoir, 1970, p. 327). Ces réflexions montrent que la

vieillesse est de plus en plus perçue comme un synonyme d'inactivité et de dépendance, ce qui contribue à réduire les personnes âgées à leur seule fragilité.

La médicalisation de la vieillesse contribue également à la propagation de ces stéréotypes. Bernard Ennuyer rappelle que « *la vieillesse n'est pas d'abord un état biomédical, mais bien plus le résultat d'un parcours social dans une forme d'organisation sociale déterminée* » (Ennuyer, 2004, p. 7). Pourtant, l'approche biomédicale réduit souvent la vieillesse à une suite de pathologies, renforçant une prise en charge paternaliste. Cette médicalisation systématique s'inscrit dans un cadre juridique, avec l'article L313-12 du Code de l'action sociale et des familles précisant que les EHPAD sont « *des structures médicalisées qui s'occupent globalement des résidents en fonction de leur perte d'âge* ». Bien qu'indispensables, ces structures contribuent parfois à ancrer l'idée que vieillir équivaut nécessairement à être dépendant et nécessite une prise en charge institutionnelle.

En conclusion, les représentations sociales de la vieillesse, sont issues de facteurs historiques, économiques, culturels et médicaux. Elles influencent profondément les comportements envers les personnes âgées. Le regard porté reste souvent réducteur, limite l'écoute et la qualité de la relation soignant-soigné. Cependant, leur caractère évolutif offre l'espoir d'une remise en question permettant d'atténuer ces représentations. Elles permettent également de déconstruire les stéréotypes, de valoriser la diversité et l'autonomie de chaque individu.

La question de l'autonomie ne se situe pas uniquement dans un niveau physique. Elle repose également sur la conscience du patient, son consentement à demeurer autonome sur certains aspects de la vie quotidienne ou tout simplement en exprimant ses besoins et ses limites dans le soin. Par ailleurs, un patient âgé peut souffrir de ne plus pouvoir être autonome sur des actes répondant à des besoins essentiels et c'est dans ce conflit personnel que le soignant a le rôle d'être dans l'observation de ses capacités afin de les valoriser.

Je vais donc aborder le concept de la dépendance qui comporte des sens différents et essentiels à prendre en compte dans le métier de soignant.

5.3 Approche notionnelle de la dépendance

La notion de *dépendance* est essentielle à définir dans les représentations sociales, notamment pour les personnes âgées. Elle est souvent associée à une incapacité à accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant ainsi une aide ou une surveillance. Bernard Ennuyer définit la *dépendance* comme « *l'attribut incapacitaire des 65 ans et plus remarquable que ce terme est devenu un marqueur de fragilité lié à l'âge.* » (Ennuyer, 1970, p. 159) Selon lui, la

dépendance correspond à « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou nécessite une surveillance prolongée* » (Ennuyer, 1970, p. 56). Cette vision biomédicale réduit la dépendance à un simple « *état d'incapacité à faire seul(e)s les principaux actes de la vie quotidienne* », une condition qui semble justifier l'aide et la surveillance comme des besoins constants.

Pour approfondir cette réflexion, Ennuyer propose deux approches : l'approche *archéologique* et l'approche *généalogique*, inspirées par Michel Foucault. L'approche *archéologique* vise à retracer l'évolution du terme *dépendance* en France et à l'étranger, en identifiant les repères sociaux et culturels qui ont contribué à définir ce concept au fil du temps. Cette analyse historique permet de mieux comprendre pourquoi la *dépendance* est désormais perçue comme une incapacité permanente associée à l'âge. Par ailleurs, l'approche *généalogique* se concentre sur les récits des personnes concernées, révélant comment elles vivent cette notion au quotidien et comment les politiques publiques influencent leur expérience. Par exemple, avec l'introduction de la *Prestation Spécifique Dépendance* (PSD) en 1997, la *dépendance* a été institutionnalisée, renforçant une vision de la vieillesse comme un état nécessitant un encadrement spécifique.

En parallèle, Denise Jodelet propose une vision critique de la dépendance, elle ne la considère pas seulement comme un état médical, mais plutôt comme une construction sociale influencée par les rapports de pouvoir. Selon elle, « *la représentation sociale est avec son objet dans un rapport de symbolisation, elle en tient lieu et d'interprétation* » (Jodelet, 1989 p. 34). Autrement dit, la façon dont la société définit la dépendance a un impact direct sur la manière dont elle est perçue et traitée. Pour Jodelet, ce concept n'est pas figé ; il évolue en fonction des normes et valeurs dominantes, qui ont tendance à ignorer les capacités et les désirs des personnes âgées. Cela renforce ainsi des stéréotypes de faiblesse.

Encyclopaedia Universalis apporte une perspective sociétale, depuis 1996. Le terme « *dépendance gériatrique* » s'est imposé dans le discours public comme synonyme d'une « *impuissance fonctionnelle et/ou psychique des grands vieillards nécessitant une aide extérieure permanente* » (p.58). Cette définition reflète un changement important. La dépendance est désormais vue comme un besoin constant d'assistance, renforçant l'image d'une fragilité permanente chez les personnes âgées. En s'appuyant sur cette vision, la société a tendance à médicaliser la vieillesse et à justifier l'utilisation de solutions institutionnelles comme des

réponses inévitables aux besoins des personnes âgées. Face à cette tendance dominante, Ennuyer explique que cette approche risque de réduire les personnes âgées à un statut de vulnérabilité, sans tenir compte de leur capacité d'agir et de contribuer à la société. Il appelle « à *déconstruire* ces représentations de la *dépendance* », afin que la prise en charge valorise l'autonomie et les capacités des aînés. Ennuyer invite à voir les personnes âgées non pas uniquement comme des individus « dépendants », mais comme des acteurs sociaux capables de participer à leurs soins.

Ainsi, cette étude met en lumière deux visions opposées de la dépendance. D'un côté, une approche institutionnelle et médicalisée qui envisage la dépendance comme un besoin d'assistance inévitable et permanent, associant l'âge à une perte d'autonomie progressive. De l'autre, une perspective critique, défendue par Ennuyer et Jodelet, qui appelle à questionner et à dépasser ces représentations en valorisant une vision plus inclusive et respectueuse des capacités des personnes âgées. En définitive, cette opposition interroge la manière dont notre société pourrait évoluer vers un regard plus nuancé et respectueux du vieillissement. En laissant de côté les images réductrices, cela permet de proposer des alternatives pour que les aînés puissent vieillir dans le respect de leurs capacités et de leurs envies.

5.4 Approche conceptuelle de l'autonomie

Le principe d'autonomie est un concept fondamental qui se rapporte à la capacité de chaque individu de prendre des décisions pour lui-même, de manière libre et éclairée, sans subir d'influences coercitives. Selon Beauchamp et Childress, « *l'autonomie renvoie au droit de chaque personne de déterminer sa propre vie en fonction de ses valeurs et de ses préférences, sans interférence induite de la part d'autrui (Principes d'éthique biomédicale, 2001)* ». Ce principe implique que chaque individu doit avoir la capacité de réfléchir et de comprendre les informations qu'il reçoit pour faire des choix adaptés à ce qu'il considère comme son bien-être. En pratique, cela permet aux patients d'accepter ou de refuser un soin, un traitement, après avoir reçu l'ensemble des explications, ses bénéfices et ses risques. Ce respect de l'autonomie est particulièrement important dans la relation soignant-soigné, car il permet de garantir un soin centré sur la personne, qui reste maître de ses décisions de santé.

5.5 Autonomie et dépendance

Bien que définie de manière distincte auparavant, l'autonomie est un idéal valorisé en éthique médicale. Toutefois, elle coexiste souvent avec la dépendance, notamment chez les personnes âgées ou fragilisées par la maladie. La dépendance, perçue comme le besoin d'aide pour

accomplir certains actes de la vie quotidienne, est parfois opposée à l'autonomie. Cependant, cette vision peut s'avérer réductrice.

En effet, l'autonomie ne consiste pas en une absence totale de dépendance, mais reflète la capacité de faire des choix significatifs, même en présence de certaines limitations. Michela Marzano souligne que : « *Le terme autonomie vient du grec autonomos et indique en général, le droit de se gouverner par ses propres lois. En philosophie, son usage remonte à Kant, qui l'utilise pour qualifier le droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet.* » (Marzano, 2006, p. 5). Cette définition, implique que Mme V doit pouvoir choisir ses soins en toute connaissance de cause, sans qu'ils lui soient imposés sous prétexte de bienfaisance. Ce principe est d'ailleurs inscrit dans les Codes de déontologie, qui garantissent le consentement libre et éclairé du patient. Respecter l'autonomie de Mme V., c'est également préserver sa dignité et éviter toute forme d'infantilisation ou de paternalisme.

Edgar Morin, sociologue et philosophe français, aborde également cette notion en affirmant que « *l'on ne peut pas concevoir d'autonomie sans dépendance* » (Morin, 1981, p. 261). Cela montre que l'autonomie et la dépendance sont liées, la condition humaine est fondamentalement basée sur cette interconnexion. Dans la pratique des soins, Morin affirme qu'une certaine forme de dépendance est inévitable, car l'humain est étroitement lié aux autres et aux structures qui l'entourent. Par exemple, dans le cas de Mme V, j'ai remarqué qu'elle pouvait encore s'habiller seule et exprimer ses choix. Pourtant, certains soignants prenaient des décisions à sa place, pensant bien faire. L'auteur propose de penser l'autonomie non comme une indépendance totale, mais plutôt comme une autonomie relative.

Bernard Ennuyer partage cette vision en affirmant que tout être humain est, d'une manière ou d'une autre, dépendant. Dès la naissance, nous dépendons de nos parents ; dans la vie professionnelle, nous dépendons de nos collègues et hiérarchies ; dans nos relations sociales, les interactions elles-mêmes reposent sur une forme de dépendance mutuelle. Loin d'être négatif, la dépendance est une réalité universelle, qui permet l'interaction et l'interrelation humaine.

Ainsi, l'autonomie et la dépendance ne doivent pas être envisagées comme deux tendances opposées, mais comme des principes complémentaires. Même en situation de dépendance, une personne peut exercer son autonomie en décidant comment elle souhaite recevoir de l'aide ou en exprimant ses préférences sur ses soins. Pour Mme V., cela signifie être actrice de son parcours de soins, où ses choix sont entendus et respectés. Cette approche encourage les

soignants à adopter une vision qui intègre l'autonomie, en mettant en avant l'importance de l'expression des choix de la personne soignée tout en reconnaissant ses besoins d'aide. En reconnaissant l'autonomie qui inclut la dépendance, les soignants peuvent construire une relation plus respectueuse et équilibrée avec leurs patients. Cela contribue à une meilleure qualité relationnelle où la dignité, l'écoute et la reconnaissance de l'autre sont au cœur des soins. Cela améliore la relation soignant- soigné, à la fois sur le plan éthique et pratique.

En ayant défini les concepts d'autonomie et de dépendance, nous nous apercevons que quel que soit l'âge de l'être humain et son vieillissement, il dépend toujours de l'autre dans des circonstances et des activités différentes. C'est l'essence de l'être humain, pour évoluer dans sa vie personnelle, faire ses propres choix. La dépendance ne peut aller sans l'autonomie et inversement. Dans le cadre de la profession infirmier, ces données sont essentielles pour comprendre la responsabilité du soignant à mesurer justement, ce qui dépend de la personne âgée et ce qui ne dépend pas d'elle. Observer et relever ce qui maintient son autonomie et sa dignité.

Il semble donc opportun d'analyser maintenant le concept de la relation soignant-soigné car ce concept engage probablement la posture du soignant face à la personne âgée.

6 La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné peut être définie comme un lien professionnel qui se construit à travers des échanges, des ressentis et des comportements entre deux individus. Monique Formarier décrit cette relation comme une interaction spécifique qui « *relève du champ professionnel, ce qui implique des rapports sociaux codifiés, préétablis fixant par avance l'identité sociale* » (Formarier, 2007, p. 34, *La relation soignant-soigné*). Cependant, cette relation, bien que fondamentale dans les soins, n'est pas sans conséquence. Elle est souvent marquée par une asymétrie importante, comme le souligne Manoukian : « *La relation soignant-soigné est essentiellement marquée par une asymétrie, où le soignant possède un savoir technique et thérapeutique et dans laquelle le patient est en situation de vulnérabilité* » (Manoukian, 2014, p. 5). Cette asymétrie structurelle place le soignant en position de pouvoir, mais elle impose également une responsabilité éthique de respect et de valeur, reconnaître le patient comme une personne à part entière.

Cette asymétrie, bien qu'inévitable dans les soins, peut parfois mener à des attitudes paternalistes ou infantilisantes, comme on le voit avec Madame V., une patiente en perte

d'autonomie. Louis Ploton, professeur de psychologie clinique, explique que « *le soignant est celui qui sait, qui peut, qui agit. Le soigné est celui qui demande et attend* » (Ploton, 1998, p. 54). Cela met en évidence le risque de réduire le patient à un rôle passif, en oubliant de reconnaître ses capacités restantes.

Dans ma situation en effet, Madame V a eu un réflexe de défense pour imposer ses capacités propres. Malgré son âge très avancé, elle a toute sa conscience et son message est que l'on respecte son autonomie. Ce besoin de se défendre peut être interprété comme un réflexe de conserver sa dignité, de garder le contrôle sur ses propres soins. Walter Hesbeen infirmier et docteur en santé publique, souligne que « *la relation de soin se présente ainsi comme une relation d'attention particulière à autrui et par laquelle s'exprime l'intérêt que l'on porte à cette personne ainsi que la reconnaissance de l'être singulier et irremplaçable qu'elle est* » (Hesbeen, 2018, p. 8). Cela montre que le soin doit permettre au patient de se sentir valorisé et l'implique dans les décisions qui le concerne, afin d'éviter tout sentiment d'infantilisation et de favoriser une véritable alliance thérapeutique.

Par ailleurs, il est important de noter que la gentillesse ou la disponibilité, bien qu'essentielles, ne suffisent pas à répondre pleinement aux attentes des patients, qui souhaitent également des soins appropriés. Monique Formarier affirme que « *la gentillesse, la disponibilité, les bonnes intentions ne suffisent pas pour aider les patients. Ces qualités humaines doivent être optimisées par un réel savoir professionnel en sciences humaines centré sur les soins* » (Formarier, 2007, pp. 36-37). Cela signifie que les qualités humaines du soignant doivent être accompagnées d'une évaluation professionnelle précise pour garantir des soins adaptés aux besoins des patients.

Pour réduire cette asymétrie, Formarier propose de favoriser une relation plus équilibrée en précisant que « *l'un des objectifs des soignants dans la relation de soins, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer une relation symétrique et permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être avec les soignants dans des interactions et des relations égalitaires* » (Formarier, 2007, p. 35). Elle ajoute que cette démarche vise « *à ne pas réduire la relation à de simples interactions techniques, mais à l'ancrer dans une compréhension humaine et empathique* » (Formarier, 2007, p. 36). Cela montre l'importance d'inclure le patient dans son parcours de soins. En stage, j'ai essayé de mettre en application ces concepts : le temps d'écouter les besoins et les préférences des patients, respecter son rythme. Par exemple, Mme V souhaitait choisir elle-même ses vêtements chaque matin. Ce simple geste, pourtant banal,

lui redonnait un sentiment de contrôle sur sa journée. Vouloir choisir soi-même ses vêtements, c'est aussi préserver l'estime de soi, qui fait partie de la dignité. L'observation du patient durant le parcours de soin me semble également importante, car elle participe à la vigilance. L'exemple de l'impact du traitement médicamenteux sur l'affaiblissement de Mme V est un très bon exemple. Si je n'y avais pas prêté attention, nous aurions pensé que la baisse du niveau d'attention de Mme V a un rapport à son âge.

Toutefois, dans des situations de forte dépendance, je me demande comment atteindre cette symétrie. Cela pose la question de savoir si une relation symétrique est réellement possible lorsque l'autonomie du patient est fortement réduite.

Aussi, en lisant certains ouvrages, Virginie Pirard et Joan Tronto offrent des pistes de réflexion pour limiter les effets de l'asymétrie en centrant la relation sur l'humain. Pirard explique que « *écouter, ce n'est pas seulement entendre. C'est se rendre disponible à la parole de l'autre et accepter d'être touché par ce qu'il exprime* » (Pirard, 2015, p. 47). L'écoute active permet de réduire le sentiment de dépendance et de renforcer le rôle actif du patient dans la relation. De son côté, Tronto insiste sur l'importance de répondre aux besoins du patient tout en respectant son individualité, affirmant que « *le soin exige d'être attentif aux besoins de l'autre tout en respectant son individualité, sans imposer nos propres représentations* » (Tronto, 1993, p. 105). Ces approches aident à dépasser les stéréotypes qui réduisent souvent les patients âgés à leur fragilité. Il s'agit de pouvoir différencier les changements qui sont liés à la vieillesse, phénomène biomédicale, des changements liés à l'environnement, aux relations avec les professionnels, au traitement médical, etc. C'est cela, respecter le patient dans son individualité. La situation que j'ai vécue avec Mme V a l'intérêt de montrer qu'elle a défendu son autonomie, que les tensions avec le personnel soignant avaient un rapport à la frustration de ne pas être considérée comme elle est.

N'est-ce pas le cas de tous les patients, qui dans la situation où il est « *celui qui demande et attend* », ne peut qu'approuver un soignant qui sait être empathique, « *être disponible à la parole de l'autre* » ? Cette capacité d'écoute, n'est-elle pas une condition essentielle à une relation de confiance, ce que l'on appelle une « alliance thérapeutique » ?

6.1 L'alliance thérapeutique

Dans le soin, la relation entre le soignant et le patient repose sur un socle fondamental : la confiance. Mais au-delà de cette base essentielle, l'alliance thérapeutique vient enrichir cette relation en instaurant une véritable collaboration. Il ne s'agit pas seulement d'apporter des

techniques de soins, mais de créer un lien où le patient est reconnu comme un acteur de son parcours de santé et participe aux décisions. Carl Rogers l'exprime bien en affirmant que « *le thérapeute doit créer un climat qui favorise la croissance personnelle du client et le renforcer dans sa capacité à se comprendre et à changer* » (C. Rogers, 1961). Appliqué aux soins infirmiers, cela signifie que l'écoute et la prise en compte du ressenti du patient sont essentielles pour l'accompagner au mieux.

Trois éléments fondamentaux soutiennent cette alliance : l'acceptation inconditionnelle et l'authenticité. L'empathie permet au soignant de se mettre à la place du patient, de comprendre ce qu'il traverse sans jugement. L'acceptation inconditionnelle signifie accueillir la personne telle qu'elle est, avec ses craintes, ses doutes et ses besoins. Enfin, l'authenticité du soignant, lorsqu'il communique avec sincérité et bienveillance, instaure un climat propice à la confiance et à l'adhésion du patient aux soins.

Prenons l'exemple de Madame V., une patiente qui exprime à plusieurs reprises son inconfort face aux traitements qu'elle reçoit. Elle se sent écoutée en surface, mais ses paroles ne sont pas véritablement prises en compte. Elle signale des effets secondaires qui la gênent, mais son ressenti est minimisé. Ce manque de considération de ses propos peut avoir un rapport à ce que nous avons évoqué dans les représentations sociales sur le vieillissement et que Mme V. n'a pas réellement pleine conscience de ce qu'elle ressent ou de ce qu'elle dit. Or, Mme V. n'a pas de troubles cognitifs, elle est atteinte de démence et peut être désorientée. Quelle que soit la pathologie de la personne âgée, n'est-il pas important de tenir compte de toutes les remarques du patient afin de comprendre les besoins ou les sentiments qu'il ne peut dire, justement en raison de sa pathologie ? Mme V. a par ailleurs exprimé à plusieurs reprises qu'on ne respectait pas son autonomie et elle en souffre. C'est ce qui peut expliquer la tension avec le personnel soignant. Le manque d'écoute compromet la relation de confiance. Donc, une alliance thérapeutique réussie ne se limite pas à communiquer des informations médicales ou à exécuter des gestes techniques. Elle implique une attention sincère à ce que vit le patient. Dans le cas de Madame V., si l'infirmière avait pris le temps de l'écouter réellement, de reformuler ses propositions pour s'assurer de bien comprendre ses attentes et de chercher ensemble une solution, la situation aurait été toute autre. Cela lui aurait permis de se sentir reconnu dans son vécu, ce qui aurait renforcé son engagement dans son propre parcours de soin.

L'alliance thérapeutique, c'est avant tout une approche humaine du soin. Elle ne remplace pas la technicité des soins, mais elle en est le complément indispensable, celui qui fait la différence

entre un simple acte médical et un véritable accompagnement. Lorsqu'un patient se sent écouté, compris et respecté, il devient acteur de sa santé, ce qui facilite son adhésion aux soins et améliore son bien-être. En fournissant la relation et l'échange au cœur du soin, l'alliance thérapeutique permet de construire un accompagnement plus juste, plus adapté et profondément humain.

6.2 Le soin au cœur de la relation

Dans le domaine de la santé, le soin ne se limite pas à une réponse technique ou médicale. Il représente avant tout une rencontre humaine, où chaque geste traduit la reconnaissance d'un individu unique, avec son histoire et ses particularités. Prendre soin, c'est aller au-delà des actes purement curatifs pour s'inscrire dans une dynamique relationnelle qui répond aux besoins physiques, psychologiques et émotionnels de la personne soignée. L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le soin comme « *un ensemble de services visant à promouvoir, maintenir et améliorer la santé, ou encore à permettre la guérison des maladies et des incapacités* » (OMS, 2006). Cette définition met en avant la dimension curative du soin, mais elle ne souligne pas suffisamment l'importance du lien humain dans la relation soignant-soigné. Or, c'est justement cette relation qui donne tout son sens au soin, car il s'adresse à une personne dans sa singularité, avec ses émotions, ses attentes et son vécu.

Dans cette perspective, Walter Hesbeen décrit le soin comme « *un acte qui vise à promouvoir, maintenir ou restaurer la santé de la personne dans toutes ses dimensions* » (Hesbeen, 2000, p. 35). En intégrant les aspects psychologiques et émotionnels, le soin ne se réduit pas à une simple prise en charge médicale ; il s'adapte à l'individualité de chaque patient. Cette approche invite le soignant à personnaliser son intervention, créant ainsi une relation plus empathique et respectueuse. Cela permet de dépasser une vision purement biomédicale pour considérer la personne soignée dans sa globalité.

Cette approche est approfondie par Virginie Pirard, qui souligne que le soin est « *une action qui implique non seulement des gestes techniques, mais aussi une relation, un engagement envers l'autre, en prenant en compte sa vulnérabilité, ses besoins et ses attentes* » (Pirard, 2015, p. 42). Ainsi, le soin ne se limite pas à traiter une maladie, mais engage le soignant dans une interaction authentique où la confiance et l'humanité sont essentielles.

De son côté, Georges Canguilhem apporte une réflexion qui renouvelle notre regard sur le soin en insistant sur la manière dont le patient vit la maladie. Il ne la voit pas comme une simple anomalie biologique, mais comme « *une forme d'adaptation, une transformation de l'organisme*

dans sa quête de rétablissement » (Canguilhem, 1943, p. 54). Selon lui, le malade n'est pas passif face à sa condition : il tente de s'adapter et de retrouver un équilibre. Dès lors, le soin ne consiste pas uniquement à guérir, mais à accompagner cette quête personnelle, en respectant l'individualité du patient et en l'aidant à mobiliser ses ressources pour faire face à la maladie.

Le soignant doit donc prendre en compte que même si le patient est dans une dépendance aux soins, il a le besoin de se sentir inclus, écouté pour l'évolution du soin et une prise en compte de ses demandes. Même si elles ne peuvent être prises en compte, le rôle du soignant doit en donner les raisons, dans une démarche professionnelle, courtoise et objective.

Si on limite les capacités des personnes âgées à nos propres représentations sociales, on accentue leur dépendance et on restreint leur autonomie. Pellissier poursuit sa réflexion en posant la question suivante : « *si nous ne leurs laissons comme seuls interlocuteurs des soignants, faut-il s'étonner qu'ils s'expriment par leurs maladies ? Si nous n'écoutons que leurs besoins physiologiques, faut-il qu'ils nous dominent avec leurs besoins ?* » (Pellissier, 2007, p. 330). Ces mots nous rappellent que le rôle du soignant ne se résume pas à répondre aux besoins médicaux des patients, mais qu'il doit aussi valoriser leur capacité à être acteurs de leur propre vie.

Cette perspective rejoint la pensée de Joan Tronto, qui élargit encore la notion de soin en introduisant le concept de *care*. Selon elle, le *care* est « *une activité qui inclut tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible* » (Tronto, 1993, p. 103). En s'intéressant à la personne plutôt qu'à sa pathologie, cette approche humaniste du soin permet de renforcer la relation soignant-soigné et d'instaurer un climat où le patient se sent véritablement reconnu et respecté dans son individualité. C'est dans cette alliance entre technicité et humanité que le soin prend tout son sens. Cette rencontre soignant-soigné repose sur une relation de confiance mutuelle et d'engagement réciproque, où le patient, loin d'être un simple objet de soins, devient pleinement acteur de son parcours de santé.

Cependant, dans un contexte où les contraintes institutionnelles et les représentations sociales influencent les pratiques, il est légitime de se demander comment articuler ces dimensions pour garantir un soin véritablement centré sur la personne, quand un soignant se charge quotidiennement de patients différents les uns des autres.

6.3 La vulnérabilité

Guillaume Le Blanc renforce cette idée en affirmant que « *le soin doit aussi accompagner la vulnérabilité* » (Le Blanc, 2010, p. 27). Cette approche implique une posture soignante qui, tout en prenant en compte les fragilités du patient, ne le réduit pas à celles-ci. La question de la vulnérabilité s'inscrit pleinement dans cette réflexion. Il est essentiel de ne pas confondre une vulnérabilité temporaire, liée à une situation donnée, avec une fragilité perçue comme une caractéristique permanente. Par exemple, une personne âgée peut être autonome chez elle mais devenir vulnérable en raison d'une maladie ou d'un environnement inadapté. Jérôme Pellissier illustre bien cette idée en affirmant que « *les vieux ne peuvent qu'utiliser les seuls pouvoirs et moyens d'expression que nous leur laissons* » (Pellissier, 2007, p. 330). Ce constat met en lumière un point crucial : la vulnérabilité n'est pas uniquement une question d'âge ou de santé, elle est aussi façonnée par la manière dont la société et les soignants interagissent avec ces personnes.

La vulnérabilité est une réalité omniprésente dans la relation soignant-soigné. Elle influence les interactions, les perceptions et impacte profondément les comportements des deux parties. Pourtant, cette vulnérabilité n'est pas toujours perçue de la même manière : elle peut être amplifiée par des représentations sociales qui enferment le patient dans une vision réductrice et biaisée. Marie Liendle définit la vulnérabilité comme « *une situation de faiblesse, un risque pour l'intégrité d'un être* » (Liendle, 2012, p. 304). Cette définition rappelle que la vulnérabilité n'est pas propre aux personnes âgées ou aux malades, mais qu'elle concerne toute personne confrontée à une situation de fragilité qui peut heurter son intégrité. Dans le cas de Mme V., sa vulnérabilité ne découle pas uniquement de son âge avancé, mais surtout de sa situation de dépendance. Chaque jour, elle a besoin d'une aide extérieure pour réaliser ses soins d'hygiène. Or, en devenant dépendante de cette aide, sa vulnérabilité s'accroît, car elle se retrouve tributaire de la disponibilité et de l'attention des soignants.

Dans ma pratique d'étudiante infirmière, j'ai souvent été témoin de ce phénomène. J'ai parfois ressenti une forme d'inconfort face à cette asymétrie, notamment lorsqu'un patient, comme Mme V., exprimait une volonté de préserver son autonomie mais se retrouvait malgré elle dans une posture d'attente et de dépendance. Ce paradoxe, entre le désir d'aider et le risque d'entretenir une forme de soumission involontaire, m'a amenée à me questionner : comment aider sans imposer ? Comment accompagner sans infantiliser ?

Sur le plan éthique et philosophique, Zielinski approfondit cette réflexion en revenant à l'étymologie du mot vulnérabilité, issu du latin *vulnus*, qui signifie « plaie ». Selon elle, cette notion renvoie à la fois à « *l'altération et la cause de ce qui altère et implique être sans armure, ce qui ne signifie pas la défaite, mais consentir à n'être pas invulnérable* » (Zielinski, 2011, p. 90). Cette analyse me parle particulièrement, car elle met en évidence une double dimension de la vulnérabilité : une fragilité tangible, qu'elle soit physique ou sociale, et une vulnérabilité inhérente à la condition humaine. Accepter cette vulnérabilité, la sienne comme celle d'autrui, n'est pas un aveu d'échec, mais une étape nécessaire pour tisser une relation de soin authentique.

Mais dans la réalité du soin, j'ai pu constater combien cette vulnérabilité est parfois amplifiée par des stéréotypes. L'exemple de Mme V. est frappant : dès son arrivée, des remarques comme « *Oh, la petite maminette, qu'elle est tout âgée, qu'elle est toute frêle* » ont été prononcées. J'ai perçu ces paroles comme empreintes de bienveillance, mais aussi comme une forme de réduction. Mme V. n'était plus vue comme une patiente avec des envies, des préférences et une histoire, mais comme une « petite dame fragile » que l'on traite avec une douceur qui frôle l'infantilisation. En tant qu'étudiante infirmière, j'ai ressenti une gêne face à ces discours, car ils ne prenaient pas en compte la volonté de Mme V. de garder un certain contrôle sur sa vie. Cette situation m'a amenée à réfléchir à ma propre posture. Zielinski parle d'un « *fonds commun d'humanité* » où chacun est affecté par l'autre (Zielinski, 2011, p. 90). Cette idée m'a interpellée : si le patient est confronté à la douleur et à la perte d'autonomie, le soignant, lui, est exposé à la souffrance d'autrui et aux limites de son propre savoir-faire. Comme elle l'écrit : « *être exposé à la souffrance de l'autre, c'est la condition particulière du soignant* » (Zielinski, 2011, p. 91). Ce passage m'a fait prendre conscience que la relation de soin n'est pas à sens unique : elle est un équilibre fragile, dans lequel nous sommes, soignants et soignés, tous vulnérables à notre manière.

Tenir compte de la vulnérabilité du patient, c'est donc accepter en tant que professionnel d'être exposé à la fragilité de l'autre et à sa propre vulnérabilité, comme capacité à accueillir cette vulnérabilité sans se protéger sous un mode opératoire figé et commun à tous les patients.

Cette vulnérabilité partagée est également évoquée par Emmanuel Levinas, qui parle de « *vulnérabilité morale* », liée à « *l'obligation de prendre soin de l'autre, incarnée par le visage de l'autre qui m'oblige* » (Levinas, 1990, p. 82). Lorsque j'ai commencé mes stages, j'ai ressenti cette « obligation » presque comme un poids : la crainte de mal faire, d'oublier un détail, de ne

pas être assez présente pour un patient en demande. Mais progressivement, j'ai compris que cette vulnérabilité n'était pas seulement un fardeau, mais aussi un moteur qui me poussait à m'améliorer, à écouter davantage, à ajuster mes gestes et mes paroles pour répondre aux besoins réels des patients.

C'est dans cette optique que Monique Formarier propose de « *rétablir une symétrie dans la relation, en donnant au patient les moyens de retrouver un certain pouvoir d'autonomie, même dans un contexte de dépendance et de vulnérabilité* » (Formarier, 2007, p. 35). Cette réflexion me semble essentielle. Lorsqu'un patient est placé dans une posture passive, il perd une partie de son identité et de son estime de lui-même. Dans le cas de Mme V., il aurait été possible de l'encourager à participer à ses soins selon ses capacités, au lieu de la considérer uniquement comme une personne fragile nécessitant une prise en charge totale. En adoptant cette posture, le soin ne devient plus seulement un acte technique, mais une co-construction entre le patient et le soignant.

En tant qu'étudiante infirmière, cette prise de conscience me marque profondément. J'ai compris que la vulnérabilité n'est pas un état figé, mais une dynamique qui évolue en fonction de la manière dont on interagit avec le patient. Lorsqu'on enferme une personne âgée dans une image de fragilité, on renforce son sentiment de dépendance. À l'inverse, lorsque l'on reconnaît sa capacité à être actrice de son soin, on lui redonne une forme de pouvoir sur elle-même.

Finalement, je retiens que la vulnérabilité ne doit pas être perçue comme une faiblesse, mais comme une réalité à accueillir. Elle ne se combat pas, elle se comprend et s'accompagne. C'est en reconnaissant cette fragilité commune que la relation soignant-soigné peut devenir plus humaine, plus respectueuse et plus équilibrée. En tant que future infirmière, ce sera à moi de trouver cet équilibre, d'être attentive aux mots que j'emploie, aux gestes que je pose, et de veiller à ne jamais réduire un patient à sa seule vulnérabilité.

6.4 Le soignant, qui est-il ?

Selon *Le Petit Robert*, le terme de soignant désigne « *une personne qui dispense des soins, particulièrement dans le domaine médical et paramédical, et qui s'occupe du bien-être physique et psychologique des patients* ». Cette définition met en avant le rôle du soignant qui dépasse largement les actes techniques pour inclure une dimension humaine et relationnelle. D'après Walter Hesbeen, « *le soignant n'est pas uniquement un technicien de la santé ; il est aussi un accompagnateur doté de compétences humaines essentielles* » (Hesbeen, 1999, p. 8). En effet, le soignant se doit d'adapter son accompagnement en fonction de chaque personne,

particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes âgées ou vulnérables, souvent confrontées à des préjugés liés à leur état ou à leur âge. Selon l'article R4311-1 du Code de la santé publique, « *l'infirmier doit garantir la continuité et la sécurité des soins tout en respectant la dignité du patient, la confidentialité et le devoir de bienfaisance. Ce cadre souligne que le soignant, ici l'infirmier, doit aller au-delà des gestes techniques pour aussi prendre en compte l'aspect humain de son métier.* »

Je constate que dans toutes les définitions, le tronc commun du métier est le savoir-faire en ce qui concerne les actes de soin et le savoir-être, en ce qui concerne la relation humaine du soignant vis-à-vis du patient (« *compétences humaines essentielles, aspect humain du métier, devoir de bienfaisance.* »)

D'ailleurs, comme l'explique Hesbeen, « *l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire a pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, quelle que soit la spécificité de leur métier* » (Hesbeen, 1999, p. 8). Cela signifie que cette relation va bien au-delà de la simple exécution de gestes techniques ; elle est avant tout un espace d'échange et de soutien. Selon le *Dictionnaire Humaniste*, cette interaction se manifeste par une « *activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale et non verbale, dans le but de favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience* » (Paillard & Poulet, 2013, p. 228). Ce cadre de soin se construit donc autour de l'écoute et de la compréhension mutuelle, permettant au soignant de répondre de manière plus ajustée aux besoins individuels de chaque patient. Cette construction me rappelle la partie consacrée au soin et à la relation soignant-soigné, dans laquelle nous avons évoqué que le patient se sent considéré s'il ressent que le soignant tienne compte de ses besoins et participe en quelque sorte, au suivi du soin, en attestant sa compréhension ou en exprimant son éventuel désaccord.

De plus, Alexandre Manoukian souligne que la relation soignant-soigné « *soutient les tentatives de chacun à donner un sens à sa condition, sans se limiter à une approche purement technique ou curative* » (Manoukian, 2014, p. 50). En d'autres termes, cette relation apporte une dimension de sens au soin, favorisant l'implication active du patient dans son propre parcours de soin. Cette dynamique relationnelle permet également au soignant de redonner une place centrale à l'aspect humain, comme le rappelle Monique Formarier : « *personne, aujourd'hui, ne peut plus contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soin.* » (Formarier, 2007, p. 33). En effet, chaque interaction, aussi technique soit-elle, est

une opportunité d'établir ou de renforcer un lien de confiance entre le soignant et le soigné. Le patient tient compte de la qualité de la communication du soignant, de sa capacité d'écoute, pour sentir que ses besoins sont intégrés dans la prise en soin.

En conclusion, nous pouvons dire que le soignant est bien plus qu'un exécutant de gestes techniques. Il est un accompagnateur, un interlocuteur privilégié et un soutien pour le soigné. Sa mission ne se limite pas aux soins physiques, mais inclut également une écoute empathique, une communication adaptée et un respect profond de la personne soignée, en tenant compte de sa vulnérabilité, de l'expression de ses émotions et ses besoins. Cette considération va permettre de mettre à l'aise le patient dans la relation, de sa possibilité de s'exprimer. Ainsi, la relation soignant-soigné s'impose comme un pilier essentiel dans l'exercice du soin, où le respect, l'empathie et la dignité occupent une place centrale. Dans le cadre de mon sujet, j'ajoute que c'est un pilier essentiel pour dépasser les représentations sociales et comprendre que tout s'inscrit dans l'élaboration d'un terrain de confiance avec le patient, au cours des différents soins. Nous retiendrons donc que la déontologie professionnelle du rôle infirmier nécessite de dépasser nos propres représentations sociales, quelles que soient nos opinions, notre culture, notre vision de notre métier. Le patient est au cœur de nos préoccupations, dans sa singularité, sa spécificité et ses propres besoins. L'écoute est un élément qui conduit à la possibilité d'établir une relation de confiance.

6.5 L'écoute au cœur de la relation d'aide

L'écoute, c'est bien plus qu'une simple compétence en soins infirmiers. Pour moi, c'est un pilier fondamental de la relation soignant-soigné. C'est ce qui permet de reconnaître la personne en face de nous, dans sa singularité, et de comprendre ce dont elle a vraiment besoin. Carl Rogers le dit très justement : « *l'écoute est probablement la plus rare et la plus pure forme de générosité, car elle consiste à prêter attention non seulement aux paroles mais aussi aux silences, aux hésitations et aux gestes* » (Rogers, 1961, p. 23). Cette citation me parle énormément. J'ai déjà observé à quel point certains patients ont du mal à verbaliser ce qu'ils ressentent. Parfois, ils hésitent, ils détournent le regard, leur voix tremble. Il y a tout un langage non verbal qui exprime leur souffrance, leur peur, leur frustration. Et si nous ne prenons pas le temps de capter ces signaux, nous risquons de passer à côté de ce qu'ils essaient de nous dire. L'écoute, c'est aussi avoir la capacité d'être réceptifs aux signaux non verbaux, que ce soit le regard, l'expression du visage, la posture, la tenue vestimentaire, les attitudes du patient...

Dans mon apprentissage, j'ai compris que l'écoute ne se résume pas à un échange de mots, mais qu'elle est aussi un moyen de créer un espace rassurant, où le patient se sent en confiance. Quand Rogers explique que « *la relation d'aide consiste à libérer la personne pour qu'elle puisse exprimer ses sentiments et ses pensées, dans un cadre de compréhension et d'acceptation totale* » (Rogers, 1961, p. 33), il met le doigt sur quelque chose d'essentiel : si un patient sent qu'il peut parler sans être jugé, il s'ouvrira davantage et nous pourrions mieux répondre à ses attentes. À l'inverse, si on donne l'impression d'être pressé, distrait, ou déjà convaincu de ce que le patient va dire, celui-ci risque de se fermer, de se sentir incompris, voire ignoré.

Sur le terrain, rester concentré sur l'écoute n'est pas toujours aussi simple. J'ai remarqué que certains patients, notamment les personnes âgées, sont parfois écoutés différemment. Sans même s'en rendre compte, certains soignants minimisent leurs plaintes, les considérant comme une conséquence « normale » de l'âge. J'ai souvent entendu des phrases comme : « Oh, c'est normal à son âge », ou « Elle se plaint tout le temps ». Et ça me met mal à l'aise, parce que cela signifie qu'on ne les écoute pas avec la même attention que d'autres patients. Emmanuel Levinas le rappelle avec force : « *écouter, c'est entendre plus qu'une simple voix, c'est accepter l'autre dans sa différence* » (Levinas, 1961, p. 47). Ne pas écouter pleinement une personne, c'est lui nier une partie de son humanité, c'est la réduire à son état de santé, à son âge, ou à une étiquette qu'on lui colle inconsciemment. Or, tout patient vulnérable et dépendant est réceptif aux réactions du patient et se sentira naturellement sous-estimé.

Je pense notamment à Mme V. Elle me disait qu'elle avait mal, qu'elle se sentait de plus en plus faible, mais j'ai remarqué que son infirmière ne lui prêtait pas vraiment attention. Elle hochait la tête, répondait par des phrases toutes faites, sans vraiment chercher à comprendre ce qui se passait. Peut-être pensait-elle que Mme V. exagérait, ou qu'elle se plaignait par habitude... Mais finalement, personne n'a approfondi son ressenti. Et quelques jours plus tard, ses symptômes se sont aggravés. Cette situation m'a marquée, parce qu'elle m'a fait réaliser à quel point une absence d'écoute peut entraîner des conséquences réelles, bien au-delà du simple ressenti du patient.

Bellenger et Coucharae expliquent : « *écouter, c'est chercher à comprendre ce que dit l'autre dans un contexte donné et en fonction d'un but* » (Bellenger & Coucharae, 2012, p. 14). Cette définition m'aide à prendre du recul : écouter, ce n'est pas juste être là en silence pendant que le patient parle. C'est être attentif à la communication verbale et non verbale, poser des questions, reformuler, essayer de percevoir ce qui est sous-entendu. Pour moi, une vraie écoute

repose sur trois choses essentielles : la disponibilité, l'attention et la curiosité. Être disponible, c'est offrir du temps de qualité au patient, sans être pressé par d'autres tâches ou préoccupations. Être attentif, c'est vraiment chercher à comprendre, et pas simplement enregistrer ni transmettre des informations. Et la curiosité, c'est ce qui nous permet d'aller au-delà des apparences, de remettre en question nos propres idées reçues, d'oser se demander : « Qu'est-ce que cette personne essaie réellement de me dire ? ». Cette posture d'écoute, j'essaie de l'adopter chaque jour en stage. Mais je me rends compte que ce n'est pas toujours évident. Il y a la fatigue, la charge de travail, les urgences... Et parfois, même avec la meilleure volonté du monde, on peut passer à côté de quelqu'un. C'est une réalité du métier. Mais je pense que la différence se fait dans l'intention : suis-je prête à prendre le temps d'écouter pleinement, à me rendre disponible pour le patient, à questionner mes propres représentations ?

En y réfléchissant, je me rends compte que l'écoute, c'est bien plus qu'une simple technique. C'est une façon d'être, une manière de considérer l'autre dans toute sa complexité. Rogers, Levinas, Bellenger et Coucharae nous rappellent que l'écoute, ce n'est pas juste tendre l'oreille, c'est un engagement envers l'autre, une preuve de respect et d'humanité. En tant que future infirmière, je veux faire en sorte que chaque patient que je prends en charge se sente entendu, réellement, sincèrement. Parce qu'au final, c'est ça qui fait la différence entre un soin mécanique et un soin véritablement humain.

7 Synthèse du cadre de référence

Ce travail de synthèse, à partir de la situation vécue avec Mme V., m'a permis de mieux comprendre les différents aspects de la relation soignant-soigné. En développant ce cadre de référence, j'ai pu approfondir mes connaissances et réfléchir aux questions posées dans ma problématique. Ce travail m'a aidé à voir l'impact de nos représentations sur la qualité de la relation.

Tout d'abord, les représentations sociales de la vieillesse apparaissent comme un facteur influent sur la qualité des soins. En effet, les stéréotypes associés aux personnes âgées, tels que la fragilité ou la passivité, impactent la manière dont elles sont perçues et soignées. Ces idées reçues risquent de réduire les personnes âgées à leur état de « dépendant » ou de « malade », sans tenir compte de leur histoire et de leurs capacités individuelles. Il est donc nécessaire de dépasser ces représentations pour considérer le patient avant tout comme une personne, avec ses propres souhaits et son propre vécu. Nous avons en effet constaté que chaque patient âgé

possède des ressources différentes, un niveau d'autonomie différent et que comme toute personne, il est sensible au regard que le soignant porte sur lui. L'estime qu'il a de lui dans le contexte de soin peut être impacté positivement ou négativement en fonction de la posture du soignant.

Ensuite, la notion de vulnérabilité constitue un autre thème central de cette réflexion. La vulnérabilité ne se limite pas à des aspects physiques ; elle inclut également des dimensions émotionnelles et relationnelles. Cette réflexion montre que la vulnérabilité touche autant la personne soignée que le soignant. En effet, selon le contexte, le soignant peut aussi se retrouver confronté à des situations émotionnellement exigeantes, nécessitant écoute et patience. La relation de soin demande donc une adaptation continue pour répondre aux besoins spécifiques de chaque personne de manière humaine et respectueuse. Nous avons constaté que le respect et le non-jugement du soignant fait partie de la déontologie infirmière. En ce sens, les compétences de l'infirmière en matière de soin ne peuvent s'effectuer de la même façon pour chaque patient, chacun étant différent. La dimension humaine du soignant prend une tournure différente, selon les besoins et les attitudes du patient. L'écoute et l'empathie sont deux qualités importantes. En effet, l'écoute permet bien souvent de comprendre derrière les propos du patient les besoins réels qu'il n'ose exprimer, justement parce qu'il est dans une relation de dépendance et qu'il n'ose pas forcément se délivrer.

Par ailleurs, la question de l'autonomie et de la dépendance est particulièrement importante dans le cadre de cette analyse. Bien que Mme V. soit dépendant de certains actes de la vie quotidienne, elle conserve une part d'autonomie dans ses choix et préférences, elle a encore la capacité de décider. Ce travail souligne l'importance de respecter cette autonomie, même partielle, en reconnaissant que la dépendance physique ne doit pas impliquer une perte de contrôle total sur ses décisions. Valoriser les choix de Mme V contribue à préserver son sentiment de dignité et d'identité, ce qui est essentiel dans la relation de soin. Enfin, la relation de soin elle-même se révèle être un élément fondamental de cette situation. Marquée par une asymétrie entre le soignant et le soigné, elle exige un ajustement constant pour éviter toute forme de domination.

Dans la situation de Mme V, l'infirmière aurait probablement pu établir une relation fondée sur la confiance et l'écoute. Une telle approche aurait permis de respecter ses souhaits tout en prenant compte de ses besoins primaires et secondaires. En adoptant cette démarche, Mme V.

aurait été reconnue et valorisée en tant qu'individu à part entière, et non uniquement perçue à travers le regard de la vieillesse et de sa dépendance.

En conclusion, cette synthèse montre que la qualité de la relation soignant-soigné repose sur une approche qui allie humanité, respect et écoute. Elle a mis en lumière l'importance d'aller au-delà des stéréotypes, de reconnaître la vulnérabilité des deux parties, et de trouver un équilibre entre l'aide apportée et le respect de l'autonomie de chaque individu. Ce sont ces valeurs qui permettent d'accompagner dignement les personnes âgées et de construire une relation de soin véritablement centrée sur la personne.

Nous allons maintenant vérifier si les éléments de la synthèse sont confirmés ou infirmés par les soignants que j'ai interrogés, dans le cadre de l'enquête exploratoire.

8 Enquête exploratoire

Pour mener à bien cette recherche, il est essentiel de réaliser une enquête de terrain afin de recueillir les témoignages des soignants sur la question du vieillissement. Plusieurs approches méthodologiques peuvent être envisagées : la méthode différentielle, expérimentale, historique, de l'ethnos et la méthode clinique. C'est cette dernière que je choisirai pour mon travail, car elle permet une analyse approfondie du discours des soignants dans leur pratique quotidienne.

9 Méthodologie

9.1 Méthode clinique

D'après le cours « *Initiation à la démarche de recherche en soins infirmiers* », lors de la deuxième année en soins infirmiers :

« Le but de la méthode clinique est de travailler à la construction de sens avec Autrui (individu ou groupe d'individus) de son projet de santé, de son projet dans la maladie, de son projet de vie. Le chercheur recueille des données pour accueillir les signes que le sujet accepte de lui livrer son vécu du phénomène étudié. L'outil d'enquête est donc l'entretien et le chercheur ne cherche absolument pas à tester une hypothèse. »

Par le biais de la méthode clinique je vais confronter la partie théorique de mon cadre de référence face à la réalité sur le terrain.

9.2 Choix de l'outil

Afin de mener à bien mon enquête exploratoire, j'ai opté pour des entretiens semi-directifs. Il se définit comme : « *une technicité collecte de données qui contribue au développement de*

connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives. » (Imbert, 2010). Ce type d'entretien est reconnu comme une approche qualitative efficace pour la collecte de données. Cet outil me permettra de développer et d'étayer mon sujet de recherche. J'ai fait ce choix d'entretien car l'entretien semi-directif favorise l'échange, offrant un cadre propice à l'empathie, au partage et à la valorisation des connaissances du professionnel interrogé. Structuré par un guide d'entretien flexible, il me permettra de poser des questions ouvertes et de discuter librement des thèmes soulevés.

9.3 Lieu de l'enquête et Population choisie

Pour cette enquête, je fais le choix de réaliser quatre entretiens, deux infirmières et deux aides-soignantes. Je n'ai fixé aucune restriction concernant le genre, l'âge ou l'expérience professionnelle, car mon objectif est de recueillir une grande diversité de regards sur la question. Cette approche me garantira une collecte de données riches et variées.

Pour tenter de comprendre comment les représentations sociales influencent la qualité de la relation soignant-soigné, j'ai choisi des services variés tels que l'Ehpad. C'est généralement le lieu de vie qui accueille les personnes âgées quand le maintien à domicile n'est plus possible. Les résidents nécessitent d'aide pour les gestes quotidiens. Un service court gériatrie : Ce service a pour objectif de prendre en charge des personnes âgées qui présentent des pathologies aiguës ou chroniques sur une durée assez courte.

9.4 Déroulement des entretiens

Dans le cadre de mes entretiens, j'ai d'abord pris contact par téléphone avec l'infirmière coordinatrice afin de lui présenter mon projet. J'ai ensuite confirmé ma demande par mail pour obtenir une autorisation et fixer un rendez-vous. Une fois l'accord obtenu, je me suis rendu sur place le mercredi 12 février 2025 à 14 h.

À mon arrivée, deux aides-soignantes m'ont accueillie chaleureusement. Bien qu'elles aient évoqué leur manque de temps en raison d'un emploi du temps chargé, elles ont fait preuve de disponibilité et de bienveillance. La recherche d'un endroit calme pour mener l'entretien a été un peu compliquée. Finalement, nous avons pu nous installer dans la chambre d'une résidente momentanément absente. Même si ce lieu n'était pas idéal, les aides-soignantes ont su rester professionnelles, et l'entretien s'est déroulé dans de bonnes conditions. Les infirmières que je devais initialement rencontrer n'ont finalement pas souhaité participer, j'ai donc poursuivi avec les aides-soignantes. Le dernier entretien a dû être interrompu plus tôt que prévu, car la résidente est revenue dans sa chambre. Nous avons donc conclu rapidement, malgré cette

contrainte de dernière minute. Ce que je retiens de cette expérience, c'est la disponibilité, la gentillesse et l'adaptabilité des soignantes rencontrées, qui ont accepté de partager leur expérience malgré les imprévus.

Pour les troisième et quatrième entretiens, j'ai d'abord demandé une autorisation auprès du Centre Hospitalier d'Avignon. Après validation de la direction, j'ai contacté par téléphone le cadre du service de court séjour gériatrique, qui m'a proposé un rendez-vous le vendredi 14 février 2025 à 13h30. Le jour venu, en arrivant dans le service, j'ai constaté que les infirmières n'avaient pas été informées de ma venue. J'ai donc patienté jusqu'à l'arrivée du cadre, qui m'a accueillie et installé dans la salle des familles. Elle a ensuite demandé à deux infirmières de participer à l'entretien. Malgré un contexte tendu et des contraintes de temps, elles ont accepté de répondre à mes questions. L'échange a été écourté car elles devaient reprendre rapidement leur poste. Néanmoins, l'entretien s'est déroulé de façon agréable. L'infirmière a pris le temps de m'écouter, bien que plusieurs interruptions, dont un appel téléphonique, perturbent légèrement le rythme. Malgré ces aléas, j'ai pu recueillir des informations utiles à mon travail.

9.5 Difficultés rencontrées

Ce travail d'enquête m'a permis de recueillir des informations précieuses sur les pratiques des soignants et d'approfondir ma compréhension des interactions avec la personne âgée. Cependant, plusieurs limites doivent être mentionnées. Tout d'abord, la taille réduite de l'échantillon (seulement 4 entretiens réalisés dans deux établissements) limite la diversité des réponses et leur représentativité. Ensuite, les conditions pratiques ont parfois perturbé le bon déroulement des entretiens : en Ehpad, l'intervention prolongée de l'infirmière cadre coordonnatrice a pu influencer la liberté de parole de l'aide soignantes, tandis qu'à l'hôpital, les infirmières avaient peu de temps, entraînant des interruptions fréquentes par des appels téléphoniques ou la réalisation de soins.

De plus, un des entretiens réalisé en Ehpad a été perturbé par une résidente souhaitant retrouver sa chambre, dans laquelle nous étions installés. Malgré ces contraintes, j'ai toujours été chaleureusement accueillie par les équipes soignantes.

Ainsi, malgré le contexte spécifique et le nombre limité d'entretiens, cette enquête reste une expérience très enrichissante sur le plan humain et professionnel, me permettant de mieux comprendre les contraintes quotidiennes auxquelles font face les soignants.

9.6 Résultats et Analyses des entretiens (Annexe II)

Dans le cadre de l'analyse des entretiens, j'ai structuré mon analyse en regroupant les questions de mon guide d'entretien selon les thématiques principales de mon cadre de référence : la représentation de la personne âgée, la relation soignant-soigné et la qualité du soin. J'applique cette démarche à l'ensemble des entretiens afin d'assurer une cohérence dans l'analyse et de faciliter l'articulation entre les concepts théoriques et la réalité du terrain. Cette approche me permet également de mettre en avant les contradictions existantes entre les idéaux du soin et la réalité sur le terrain.

9.7 Entretien n° 1 avec Rose aide-soignante

J'ai réalisé mon premier entretien avec Rose, aide-soignante depuis 30 ans, ayant exercé à domicile, en EHPAD et en unité spécialisée Alzheimer.

La représentation de la personne âgée :

Rose perçoit la personne âgée sous un aspect à la fois social et affectif. Elle insiste particulièrement sur le rejet dont elle est victime dans une société qui valorise avant tout la jeunesse et la performance. Selon elle, « la société rejette un peu la personne âgée » (L.13-14), car on ne lui laisse pas « le droit de vieillir », ce qui illustre une représentation sociale marquée par le jeunisme et l'exclusion des plus âgés. Cette observation rejoint l'analyse de Serge Moscovici, pour qui les représentations sociales structurent notre perception des groupes et influencent la manière dont ils sont intégrés ou marginalisés.

Lorsqu'elle est interrogée sur l'âge auquel commence la vieillesse, Rose donne une estimation précise : « *Pour moi, c'est plutôt à partir de 78-80 ans* » (L.185). Cette perception subjective correspond à une définition qui dépasse les simples critères biologiques et administratifs (B. Ennuyer). En effet, si certaines institutions fixent l'entrée dans la vieillesse à 60 ou 65 ans, Rose semble davantage associer cet état à une diminution de l'autonomie ou à une perception sociale du vieillissement. Son approche s'éloigne ainsi des définitions strictement médicales et s'aligne davantage sur une perception du vieillissement comme un processus progressif et non uniforme. Néanmoins, Rose adopte une approche valorisante en insistant sur le « *vécu, l'histoire et le savoir des personnes âgées* » (L.22), s'éloignant ainsi des représentations déficitaires qui réduisent la vieillesse à la dépendance et au déclin. Son discours s'inscrit dans une logique de transmission et de reconnaissance des personnes âgées en tant qu'individus ayant encore un rôle à jouer dans la société. Toutefois, elle constate également que le vieillissement s'accompagne de réalités physiologiques spécifiques, comme une « *lenteur accrue, le corps*

devient plus lourd, plus raide, plus douloureux », (L.53-54), des troubles cognitifs et comportementaux (L.59) et une accumulation de pertes successives (physiques, psychologiques, sociales). Ces éléments influencent directement la prise en charge en EHPAD et complexifient la relation soignant-soigné.

La relation soignant-soigné

Rose met en évidence l'asymétrie inhérente à la relation soignant-soigné, qu'elle perçoit comme un pouvoir exercé sur la personne âgée : *« alors de toute façon du moment que vous mettez une blouse blanche même si vous ne l'exercez pas de pouvoir vous êtes dans un lieu collectif euh euh ...les chambres se ressemblent toutes de toute façon automatiquement à la personne âgée elle nous perçoit comme quelqu'un de pouvoir. » (L.389-390).* Pour elle, cette asymétrie est inévitable, car le soignant décide et contrôle une grande partie des actes du quotidien du résident. Toutefois, elle précise que cette asymétrie peut impacter la qualité du soin si elle est mal gérée. *« D'ailleurs il y en a il y en a qui vont être agressifs envers nous hein direct mais c'est pas pour autant que nous on se met en position de pouvoir » (L.392-393)* Lorsqu'un soignant impose des soins sans prise réelle en compte de la volonté du résident, il renforce cette asymétrie et risque de déshumaniser la relation. Louis Ploton met d'ailleurs en garde contre ce rapport de force implicite, qui peut conduire à une forme de maltraitance institutionnelle, même involontaire. *« Ce que je crains le plus, c'est que l'asymétrie de la relation ne soit pas reconnue, et qu'elle devienne un pouvoir implicite s'exerçant sur l'autre, une forme de maltraitance douce, parfois inconsciente. » Louis Ploton. P47*

Dans son approche du soin, Rose développe un attachement émotionnel fort avec les résidents, allant jusqu'à se comparer à une mère : *« Parfois, je me sens comme une maman » (L.303-312).* Cette proximité traduit une forte implication dans la relation soignant-soigné, mais elle peut également poser la question de l'infantilisation. Jérôme Pellissier, dans *La nuit, tous les vieux sont gris*, met en garde contre le glissement affectif, qui, bien qu'animé de bonnes intentions, peut conduire à une réduction de la personne âgée à une position de dépendance passive.

Le risque d'infantilisation ne passe pas uniquement par les mots, mais aussi par les gestes et les attitudes. Rose en est consciente et admet que, parfois, sans s'en rendre compte, elle utilise des termes affectueux comme *« ma chérie » (L.315-319).* Joan Tronto rappelle que le soin est un engagement moral basé sur l'attention à l'autre, ce qui implique de reconnaître pleinement la personne âgée comme un individu autonome et non comme un être fragile à protéger à tout prix. Rose semble naviguer entre ces deux postures : d'un côté, une attention bienveillante et

une sensibilité aux besoins des résidents ; de l'autre, le risque de les priver involontairement de leur autonomie décisionnelle.

La vulnérabilité :

Interrogée sur la vulnérabilité, Rose adopte une position nuancée : selon elle, toutes les personnes âgées ne sont pas vulnérables, mais certaines le deviennent lorsqu'elles ne sont pas en mesure de se défendre, notamment en raison de troubles cognitifs (L.212-214). Elle illustre ce propos par l'exemple d'une résidente atteinte de démence, incapable de comprendre une situation d'agression et donc particulièrement exposée. Cette analyse rejoint celle de **Joan Tronto**, qui insiste sur le fait que la vulnérabilité ne découle pas uniquement de l'état physique ou mental d'un individu, mais également de l'environnement et des interactions avec autrui. Ainsi, un soignant qui perçoit la vulnérabilité comme un phénomène contextuel adaptera son approche et évitera de systématiser une posture protectrice qui pourrait nuire à l'autonomie du résident.

Le soin : un choix personnel

Contrairement à certains soignants pour qui le travail en EHPAD peut être perçu comme une contrainte ou un choix par défaut, Rose insiste sur le fait qu'elle a décidé de travailler avec les personnes âgées. Ce n'était pas une obligation, mais bien un choix assumé, motivé par un véritable intérêt et une affection sincère pour cette population. Elle affirme avoir toujours aimé travailler avec les personnes âgées, ce qui influence directement sa manière d'appréhender son métier et d'interagir avec les résidents. Cette implication volontaire s'oppose au ressenti de certains soignants qui, face aux contraintes imposées, peuvent éprouver de la lassitude ou de la frustration. Pour Rose, au contraire, cet attachement se ressent dans chaque geste, porté par la volonté de répondre au mieux aux besoins de chaque résident, malgré les difficultés du quotidien. Son engagement révèle une approche du soin tournée vers la personne, où la bienveillance, la patience et l'écoute sont au cœur de la relation.

Le soin de qualité :

Lorsque j'interroge Rose sur sa conception du soin de qualité, elle met en avant plusieurs critères essentiels. Pour elle, un bon soin repose avant tout sur l'écoute active : « il faut être à son écoute déjà » (L.334). Cette écoute doit être à la fois verbale et non verbale, permettant de comprendre les besoins des résidents au-delà de leurs paroles (L.295-296). Elle insiste également sur l'adaptation aux désirs du résident : « *un soin de qualité, ce n'est pas un soin forcé* » (L.393-394), soulignant ainsi l'importance d'une prise en charge respectueuse et

individualisée. Toutefois, elle est confrontée à des contraintes institutionnelles qui limitent l'application de ces principes. Elle évoque notamment :

- **Le manque de temps et de personnel**, qui empêche une prise en charge réellement attentive « *On me demande d'aller vite avec des gens lents et douloureux* », (L.346-347).
- **La standardisation des soins**, notamment *l'imposition de jours fixes pour la toilette, ce qui ne tient pas compte des préférences des résidents* (L.373-376).
- **Le mélange des profils en EHPAD**, où cohabitent des résidents autonomes et des personnes en grande perte cognitive, rendant la prise en charge plus complexe.

Face à ces réalités, Rose exprime un certain pessimisme quant à l'avenir du soin aux personnes âgées. Elle constate que les entrées en institution se font de plus en plus tard, avec des résidents en état avancé de dépendance, ce qui alourdit la charge des soignants. *De plus, la réduction des effectifs et le manque de moyens financiers nuisent à la qualité de la prise en charge.* Elle souligne enfin la nécessité de trouver un juste équilibre entre assistance et respect de l'autonomie, afin d'éviter toute forme de maltraitance institutionnelle (L.290).

Synthèse :

L'entretien avec Rose met en lumière un profond attachement aux personnes âgées et une vision du soin fondée sur l'écoute, la douceur et l'adaptation aux besoins de chacun. Elle a choisi de travailler avec cette population, non par contrainte, mais par véritable envie. Son regard sur la vieillesse est empreint de respect et de reconnaissance pour le parcours de vie des résidents.

Cependant, elle doit faire face aux limites du système : manque de temps, de personnel, standardisation des soins... Autant de contraintes qui l'empêchent parfois d'offrir l'accompagnement qu'elle souhaiterait. L'asymétrie entre soignant et soigné est une réalité, et elle en est consciente. Son défi est de ne pas laisser cette asymétrie priver la personne âgée de son autonomie et de sa dignité. Son témoignage rappelle à quel point le soin ne se résume pas à des gestes techniques, mais repose avant tout sur une relation humaine, faite de présence et d'attention « *c'est établir un lien oui si vous coupez ça c'est c'est la robotisation* ». L. 362 Malgré les difficultés, Rose continue d'exercer son métier avec engagement et bienveillance, consciencieuse que, dans un système parfois rigide, c'est avant tout la qualité du lien avec les résidents qui font la différence.

9.8 Entretien n° 2 avec Arya aide-soignante

Le deuxième entretien avec Arya, aide-soignante de 52 ans diplômée en 2017.

Représentation de la personne âgée :

Dans le cadre de mon entretien avec Arya, j'ai cherché à comprendre sa perception de la vieillesse et la manière dont elle définit une personne âgée. Lorsqu'elle m'a répondu, elle ne s'est pas limitée à une simple donnée chronologique : selon elle, ce n'est pas l'âge qui définit une personne âgée, mais plutôt la perte d'autonomie physique, cognitive et polypathologique : « *cocktails de maladies.* » (L44-45). Elle illustre son propos par un exemple assez fort : dans son EHPAD, une résidente de 102 ans est plus autonome qu'une autre de 70 ans. Cette vision met en évidence le caractère subjectif du vieillissement et la diversité des situations individuelles. J'ai trouvé cette réflexion particulièrement intéressante car elle rejoint les travaux de Jérôme Pellissier, qui, dans *La nuit, tous les vieux sont gris*, critique la tendance à homogénéiser la vieillesse et insiste sur la nécessité de considérer chaque individu dans sa singularité.

En échangeant avec elle, elle a spontanément abordé la question de la reconnaissance du travail en EHPAD par rapport à celui en milieu hospitalier. Son témoignage m'a interpellé : elle estime que le travail à l'hôpital est plus « valorisant *que celui en EHPAD* » (L25-36). Cette perception, largement répandue, reflète l'idée que le soin hospitalier, axé sur la technicité, est mieux reconnue que l'accompagnement des personnes âgées, souvent perçu comme routinier et moins exigeant sur le plan médical, relayer au second plan. Arya m'a confié qu'au début de sa carrière, l'EHPAD était pour elle une solution temporaire, en attendant un poste en hôpital ou en clinique. Mais avec le temps, son regard a évolué : elle a pris conscience que le soin en EHPAD repose sur des compétences spécifiques en observation, en accompagnement et en relationnel, tout en demandant un engagement humain fort.

La relation soignant-soigné :

Au fil de notre échange, Arya a insisté sur l'importance du lien humain dans son travail. Elle m'a expliqué que la spécificité du travail en EHPAD réside dans la relation de dépendance entre les résidents et les soignants : "*Si je ne suis pas là, certains ne peuvent ni se lever, ni manger, ni exprimer leurs besoins.*" (L36-37). Cette proximité quotidienne crée une relation de soin bien différente de celle qui existe à l'hôpital, où les patients sont souvent pris en charge sur une courte durée. J'ai retrouvé ici l'analyse d'Alexandre Manoukian (2014), qui décrit la relation soignant-soigné en milieu hospitalier comme étant "asymétrique et limitée dans le temps",

tandis qu'en EHPAD, elle s'inscrit dans la durée et implique une connaissance approfondie du résident.

Elle a également évoqué l'humanité, approche qui a été adoptée dans son établissement pour améliorer la qualité des soins. Cependant, au moment où elle abordait ce sujet, l'infirmière cadre coordonnatrice est intervenue et est conservée présente dans la chambre. On peut supposer que cette présence a influencé sa réponse et qu'elle n'a pas exprimé pleinement sa perception du concept. Malgré tout, elle a expliqué que l'humanité repose sur une adaptation du soin au rythme des résidents, plutôt que sur une organisation rigide dictée par les soignants. Elle m'a donné plusieurs exemples concrets, notamment celui du réveil des résidents : *"Le matin, on ne va pas réveiller tout le monde brusquement. On commence par ceux qui sont déjà réveillés, puis on s'adapte au rythme des autres."* (L125-127). Cette approche s'inscrit dans une logique de respect et de préservation de l'autonomie du résident.

La vulnérabilité :

Lorsque nous avons abordé la question de la vulnérabilité, Arya a tenu des propos nuancés. En supposant que tous les résidents ne sont pas vulnérables de la même manière. Pour elle, la vulnérabilité ne se limite pas à l'âge mais plutôt à la dépendance physique ; elle peut aussi se manifester par l'isolement, la difficulté à communiquer ou la perte de repères. Elle illustre cela en supposant que certains résidents, bien que très âgés, conservent une certaine autonomie, alors que d'autres, plus jeunes, sont totalement dépendants. *« "Si on ne leur donne pas à manger, ils ne mangent pas. Si on ne les lève pas, ils ne se lèvent pas. (L120-121) »*. Cette vision rejoint la pensée de Joan Tronto, qui considère la vulnérabilité comme une interdépendance entre la personne et son entourage soignant. Toutefois, Arya précise que cette vulnérabilité n'est ni uniforme ni systématique. Elle a également insisté sur l'importance d'un accompagnement respectueux, sans infantilisation. Elle m'a dit avec conviction : *"On n'a pas le droit de les appeler par des petits prénoms. Ce sont des adultes, on doit s'adresser à eux comme tels. »* (L221-222) Cette remarque souligne l'enjeu d'une prise en charge qui ne réduit pas la personne âgée à sa dépendance, mais qui cherche au contraire à préserver sa dignité et son autonomie autant que possible.

Le soin, choix personnel :

Lors de mon entretien avec Arya, aide-soignante en EHPAD depuis huit ans, j'ai souhaité comprendre les raisons qui l'ont poussée à travailler auprès des personnes âgées. Lorsque je lui ai demandé si ce choix était volontaire, elle a expliqué que son arrivée s'est d'abord faite par

opportunité plus que par vocation. Diplômée en 2017, elle cherchait un emploi et a postulé dans plusieurs établissements (L16-17). L'EHPAD où elle travaille aujourd'hui a été le premier à la contacter pour un remplacement d'un mois. La proximité géographique, combinée à sa situation familiale (mère célibataire de deux enfants), a influencé son choix initial (L 20-21) cependant, au fil du temps, elle s'est attachée à ce travail et surtout aux résidents, ce qui l'a amenée à rester dans cette structure. *"Ils ont besoin de moi"*, dit-elle avec conviction (L35-36), soulignant ainsi le rôle indispensable des soignants auprès des personnes âgées dépendantes. (L30-31)

Un soin de qualité :

J'ai ensuite interrogé Arya sur sa vision d'un soin de qualité et comment elle le pratique. Elle a tout de suite mis en avant l'importance du respect et de l'autonomie du résident. Pour elle, bien soigner, ce n'est pas juste effectuer un geste technique, mais aussi laisser la personne participer aux soins. Elle insiste sur le fait que *"le soin ne doit pas se faire dans le forcing"*, (L 203-204), expliquant, qu'il est essentiel que le résident adhère au soin et garde une forme de contrôle sur son quotidien. Elle me donne un exemple concret : *« Proposer à un résident de choisir ses vêtements est une forme de respect et d'autonomie. »*. Elle évoque également l'importance de petits gestes du quotidien, comme accompagner un résident ou un *« déambulant » « faire un tour dans le jardin »*, qu'elle considère aussi comme une forme de soin. (L208-209).

Elle souligne également que l'évaluation de l'autonomie repose avant tout sur l'observation des soignants, en complément des outils comme la grille AGGIR. Pour elle, l'autonomie et la dépendance peuvent être définies de manière très simple : *"Dépendant, c'est que j'ai besoin d'aide. Autonomie, c'est que j'ai besoin de personne."* (L150-151). Cette manière pragmatique de voir les choses correspond à son expérience du terrain, où l'objectif est d'adapter les soins à chaque personne en fonction de ses capacités. Cette vision rejoint ce que l'on retrouve dans mon cadre de référence. Elsevier Masson définit l'autonomie comme *« la capacité d'un individu à effectuer sans aide les actes de la vie quotidienne et à prendre des décisions le concernant »*. Cette définition met en avant la notion de libre arbitre, qui est essentielle dans le soin aux personnes âgées. Bernard Ennuyer, de son côté, distingue l'autonomie fonctionnelle, c'est-à-dire la capacité physique et cognitive à réaliser des actions, et l'autonomie décisionnelle, qui concerne la possibilité de faire ses propres choix, même en ayant besoin d'aide au quotidien. Quant à la dépendance, selon l'INSEE, elle désigne *« l'état d'une personne qui a besoin d'une assistance pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne, tels que se nourrir, se déplacer, s'habiller ou se laver »*. Cette définition institutionnelle correspond bien à la

distinction qu'Arya fait dans sa pratique, même si elle l'exprime de manière plus directe et spontanée. Finalement, ce que dit Arya a mis en évidence un point essentiel : si l'autonomie peut être évaluée à l'aide d'outils d'évaluation, elle se perçoit surtout à travers l'observation du quotidien des résidents. Sa vision du soin repose donc sur une approche à la fois concrète et humaine, qui rejoint les cadres théoriques tout en mettant en avant l'importance du rôle des soignants dans le maintien de l'autonomie.

Synthèse :

Cet entretien avec Arya met en lumière plusieurs points majeurs liés au soin en EHPAD : la prise en charge de la dépendance, la valorisation du travail soignant et la nécessité d'un accompagnement respectueux et individualisé. Bien que son choix initial d'exercer en EHPAD ait été guidé davantage par l'opportunité que par la vocation, son discours témoigne aujourd'hui d'un engagement sincère auprès des résidents. Elle met en avant une approche du soin qui va au-delà des actes techniques, en insistant sur l'importance du respect de l'autonomie et de la dignité des personnes âgées. Elle m'a également confié que, pour elle, le soin en EHPAD ne peut pas être calqué sur le modèle hospitalier. *"C'est une éthique,"* (L129-130) m'a-t-elle dit en parlant de l'humanité, ainsi que le soin doit s'adapter à la personne et non l'inverse.

Cependant, en dehors de l'entretien, elle m'a avoué que sa réponse sur l'humanité ne reflétait pas réellement sa vision des choses, car elle s'était sentie embarrassée par la présence de l'infirmière cadre (L143-144). Cette situation met en évidence un point essentiel : en quoi le contexte de travail et la présence hiérarchique influencent-ils la parole des soignants sur leur propre pratique ?

9.9 Entretien n°3 avec Athéna infirmière

Représentation de la personne âgée :

Lorsque j'ai demandé à Athéna de me donner sa définition de la personne âgée, elle a immédiatement associé cette notion à la perte d'autonomie et aux difficultés du quotidien : *« Personne âgée, c'est une personne qui a forcément des besoins... si elle est hospitalisée chez nous, c'est qu'il y a des difficultés à domicile. »* (L 30-32). Elle perçoit donc la vieillesse sous un angle médical et fonctionnel, en mettant en avant les incapacités plutôt que les ressources. Pour elle, la vieillesse se caractérise avant tout par la perte progressive des capacités à réaliser les actes de la vie quotidienne : *« Avoir des incapacités à réaliser les actes de la vie quotidienne, avoir des troubles cognitifs... Ce sont surtout les difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne. (L 40-42). »* Cette perception rejoint les analyses de Louis Ploton, qui distingue

l'âge biologique, les changements physiologiques liés au vieillissement, l'âge social, le statut attribué par la société, et l'âge perçu la manière dont l'individu se voit lui-même. Ici, Athéna semble s'appuyer principalement sur l'âge biologique et les limitations fonctionnelles pour définir la vieillesse.

Pourtant, elle nuance elle-même cette approche en reconnaissant que l'âge ne signifie pas forcément perte d'autonomie : « *Une personne de 90 ans peut être plus autonome qu'une personne de 75 ans, tout dépend des capacités qu'elle a gardées. (L 101)* » Cette réflexion rappelle les travaux de Bernard Ennuyer, qui souligne que la vieillesse ne peut pas être réduite à un état de dépendance uniforme. Il distingue le vieillissement normal, où la personne âgée reste active et autonome, du vieillissement pathologique, marqué par une perte d'autonomie et une dégradation cognitive. Athéna semble intégrer cette distinction, mais dans sa pratique quotidienne, elle est confrontée majoritairement à des patients en perte de capacités, ce qui oriente sa vision du vieillissement vers une approche déficitaire.

Enfin, lorsqu'elle évoque l'âge auquel elle considère une personne comme âgée, elle finit par fixer un seuil arbitraire : « *Oui, dans les 80 ans. (L 44)* » Cette réponse traduit l'influence des classifications administratives et médicales, qui fixent des seuils d'âge pour définir la vieillesse. Jérôme Pellissier critique cette approche en expliquant que ces classifications peuvent enfermer les personnes âgées dans une identité de patient dépendant, renforçant ainsi les représentations sociales négatives du vieillissement.

La relation soignant soigné :

Lorsque j'ai demandé à Athéna comment elle perçoit la relation soignant-soigné, elle a d'abord insisté sur l'évaluation clinique du patient : « *Je lui demande pourquoi est-ce qu'elle est là, si elle sait où elle est... Ça me permet de voir si elle est cohérente. (L109-112)* » Sa réponse montre que, dans sa pratique quotidienne, la relation soignant-soigné est d'abord abordée sous un prisme technique et fonctionnel. L'interaction semble donc centrée sur l'état de conscience du patient et son aptitude à comprendre la situation de soin. Cependant, lorsqu'elle évoque les difficultés rencontrées, elle parle d'un déséquilibre dans la relation, particulièrement avec les patients présentant des troubles cognitifs : « *On est beaucoup dans la négociation, parfois même dans une forme de chantage, pour arriver à faire un soin. (L74-75)* » Cette phrase met en lumière une forme d'asymétrie relationnelle, où l'infirmière doit user de stratégies pour obtenir la coopération du patient. Athéna travaille dans un service où de nombreux patients présentent des démences ou des troubles cognitifs. Ces patients ne comprennent pas toujours l'intérêt du

soin ou peuvent s'y opposer activement, par peur ou incompréhension. Cette résistance impose donc aux soignants de trouver des moyens d'amener le patient à accepter le soin, parfois en jouant sur ses désirs ou ses attentes. L'usage du mot « *chantage* » est intéressant car il dévoile un rapport de force latent entre le soignant et le soigné. Même si Athéna nuance ce terme en expliquant qu'il ne s'agit pas d'une contrainte brutale, il révèle une relation où le patient ne détient pas toujours un pouvoir décisionnel réel. Monique Formarier distingue plusieurs types de relation soignant-soigné, notamment : La relation d'accompagnement, où le soignant guide le patient sans lui imposer ses choix, la relation paternaliste, où le soignant prend les décisions pour le patient, souvent en justifiant cela par son bien-être et la relation directive, où le soignant impose le soin sans négociation.

Ici, Athéna se situe dans une relation intermédiaire entre accompagnement et paternalisme. Elle tente de persuader le patient d'accepter le soin, mais lorsque cela ne fonctionne pas, elle peut être amenée à user de stratégies plus directives. Dans ses explications, Athéna donne un exemple précis : « *Il y a une prise de sang, ils refusent, mais ils veulent absolument aller se coucher. Donc on leur dit : 'Bon, on fait la prise de sang avant et ensuite on ira se coucher. (L 81- 82) »*

Cette technique repose sur une forme de conditionnalité, où le patient accepte le soin en échange d'une contrepartie. Cette approche n'est pas propre à Athéna : elle est largement observée en gériatrie, où il est parfois nécessaire de détourner l'attention du patient ou de structurer le soin de manière à le rendre plus acceptable. Cependant, cette stratégie peut poser une question éthique : dans quelle mesure cette négociation respecte-t-elle l'autonomie du patient ? Cette situation rejoint le débat sur le consentement dans la relation soignant-soigné. Joan Tronto explique que le soin repose sur une relation de pouvoir et de responsabilité, où le soignant doit être attentif à ne pas imposer un soin sous prétexte du bien du patient. Athéna, en tant que soignante, se retrouve dans une posture difficile : elle doit garantir le bien-être du patient tout en respectant, autant que possible, son autonomie. Or, le cadre hospitalier ne permet pas toujours une véritable prise en compte du consentement. Athéna en est consciente, puisqu'elle souligne que certains soins doivent être faits, même sans l'accord du patient : « *Il y a des soins qui sont obligatoires, même si on n'a pas leur consentement. (L 124-125) »*

Ce constat est particulièrement fort dans les cas où les patients ont des troubles cognitifs sévères, ce qui soulève une problématique essentielle en gériatrie : jusqu'où peut-on aller pour imposer un soin à une personne qui ne comprend pas ou refuse ? Ce qui ressort des propos

d'Athéna, c'est qu'elle ne se satisfait pas totalement de cette asymétrie. Elle reconnaît que certaines pratiques, bien qu'efficaces, vont à l'encontre de ses valeurs : « *Ce n'est pas en accord avec mes principes, mais on n'avait pas le choix.* » Ce dilemme entre efficacité clinique et respect du patient est au cœur de la réflexion sur la relation de soin. Jérôme Pellissier met en garde contre une vision où le soignant prend systématiquement le contrôle au détriment de la parole du patient. Cette situation est d'autant plus complexe dans un contexte hospitalier, où le manque de temps et la pression organisationnelle peuvent accentuer la nécessité d'aller vite, parfois au détriment du dialogue.

La vulnérabilité :

Lorsque j'ai abordé la question de la vulnérabilité, Athéna a tout de suite élargi la notion en expliquant qu'elle concernait tous les patients hospitalisés, quel que soit leur âge : « *À partir du moment où on est hospitalisé, on est vulnérable.(L121-125)* » Cependant, elle reconnaît que les patients âgés sont particulièrement exposés, notamment lorsqu'ils présentent des troubles cognitifs ou une altération de leur capacité de décision : « *C'est plus compliqué pour eux, je pense qu'ils se sentent encore plus vulnérables parce qu'ils n'ont pas toujours leur mot à dire.* » Cette phrase met en avant une asymétrie dans la relation de soin, où la parole du patient âgé peut être mise de côté au profit de décisions prises par les soignants. Cette idée rejoint Joan Tronto, qui insiste sur le fait que la vulnérabilité ne se limite pas à une simple faiblesse, mais qu'elle est aussi un état relationnel dans lequel le patient dépend du soin des autres. De manière intéressante, Athéna évoque aussi sa propre vulnérabilité en tant que soignante, notamment lorsqu'elle doit imposer un soin ou gérer une situation difficile : « *Même nous, on peut se sentir vulnérables face à certaines situations.* » Cette double vulnérabilité, celle du soignant et du soigné, est essentielle à comprendre dans la relation de soin. Jérôme Pellissier met en avant que le soignant puisse être lui-même fragilisé par des contraintes institutionnelles, un manque de temps ou des dilemmes éthiques. Ici, Athéna exprime cette difficulté sans toutefois la formuler comme une problématique centrale.

Le soin : Un choix

Lorsque j'ai demandé à Athéna pourquoi elle avait choisi de travailler en gériatrie, elle a répondu avec franchise : « *Je préfère, je suis plus à l'aise avec les personnes âgées que les personnes de mon âge.* » Elle explique ce choix par un besoin de se protéger émotionnellement. Soigner des personnes plus jeunes lui demanderait, selon elle, un engagement affectif plus important : « *Il y a plus de transferts... c'est plus une forme pour moi de me protéger.* (L 23-

24) ». Cette réponse rejoint ce que décrit Bernard Ennuyer : en gériatrie, certains soignants prennent de la distance sur le plan émotionnel pour préserver leur équilibre. Ils ne choisissent pas ce secteur par indifférence, mais parce qu'ils trouvent la relation avec la personne âgée plus facile à gérer affectivement.

L'autonomie et la dépendance :

Sur la question de l'autonomie et de la dépendance, Athéna adopte une définition simple et fonctionnelle : « *L'autonomie, c'est la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne. La dépendance, c'est quand on ne peut plus le faire seul (L 169-170).* » Elle insiste sur le fait que la dépendance n'est pas uniquement liée à la vieillesse, mais qu'elle peut concerner tous les âges et être causée par différentes situations : « *Non, ce n'est pas que pour la personne âgée, c'est pour tout le monde. (L178)* ». Cette distinction est importante, car elle rejoint Monique Formarier, qui rappelle que l'autonomie ne se limite pas à une capacité physique, mais inclut aussi le pouvoir de décider pour soi-même. La question est donc de savoir dans quelle mesure les soignants favorisent cette autonomie, ou au contraire, la restreignent par des décisions paternalistes.

Le soin de qualité :

Lorsque j'ai demandé à Athéna ce qu'est un soin de qualité, elle a immédiatement mis en avant trois éléments essentiels : le temps, la personnalisation du soin et l'empathie. Pour elle, un soin de qualité ne se limite pas à la réalisation d'un acte technique, mais repose avant tout sur la manière dont il est dispensé et sur l'attention portée au patient. Elle insiste particulièrement sur l'importance du temps, car c'est une ressource précieuse qui permet non seulement d'effectuer le soin correctement, mais aussi d'échanger avec le patient et de créer une relation plus humaine. Elle regrette cependant que cette dimension soit souvent compromise par l'organisation du travail en milieu hospitalier, où la charge de soins ne permet pas toujours d'accorder à chaque patient le temps nécessaire : « *À l'ehpad, on pouvait adapter le soin, ici, en court séjour, c'est plus compliqué.* »

Au-delà du temps, elle souligne que la personnalisation du soin est un critère fondamental de la qualité. Selon elle, il ne s'agit pas seulement de répondre aux besoins médicaux du patient, mais aussi de prendre en compte ses habitudes, ses préférences et son rythme de vie, dans la mesure du possible. Elle donne l'exemple des résidents en EHPAD, dont elle connaissait bien les habitudes, ce qui permettait d'adapter les soins en fonction de leur quotidien : « *Certains aiment être prêts avant le petit-déjeuner, d'autres préfèrent prendre leur douche après. C'est*

ça, pour moi, un soin personnalisé. (L 264-2268) » Elle regrette que cette approche soit plus difficile en court séjour, où les patients restent peu de temps et où l'urgence et la standardisation des soins limitent cette adaptation.

Enfin, elle met en avant l'empathie, car c'est un élément essentiel pour établir une relation de confiance avec le patient. Elle insiste sur l'importance d'expliquer chaque geste, même lorsque le patient ne semble pas répondre ou comprendre : *« J'essaie toujours de détailler tout ce que je fais, de prévenir le patient, même s'il ne me répond pas. (L204-206) »* Cette approche rejoint les analyses de Walters Hesbeen, qui rappelle que la qualité du soin ne réside pas uniquement dans sa technicité, mais dans la manière dont il est intégré à la relation soignant-soigné. Il explique que *« le soin de qualité passe par une présence soignante authentique et une attention portée aux besoins de la personne au-delà du simple geste médical. (L 248) »*

Cependant, Athéna souligne que cette vision du soin de qualité entre souvent en conflit avec les réalités du travail infirmier en milieu hospitalier. Le manque de temps et la charge de travail l'obligent à prioriser les soins en fonction de leur urgence, ce qui ne permet pas toujours d'accorder l'attention souhaitée à chaque patient. Ce constat illustre bien les tensions mises en avant par Jérôme Pellissier, qui explique que l'organisation des soins hospitaliers, centrée sur l'efficacité et la productivité, tend à réduire la dimension relationnelle du soin, pourtant essentielle pour garantir son humanité. Ainsi, pour Athéna, un soin de qualité repose sur une approche humaine et individualisée, mais elle est bien consciente des limites imposées par l'organisation hospitalière. Son témoignage met en évidence l'écart entre la vision idéale du soin et la réalité du terrain, ce qui pose la question des moyens nécessaires pour permettre aux soignants de dispenser des soins véritablement centrés sur la personne.

Synthèse :

Cet entretien avec Athéna met en évidence les défis et les réalités du soin en gériatrie, notamment en ce qui concerne la relation soignant-soigné. Dès le début, elle définit la personne âgée principalement à travers la perte d'autonomie et les incapacités, ce qui montre une vision du vieillissement influencée par son expérience clinique. Pour elle, une personne âgée est avant tout quelqu'un qui a besoin d'aide pour accomplir les actes du quotidien, même si elle reconnaît que l'autonomie varie d'une personne à l'autre. Cette perception rejoint les analyses de Louis Ploton et Jérôme Pellissier, qui expliquent que la vieillesse est souvent réduite à une vision médicale centrée sur la dépendance.

Athéna évoque aussi la vulnérabilité, un élément central du soin hospitalier. Elle insiste sur le fait que tous les patients hospitalisés sont vulnérables, mais que cette fragilité est encore plus marquée chez les personnes âgées, notamment celles atteintes de troubles cognitifs. Elle souligne aussi que les soignants peuvent, eux aussi, ressentir une forme de vulnérabilité face à certaines situations complexes.

En ce qui concerne la relation soignant-soigné, Athéna explique la difficulté de faire accepter certains soins aux patients âgés, en particulier ceux qui souffrent de démence. Elle explique également qu'elle doit souvent négocier, voire conditionner l'acceptation du soin, en proposant un échange pour convaincre le patient. Cette approche montre bien une asymétrie dans la relation, où le soignant doit parfois prendre des décisions pour le patient. Monique Formarier distingue différentes formes de relation soignant-soigné, et dans ce cas, on retrouve une oscillation entre accompagnement et paternalisme. Athéna en est consciente et reconnaît que certaines décisions ne sont pas toujours en accord avec ses valeurs, mais qu'elles sont souvent nécessaires pour assurer la sécurité et la continuité des soins.

Concernant sa motivation à travailler en gériatrie, elle explique que ce choix est aussi une manière pour elle de se protéger émotionnellement, car elle se sent plus à l'aise avec les personnes âgées qu'avec des patients plus jeunes. Cette réflexion rejoint les analyses de Bernard Ennuyer, qui souligne que certains soignants choisissent la gériatrie parce qu'ils perçoivent cette relation comme plus « gérable » sur le plan émotionnel. Enfin, lorsqu'elle parle du soin de qualité, elle insiste sur trois mots clés : le temps, la personnalisation et l'empathie. Pour elle, un bon soin ne se limite pas à l'acte technique, mais doit prendre en compte les habitudes et le rythme du patient. Cependant, elle regrette que le manque de temps et les contraintes organisationnelles l'empêchent souvent de dispenser le soin comme elle le souhaiterait.

Cet entretien montre donc bien les enjeux du soin en gériatrie, entre le respect de l'autonomie du patient et les contraintes du terrain, entre l'idéal d'un soin humain et les réalités institutionnelles. Athéna exprime clairement ces problématiques, sans toujours les nommer comme des enjeux éthiques, mais en les vivants au quotidien. Son témoignage met en avant une pratique du soin marqué par l'adaptation, la négociation et une réflexion constante sur la meilleure façon de concilier efficacité et respect du patient.

9.10 Entretien n° 4 avec Cléopâtre infirmière

La représentation de la personne âgée :

À travers cet entretien, Cléopâtre décrit la personne âgée avant tout comme un individu riche d'un vécu et d'une histoire personnelle qui influencent sa prise en charge. Pour elle, la personne âgée ne se réduit pas à ses pathologies ; elle possède une complexité qui nécessite une attention globale. Lorsqu'elle affirme « *Nous, on prend tout (L26- 29)* », elle montre que la gériatrie demande d'accueillir la personne dans sa totalité, avec ses multiples problématiques médicales, psychologiques et sociales. La personne âgée est ainsi perçue comme un être unique, mais aussi particulièrement vulnérable, notamment à travers la présence de troubles cognitifs. En disant « *Nous, on a beaucoup de déments, beaucoup d'Alzheimer (L35-37)* », Cléopâtre souligne cette fragilité qui, selon elle, modifie la façon d'apporter le soin. Elle perçoit donc la personne âgée comme un patient dont il faut constamment adapter la prise en charge, en tenant compte de son état cognitif et émotionnel.

Par ailleurs, Cléopâtre insiste sur la dimension affective en déclarant « *Elles ont besoin de plus d'attention (L 70-71)* ». La personne âgée est, selon elle, en recherche de réassurance et de présence, du fait de la perte de repères liée à l'hospitalisation ou à la vie institutionnelle. Cette perception rejoint la notion d'un individu dépendant d'un cadre sécurisant et d'une relation humaine forte. Elle voit ainsi la personne âgée comme fragile et en demande constante d'attention, ce qui nécessite pour le soignant une vigilance particulière dans la relation instaurée. Cette vision, bien qu'empathique, met aussi en lumière une représentation marquée par la vulnérabilité et la dépendance affective.

La relation soignant soigné :

Cléopâtre ne parle pas clairement d'asymétrie, mais elle évoque des situations où le soignant devient une figure de repère pour des patients en perte d'autonomie : « *À un moment donné, le repère, c'est nous, parce qu'il y en a qui n'ont pas de famille. (L157-161)* » Cette dépendance montre un déséquilibre naturel dans la relation, où le patient se repose sur le soignant pour ses besoins quotidiens et son bien-être psychologique. Elle met aussi en avant la nécessité de gagner la confiance des patients, en particulier ceux touchés de démence : « *Il faut qu'on réadapte ça pour qu'ils aient confiance en nous. (L 74-75)* » Cette phrase illustre le rôle du soignant dans la gestion de l'asymétrie : bien qu'il ait une position dominante, il doit l'utiliser pour créer un climat de sécurité et de respect pour le patient.

Pour Cléopâtre, la relation soignant-soigné ne repose pas uniquement sur les soins techniques, mais également sur l'écoute et la présence. « *Un soin, ça peut être une conversation. (L 107-108).* » Elle insiste sur le fait que les personnes âgées ont besoin d'un accompagnement qui va au-delà des gestes médicaux, nécessitant un échange et une attention portée à leur ressenti. Dans son approche, elle veille à ne pas brusquer les patients et s'adapte à leur rythme : « *Il ne veut pas, ce n'est pas grave. On laisse, ça se fera plus tard. (L 66-67)* » Cette posture bienveillante favorise une relation de confiance, où le patient n'est pas contraint mais accompagné selon ses besoins du moment. Elle met également en avant l'importance des petits gestes qui comptent, comme une toilette bien réalisée ou un moment de coiffure : « *Quand je la coiffe et qu'elle se regarde dans la glace en disant : "Ah ben je suis bien aujourd'hui", ça, c'est un soin de qualité. (L119-123)* » Pour elle, la relation soignant-soigné est donc une relation de présence et d'adaptation, où la qualité du soin repose autant sur la manière dont il est donné que sur l'acte lui-même.

La vulnérabilité :

Lorsqu'elle parle de vulnérabilité, Cléopâtre met en avant la fragilité physique des personnes âgées : « *Il y a une grande majorité qui sont vulnérables par rapport à leur pathologie. (L89-90)* » Elle associe cette fragilité à l'âge, aux maladies chroniques et à la perte d'autonomie. Cependant, elle reconnaît que la vulnérabilité ne concerne pas uniquement les personnes âgées : « *Ça peut être des enfants aussi. Un adulte peut être vulnérable par rapport à sa pathologie, par rapport à plein de choses (L 96-97).* » Elle adopte ainsi une vision plus large, où la vulnérabilité est contextuelle et dépend de la situation de chaque individu.

Un choix :

Cléopâtre explique que travailler en gériatrie n'était pas son choix initial, mais une affectation liée aux besoins de l'hôpital : « *Quand on a été financé, ils nous envoient là où il y a des besoins. (L 14-15)* » Cette contrainte est fréquente dans le milieu soignant, où les professionnels doivent s'adapter aux postes disponibles. Pourtant, elle ne perçoit pas son travail comme une contrainte, car elle avait déjà une expérience en maison de retraite. « *Les personnes âgées, je connais. (L23)* » Avec le temps, elle a développé un intérêt pour la diversité des soins en gériatrie : « *Au niveau des soins infirmiers, c'est polypathologique... c'est très varié. (L26-28)* » Son parcours montre qu'un soignant peut trouver du sens dans son travail, même si son affectation n'a pas été choisie au départ.

Le soin de qualité :

Pour Cléopâtre, un soin de qualité repose avant tout sur le bien-être du patient : « *Que la personne soit satisfaite.* (L 393) » Elle ne réduit pas la qualité du soin à la seule technicité, mais insiste sur la manière dont il est vécu par le patient. Elle respecte le rythme et la volonté du patient : « *Il ne veut pas, ce n'est pas grave. On laisse, ça se fera plus tard.* » Cette flexibilité permet d'éviter des situations de refus ou de tension, en laissant au patient le temps d'accepter le soin. Elle souligne également l'importance des petits gestes du quotidien, qui peuvent améliorer la qualité de vie d'un patient : « *Le fait que je lui fasse la toilette, que je la coiffe et qu'elle me dise dans la glace : "Ah ben je suis bien aujourd'hui", ça, c'est un soin de qualité.* (L 63-64) » Enfin, elle rappelle que parfois, un simple sourire peut suffire à rendre un soin plus humain et agréable : « *Juste un sourire, c'est un soin de qualité.* (L 119-123) »

Synthèse :

À travers son témoignage, Cléopâtre a mis en avant une approche du soin qui allie technicité et humanité, en insistant sur la diversité des soins en gériatrie et la nécessité d'une relation adaptée aux besoins des patients. Elle perçoit la relation soignant-soigné comme un équilibre entre soins techniques et présence relationnelle, où la bienveillance et l'écoute jouent un rôle central. Son approche est marquée par une grande patience et une capacité d'adaptation, notamment face aux refus de soin ou à l'anxiété des patients.

Enfin, bien que son affectation en gériatrie n'ait pas été un choix initial, elle a trouvé du sens et de l'intérêt dans son travail, illustrant ainsi la capacité des soignants à s'investir dans un domaine qu'ils n'avaient pas nécessairement envisagé. Son discours reflète la richesse et la complexité du soin en gériatrie, où chaque patient nécessite une approche individualisée et respectueuse.

9.11 Analyses croisées des entretiens (Annexe III)

La prise en charge des personnes âgées en institution soulève des questions essentielles liées à la perception de la vieillesse, à la relation soignant-soigné, à la vulnérabilité des patients, l'autonomie et la dépendance et à la qualité des soins. L'analyse des entretiens menés avec les quatre soignantes met en évidence que leur approche des personnes âgées est influencée par les conditions de travail, les représentations de la vieillesse, les exigences du métier, mais aussi par leurs propres émotions. Chaque soignant développe une posture qui oscille entre une approche centrée sur l'aspect médical et une relation plus humaine, attentive à la personne et à son vécu.

La représentation de la personne âgée :

Les entretiens réalisés auprès des soignantes révèlent des représentations variées mais complémentaires de la vieillesse. Athéna associe la vieillesse à « *des incapacités à réaliser les actes de la vie quotidienne* », mettant en avant la perte d'autonomie physique. Arya insiste davantage sur les troubles cognitifs, qu'elle considère comme des marqueurs importants du vieillissement. Toutes deux fixent une limite autour de 80 ans, tout en reconnaissant la variabilité individuelle. Cette vision biomédicale, centrée sur la perte, peut influencer la prise en charge en renforçant le risque d'infantilisation ou de surprotection.

Cependant, Cléopâtre et Rose viennent enrichir cette représentation. Cléopâtre souligne l'importance du vécu personnel et des histoires de vie, invitant à une approche plus humaniste et individualisée de la personne âgée. Rose, quant à elle, met en lumière le rejet social, évoquant des personnes âgées « *laissées tomber dans une société tournée vers le jeunisme* ». Ces propos rejoignent les analyses de Jérôme Pellissier (*Tous les vieux sont gris*), qui dénonce la mise à l'écart des personnes âgées et les stéréotypes qui pèsent sur elles. Dès lors, on peut se demander si cette marginalisation sociale ne vient pas impacter la qualité de la relation soignant-soigné : lorsqu'un soignant prend en charge une personne âgée perçue comme mise à l'écart, cela peut inconsciemment influencer son attitude, en renforçant des postures de condescendance, de distance, voire de compassion excessive. Ainsi, les représentations sociales négatives de la vieillesse risquent de se traduire par une relation déséquilibrée, où la personne âgée est davantage perçue comme un objet de soin que comme un sujet à part entière.

Ainsi, ces différentes représentations montrent comment les perceptions sociales et professionnelles influencent directement l'approche et la qualité de la relation soignant-soigné. Lorsqu'elles sont centrées uniquement sur les pertes, elles risquent de réduire la personne âgée à ses incapacités. En revanche, lorsqu'elles prennent en compte le parcours de vie et le regard critique sur la société, elles ouvrent la voie à une prise en soin plus respectueuse et individualisée.

La relation soignant soigné :

La relation soignant-soigné apparaît complexe et riche d'émotions. Athéna évoque une forme d'ambivalence dans sa pratique, admettant recourir parfois à un « *chantage* » qu'elle juge nécessaire pour prodiguer certains soins indispensables, tout en cherchant à rester fidèle à une posture éthique fondée sur l'empathie : « *Je n'aimerais pas qu'on me fasse ce que je n'aime pas* ». Cette ambivalence questionne la frontière entre le respect de la personne et l'obligation

de soins, rejoignant la réflexion de Joan Tronto sur la difficulté de concilier la responsabilité du soin et la prise en compte de l'autonomie de l'autre.

Cléopâtre met en avant l'importance de la proximité relationnelle dans les soins, affirmant qu'un soin de qualité peut se passer par « un sourire ou une parole positive » du résident. Cela illustre la relation d'accompagnement décrite par Monique Formarier 2003, où la reconnaissance de la personne et la communication humaine deviennent des piliers du soin. Arya, quant à elle, perçoit la dépendance des patients comme une responsabilité valorisante : « Ils ont besoin de moi ». Cette représentation valorise la place du soignant mais peut, selon Louis Ploton, risquer de renforcer une posture de toute-puissance ou d'infantilisation si l'on n'y prend pas garde. Il devient alors essentiel de maintenir un juste équilibre entre aide et respect de l'autonomie.

Enfin, Rose insiste sur l'écoute active et empathique, indispensable pour accompagner les personnes âgées confrontées à de nombreux « deuils » liés aux pertes successives. Cette posture rejoint la définition du soin selon Walters Hesbeen, qui affirme que soigner, « *ce n'est pas seulement faire, mais c'est aussi être avec* », dans une relation d'écoute et de présence.

Ces approches variées montrent combien la relation soignant-soigné est au cœur d'une prise en charge adaptée et humaine. Elles soulignent également la nécessité pour le soignant de se questionner en permanence sur sa posture, en conciliant technicité, empathie, respect et écoute. Il est ainsi fondamental d'accompagner la personne âgée en valorisant ses ressources et son histoire, tout en restant vigilant à ne pas reproduire des stéréotypes ou des attitudes infantilisantes qui pourraient nuire à la qualité du soin.

La vulnérabilité :

Les entretiens que j'ai menés montrent que les soignantes associent la vieillesse à une vulnérabilité importante, principalement liée à la perte d'autonomie physique et cognitive. Arya illustre cette idée en soulignant que certains résidents ne peuvent plus exprimer leurs besoins essentiels : « si on ne leur donne pas à manger, ils ne mangent pas ». Cette observation met en avant une dépendance totale envers le soignant, qui doit anticiper et répondre à chaque besoin. Cela rejoint la notion de vulnérabilité objective développée par Louis Ploton, qui rappelle que cette fragilité résulte des atteintes corporelles et mentales liées à l'avancée en âge.

Cependant, cette vision est nuancée par Rose, qui rappelle que toutes les personnes âgées ne sont pas égales face à cette vulnérabilité. Certaines conservent leur capacité à affirmer leurs choix et à poser des limites, comme elle le décrit : « elles savent dire non ». Cette remarque

m'amène à penser, comme Jérôme Pellissier, que la vieillesse n'efface pas la personnalité ni la volonté, et qu'il est important, en tant que soignant, de ne pas enfermer la personne âgée dans une image uniquement dépendante et passive. Néanmoins, même ces capacités décisionnelles ne suffisent pas toujours à gommer la vulnérabilité globale, car celle-ci peut être accentuée par l'environnement institutionnel et les pertes successives vécues.

Ces observations renforcent l'idée d'une asymétrie inévitable dans la relation soignant-soigné. Athéna et Arya insistent toutes deux sur cette inégalité, en rappelant que les résidents « dépendent de nous totalement ». Cette situation crée un rapport de pouvoir important, où le soignant détient le contrôle de la prise en charge quotidienne. Walters Hesbeen parle d'ailleurs de cette asymétrie inhérente au soin, qui oblige le soignant à être particulièrement attentif à sa manière d'agir et à son positionnement éthique, afin d'éviter toute dérive vers l'infantilisation ou la domination involontaire.

Ce qui me semble particulièrement intéressant dans ces échanges, c'est que la vulnérabilité n'est pas uniquement celle du résident. Rose le souligne bien en parlant du sentiment d'impuissance que peuvent ressentir les soignants eux-mêmes, parfois « démunis » face aux attentes des familles ou face à la détresse des patients. Cette double vulnérabilité, évoquée par Bernard Ennuyer, montre que la relation de soin met en jeu deux êtres humains qui, chacun à leur manière, sont confrontés à des difficultés émotionnelles et relationnelles. Le soignant est ainsi amené à naviguer entre son rôle professionnel, ses obligations, ses émotions et la nécessité d'adapter son attitude en fonction des situations.

Autonomie et dépendance :

Les entretiens que j'ai réalisés montrent que l'autonomie et la dépendance sont deux notions centrales dans la prise en charge des personnes âgées, mais qu'elles restent difficiles à définir concrètement. Les soignants expliquent que l'autonomie ne se limite pas à la capacité physique de faire seul, mais qu'elle englobe aussi la possibilité de décider et d'exprimer ses choix. Arya me l'a bien expliqué lorsqu'elle a évoqué ces résidents qui ne marchent plus, ne mangent plus seuls, mais qui savent parfaitement ce qu'ils veulent et comment ils le veulent : *« Il y en a qui ne marchent plus, qui ne mangent plus seuls, mais qui savent encore très bien ce qu'ils veulent et comment ils le veulent. »* Cela m'a fait réfléchir au fait que la dépendance ne concerne pas uniquement l'âge ou l'état physique, mais plutôt l'état global et la capacité à rester acteur de sa propre vie.

D'ailleurs, cette idée est confirmée par Edgar Morin, qui explique « *que l'on ne peut pas concevoir d'autonomie sans dépendance.* » Dans le soin, cela signifie que même un patient autonome reste dépendant du soignant pour certains actes. De la même manière, le soignant lui-même dépend de son équipe, du matériel et de l'organisation pour accompagner au mieux les patients. Je comprends alors que cette relation est fondée sur une forme d'interdépendance et que l'autonomie totale n'existe pas vraiment, surtout dans un contexte de fragilité.

Mais dans la pratique, préserver l'autonomie des résidents semble compliqué. Rose m'a expliqué que le manque de temps oblige parfois à faire les choses à la place des patients, même si eux-mêmes auraient peut-être pu les faire : « *Quand on est pressé, on leur met les chaussettes, on les habille, alors qu'ils auraient peut-être pu le faire eux-mêmes.* » Ce témoignage m'interpelle, car il montre que malgré la bonne volonté des soignants, la pression du rythme de travail peut aller à l'encontre du maintien de l'autonomie.

En plus du manque de temps, il y a aussi la crainte de l'accident. Arya parle de ce dilemme auquel les soignants sont souvent confrontés : « *Laisser un patient marcher seul, c'est bien, mais s'il tombe, c'est nous qui sommes responsables. Alors, on limite leur liberté pour leur sécurité.* » Ce constat me montre combien la prise de décision dans le soin est complexe et que le soignant doit constamment trouver un équilibre fragile entre respect de la liberté et besoin de protection.

Certains soignants, comme Arya, essaient malgré tout de stimuler les patients en les encourageant à faire des gestes simples eux-mêmes : « *S'ils peuvent laver leur visage ou leur torse, c'est déjà ça.* » J'ai trouvé cette démarche intéressante, car elle permet d'éviter le « glissement » vers une dépendance totale, où le résident finit par ne plus rien faire parce qu'on ne l'y incite pas. En revanche, Cléopâtre a une vision plus pragmatique, mettant l'accent sur l'efficacité : pour elle, répondre aux besoins rapidement est parfois plus important que de laisser le patient essayer. Cette différence de point de vue montre bien que la notion d'autonomie reste subjective et dépend de la façon dont chaque soignant perçoit son rôle.

Enfin, cette question de l'autonomie fait écho à la réflexion éthique développée par Beauchamp et Childress, qui définissent l'autonomie comme « *le droit de chaque personne de déterminer sa propre vie en fonction de ses valeurs et de ses préférences, sans interférence induite de la part d'autrui.* » Pourtant, dans la prise en soin des personnes âgées, cette définition est difficile à appliquer, notamment quand les troubles cognitifs brouillent la compréhension et l'expression

du consentement. Je me rends compte que cela crée un véritable dilemme pour les soignants, qui oscillent entre respect des choix du patient et nécessité d'agir pour son bien.

En conclusion, cette analyse me fait prendre conscience que, même si l'autonomie est un objectif central dans la prise en charge, elle se heurte à de nombreuses limites : manque de temps, contraintes institutionnelles, risques de sécurité. En tant qu'étudiante infirmière, je mesure à quel point il est essentiel d'adapter ma posture à chaque situation et à chaque personne, pour essayer de stimuler les capacités restantes tout en respectant le rythme et la volonté du patient. Cela demande une réflexion constante et un véritable équilibre entre technique, éthique et humanité.

Le choix :

Les motivations à travailler avec les personnes âgées diffèrent selon les soignantes. Athéna et Arya expliquent que ce choix résulte initialement d'une reconversion professionnelle et de circonstances pratiques : Arya admet que « *ce n'était pas mon premier choix* », mais souligne la satisfaction actuelle de cette vocation inattendue. Cléopâtre partage cette vision en expliquant : « *ce n'était pas mon choix au départ* », tout en reconnaissant l'intérêt grandissant pour ce secteur. En revanche, Rose exprime clairement un choix personnel fort, motivé par une sensibilité envers les personnes âgées, ressentant même une forme de vocation : « *J'ai toujours été attirée par la personne âgée* ». Ces nuances montrent que ce métier peut aussi bien se construire progressivement qu'être le fruit d'une véritable passion initiale. Le fait que trois soignantes sur quatre déclarent ne pas avoir choisi ce secteur par vocation, mais plutôt en raison de circonstances personnelles ou professionnelles soulève une question importante : quelle influence ce parcours peut-il avoir sur la manière dont elles considèrent le soin ou la personne âgée ? Cela ne signifie pas nécessairement un manque d'implication ou de qualité dans le travail accompli, car les témoignages révèlent au contraire une évolution positive de leur regard sur le métier. Toutefois, cela peut traduire une certaine forme de désaffection initiale pour la gériatrie, encore trop souvent perçue comme une voie de repli plutôt que comme une spécialisation valorisée. Ce constat soulève également la question de la reconnaissance sociale du travail auprès des personnes âgées, souvent considéré comme moins prestigieux que d'autres services en milieu hospitalier. Si le soin est parfois envisagé comme un « plan B », cela peut influencer, au moins dans un premier temps, la considération accordée au patient, le niveau d'engagement ou encore la représentation de la vieillesse. Cependant, comme le montrent les propos recueillis, le contact quotidien avec les personnes âgées semble susciter, avec le temps,

un attachement sincère et une redéfinition du sens donné au métier, révélant une capacité d'adaptation et de réinvestissement professionnel significative.

Un soin de qualité :

Les échanges que j'ai eus avec les soignantes montrent que, pour elles, un soin de qualité ne se limite pas à la maîtrise des gestes techniques ou à l'efficacité de l'intervention médicale. Il s'agit d'une démarche beaucoup plus globale, qui intègre une dimension humaine, relationnelle et éthique. Athéna, par exemple, insiste sur le fait qu'un soin véritablement qualitatif suppose le respect du consentement du patient et une information claire, même lorsque celui-ci présente des difficultés de communication. Elle explique qu'elle prend le temps d'expliquer les gestes qu'elle va effectuer, même si la personne âgée ne semble pas pleinement réceptive. Ce témoignage illustre que la qualité d'un soin réside également dans l'attention portée à l'autre, dans la reconnaissance de sa dignité et de sa capacité, même partielle, à comprendre et à participer à ce qui lui est fait.

Ainsi, au-delà de l'acte en lui-même, le soin s'inscrit dans une relation intersubjective, où la manière de faire, le ton employé, le regard posé sur le patient jouent un rôle essentiel. Cela rejoint les principes d'une éthique du care, selon laquelle le soin ne peut être dissocié de la prise en compte de la vulnérabilité, de l'écoute et de la bienveillance. Le fait de rassurer, d'expliquer, de créer un lien, même bref, participe à une relation de confiance, essentielle surtout dans les contextes de dépendance ou de perte d'autonomie. En somme, le soin de qualité tel que perçu par les soignantes s'apparente à une alliance entre compétence professionnelle et attention sincère à la personne.

Cléopâtre, quant à elle, définit la qualité de manière simple et concrète, en se basant sur la satisfaction du résident : « *Qu'elle me dise : Ah ben je suis bien aujourd'hui.* » Cette remarque me montre que la qualité ne dépend pas seulement de ce que l'on fait, mais aussi de ce que la personne ressent après le soin. Il s'agit d'un échange, où la reconnaissance du bien-être exprimé par le patient devient un indicateur fort pour le soignant.

Arya souligne, de son côté, l'importance du respect du rythme du patient, en évoquant une démarche « *d'éthique, d'humanité* » dans les soins de tous les jours. J'y vois une volonté d'adopter une posture respectueuse et bienveillante, où la personne âgée reste au centre, malgré les contraintes du quotidien. Cette approche rejoint la réflexion Fabienne Brugère « *L'Ethique du care* », qui rappelle que le soin, c'est avant tout « *prendre soin des autres avec attention et responsabilité* ».

Enfin, Rose met l'accent sur l'écoute psychologique et la prévention, en insistant sur l'importance d'une observation attentive pour « *éviter des aggravations douloureuses.* » Cela me fait prendre conscience que la qualité du soin passe aussi par l'anticipation et la vigilance, afin de détecter les petits signes qui pourraient annoncer un problème plus grave.

Cette diversité d'approches me montre que la qualité d'un soin est globale. Elle repose à la fois sur la technique, mais aussi sur la relation, l'écoute, le respect, l'anticipation et l'adaptation au rythme de chacun. En tant qu'étudiante infirmière, cela m'amène à réfléchir à l'importance de ne pas me limiter à un geste réussi, mais à prendre en compte l'impact humain et émotionnel de chaque soin, dans une logique de bien-être et d'accompagnement personnalisé.

Infantilisation :

Au-delà des thématiques centrales, plusieurs problématiques émergent clairement. L'une des premières qui m'a marquée est celle de l'infantilisation. Cléopâtre utilise spontanément des surnoms affectifs comme « jeune homme », pensant sûrement créer une atmosphère chaleureuse. Cependant, ce type de langage, même s'il part d'une bonne intention, peut avoir des effets négatifs sur la personne âgée. En effet, cela peut la renvoyer à une position de dépendance ou de passivité, comparable à celle d'un enfant, et ainsi lui faire perdre une partie de sa dignité. Cela m'amène à me questionner : en tant que soignante, comment trouver le juste milieu entre proximité et respect ? À quel moment le tutoiement, les surnoms ou les gestes protecteurs peuvent-ils devenir intrusifs ou dévalorisants ? Cette réflexion me paraît essentielle, car elle touche directement à la reconnaissance de l'identité de la personne soignée.

Rose soulève également une problématique très concrète liée au fonctionnement institutionnel. Elle évoque le manque de moyens humains et matériels, ainsi que le regroupement de patients aux profils très différents dans les EHPAD. Ce « *mélange* » peut créer un climat tendu, accentuer les conflits entre résidents et nuire à leur bien-être. J'ai pris conscience que ces conditions d'accueil influencent directement la qualité de la relation soignant-soigné. Lorsqu'un soignant est débordé, pressé, ou qu'il doit gérer en même temps plusieurs situations complexes, il devient difficile de rester pleinement disponible, à l'écoute, et dans une posture empathique. Ce contexte peut parfois favoriser des automatismes dans les soins, où la dimension relationnelle passe au second plan.

Enfin, ce que Rose décrit sur le rejet de la vieillesse par la société m'a profondément interpellée. Dans notre culture marquée par la valorisation de la performance, de l'efficacité et de l'apparence, la personne âgée est souvent perçue comme un poids, une charge, voire comme

inutile. Cette représentation sociale négative influence, parfois inconsciemment, les comportements des soignants eux-mêmes. Cela me pousse à réfléchir à mes propres représentations : comment éviter de projeter sur l'autre mes idées reçues ? Comment garder un regard juste et bienveillant, sans tomber dans la pitié ou le jugement ?

Ces différentes problématiques montrent à quel point la relation de soin est fragile et complexe. Elle demande une vigilance constante, une capacité à se remettre en question, et un engagement à rester centrée sur la personne dans sa globalité.

10 Synthèse

Ces analyses croisées mettent clairement en évidence que les représentations des personnes âgées par les soignants influencent directement la qualité de la relation soignant-soignée. Les différentes dimensions abordées révèlent une complexité et une richesse dans la pratique quotidienne, faisant apparaître le soin aux personnes âgées comme un lieu d'interactions humaines profondes et variées. La vulnérabilité, souvent perçue comme unilatérale chez la personne âgée, se révèle en réalité une caractéristique partagée entre patients et soignants, soulignant ainsi la nécessité d'une approche empathique et réflexive du soin. La qualité du soin, loin de se réduire à une dimension technique, doit impérativement s'inscrire dans une démarche globale, intégrant écoute, adaptation individuelle et considération de la personne dans toute sa dignité. Les nouvelles problématiques identifiées, telles que l'infantilisation, les contraintes institutionnelles ou encore la marginalisation sociétale des personnes âgées, constituent autant de défis à relever dans une démarche d'amélioration continue des soins en gériatrie. Cette analyse croisée révèle également un écart entre l'idéal du soin et la réalité du terrain, où les émotions des soignants jouent un rôle déterminant dans leur façon d'interagir avec les patients. Malgré les contraintes existantes, certains mettent en place des stratégies pour maintenir un accompagnement respectueux et de qualité, tout en gérant l'impact émotionnel de leur pratique.

11 Problématique

En tant qu'étudiante en soins infirmiers, j'ai rapidement compris que la relation soignant-soigné joue un rôle essentiel dans la qualité des soins, en particulier auprès des personnes âgées. Elle repose normalement sur des valeurs fondamentales comme l'écoute, le respect et la reconnaissance de la personne dans sa globalité. Pourtant, sur le terrain, j'ai constaté que cette relation est souvent influencée par des représentations sociales liées à la vieillesse et à la

dépendance. Ces représentations, véhiculées autant par la société que par le fonctionnement des établissements de santé, peuvent modifier la manière dont les soignants interagissent avec les patients.

Lors des entretiens que j'ai réalisés, un élément m'a particulièrement interpellée : trois soignants sur quatre n'avaient pas choisi de travailler auprès des personnes âgées. Ce constat m'a amenée à questionner leur rapport à ce public. Le non-choix, même s'il n'est pas toujours conscient ou volontaire, peut entraîner une forme de distance dans la relation. En l'absence d'un réel intérêt pour ce secteur, il peut y avoir moins de curiosité, moins d'envie de comprendre l'autre, et parfois une difficulté à s'adapter à ses besoins spécifiques. Cela ne remet pas en cause la compétence ou la bienveillance de ces professionnels, mais cela peut fragiliser leur implication relationnelle. Le soin risque alors de devenir une succession de tâches techniques, plutôt qu'un accompagnement centré sur la personne. La relation se fait alors parfois « à côté » du soin, plutôt « qu'avec » la personne soignée.

À travers les discours recueillis, j'ai aussi observé que, malgré leurs bonnes intentions, certains soignants adoptent parfois des attitudes traduisant une relation déséquilibrée. Par exemple, certains insistent sur la nécessité de « protéger » les personnes âgées. Même si cette volonté part d'un bon sentiment, elle peut inconsciemment renforcer leur vulnérabilité et mener à une forme d'infantilisation : paroles condescendantes, décisions prises à leur place, écoute limitée de leurs désirs ou de leur vécu. Jérôme Pellissier, dans *La nuit, tous les vieux sont gris*, montre justement comment la société continue à véhiculer des images réductrices de la vieillesse, ce qui influence directement les comportements des soignants.

Un autre point central évoqué par les professionnels interrogés est le manque d'écoute. Ce manque est souvent justifié par le rythme soutenu, la charge de travail importante ou encore les contraintes administratives. Comme le souligne Joan Tronto, le soin peut être perverti par une logique de rendement, qui éloigne les soignants de la relation humaine et authentique qu'ils souhaiteraient pourtant offrir. Le manque de disponibilité transforme alors la relation en une suite de gestes techniques, où la personne âgée est perçue davantage comme une tâche à accomplir que comme une personne à rencontrer.

Ce qui m'interroge encore davantage, c'est la place du choix professionnel dans cette relation. Lorsque la majorité des soignants n'a pas choisi de travailler en gériatrie, comment construire une relation réellement empathique, respectueuse et engagée ? L'absence de choix peut entraîner un désintérêt ou un manque d'appétence pour ce public, ce qui risque de renforcer les

stéréotypes et de limiter l'adaptation de la communication aux besoins spécifiques des personnes âgées.

À cela s'ajoutent les contraintes institutionnelles souvent évoquées : sous-effectif, pression administrative, manque de temps... Ces conditions poussent à se recentrer sur les soins techniques au détriment du lien humain. Cela crée une forme de distance, voire une rupture dans la relation.

En effet, cette analyse m'a permis de comprendre que la relation soignant-soigné auprès des personnes âgées est influencée par de nombreux facteurs : les représentations sociales, les conditions de travail, et surtout le choix (ou non) de travailler dans ce secteur. Même si les soignants cherchent à bien faire, ces éléments peuvent profondément affecter la qualité de la prise en charge. Il me semble donc important de réfléchir à des pistes d'amélioration : valoriser la gériatrie, intégrer des formations plus spécifiques sur le vieillissement, et surtout redonner du sens à cette relation humaine, qui est au cœur de notre futur métier d'infirmier.

12 Question de recherche

En croisant les constats issus du terrain avec les éléments de mon cadre de référence théorique, ma réflexion s'est progressivement approfondie. J'ai alors compris que le fait de ne pas avoir choisi d'exercer en gérontologie ne relevait pas simplement d'un détail dans un parcours professionnel, mais qu'il pouvait avoir un véritable impact sur la qualité de la relation de soin. Ce non-choix peut en effet fragiliser le lien relationnel avec la personne âgée. C'est à partir de cette prise de conscience qu'une nouvelle question de recherche a émergé : ***En quoi l'absence de choix des soignants de travailler en gérontologie influence-t-elle la relation soignant-soigné auprès des personnes âgées ?***

Conclusion

Ce mémoire marque l'aboutissement d'un long cheminement, ponctué de questionnements, de remises en cause et d'apprentissages qui ont profondément façonné mon regard soignant. Travailler sur l'influence des représentations des personnes âgées dans la relation soignant-soigné m'a permis de mieux comprendre comment ces perceptions, souvent inconscientes, influencent la qualité des soins et la dignité accordée aux patients. Grâce aux entretiens et aux analyses croisées, j'ai pris conscience des dynamiques invisibles qui traversent nos pratiques et du rôle crucial de la posture soignante dans la relation de soin.

Bien sûr, ce parcours n'a pas été sans difficultés. La contrainte du temps a parfois limité la possibilité d'approfondir certains aspects. Pourtant, cette limite m'a appris une chose essentielle dans le soin comme dans la recherche. Il est indispensable de prendre du recul et de se questionner en permanence. Pourquoi ce geste, cette parole, cette attitude ? Se remettre en question ne doit pas être perçu comme une faiblesse, mais comme une démarche nécessaire pour améliorer sa pratique et garantir des soins respectueux de l'individualité de chaque patient. La personne âgée occupe une place singulière dans le soin. Vieillir, c'est traverser le temps, voir son corps changer, son rôle social évoluer, parfois s'effacer aux yeux des autres. Dans une société où la performance et la rapidité priment, la vieillesse est souvent réduite à une phase de déclin plutôt qu'envisagée comme une continuité de la vie.

Ce travail m'a permis de mesurer à quel point nos représentations influencent notre manière d'accompagner ces patients et combien il est essentiel de refuser toute forme d'infantilisation ou d'invisibilisation. J'ai constaté que ces représentations imprègnent les pratiques soignantes, parfois à notre insu, et qu'il est essentiel de les déconstruire pour garantir un accompagnement plus juste et respectueux. Soigner ne se limite pas à appliquer des protocoles : c'est aussi écouter, observer, comprendre. C'est refuser de se laisser enfermer dans un rythme effréné qui ferait oublier la personne derrière le patient.

Ce mémoire s'achève, mais il marque surtout un point de départ. En tant que future infirmière, je souhaite continuer à interroger mes pratiques, à prendre le temps de voir au-delà du soin technique et à défendre une approche où l'humain reste au centre. Si soigner, c'est accompagner l'autre dans sa vulnérabilité, c'est aussi lui offrir ce regard attentif dont parle Simone de Beauvoir : « *Être homme, être femme, cela ne suffit pas pour exister humainement. Il faut que cette existence soit reconnue par autrui. (P 312)* ». » Ce regard, même dans l'urgence du quotidien, permet de ne jamais oublier que derrière chaque patient, il y a une personne, une

histoire, une existence à reconnaître. Ce mémoire se termine, mais la réflexion se poursuit, portée par la conviction que soigner, c'est avant tout rencontrer l'autre et lui accorder toute la place qu'il mérite.

Bibliographie

Ouvrages

- Ancet, P. (2014) *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*. Paris. Dunod.
- Beauvoir, S. (1970) *La vieillesse*. Editions Gallimard
- Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe* (Tome II). Paris. Gallimard.
- Bellenger, L., & Couchaere, M. J. (2012). *L'écoute : Osez l'empathie pour améliorer vos relations* (éd. 3e). Paris. ESF.
- Brugère, F. *L'Ethique du care*, qui rappelle que le soin, c'est avant tout « prendre soin des autres avec attention et responsabilité ». 5 édition 2025 janvier.
- Chalifour, J. (1998). *Relation d'aide en soins infirmiers : Une perspective holistique - humaniste*. Paris. Editions Lamarre.
- Ennuyer, B. (2013). *Les malentendus de l'"autonomie" et de la "dépendance" dans le champ de la vieillesse*. Le sociographe, pp. 139-157.
- Formarier, M. (2003). *L'accompagnement : un concept au cœur des soins infirmiers*. Paris. Elsevier Masson.
- Formarier, M. (2007). *Accompagner : soigner autrement*. Toulouse. Érés.
- Formarier, M. (2007, Février). *La relation de soin, concepts et finalités*. Recherche en soins infirmiers, pp. 33-42.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd). Paris. Mallet Conseil.
- Hesbeen, W. (1999). *Le caring est-il prendre soin ?* Perspective soignante.
- Hesbeen, W. (2023). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Paris. Elsevier Masson.
- Imbert, G. (2010, Mars). *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. Recherche en soins infirmiers, pp. 23-34.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Kant, E. (1993). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris. Le Livre de Poche.
- Le Blanc, G. (2010). *Que faire de notre vulnérabilité ?* Paris. Bayard.
- Manoukian, A., & Masseboeuf, A. (1995). *La relation soignant-soigné*. Paris. Lamarre.
- Marin, C. (2014). *Maladie et identité*. Dans *La maladie, catastrophe intime* (pp. 11-18). Paris. PUF.

- Marquis, N., & Pesesse, S. (2021). *De l'incertitude en santé mentale : analyse de la prise de décisions aux urgences psychiatriques*. Sciences sociales et santé (39).
- Marzano, M. (2006). *Je consens, donc je suis...* Paris. PUF.
- Menaut, H. (2009). *Les soins relationnels existent-ils ?* Vie sociale et traitements (101), pp. 78- 83.
- Mill, J. S. (1859). *De la liberté*. Paris. Presses Pocket.
- Ploton, L. (1997). *La relation soignant-soigné*. Toulouse. Érès.
- Ploton, L. (2001). *Psychologie du vieillissement*. Paris. Dunod.
- Rogers, C. (1998). *Le développement de la personne*. Paris. Dunod.
- Rogers, C. (2015). *La relation d'aide et la psychothérapie* (éd. 19e). Paris. ESF.

Articles

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York. University Press.
- Daval, R. (2008, Février). *Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. Approche Centrée sur la Personne*. Pratique et recherche (8), pp. 5-20.
- Lagarde-Piron, L. (2016). *La confiance dans les soins infirmiers*. Dans R. Delaye, & P. Lardellier, *La confiance : Relations, organisations, capital humain* (pp. 242-256). Caen. EMS Editions.
- Malabeuf, L. (1992). *La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte*. Soins Formation-Pédagogie-Encadrement (4), pp. 4-6.
- Morin, E. (1981). *Peut-on concevoir une science de l'autonomie ?* Cahiers Internationaux de Sociologie, LXXI, p. 261.
- Sartre, J. P. (1976). *L'Être*.
- Zielinski, A. (2011). *La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité »*. Cahiers philosophiques, 125(2), 89-106.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien	II
ANNEXE II : Retranscription des entretiens	IV
Entretien n°1 : Rose Aide-soignante en Ehpad	IV
Entretien n° 2 : Arya Aide-soignante en Ehpad	XIX
Entretien n° 3 : Infirmière Athéna à l'hôpital.....	XXVIII
Entretien n°4 : Cléopâtre infirmière à l'hôpital	XXXVII
ANNEXE III : Tableau d'analyse des entretiens.....	XLIV
ANNEXE IV : Demandes d'entretiens	LI
ANNEXE V : Demande en milieu hospitalier.....	LV
ANNEXE VI : Autorisation de diffusion	LVII

ANNEXE I : Guide d'entretien

Afin d'éclairer mon cadre de référence et de nourrir ma réflexion autour de ma problématique, j'ai mené plusieurs entretiens auprès de soignants travaillant avec des personnes âgées. Les questions posées avaient pour but de comprendre leurs représentations, leurs pratiques, ainsi que leur façon de penser la relation de soin. Le tableau ci-dessous résume la thématique de mon mémoire, les objectifs de ces entretiens, ainsi que les apports qu'ils m'ont permis d'en tirer.

Éléments	Contenu
Thématique du mémoire	<i>En quoi les représentations des personnes âgées influencent-elles la qualité de la relation soignant-soigné ?</i>
Objectif des questions posées	Comprendre comment les soignants perçoivent les personnes âgées, comment ils adaptent leurs soins, et quelles représentations influencent leur pratique.
Contenu des questions	Présentation personnelle, motivation à travailler auprès des personnes âgées, définition de la vieillesse, spécificités du soin, notion de vulnérabilité, etc.
Ce que ces questions m'ont apporté	Ces échanges m'ont permis d'éclairer mon cadre de référence en identifiant les représentations des soignants, leurs pratiques concrètes et leurs réflexions.
Lien avec le cadre de référence	Les notions abordées (vulnérabilité, autonomie, dépendance, infantilisation, soin de qualité) m'aident à structurer ma réflexion et à étayer mon analyse.
But	Construire une posture réflexive en tant que future infirmière, en prenant conscience de l'impact des représentations dans la qualité de la relation de soin.

Voici la liste des questions que j'ai préparées pour guider mes entretiens auprès des professionnels, dans le but de comprendre leurs représentations et leurs pratiques auprès des personnes âgées :

1. Pouvez-vous vous présenter de manière brève ?
2. Vous travaillez avec des personnes âgées, pour quelles raisons avez-vous fait ce choix ? Qu'est ce qui le motive ?
3. Comment définissez-vous une personne âgée ? Quelles sont selon vous, les principales caractéristiques associées à la vieillesse ? Avez-vous des exemples ?
4. Pensez-vous que le soin aux personnes âgées présente des spécificités ? Si oui pourriez- vous illustrer cela par des exemples tirés de votre pratique ou de vos observations ?
5. Selon vous, en quoi les besoins des personnes âgées diffèrent ils des autres patients ? Pouvez-vous argumenter votre point de vue avec des exemples ?
6. On décrit souvent la personne âgée comme une personne vulnérable, qu'en pensez- vous, dans votre pratique ?
7. Faites vous la différence entre autonomie et dépendance ? Merci de préciser votre pensée par des exemples ?
8. Comment pouvez-vous définir un soin de qualité auprès des personnes âgées ?
9. On parle souvent d'infantilisation des personnes âgées que pensez-vous ?
10. J'aimerais que vous me parliez d'une personne âgée dont vous vous occupez et de la façon dont vous lui faite des soins ?

ANNEXE II : Retranscription des entretiens

Entretien n°1 : Rose Aide-soignante en Ehpad

Entretien réalisé au sein d'un Ehpad des Bouches du Rhône. L'entretien s'est déroulé le 12 février 2025 et a duré 45 minutes.

1 **Moi : Donc déjà merci d'avoir accepté de répondre aux questions celui-ci restera**

2 **anonyme je vais vous demander de vous présenter de manière assez brève**

3 Rose : Euh ...Je suis aide-soignante depuis presque 30 ans j'ai travaillé longtemps à domicile

4 euh.... J'ai fait du domicile et beaucoup d 'Ehpad j'ai travaillé aussi je me suis perfectionnée

5 aussi pour la maladie d'Alzheimer donc ASG et j'ai travaillé dans des secteurs fermés

6 **Moi : Vous avez travaillé dans le secteur fermé c'était votre choix**

7 oui oui oui

8 **Moi : D'accord donc vous me dites que vous travaillez avec la personne âgée que c'était**

9 **votre choix mais qu'est ce qui le motive**

10 Rose : Euh...J'ai toujours été attiré par la personne âgée alors pourquoi je ne sais pas peut-être

11 parce (**rire**) **que** je n'ai jamais connu mes grands-parents euh... je n'en ai pas profité je ne sais

12 pas mais je trouve qu'on est dans une société où je trouve euh...mm on s'en désintéresse on est

13 beaucoup dans le jeunisme pour rester en forme il faut rester jeune il faut et les personnes âgées

14 on s'occupe pas c'est enfin c'est une sensation que j'ai que la société les rejette un peu

15 **Moi : Donc vous pensez que la société rejette la personne âgée**

16 Rose : Ça oui parce que on n'a pas le droit de vieillir faut toujours rester en forme faut être beau

17 faut voilà pour moi oui c'est la personne âgée un petit peu laissé tomber euh je trouve dans cette

18 société

19 **Moi : Donc vous pensez que c'est la société qui les met de côté**

20 Rose : Ouais moi je pense que c'est la société c'est un fait sociétal pour moi

21 **Moi :D'accord oui du coup pour vous comment définissez-vous une personne âgée**

22 Rose :Pour moi une personne âgée c'est quelqu'un qui a un vécu car à savoir qui a une histoire

23 on a ...euh chacun son histoire et elle vieillit avec alors au départ moi quand j'ai débuté la

24 maison de de retraite il y avait des personnes âgées qui venaient en maison de retraite mais elles

25 étaient autonomes ou pratiquement au semi-autonomes c'était pour passer alors presque 30 ans

26 ça a évolué

27 **Moi : Vous avez constaté une évolution**

28 Rose :une évolution qui est pas dans le bon sens pas de bon sens parce que au départ il y avait
29 des maisons de retraite donc c'était des gens qui étaient autonomes et semi-autonomes et donc
30 c'est des gens qui avaient perdu euh... leur femme des choses comme ça qui voulaient pas rester
31 seules donc ils étaient en maison de retraite donc y avait pas y avait des soignants mais c'était
32 en fonction des besoins donc là c'était y avait pas beaucoup de besoins c'était faire un oui la
33 plupart du temps ils faisaient leurs toilettes tout seul enfin voilà et j'avais des maisons de soins
34 des maisons de santé donc là les maisons de santé c'étaient déjà des gens qui avaient déjà un
35 petit peu des pertes d'autonomie donc là les soignants aient à faire la toilette et cetera donc il y
36 avait un petit peu plus de personnel puisqu'il y avait plus de travail et il y avait encore le long
37 séjour où là c'était vraiment la personne âgée tout était bien sectorisé je dirais et au jour
38 d'aujourd'hui euh... tout est mélangé tout est mélangé et donc au long séjour donc c'étaient des
39 gens qui étaient vraiment en perte d'autonomie où il fallait leur donner à manger voilà on s'en
40 occupait c'était une aide totale avec des troubles cognitifs bien entendu et cetera et donc là il y
41 avait plus de personnel puisque il y avait plus de de choses à faire il y avait il y avait beaucoup
42 plus de personnel et aujourd'hui on met on a tout mélangé c'est-à-dire on mélange les gens qui
43 ont leur tête avec des gens qui n'ont pas leur tête des gens qui sont semi-autonomes avec des
44 gens qui sont en aide complète on mélange tout le monde ça s'appelle Ehpads mais au niveau
45 au niveau personnel c'est pas pour autant qu'il y en a plus

46 **Moi : Et on s'en occupe bien d'après vous**

47 Rose : Euh...Pour moi depuis plusieurs années depuis que c'est passé au mode Ehpad je dirais
48 que je suis en échec avant même de commencer mon travail on me demande d'aller vite avec
49 des gens lents et douloureux et on me demande d'aller vite justement

50 **Moi : Donc vous parliez d'une personne lente, d'après vous quelles sont les principales**
51 **caractéristiques qu'on associe à la vieillesse parce que vous parlez de lenteur, vous associez**
52 **donc le mot lenteur à la vieillesse**

53 Rose :La personne âgées oui son corps devient de plus en plus lourd de plus en plus raide de
54 plus en plus douloureux hein c'est variable d'une personne à l'autre mais il y a un ralentissement
55 de toute façon vous avez des exemples comme donnés par exemple d'une personne ça peut être
56 après ça peut être une maladie hein une personne qui a la maladie de Parkinson par exemple
57 dans la même journée elle va avoir une attitude qui va être différente elle va bien marcher le
58 matin vous allez revenir en fin de matinée elle arrivera plus à mettre un pied devant l'autre
59 euh... c'est très changeant une personne qui a des troubles cognitifs c'est pareil elle va elle va

60 marcher le matin et puis si ça se trouve elle va refuser après de de marcher pour une raison qui
61 la regarde un c'est c'est très fluctuant c'est c'est c'est jamais les jours passent ne se ressemblent
62 pas c'est jamais pareil rien n'est figé rien n'est figé d'autant plus que maintenant les ehpad en
63 plus ça coûte très cher donc maintenant les gens quand ils rentrent les résidents quand ils
64 rentrent en ehpad ça veut dire qu'ils ont été le plus possible chez eux rester chez eux donc quand
65 ils arrivent maintenant en ehpad la plupart du temps ils sont quand même dans une dégradation
66 beaucoup plus physique et psychologique qu'avant hein c'est ça veut dire qu'on on a plus
67 d'autres solutions quoi ça veut dire qu'à la maison c'est dangereux que les familles ne peuvent
68 plus ça veut dire que en dehors de l'ehpad c'est devenu c'était plus possible quoi euh...

69 **Moi : Donc vous pensez que justement les Ehpad sont un lieu d'accueil uniquement pour**
70 **les personnes âgées dont la maladie a évolué**

71 Rose :si il y a des solutions il y en a si si y a des solutions moi je pense qu'il faudrait beaucoup
72 revenir à bien mettre les gens-là à leur place ne pas faire un mélange comme ils font là donc
73 bah... euh c'est ça de toute façon c'est mélangé tout est mélangé toutes les pathologies sont
74 mélangées et pour moi c'est pas bien vous vous avez toute votre tête vous êtes en ehpad vous
75 avez des euh... on appelle les déambulants donc les gens qui ont des problèmes cognitifs mais
76 ils rentrent dans votre chambre comme ça ils vont fouiller dans votre armoire donc ça provoque
77 beaucoup d'agressivité imaginez-vous êtes dans votre chambre vous avez toute votre tête vous
78 avez une dame qui rentre qui fout un vous allez rader et la personne ne comprend pas pourquoi
79 vous râlez puisqu'elle allait dans des problèmes cognitifs ou qu'elle elle le fait sciemment enfin
80 voilà ça apporte beaucoup de conflits d'accord beaucoup de conflits alors y a des choses qui
81 sont qui sont mises en place pour essayer de pallier à tout ça comme les pasa seuh euh... c'est
82 des animatrices spécialisées pour les gens qui ont des troubles qui sont voilà pour essayer de
83 stimuler la mémoire et tout ça mais c'est non d'accord c'est toujours une histoire de moyens de
84 toute façon hein on pourrait faire des choses mais les moyens il faut avoir l'argent derrière mais
85 bien sûr

86 **Moi : D'après votre expérience est-ce que vous avez déjà eu le sentiment que toutes les**
87 **personnes justement sont contentes d'être en Ehpad**

88 Rose : non non (silence) la plus grande majorité du temps c'est je veux rentrer chez moi il
89 y a des familles qui dit ou alors pourquoi mais pourquoi on m'a mis là voilà c'est beaucoup de
90 questions mais bon bah à posteriori ce sont des gens qui ont la plupart du temps des gros troubles
91 cognitifs dont ils n'ont pas conscience donc de toute façon ils se ils seraient en danger si ils

92 étaient à l'extérieur c'est donc il faut faire la part des choses on peut pas leur demander où voulez
93 venir ils vont dire non ça c'est sûr mais ils sont à la maison c'est dangereux parce que bon j'ai
94 fait aussi du domicile j'ai travaillé 13 ans à domicile être soignant à domicile donc j'ai vu que
95 le domicile ça peut être une prison dorée

96 **Moi : Vous dites que le domicile peut être une prison dorée, vous pensez que l'ehpad n'est**
97 **pas une prison dorée**

98 Rose : le domicile peut être une prison dorée je m'explique j'arrive à une dame qui avait des
99 gros troubles de mémoire mais qui ne se sauvait pas de chez elle n'avait pas envie de sortir donc
100 tous les jours je venais tous les jours elle me disait ma famille m'a abandonné ils viennent plus
101 me voir elle oublie de manger et cetera alors que ces enfants venaient tous les jours ne l'oublier
102 puisqu'elles n'avaient plus de mémoire immédiate mais moi si je partais je suis sûre que dans
103 les dans la minute qui suivait elle avait oublié que moi j'étais là donc gros sentiment de solitude
104 gros gros sentiment de solitude le jour elle a été placée en Ehpad bon on est toujours entouré
105 en Ehpad y a toujours du monde au début elle disait je vais rentrer chez moi mais au fur et à
106 mesure elle le disait plus et elle avait toujours du monde autour d'elle elle s'était fait des copines
107 donc voilà il y a du bon et du mauvais on peut pas dire que les Ehpad il y a que du mauvais il
108 y a du bon aussi

109 **Moi : Pensez-vous que le soin aux personnes âgées présente des spécificités si oui pourriez-**
110 **vous me donner des exemples dans votre pratique ou de vos observations**

111 Rose : Les spécificités euh... c'est surtout garder une qualité au niveau alimentaire parce qu'il
112 est souvent ils perdent l'appétit ou et souvent ils perdent le goût de manger et cetera et dès qu'il
113 y a ça toute façon c'est un impact sur l'état cutané aussitôt hein dès qu'il y a une baisse de la
114 nutrition donc on est là aussi pour beaucoup observer tout ce qui se passe au niveau du corps
115 pour éviter justement des aggravations qui pourraient être vraiment très douloureuses et très
116 très néfaste pour la personne âgée donc on a un pouvoir d'observation et

117 **Moi : Vous pensez que c'est bien spécifique à la personne âgée ?**

118 Rose : Ah oui oui...que j'arrive et particulièrement enfin pour ma part en tout cas
119 psychologique ça c'est primordial ils arrivent avec toute une histoire avec des fois des je dirais
120 des histoires pas très un très joli un peu compliqué hein je pourrais dire entre guillemets des
121 viols par exemple des choses ou des choses qui n'ont pas été dites mais qui ressortent là avec le
122 trouble les troubles ouais oui oui ça oui oui ça ressort hein c'est les vieux tiroirs qui s'ouvrent et
123 il y a des choses donc quand on a le temps on essaie de détricoter un peu tout ça gentiment et

124 c'est t'apaiser alors on ne peut pas guérir la personne puisqu'au niveau cette (interrompue la
125 résidente souhaite rentrer dans sa chambre) euh .. c'est peut être Corinne ce qui est....

126 **Moi : Selon vous, en quoi les besoins des personnes âgées diffèrent elles des autres patients**

127 Rose : (Silence) l'écoute d'écoute parce que c'est des gens qui sont dans des pertes comme vous
128 vieillissez vous êtes dans des pertes physiques vous êtes en des pertes psychologiques des pertes
129 de matériel puisque vous arrivez là des fois vous perdez tout enfin vous avez la sensation d'avoir
130 tout perdu vous vous retrouvez dans une chambre complètement anonyme alors que vous aviez
131 une maison vous aviez on n'est que dans des pertes donc tout ça c'est des deuils à faire ils sont
132 dans des deuils tout le temps tout le temps tout le temps dans des deuils de son corps deuil
133 deuil des fois parce qu'au début il y a des troubles psychologiques des pertes de mémoire ils le
134 savent ils le cachent mais ils le savent au fond d'eux il y en a qui peuvent être agressifs à cause
135 de ça pas parce que ils deviennent agressifs c'est pas pour rien c'est parce qu'ils savent qu'ils
136 sont dans des pertes de mémoire mais comme ils veulent pas l'avouer Ben ils sont agressifs

137 **Moi : Les personnes âgées, vous les considérez comme des résidents lambdas ou vous les**
138 **considérez autrement**

139 Rose : alors c'est complètement autrement c'est quand vous vieillissez que vous avez des
140 troubles parfois on se fait insulter euh... on se fait comment leurs en vouloir c'est pas possible
141 c'est les troubles qui provoquent ça donc au contraire il faut minimiser faut-il faut essayer de
142 comprendre pourquoi il a cette ce comportement et généralement après ça se passe bien donc
143 du coup les besoins

144 **Moi : donc vous diriez que les besoins diffèrent d'autre par rapport à d'autres patients**

145 Rose : nos besoins tout à fait c'est c'est complètement différent la prise en charge et est
146 différente c'est à dire bah vous rentrez dans enfin vous rentrez dans plus dans de la psychologie
147 et l'agressive pourquoi l'agressive aujourd'hui ce qui s'est passé euh ... et on essaie de
148 comprendre c'est pas en hurlant dessus ou en ou en levant le ton ou en que vous allez résoudre
149 la chose mais....euh.....

150 **Moi : Du coup, vous essayez par l'écoute et également par d'autres moyens**

151 Rose : Oui oui... euh ..que ça peut être aussi des chanter fredonner des petites chansons ça peut
152 être ça aussi ça peut être des touchers très doux des choses un peu mat enveloppantes des
153 touchers enveloppants des des c'est plein de petites pistes comme ça on sait que la personne a
154 besoin d'affection plus qu'une autre leur j'irai pas tous mais beaucoup sont en manque affectif
155 lui par rapport à des personnes autre Ah ouais....

156 **Moi : Vous pensez que la personne âgée a besoin de plus d'attention**

157 Rose : Ah oui c'est ce que vous qualifiez ils sont déjà dans des pertes comme je vous l'ai dit ils
158 sont déjà dans des pertes physiques psychologiques et tout et en plus les familles y a des familles
159 qui sont très présentes mais d'autres qui ne le sont peu ou moins ou pas du tout euh ...après moi
160 je ne juge pas hein il y a il y a l'histoire de famille mais le rythme n'est pas le même quand vous
161 êtes jeune vous travaillez vous êtes dans l'actif voilà plutôt ils sont dans presque dans le passif
162 dans l'état méditatif ils sont dans la rétrospection de leur vie le rythme se ralentit c'est plus du
163 tout à vous vous levez le matin vous quand vous travaillez vous avez un sens à votre vie vous
164 vous levez vous avez ça ça ça ça à faire

165 **Moi : Vous dites qu'ils ne donnent pas de sens à leur vie ?**

166 Rose : Oui c'est pour ça d'ailleurs qu'il déprime et que ce qu'ils arrivent plus à trouver de sens
167 donc c'est pour ça que les animatrices ont aussi sont là aussi pour essayer de donner du
168 sens où vivi mais on peut encore faire des choses on peut encore je sais pas chanter rêver
169 discuter

170 **Moi : vous diriez que même si en vieillissant la personne est encore capable de pouvoir**
171 **faire des choses et peut-être peut-être donner du sens à ce qu'elle fait**

172 Rose : Voilà elle elle est en elle peut être capable mais il faut parfois qu'une personne extérieure
173 l'impulsion parce que quand on est dans les pertes on commence à déprimer essayez sur votre
174 chemin il y a pas une personne qui casse cet engrenage de de la déprime dut à l'âge et tout ça

175 **Moi : Pensez-vous que la déprime être due à l'âge et la personne âgée**

176 Rose : un peu si oui si vous avez après ça dépend aussi de la personne comment elle elle aborde
177 sa vie si elle est plutôt ferme qui a toujours été positif dans la vie voilà quand elle va vieillir elle
178 va quand même aborder les choses un peu plus positivement elle va essayer de trouver du sens
179 justement alors qu'une personne qui a passé sa vie à se victimiser ou à se plaindre en vieillissant
180 généralement elle va pas s'inverser hein ça donc ça c'est parce que ce sont des caractères il y a
181 aussi y a aussi des caractères le caractère propre de la personne qui en vieillissant peut
182 s'accentuer dans le mauvais sens uhm...

183 **Moi : à partir de quel âge vous diriez qu'une personne est une personne âgée**

184 Rose : Ah ça c'était compliqué euh... euh ... (rire) (long silence) c'est compliqué hé pour moi
185 enfin je la vois Ah ouais... (silence) moi je dirais dans les maintenant c'est plutôt pour moi c'est
186 plutôt dans les 78 80... quoi....euh... c'est comme ça que je me la représente.... Euh ouaih
187 ouaih....

188 **Moi : 78 88 ans vous la qualifierez de personnes âgées**

189 Rose : Ouais (rire) une fois qu'on commence à avoir vraiment des problèmes vraiment de
190 corps et des problèmes des problèmes psychologiques cognitifs pour moi oui quand on est plus
191 trop une grosse dans une grosse perte d'autonomie pour moi on devient personne âgée parce
192 que moi je connais des gens ils ont 93 ans quatre-vingt-dix-huit ma grand-mère elle a 102 ans
193 voilà et toujours en résidence elle a sa tête elle envoie des messages sur Facebook (rire) enfin
194 voilà donc elle a su aussi voilà mais bon c'était son caractère (rire) c'est comme ça que je les
195 voit... ça me renvoie quelque chose

196 **Moi : Pour vous, ceux sont vos représentations de la personne âgée**

197 Rose : Oui oui oui oui oui et il y a des gens qui qui n'aiment pas les personnes âgées hein ça
198 leur renvoie quelque chose certainement mais y a des gens qui fuient ça

199 **Moi : vous ça vous renvoie quelque chose**

200 Rose : oui moi ça me renvoie de la tendresse de ouais donc personne âgée c'est quelqu'un qui a
201 du savoir qui est qui a vécu des choses et qui peut nous apporter beaucoup en tout cas moi le
202 m'ont apporté beaucoup même on entend dans votre main main dans des unités Alzheimer
203 souvent quand je disais ça aux gens ils me disaient la folle il y en a ils parlent plus ouais mais
204 je parle par leur comportement ils m'ont appris à ne pas être matérialiste parce que effectivement
205 si vous mettez toute votre vie si mettez votre maison tout ce qui est matériel en premier plan
206 dans votre vie bah quand vous êtes vieille et que vous vous retrouvez en ehpad je vous dis pas
207 le choc vous avez tout perdu euh ...donc il faut pas s'attacher au matériel il faut essayer de faire
208 le maximum de nos rêves parce que j'en vois beaucoup qui sont dans le regret d'après vous
209 rapporte tout ça donc tout ça elle me c'est ce qu'elle me renvoie et il y en a qui me le disent
210 même d'ailleurs profite de la vie pour profiter de la vie parce que ça passe vite et après donc
211 voilà moi elle m'apporte beaucoup j'ai changé ma vie moi avec eux hein j'ai changé ma vie ouais

212 **Moi : on décrit souvent la personne âgée comme une personne vulnérable qu'en pensez-**
213 **vous dans votre pratique**

214 Rose : certaines personnes âgées sont vulnérables pas toutes mais certaines oui surtout quand il
215 y a des troubles cognitifs parce qu'elles sont pas toujours en capacité de de répondre à une
216 agression uhm... ou je vais donner un exemple par exemple parce que ça a déjà arrivé ça m'est
217 déjà arrivé un monsieur par exemple âgé qui est dans la maison de retraite mais qui a de temps
218 en temps des pulsions sexuelles qui va aller dans la chambre par exemple euh... d'une autre
219 résidente qui elle a des troubles cognitifs qui n'est pas en capacité de se défendre qui hein qui

220 qui qui ne sait même plus comment elle s'appelle enfin vraiment voilà ce monsieur-là va va
 221 peut-être l'aborder prendre sa main ou ou la toucher et tout ça mais elle ne sera pas en capacité
 222 de de dire non ou de repousser elle va subir Puisqu'elle ne peut plus elle ne peut pas dire
 223 non elle comprend pas d'ailleurs donc euh voilà ...alors que y a d'autres personnes âgées qui
 224 sont capables de dire non qui ont leur petit caractère bien trempé et et qui savent encore
 225 s'affirmer malgré malgré la perte d'autonomie physique ou il y en a qui sont en capacité de se
 226 donc du coup celle-ci ne serait pas vulnérable du moment m'ont dit non vous pensez que Ah
 227 non mais c'est pas c'est pas parce qu'on dit non que après à l'amiable non

228 **Moi : Pensez-vous que ça dépend soit la personne qui est en face de vous et a des soins et**
 229 **vous soignants justement parce que vous vous pensez que vous avez une vulnérabilité vous**
 230 **pensez que juste aller à attrait à la personne âgée**

231 Rose : (Silence) ... non je peux être vulnérable aussi par rapport à certaines situations où je me
 232 sens un peu en échec ou je sais pas comment aborder les choses ou parfois les familles sont pas
 233 simples non plus et **c'est là que vous pouvez vous sentir vulnérable ?** oui oui oui pour quelle
 234 raison parce que des fois les familles prennent le pouvoir ou une certaine forme de pouvoir
 235 enfin c'est comme ça que je le ressens hein oui c'est vrai voilà mon ressenti peut avoir un un
 236 jugement ou une façon de voir les choses un peu tronqué soit par rapport à ce qu'elles ont vu à
 237 la télé comme il y a eu un quand il y a eu ces problèmes d'Epahd vous savez des maltraitances
 238 des choses comme ça hein orpea et d'autres où on en a beaucoup beaucoup parlé donc une
 239 famille enfin oui oui suite à ces événements c'est que les choses ont évolué les familles bon
 240 Ben... elles ont eu peur ce que je comprends hein... euh... quand on ne vit pas dans les Ehpad
 241 on peut pas vraiment savoir ce qui se passe on vient voir nos parents mais une fois qu'ils sont
 242 qu'on s'en va qu'est-ce qui se passe on sait pas trop donc oui je pense y en a qui ont peur parce
 243 qu'ils étaient vraiment sur certaines familles sur notre dos ou un peu dire tous les jours voir si
 244 on leur donne à manger voir si on faisait ceci voire si on faisait cela enfin vraiment c'était aller
 245 dans les petits détails là ouf soupir..... ouf ...vous vous êtes senti venir voilà et oui et certaines
 246 familles ne sont dans le déni par rapport à l'état de leurs parents c'est à dire que il y a des troubles
 247 cognitifs que nous on voit mais eux ils veulent pas voir ce que je comprends hein quand c'est
 248 votre maman vous avez du mal à à accepter que votre maman ait des ait des troubles et des fois
 249 Ben par exemple je vous donne un exemple tout bête...euh..... C'est Ben ils m'ont pas donné à
 250 manger aujourd'hui où ils l'emmènent pas aux toilettes ils s'occupent pas de moi voilà c'est le
 251 genre de discours que peut dire un résident qui a des troubles à la famille bah la famille va croire

252 la maman même si vous en tant que soignant vous allez dire mais non vous savez bien non ça
253 sera la maman qui a raison et là Euh... Ben je fais quoi voyez je fais quoi moi alors que je
254 fais bien mon travail et pourtant...(silence)

255 **Moi : je vais rebondir vous parliez de personnes qui ont besoin d'aide, faites-vous la**
256 **différence entre l'autonomie et la dépendance avez-vous des exemples ?**

257 Rose : alors pour moi l'autonomie c'est que c'est une personne qui est en capacité encore de
258 faire des choses euh ..alors ça veut pas dire qu'elle peut qu'elle fait tout non mais elle fait encore
259 des choses c'est à dire que elle participe à la toilette même si elle assise dans un fauteuil euh
260 ..roulant si vous lui donnez le gant et vous lui montrez quand elle est encore en capacité de faire
261 des choses c'est une forme d'autonomie elle mange seule on vous la servez mais elle est encore
262 en capacité de manger seule c'est de l'autonomie encore autonome il est en fauteuil roulant ne
263 marche plus mais elle peut encore rouler avec son fauteuil elle peut le le manier toute seule c'est
264 de l'autonomie voilà elle est c'est ça c'est ce qu'on essaie de faire en tout cas dès qu'il qu'ils
265 arrivent en Ehpad qu'ils gardent le maximum d'autonomie pour qu'ils puissent faire des choses
266 par eux-mêmes déjà c'est ce qu'ils peuvent penser par eux-mêmes oui et vous

267 **Moi : Pensez-vous que c'est une forme d'autonomie**

268 Rose : oui peuvent s'exprimer même si des fois c'est pour dire des choses pas très gentilles mais
269 ils l'expriment ils ont raison c'est leur droit par contre la dépendance c'est quand vous
270 commencez à ne plus pouvoir faire pour une raison ou autre là vous avez-vous êtes obligé de
271 d'aider quoi de donner à manger parce que on est obligé bah obligé c'est dans le sens où quand
272 je dis obligé ça veut dire que si je ne si je ne fais pas l'acte la personne ne mangera plus parce
273 qu'elle n'est plus en capacité de le faire donc là je vais je vais apporter l'aide je j'ai pas le choix
274 sinon elle mange pas après par contre même si je l'aide à manger elle sera encore en capacité
275 de me dire j'en veux pas en fermant la bouche ou en voilà en me faisant comprendre que Ben
276 n'en veut plus ou qu'elle n'en veut pas et là je veux pas forcer et

277 **Moi : Est-ce que vous pensez qu'on peut être dépendant et autonome en même temps**

278 Rose : ha bah toute façon du moment où on rentre en Ehpad mais qu'on rentre dans une
279 collectivité et que si on rentre là déjà c'est que y a des choses qu'on peut plus faire mais enfin
280 disons que on ne peut plus faire des choses mais on peut faire d'autres choses donc il y a les 2
281 qui se mélangent oui y a 2 qui se mélangent ça se mélange ouais ça dépend faut plus de détaillé
282 quoi après ça dépend comme vous dites c'est vrai hein ce qu'on peut avoir des questions

283 beaucoup plus précises il y a des dans certains secteurs la personne dans certaines choses elle
 284 pourra elle sera autonome puis dans d'autres dépendante vous pouvez préciser....

285 **Moi : Pour être plus précise dans ma question la personne peut être dépendante par**
 286 **exemple pour manger mais elle peut avoir cette capacité aussi à donner son opinion son**
 287 **avis**

288 Rose : C'est ça c'est ça... euh ben...elle peut s'exprimer donc oui oui... je peux lui donner à
 289 manger mais si elle n'en veut plus elle est aussi capable de me dire je n'en veux plus ou de dire
 290 j'ai pas faim aujourd'hui ou ça je n'aime pas

291 **Moi : Donc faites-vous la différence**

292 Rose : Entre oui ça va surtout cette autonomie et cette dépendance sinon c'est la maltraitance
 293 après hein vous tombez dans si je n'écoute pas la personne si je n'écoute pas ses désirs donc
 294 cette autonomie elle a gardé dans l'expression tout du moins et

295 **Moi : Pour accompagner cette autonomie vous me parlez d'écoute du coup qu'est-ce que**
 296 **l'écoute pour vous**

297 Rose : L'écoute c'est un grand mot aussi hein parce que y a l'écoute verbales l'écoute non
 298 verbales donc les coûts verbales s'écouter les gens qui s'expriment qui pleurent qui sont en
 299 colère ou ça peut être aussi non-verbal c'est à dire le comportement parce que quand on est
 300 dans des troubles cognitifs et que on y arrive à un moment certaines ne parlent plus français
 301 quoi ils disent des mots des phrases qui ne veulent rien dire donc c'est compliqué de décortiquer
 302 donc là on passe dans la communication non-verbale c'est-à-dire on regarde le faciès est-ce que
 303 elle exprime une douleur ou est-ce que elle exprime une colère ou face au niveau du visage
 304 pourquoi cette déambulation qui est qui s'est qui a augmenté pourquoi si pourquoi ça et souvent
 305 voilà après c'est comme des mamans je dirais c'est bête hein non non non mais et au programme
 306 moi... parfois je me sens comme une maman mes enfants et une maman c'est à dire qu'une
 307 maman elle est tellement proche de ses enfants que elle presque savoir qui va être malade dans
 308 votre malade c'est à dire qu'il y a des petits signes non verbales qui va dire à la maman là il
 309 couvre quelque chose et Ben euh... nous c'est exactement pareil les personnes âgées quand on
 310 est près des personnes âgées en voyant leur comportement on peut déjà savoir s'ils vont être
 311 malades ou s'il y a quelque chose qui va pas ou s'ils ont envie d'aller aux toilettes des fois ils se
 312 lèvent sans arrêt du haut ou y a peut-être envie d'aller aux toilettes emmène aux toilettes
 313 effectivement l'avait envie mais parce qu'elle est plus en capacité de me dire j'ai envie d'aller
 314 aux toilettes mais elle l'exprime autrement donc ça c'est de l'écoute et de l'observation

315 **Moi : Justement vous me dites que vous avez l'impression d'être comme une maman avec**
316 **ses enfants est-ce que vous pensez qu'on ne risque pas d'infantiliser les personnes âgées**

317 Rose : alors on essaie de pas l'être en tout cas mais c'est vrai que parfois parfois il y a des glissem
318 ents de peut-être des fois dans les mots c'est vrai que des fois un exemple bah des fois souvent
319 on dit ma chérie ou c'est des petits mots comme ça qu'on ne devrait pas dire hein ... alors le
320 problème c'est que on on les connaît tellement bien que c'est difficile de ne pas créer de liens
321 donc surtout quand y a des problèmes cognitifs si on dit Madame Madame untel des fois ils
322 savent même plus le laisser Madame après on passe au prénom même des fois le prénom on
323 sait pas qui c'est donc voilà c'est c'est un peu compliqué et après Ben ils sont tellement en
324 manque affectif que parfois bah sans le savoir pouf on glisse un peu on dit bah ma chérie euh...

325 **Moi : Pour vous, pensez-vous que toutes les personnes âgées sont en manque d'affection**

326 Rose :enfin toutes mais certaines oui certaines oui certaines oui on le ressent hein de toute façon
327 déjà leur corps parle quand on vous tend les bras et où on vous prend la main et on vous tire
328 vers vers vous elle nous tire vers elle vraiment pour avoir un câlin euh ... c'est moi je dirais que
329 si vous n'avez pas ça mais à ce moment on en a tous besoin du coup en dehors des personnes
330 âgées d'affection on a tous besoin d'affection à part y en a qui aiment pas qu'on les touche hein
331 ça ça existe hein d'ailleurs il le ceux qui aiment pas qu'on les touche ils savent aussi nous le dire
332 hein (rire) ils le disent aussi hein y en a qui aiment pas ça hein donc je coup lui rebondir aussi
333 sur une sur une question qui est qui est qui est chef

334 **Moi : Pour vous, comment vous pouvez définir un soin de qualité auprès de la personne**
335 **âgée**

336 Rose : Et Ben ... euh ...il faut être à son écoute déjà à savoir si il faut l'aborder doucement
337 gentiment et si on en capacité de répondre au niveau verbal déjà lui poser une question lui dire
338 ce qu'on va lui faire et cetera bien d'expliquer le soin pour pas sinon elle va se sentir agresser si
339 vous arrivez vous n'expliquez rien c'est de l'agression donc bien expliquer ce qu'on va lui faire
340 si elle est pas en capacité faut y aller avec la douceur il faut c'est un geste c'est des gestes doux
341 c'est des gestes enveloppants c'est et être surtout dans une écoute active et être présente quand
342 je dis présente c'est pas le corps c'est pas être présent vous dans la chambre c'est-il faut être
343 présent mentalement ce que je peux très bien être dans une chambre avec une personne âgée lui
344 faire la toilette et penser à je dois aller faire mes courses faut pas que j'oublie le lait euh.....
345 mais ça personne âgée qui va alors oui mais ça la personne âgée je vous assure qu'elle le sait
346 hein quand vous êtes là pas là vous êtes là physiquement mais votre tête est ailleurs la personne

347 âgée elle le sait hein elle le sent hein donc une pour moi une prise en charge de qualité c'est être
348 à 100% avec la personne surtout qu'en plus on n'est pas beaucoup de personnel on est de moins
349 en moins hein voilà parce que la société c'est comme ça donc pour moi le court temps que je
350 dois être avec elle pour faire le soin je dois y être à 100% pour que quand je parte elle s'est
351 sentie (silence) émotion larmes aux yeux...

352 **Moi : J'aimerais que vous me parliez d'un résident dont vous vous occupez et la façon**
353 **dont vous faites le soin**

354 Rose : (Rire) bah moi je rentre dans la chambre déjà et voilà je vais lui demander si elle a bien
355 dormi et cetera après je vais la lever je vais lui dire on va aller faire la toilette on l'y préparer
356 pour la journée j'essaye de on discute de choses de lambda hein si on peut hein si s'il y a pas de
357 discussion ça va être prendre la main ça va être une petite oui oui ça peut être aussi une petite
358 caresse sur la joue mais une façon très savez le dos de la main c'est pas voilà pas des choses
359 qu'on apprend aussi voilà en formation pour qu'elles se sentent enveloppée si elle a plus les
360 mots pour le dire et tout ça et on se regarde on se sourit voilà y a un échange c'est voilà c'est ce
361 que je dis je suis à 100% avec la perte de cœur avec voilà c'est c'est comme un lien invisible
362 voilà le temps du soin voilà

363 **Moi : donc vous pensez que la relation de soin c'est avoir un lien**

364 Rose :oui c'est établir un lien oui si vous coupez ça c'est c'est la robotisation hein c'est je fais
365 mon je fais mon travail je fais mon taf hop et je sors de la chambre...

366 **Moi : Vous pensez que cela peut être défini comme des soins qualité**

367 Rose :Moi je fais les soins sans forcer sans forcer c'est à dire que si une personne s'est par
368 exemple on établit des jours de douche pour qu'il y ait un roulement si justement

369 **Moi : Je vais rebondir que pensez-vous des jours de douche ?**

370 Rose : oui quand on est effectivement mais quand on est en collectivité avec des équipes on est
371 obligé parce qu'on n'a pas tous la même vision du soin, il y a des gens qui abusent justement si
372 y aurait pas de jour de douche d'établi certaines soignantes n'en feraient jamais parce que voilà
373 ils ont pas envie d'en faire ou parce que voilà donc en établissant des jours de douche déjà on
374 est quand même euh euh.. je dirais ça force un peu le fait de le faire faut le faire la douche après
375 nous enfin moi personnellement je suis pas là-dedans on a les douches ça prend du temps donc
376 on peut pas les faire tous les jours de douche et tout le monde c'est pas possible par manque de
377 temps et en plus il y en a qui n'aiment pas hein est-ce qu'ils sont habitués il y a certaines
378 générations après la douche que le dimanche vous pensez que ça fait partie aussi des

379 caractéristiques de la personne âgée ça peut en tout cas en faire partie ça fait partie de son
380 histoire c'est pour ça qu'il faut recueillir un peu l'histoire de vie de la personne âgée ce que **vous**
381 **faites donc du coup pour avoir un soin de qualité** recueillir les informations il faut savoir
382 tout du moins des fois on va voir la famille et on demande quand il y a eu des enfin quand il y
383 a eu des comportements un peu bizarres des fois on se rapproche de la famille et on demande
384 on dit Ah on a eu tel et tel problème est-ce que dans l'enfance où est-ce qu'il y a eu des choses
385 pour essayer de comprendre le comportement donc là une personne qui je donne un exemple
386 une personne qui a été maltraitée ou bah justement c'était le jet d'eau froide pour vous vous à
387 chaque fois vous allez faire prendre une douche à rappuie sur le bouton de la maltraitance vous
388 pensez justement parce qu'on parlait de jet d'eau on a présence

389 **Moi : Vous pensez qu'il y a une forme d'asymétrie vous pensez qu'il y a une sorte de**
390 **pouvoir comme si le soignant avait un pouvoir sur la personne dont elle prend en charge**

391 Rose : alors de toute façon du moment que vous mettez une blouse blanche même si vous
392 l'exercez pas de pouvoir vous êtes dans un lieu collectif euh euh ...les chambres se ressemblent
393 toutes de toute façon automatiquement à la personne âgée elle nous perçoit comme quelqu'un
394 de pouvoir d'ailleurs il y en a il y en a qui vont être agressifs envers nous hein direct mais c'est
395 pas pour autant que nous on se met en position de pouvoir c'est pour ça que je dis que moi un
396 soin de qualité ce n'est pas un soin forcé c'est-à-dire que moi si la personne ne veut pas de la
397 douche le jour-là je ne lui ferai pas prendre la douche je vais le tracer sur l'ordinateur refus de
398 la douche on réessayera un autre jour mais je ne force pas je force pas mais ça sera tracé y a ça
399 arrive que des fois la personne elle ne veut pas le matin il y a un monsieur notamment qui est
400 un petit peu compliqué il veut pas se laver le matin

401 **Moi : Un petit peu compliqué ?**

402 Rose : il est compliqué parce que bah c'est un monsieur qui se lavait pas beaucoup donc lui
403 l'eau sale brûle entre guillemets pour faire un jeu de mot (rire) on y va tout doucement mais on
404 est en collectivité donc je peux pas non plus le laisser comme il veut voilà en collectivité faut
405 quand même un minimum de par rapport aux autres résidents je peux pas le laisser dans la pisse
406 et tout ça voilà c'est pas possible donc je l'amène gentiment et progressivement à accepter de se
407 changer et d'avoir au moins de se laver de temps en temps et de temps en temps voilà donc c'est
408 un travail de longue haleine où il faut apprivoiser le monsieur lui faire comprendre il y a des
409 jours où il est dans le refus est énervé on laisse tomber je le dis à ma collègue des fois ma
410 collègue revient derrière parce que des fois d'une collègue alors ça peut changer il peut nous

411 dire non à moi lui à ma collègue ou alors ça peut être aussi le matin c'est non catégorique on on
412 arrête et on reprend l'après-midi on repose et des fois ça se passe bien voilà donc faut faut pas
413 hésiter à reporter un soin si si si c'est refusé pour moi c'est aussi de la qualité sinon après on
414 devient maltraitant on y va à 2 on force moi j'ai déjà vu ça aussi avant hein vous pensez dans
415 certains établissements j'ai vu et les soignants étaient contentes d'elle parce que c'était marqué
416 la douche elle a fait la douche c'est l'acte voilà c'est pas le le voilà d'être moi pour moi c'est pas
417 des bibelots qu'on doit astiquer c'est des êtres humains donc on doit prendre en charge sa
418 globalité s'il a pas envie pour une raison x il faut comprendre déjà pourquoi et

419 **Moi : Dans sa globalité, qu'entendez-vous ?**

420 Rose : Son histoire de vie tout (silence) c'est une personne à part entière il a une histoire aussi
421 hein qui n'est peut-être pas heureuse et dans le non-jugement hein

422 **Moi : je vais finir par une question, vous me dites automatiquement quand on met la**
423 **blouse blanche la personne sait déjà qu'on a entre guillemets je mets bien des guillemets**
424 **un pouvoir pour quelles raisons pensez-vous qu'ils savent déjà**

425 Rose : ils ne sont pas chez eux déjà ils le disent hein ils sont pas chez eux bien qu'on dit que
426 c'est des habitants des résidents mais ça il sait pas chez eux ils sont pas chez eux il y a une forme
427 de quoi il y a une forme de collectivité donc ils savent très bien que y a une collectivité euh
428 euh.. donc-moi si elle me dit je veux manger à 16h00 de l'après-midi je pourrais pas lui donner
429 de la purée à 16h00 l'après-midi à la collectivité c'est voilà les repas c'est de telle heure à telle
430 heure je pourrais lui faire une collation si elle veut mais je euh euh.. on peut pas on peut pas
431 faire à la carte c'est pas possible y a des choses il y a des règles il y a des heures à respecter et
432 donc qui tu donc oui y a y a quand c'est institutionnel mais on peut pas faire ce qu'on veut-il y
433 a des choses où on peut pas être pratique sont institutionnelles oui oui et moi c'est de la
434 collectivité

435 **Moi : vous pensez que finalement que vous êtes limité dans les soins pour qu'il soit de**
436 **qualité.**

437 Rose : il y a beaucoup de choses qui freinent je(**intervention d'une autre as**) dans votre voilà
438 il y a beaucoup de choses qui voilà on a qualité de soin il y a le temps qui qui joue qui joue pas
439 mal pour parce que voilà pour offrir un soin de de qualité il faut déjà avoir le personnel le
440 manque de temps qui est lié au manque de personnel on devient à l'institut après il y a après
441 voilà il y a voilà le on parlait institut manger comme elle a dit à ma collègue on a des heures à
442 respecter on a des timings respecter on a des plannings à respecter donc qu'on le veuille ou non

443 avec toutes les bonnes volontés nous à notre niveau on essaie de de faire et tu vois le
444 pratiquement tu as défini **le le soin de qualité comme je l'ai défini déjà pour que le la**
445 **personne soit d'accord qu'il le veut parce que voilà je veux pas le prendre et et le forcer**
446 **et et mais des fois mais vous êtes limité on est limité pour apporter vraiment ce soin de**
447 **qualité par** l'institution j'aime les vraiment très très très important lorsqu'on est que 2 pour 21
448 résidents avec toutes les bonnes volontés qu'on a avec l'amour du métier l'amour de nos
449 résidents et il y a des chemins du mal de dire non voilà j'ai envie pas maintenant non je peux
450 pas je je peux pas parce que c'est au détriment de l'autre voilà on se retrouve voilà c'est quoi
451 pour trouver le juste milieu c'est ça par exemple je donne un exemple une dame qui réclame
452 sans arrêt d'aller aux toilettes sans arrêt sans arrêt elle demande d'aller aux toilettes moi je veux
453 bien aux toilettes en plus on l'amène aux toilettes elle fait quasi rien voilà c'est juste voilà donc
454 elle demande sans arrêt donc je l'emmène à des heures bien régulières la famille arrive elle va
455 me redemander elle est de l'emmener aux toilettes lui dire mais non je l'ai déjà emmené 1/4
456 d'heure et moi j'ai encore 10 personnes à ramener derrière à emmener aux toilettes et la famille
457 qui comprend pas pourquoi moi je dis toujours non mais je dis pas toujours non mais là tout de
458 suite je peux pas parce que ça prend du temps il faut l'emmener il faut attendre il faut et c'est au
459 détriment des autres après y a le repas qui vient à 18h00 donc-moi si j'ai encore toutes les
460 personnes à emmener aux toilettes voilà alors après moi je veux bien aller aux toilettes 50 fois
461 dans la journée mais c'est ça sera au détriment des autres le temps que je vais donner à cette
462 dame (silence) et il y aura normalement des autres pour les autres le vent le temps va être
463 encore raccourci voilà donc il faut essayer de faire la part des choses pour que chacun ait sa
464 part de soins de qualité voilà notre travail est très difficile c'est très difficile.....
465 **Moi : J'ai fini mes questions voilà je vous remercie d'avoir répondu avec honnêteté et je**
466 **mets fin à notre entretien merci beaucoup**
467 merci
468

Entretien n° 2 : Arya Aide-soignante en Ehpad

Entretien réalisé au sein d'un Ehpad des Bouches du Rhône. L'entretien s'est déroulé le 12 février 2025 et a duré 25 minutes.

- 1 **Moi** : Alors bonjour, je comme je vous ai dit, je suis étudiante infirmière en 3e année.
- 2 Et je dois interviewer euh des personnes donc dans le cadre de mon mémoire notamment sur la
- 3 personne âgée. Et donc j'aurais quelques questions à vous poser étant donné que vous êtes une
- 4 professionnelle de santé. et que vous avez à faire à ce type de population. Alors je vais vous
- 5 demander est-ce que vous voulez bien que j'enregistre donc notre entretien ?
- 6 Arya : Pas de problème, vous pouvez enregistrer.
- 7 **Moi** : Alors euh donc pouvez-vous vous présenter de manière assez brève ?
- 8 Arya : Je m'appelle Arya, j'ai 52 ans, je suis soignante dans l'établissement depuis 8 ans.
- 9 **Moi** : Depuis 8 ans, d'accord. Et avez-vous travaillé ailleurs ?
- 10 Arya : Euh non parce que avant j'étais dans un autre domaine donc c'était une reconversion
- 11 professionnelle. J'exerce le métier de soignante depuis 8 ans.
- 12 **Moi** : vous travaillez avec des personnes âgées, pour quelle raison avez-vous fait ce choix ?
- 13 Arya : Euh bonne question euh. Pourquoi j'ai fait ce choix ? Je ne vais pas je ne vais pas mentir.
- 14 Euh ma vie euh personnelle il y est beaucoup dans ce choix. Parce que lorsque j'étais diplômée
- 15 de soignante euh j'habite tout près de cet EHPAD. Donc ils étaient pratiquement J'ai envoyé
- 16 chose qui est normale, j'ai commencé mes démarches à la recherche de d'emploi. J'ai envoyé
- 17 mes CV de partout. Et euh voilà c'était le le le premier établissement qui m'a contacté. Donc
- 18 euh voilà j'ai commencé avec eux avec un petit CDD d'un remplacement de 1 mois.
- 19 **Moi** : Hum hum.
- 20 Arya : Je me suis dit pourquoi pas, c'est à côté, la proximité la proximité est pour quelque chose
- 21 voilà sachant que je suis maman avec de de deux enfants seule. Et euh ben pendant ce ce mois
- 22 mais ça m'a voilà, ça a été pour moi euh comment dire comme une. Voilà je je voilà c'est
- 23 comment te dire ? Je me suis dit bah voilà c'est ce que c'est ce que je voulais en fait. Alors que
- 24 à la base j'étais venue juste pour un remplacement de 1 mois en attendant de d'aller peut-être
- 25 travailler à à l'hôpital ou dans une clinique ou voilà parce que c'est c'est plus valorisant. Euh
- 26 voilà il y a un grand plateau technique, il y a des soins différents. Ce n'est pas que il y a pas de

27 soins ici, ce n'est pas ce que je veux dire mais euh voilà de travailler dans un EHPAD c'était
 28 pas mon premier choix.

29 **Moi** : D'accord, OK.

30 Arya: Mais euh voilà mais au jour d'aujourd'hui euh je suis contente de de de ce que je fais de
 31 de mon travail.

32 **Moi** : **Du coup qu'est-ce qui vous motive ? Parce qu'au départ ce n'était pas votre choix**
 33 **et aujourd'hui 8 ans après c'est ça à peu près.**

34 Arya: Ben c'est euh la personne âgée en fait. C'est ce c'est ce contact c'est ce c'est ce contact
 35 avec la avec la personne âgée c'est. C'est de se dire qu'ils ont besoin de moi. Ils ont besoin de
 36 moi. Euh voilà c'est c'est ce n'est pas une satisfaction mais c'est. Ben pour moi c'est une
 37 valorisation voilà. Euh à se dire voilà faut que je me lève et que j'aïlle parce que si je si je ne
 38 suis pas au boulot, il y a des personnes qui ne peuvent pas se lever, se laver, manger, ils ont
 39 besoin de de moi dans tous les actes de. De de vraiment de de la journée quoi, d'elle totalement.

40 **Moi** : D'accord. OK. Alors du coup puisqu'on parle de la personne âgée, comment vous la
 41 définissez donc qu'est-ce que pour vous une personne âgée ?

42 Arya : Ah une. Euh... ah....

43 **Moi** : **Quelle définition vous donneriez ?**

44 Arya: Une définition ben je dirais une une diminution de l'autonomie. Euh liée à l'âge à 90 %
 45 euh un peu des maladies un peu. Un peu de de tout, une diminution arrivée à un certain âge et
 46 ben voilà on perd surtout beaucoup d'autonomie. Ça se rajoute à ça si on a des des pathologies,
 47 des maladies genre diabète, tension, les choses. Voilà qu'on trouve fréquemment chez la
 48 personne la personne âgée.

49 **Moi** : **Et pour vous à partir de quel âge vous considérez que la personne est âgée ?**

50 Arya: Bah là euh... Je dirais. On a toute sorte juste pour une parenthèse pour euh.. pour te dire,
 51 on a des personnes dans dans l'EHPAD ici on a des personnes qui ont 60 ans pour pour dire.

52 **Moi** : Ah c'est jeune.

53 Arya: Donc et ça va de 60 ans, on a une résidente la plus la plus âgée qui est justement dans
 54 mon service, elle a 102 ans.

55 **Moi** : C'est un bel âge. 102 ans

56 Arya: Donc euh pour moi personne âgée c'est c'est..c'est ... compliqué de dire telle personne
 57 elle est âgée et l'autre elle ne l'est pas parce que la personne qui a 100 tout dépend de. De leur
 58 état physique. Physique et et mental aussi parce que la personne à 102 ans voilà que je viens de

59 de de nommer, elle est plus autonome. Et que de d'autres personnes qui ont l'âge de 68 66
60 aller jusqu'à 70 ans. Donc c'est. La personne âgée voilà c'est. C'est son état, c'est son état qui
61 va définir à quel moment on peut dire c'est une personne âgée. Est-ce que une personne qui a
62 62 ans on peut dire c'est une personne âgée tout simplement parce que elle se retrouve.
63 Euh dans un EHPAD euh... C'est....

64 **Moi : Selon vous, quelles sont les principales caractéristiques qui sont associées à la**
65 **vieillesse ?**

66 Arya: Oh les les.... Oui euh voilà c'est. Je veux dire c'est surtout les. Les troubles cognitifs.

67 **Moi : : Troubles cognitifs d'accord, vous les associez donc à des la vieillesse ?**

68 Arya: Oui oui oui oui. Oui des troubles cognitifs ouais ouais.

69 **Moi : D'accord. Pensez-vous que les soins aux personnes âgées présentent des spécificités**
70 Arya: Et ben oui ça fait c'est c'est tout à fait différent ,le soin qu'on prodigue à une personne
71 âgée euh voilà elle dépend elle dépend de nous. Elle est dépendante. Donc euh c'est pas c'est
72 pas pareil si euh si si j'apporte un soin à une personne qui est capable de de de faire je veux dire
73 sa toilette. Je prends l'exemple d'une toilette une personne qui déjà qui qui a encore plus ou
74 moins un petit peu d'autonomie, elle va faire, elle aura besoin de de d'une petite aide. Voilà un
75 petit aide une aide voilà on l'accompagne voilà et. .. D'autres personnes qui sont vraiment
76 dépendantes mais alors totalement et franchement on..... euh

77 **Moi : C'est ce que c'est ce que vous observez ?**

78 Arya: Là c'est c'est la personne âgée oui oui. C'est c'est une aide totale ils dépendent de de.

79 **Moi : Donc pour vous, ils sont vraiment dépendants du soignant.**

80 Arya: Ouais ouais ouais.

81 **Moi : Ok Ensuite selon vous en quoi les besoins des personnes âgées diffèrent-ils donc comme**
82 je disais des autres patients ? quelle différence feriez-vous par exemple entre la personne âgée
83 et puis une personne qui arrive sur ses deux jambes

84 Arya: Et voilà ben une personne qui qui est autonome qui arrive sur ses deux jambes comme
85 vous venez de dire euh pas de troubles cognitifs bien elle est capable de. De de préciser ou de.
86 Signifier ou de. Voilà elle connaît ses besoins une personne qui qui sait de de quoi elle a besoin.
87 Va dire j'ai besoin j'ai soif, j'ai besoin de. D'aide pour aller aux toilettes j'ai voilà donc c'est pas
88 la premier le premier je veux dire c'est pas pareil si on a en face de nous une personne qui Qui
89 ne sait pas. Qui ne parle pas. Qui qui ne sait pas euh euh s'exprimer qui ne sait pas dire. Qui ne
90 sait pas voilà demander et exprimer ses besoins.

91 **Moi** : D'accord et vous pensez que toutes les personnes âgées.

92 Arya : Non pas toutes. Pas toutes encore heureux que on a vraiment dans l'EHPAD plusieurs

93 plusieurs personnes je veux dire des des pathologies différentes euh des âges plus ou moins.

94 Euh différents. Non non ils ne sont pas tous dans le même voilà c'est chaque cas chaque

95 personne est un cas particulier ici.... Euh chaque personne a des besoins spécifiques. Chaque

96 voilà les les besoins ne sont pas les mêmes, l'approche de la personne c'est pas la même, la prise

97 en charge n'est pas la même.Euh c'est chaque personne est est est une personne différente,

98 elle a besoin de de de soins. Euh je veux dire.

99 **Moi** : pouvez vous me donner un exemple, vous me parlez de spécificités, vous me parlez

100 d'accompagnement.

101 Arya : Oui oui. Alors voilà je prends l'exemple de deux personnes on a pas besoin de voilà de

102 dire les noms. Euh... Euh on a une personne qui est qui est là elle a l'âge elle doit avoir 72 ans

103 à peu près. Et qui est vraiment vraiment en maladie cognitive elle est elle a le Parkinson, elle

104 a le diabète, elle a mais alors un cocktail de de de maladies et elle dépend de de de de la

105 soignante dans tous ses ses besoins de de la journée. Faut la faire manger, faut la lever, faut

106 l'habiller, il faut si on ne lui donne pas à boire elle va pas boire, elle dépend de nous à.

107 **Moi** : Elle communique cette personne ou pas ?

108 Arya : Euh malheureusement non.

109 **Moi** : Elle ne communique, y a-t-il pas d'autres moyens de communication qui peuvent s'établir

110 avec elle ?

111 Arya : Euh je ne comprends pas la question comment.

112 **Moi** : puisqu'elle ne communique pas est-ce que vous avez. ...

113 Arya : Le fait qu'elle ne communique pas ça nous empêche pas nous de de lui parler, d'essayer

114 de faire des signes, est-ce que c'est bon pour vous ? Est-ce que c'est chaud ? Elle répond. Des

115 fois elle elle arrive à répondre un petit peu avec des gestes mais euh voilà. Euh mais c'est pas

116 une réponse comme voilà une personne qui va dire oui non je veux ça je ne veux pas ça.

117 **Moi** : On décrit souvent la personne âgée comme une personne vulnérable qu'en pensez-vous

118 dans votre pratique ?

119 Arya : Vulnérable. Oui et non je....Comment dire on vient juste de dire euh voilà une personne

120 qui est dans son lit. Et euh voilà moi je vais vous dire et vous allez me dire si si c'est pas ça

121 c'est pas vulnérable. Euh de se retrouver si on ne donne pas à manger il sont pas en capacité de

122 demander à manger, si on les fait pas manger ils mangent pas, si on les lève pas ils ne se lèvent
123 pas si mais.... Euh ils sont vraiment voilà....Oui oui.

124 **Moi** : dans votre pratique vous essayez donc vraiment de les accompagner ?

125 Arya : Bah on essaie de les accompagner pour le mieux. Voilà au mieux on a dans
126 l'établissement euh ça fait quelques années déjà qu'il s'est engagé dans une démarche de qualité
127 et humanité.

128 **Moi : Et justement que pensez-vous du concept d'humanité ?**

129 Arya : L'humanité c'est c'est comment dire c'est. Euh c'est une éthique, c'est c'est aller dans
130 le sens de de résident. Je vais te donner des exemples. Euh le matin quand on arrive on va pas
131 venir hop ouvrir les les portes, ouvrir les rideaux, allez réveillez-vous on se lève. Moi
132 aujourd'hui par exemple j'ai commencé ma poste à 6h46, je fais le tour et je repère les personnes
133 qui sont déjà réveillées. Donc on fait les toilettes, l'organisation de la journée elle se fait par
134 rapport à eux pas par rapport à moi, pas par rapport au timing. Voilà donc je fais mon tour de
135 mon service, je repère les personnes qui sont réveillées et je commence déjà par faire les toilettes
136 ou douche ça dépend la la planification des soins des personnes qui sont réveillées et ainsi de
137 suite ça euh par rapport au sommeil. On a l'équipe de nuit. Avant ils faisaient trois tours. De
138 nuit il y avait programmé trois tours et justement ils ont après réflexion et tout ça ils ont
139 supprimé un tour de 2h du matin parce que ils se sont rendu compte en fait que le fait de passer,
140 de réveiller les gens pour les changer ou pour voilà après ça casse leur sommeil et ils ont une
141 qualité de sommeil qui est pas assez bonne et ça après des fois ils arrivent pas à retrouver le
142 sommeil.Donc tout ce que je viens de citer ça fait ça fait partie de de l'magnitude, aller dans le
143 sens de de la personne. Et c'est pas à la personne de se plier à à l'organisation ou à le au
144 fonctionnement de l'établissement.

145 **Moi : D'accord. Tout à l'heure vous me parliez de de dépendance et d'autonomie.**

146 Arya : Oui.

147 **Moi : Et la question que je vais vous poser faites-vous justement cette différence entre**
148 **autonomie et dépendance ? Et est-ce que vous pourriez me préciser donc la pensée par**
149 **des exemples ?**

150 Arya : Quand ils arrivent déjà ... Voilà je vais pas chercher vraiment des mots très compliqués,
151 dépendant c'est que j'ai besoin d'aide. Indépendant autonome c'est que j'ai besoin de personne.
152 Voilà c'est pas aussi simple que ça. Pour moi c'est ça. Après le niveau de le de dépendance euh
153 je en tant que soignante il y a pas qu'à moi seule à le définir parce que là entre le médecin, les

154 infirmières, les aides-soignantes et tout ça on essaie plusieurs choses avant de avant. De définir
155 et de dire telle personne a besoin vraiment de de..... euh euh

156 **Moi : Vous vous appuyez sur quel document ? Sur quelles observations ?**

157 Arya : Ben sur les observations basiques de tous les jours. Est-ce que déjà la personne elle arrive
158 à à sortir de son lit seule ? Est-ce que la personne elle arrive à marcher ? Est-ce que la personne.

159 **Moi : Est-ce que vous utilisez des grilles à remplir voilà ?**

160 Arya : C'est c'est médical c'est pas c'est pas moi nous on y participe, on apporte nos nos
161 remarques aux aux médecins. Et voilà après comme ça ça les aide même à définir leur leur
162 GIR si voilà. la grille AGGIR Voilà oui pour définir le degré d'autonomie de de de la
163 personne.

164 **Moi : Pour connaître son degré de dépendance ou son degré d'autonomie ?**

165 Arya : En fait quand ils arrivent on a on a un dossier déjà voilà il faut qu'on sache un minimum
166 de la personne. Euh.... Voilà donc ils arrivent déjà avec un dossier qui est qui est rempli pré
167 rempli tout ça donc on sait déjà pour commencer comment commencer mais on ne se contente
168 pas de ça. On a plusieurs fois des eu des personnes que à l'arrivée il nous dit il est en change
169 complet voilà aide prise des repas et cetera et cetera. Et petit à petit.

170 On commence à faire marcher, on constate que la personne elle a un appui, elle fait deux pas
171 après trois après quatre, après on l'accompagne vers la salle à manger après et on se retrouve au
172 bout d'un mois ou même moins voilà ça dépend le temps, on se retrouve à à avec un changement
173 mobile et c'est pas un change complet donc la personne elle peut aller au cabinet au WC
174 plusieurs fois dans la journée, on se retrouve que la personne elle mange seule et des fois c'est
175 l'inverse malheureusement c'est pas toujours rose. On arrive ils arrivent avec un dossier à dire.
176 Elle tient bien sur ses jambes, elle fait quelques pas et cetera et la vérité c'est que c'est qu'on
177 constate que c'est vraiment voilà des personnes qui sont vraiment bien bien avancées dans la la
178 maladie ou ils n'ont pas d'appui, ils n'arrivent pas à manger seuls, c'est pas toujours rose mais
179 ça va dans les deux sens. Donc on ne se fie pas seulement à ce qui est marqué dans le dans la
180 feuille voilà d'admission. Voilà.

181 **Moi : Généralement ces personnes que vous accueillez au sein de votre EHPAD viennent
182 d'où généralement ?**

183 Arya : Euh ils viennent de de partout des fois ils viennent de l'hôpital des fois ils viennent de
184 de de chez eux de du foyer familial. Euh voilà.

185 **Moi : Est-ce que toutes ces personnes euh donc qui sont dirigées vers votre établissement,**
186 **pensez-vous qu'elles souhaitent être en EHPAD ?**

187 Arya : Il y en a que oui. Il y en a que non.

188 **Moi : Et pour quelle raison ?**

189 Arya : Malheureusement on a les on a les deux. Ou alors je dis il y en a que oui il y en a que
190 non, il y en a aussi qui ne sont pas capables de de de d'exprimer leur. Leur désir voilà parce
191 qu'ils ne sont pas en capacité, il y en a qui ne sont pas en capacité de dire oui je veux être là ou
192 non je veux pas être là. Donc les choses ils se font automatiquement si les enfants sont grands,
193 s'ils sont loin, s'il n'y a personne pour s'occuper d'eux voilà parfois ils....

194 **Moi : Vous pensez que parfois ça peut être un manque familial qui fait que ces personnes**
195 **se retrouvent en institution**

196 Arya : Ben c'est-à-dire qu'on est pas dans le on est pas dans le jugement mais des fois il y en a
197 qui ils ont des familles hein des familles nombreuses même mais ils se retrouvent ils se
198 retrouvent à l'EHPAD.... Et oui.

199 **Moi : vous êtes soignante depuis maintenant 8 ans alors comment est-ce que vous**
200 **définiriez un soin de qualité auprès de la personne âgée ?**

201 Arya : Un soin de qualité. Euh ... Un soin de qualité pour moi c'est un soin déjà qui commence
202 sans comment dire avec notre terme sans forcing déjà. C'est un soin que que le résident ou
203 l'habitant euh voilà il participe. Et que... euh ...Euh comment dire... Voilà c'est un soin sans
204 voilà sans forcing quoi c'est le la personne est là, elle veut être lavée, elle participe. Elle parle,
205 elle est contente de.euh.... De de ce soin mais pas forcément en toilette je parle on parle
206 souvent toilette parce que voilà là on est c'est ce qu'on fait tous les jours tous les jours, c'est la
207 machine qui qui tourne un peu mais un soin pour être lui donner la main et la descendre faire
208 un petit tour au jardin ben quand il fait beau là on a un jardin très grand oui oui, ça nous arrive
209 ça nous arrive souvent hein parce que quand il fait beau on a un jardin qui voilà on a des
210 déambulant qui aiment marcher euh ça aussi je peux dire que c'est un soin.

211 **Moi : Qu'est-ce que qu'est-ce que vous entendez par déambulant ?**

212 Arya : Déambulant c'est les personnes qui qui ont tendance à beaucoup marcher, marcher, ils
213 ont besoin de marcher, de marcher sans sans.... Sans but, il déambule dans les couloirs mais
214 voilà sans un but précis ils ont besoin juste de marcher.

215 **Moi : D'accord. Ça va tu y allais ben je te laisse la place. Allez tu la prends ? interrompu**

216 **Moi : J'ai encore deux petites questions et de et. Je me dépêche. Alors on parle souvent**
217 **d'infantilisation des personnes âgées qu'en pensez-vous ?**

218 Arya : Euh on a justement dans notre établissement à la guerre de cette voilà de cette image.
219 Voilà par rapport à notre qualité et humanité... On a tendance à faire vraiment la guerre à ça
220 les les personnes âgées un résident ou un habitant comme on l'appelle ici on n'a pas le droit de
221 de l'appeler par des petits prénoms de c'est une personne ben voilà c'est une personne adulte on
222 doit s'adresser à la personne comme telle.

223 **Nous avons fini les questions. Ah non une dernière.j'aimerais que vous me parliez d'une**
224 **personne âgée dont vous vous occupez et de la façon dont vous faites le soin.**

225 Arya : Attends.... Une personne dont je m'occupe alors OK. .. Je prends n'importe laquelle une
226 pas très compliquée.... Euh J'ai j'ai une personne voilà j'ai une personne vraiment que je je
227 m'occupe voilà là chaque fois quand je suis dans le poste du matin, elle est c'est une personne
228 matinale donc voilà c'est une une aide à la toilette. Donc chez nous une aide à la toilette du
229 moment que la personne est capable de de prendre le gant, faire son visage, son torse un
230 minimum c'est une aide, ce n'est pas vraiment une toilette complète. Voilà donc on continue à
231 la solliciter pour garder un un maximum d'autonomie. La personne je passe un premier une
232 première fois, je la réveille, j'ouvre les volets, je me présente, je dis que c'est moi, que j'allais
233 revenir dans un petit quart d'heure pour faire la toilette. Elle aime bien que je mette la télé alors
234 je mets la télé, je pars, je fais autre chose. Je prépare ma bassine, je reviens la voir. Je l'installe
235 au bord du lit. Au bord alors euh au bord du lit avec le déambulateur je la fais marcher jusqu'à
236 la salle de bain. Après euh elle va sur le le cabinet elle fait ses besoins, si elle a besoin ou pas
237 et après je je fais si c'est une toilette une toilette si c'est une douche une douche. Après je l'aide
238 pour l'habillage, je la fais choisir ses vêtements. Parce que souvent dans la précipitation
239 quelquefois on n'y pense pas mais c'est quelque chose qui est très ça fait partie.

240 **Moi : Pour vous ça fait partie du soin ?**

241 Arya : Ça fait partie du soin vous m'avez posé la question tout à l'heure d'un soin de qualité ça
242 en fait partie. Donc voilà je je je.... lui propose vous préférez ça ou ça telle couleur ou l'autre
243 mais au moins ça ça met une petite valeur au voilà. Une fois qu'on a fini le soin, je l'habille je
244 la laisse, elle aime bien prendre le soin pour se brosser les dents, se coiffer, pendant ce temps
245 je dois pas être être loin on sait jamais on est jamais trop loin d'une chute ou quoi. Je profite
246 pour faire mon lit, l'entourage voilà, elle se brosse ses dents elle se coiffe, après je l'accompagne
247 et je l'installe dans la salle à manger.

- 248 **Moi : écoutez merci beaucoup ...**
- 249 Arya : De rien bonne continuation, bon courage.

Entretien n° 3 : Infirmière Athéna à l'hôpital

- 1 Moi : Donc déjà bonjour et merci d'avoir accepté de répondre à mes questions. Je suis étudiante
2 infirmière en 3e année et dans le cadre de mon mémoire, je dois donc poser quelques questions
3 concernant mon cadre de référence. Et donc du coup, je vous laisserai vous présenter, ça sera
4 anonymisé pour mon retour.
- 5 Athéna : OK.
- 6 Moi : D'accord. Alors je vais vous demander de vous présenter.
- 7 Athéna : Donc Athéna, infirmière, service de court séjour et SSR Montaigut.
- 8 Moi : Depuis combien de temps ?
- 9 Athéna : Infirmière ?
- 10 Moi : Oui.
- 11 Athéna : Depuis 5 ans.
- 12 Moi : Parce que vous me dites depuis 5 ans vous étiez aide-soignante avant.
- 13 Athéna : J'étais aide-soignante avant ouais. Depuis 2010.
- 14 Moi : D'accord.
- 15 Moi : Depuis 2010. Donc c'est une reconversion.
- 16 Athéna : Voilà, reconversion. Évolution professionnelle on va dire ouais.
- 17 Moi : **D'accord. Oui, une bonne évolution. Vous travaillez avec des personnes âgées, pour**
18 **quelle raison vous avez fait ce choix ?**
- 19 Athéna : Gériatrie depuis le début, j'ai commencé en EHPAD. Après j'ai testé un petit peu la
20 médecine polyvalente et en arrivant sur Avignon parce que c'est une mutation, on m'a proposé
21 du court séjour et voilà j'ai accepté. Je j'apprécie la personne âgée, j'aime bien
- 22 Moi : C'est-à-dire, vous pourriez un peu plus développer.
- 23 Athéna : Je je préfère je suis plus à l'aise avec les personnes âgées que les personnes on va dire
24 de mon âge. Voilà, il y a plus de difficultés, plus de transferts, donc c'est plus une forme pour
25 moi de me protéger par rapport à mon travail que travailler avec la personne âgée que travailler
26 avec des gens qui vont avoir mon âge ou qui vont avoir l'âge de mes parents par exemple ou
27 l'âge de mes enfants.
- 28 Moi : **D'accord. Du coup, comment vous définissez, pour vous qu'est-ce qu'une personne**
29 **âgée alors ?**

30 Athéna : Personne âgée personne qui a forcément des besoins si elle est hospitalisée chez nous
 31 dans nos locaux, c'est que il y a forcément des difficultés à domicile. Donc après voilà,
 32 personnes qui ont besoin d'aide, d'accompagnement. En tout cas je parle à l'hôpital.

33 Moi : Vous c'est général plus la personne âgée ou

34 Athéna : Dans sa généralité.

35 Moi : Dans sa généralité.

36 Athéna : Oui dans sa généralité. En même temps personne âgée oui ça veut tout dire et rien dire
 37 hein c'est c'est vrai que nous on généralise en disant voilà personne âgée à partir de 80 ans ça
 38 fait partie de la gériatrie mais

39 **Moi : Et pour vous, qu'est-ce que vous en pensez ?**

40 Athéna : Ben c'est propre à chacun et c'est surtout aléatoire. Une personne voilà tout dépend
 41 tout dépend de de ses capacités et de ses et de ses comment je pourrais dire ouais ses capacités
 42 de ses ouais de ses capacités avec enfin pour pouvoir réaliser les actes de la vie quotidienne.

43 **Moi : Et vous, l'âge vous le définiriez à partir de quel âge une personne âgée pour vous ?**

44 Athéna : Ouais dans les 80 80 ans.

45 Moi : Donc vous diriez que à partir de 80 ans on est sujet à Oui on est âgé ouais.

46 Athéna : Ouais.

47 **Moi : D'accord. Et selon vous, est-ce que la vieillesse présente des caractéristiques ?**
 48 **Quelles sont les caractéristiques que à laquelle on attribue la vieillesse ? Quelles sont les**
 49 **caractéristiques d'après vous de la vieillesse ?**

50 Athéna : De la vieillesse ?

51 Moi : De la vieillesse oui.

52 Athéna : Les caractéristiques c'est les critères c'est ça ? Enfin qu'est-ce qui caractérise la la
 53 vieillesse ? Ben c'est avoir des incapacités à réaliser les actes de la vie quotidienne, avoir des
 54 je sais pas moi des des troubles cognitifs ouais ouais c'est surtout plus les difficultés à réaliser
 55 les actes de la vie quotidienne ouais.

56 Moi : C'est ça qu'est ce qui

57 Moi : Ouais.

58 Moi : D'accord, c'est

59 Athéna : Que ça soit à manger que ça soit

60 Moi : Donc totalement lié à la personne âgée vous diriez ?

61 Athéna : Ouais. Ouais.

62 Moi : **OK. Et pensez-vous que le soin aux personnes âgées justement présente des**
63 **spécificités par rapport à d'autres patients ?**

64 Athéna : J'ai pas compris. Est-ce que vous pensez que le soin là tout à l'heure vous me disiez
65 que je je suis plus à l'aise pour faire des soins à la personne âgée que faire un soin par exemple
66 à une personne avec qui je pourrais avoir un transfert, un enfant. Donc est-ce que vous pensez
67 que finalement la personne âgée a des spécificités dans les soins ? Il y a des des soins qui sont
68 plus spécifiques à la personne âgée que à n'importe quel autre patient.

69 Moi : Ben

70 Athéna : Ouais. Ouais ouais.

71 Athéna : Là on est beaucoup sujet à avoir des personnes dans le service qui sont qui ont des
72 troubles cognitifs ou qui ont des démences donc qui sont dans l'opposition et qui sont dans le
73 refus de soin. Donc donc forcément déjà rien que ça c'est déjà une spécificité. On est beaucoup
74 plus dans la négociation, on est beaucoup plus c'est peut-être pas très correct mais parfois un
75 petit peu dans le chantage pour pouvoir réussir à à faire quelque chose et et pouvoir amener le
76 soin. C'est médecin Je vais mettre plus de si. Allez-y. Oui. Donc je je vais rebondir, vous me
77 parliez parfois on est dans le chantage c'est-à-dire

78 Athéna : Oui négociation ou chantage ben voilà pour voir pour pouvoir aboutir aux soins des
79 fois on est obligé de leur dire exemple tout bête mais je sais pas il y a il y a une prise de sang,
80 ils refusent la prise de sang mais ils veulent absolument aller se coucher, donc on est obligé de
81 leur dire : "Bon ben on fait la prise de sang avant et ensuite on ira se coucher." Voilà c'est des
82 exemples mais après c'est vrai que le mot chantage n'est pas n'est pas très un peu péjoratif mais
83 voilà des fois on n'a pas le choix

84 Moi : **Oui. Ça aussi ça fait partie des caractéristiques justement de la personne âgée vous**
85 **pensez ?**

86 Athéna : J'étais pas bien. Ouais j'ai l'impression ouais. Ouais ouais.

87 Athéna : Que vous leur trouvez plus de difficultés avec une personne âgée à à ce que le patient
88 en fait parce que le je veux pas dire le résident mais la personne âgée accepte les soins alors
89 que peut-être une personne un peu plus jeune je dirais

90 Athéna : Là Oui ben une personne surtout qui réalise et qui sait pourquoi est-ce qu'elle est
91 hospitalisée, qui sait que c'est pour son bien et que c'est pour pouvoir aboutir à une éventuelle
92 sortie enfin je pense que l'opposition aux soins se fait beaucoup moins dans un service lambda

93 avec des gens enfin voilà d'une quarantaine d'années qui ont toutes leurs facultés cognitives
 94 que une personne de 80 ans avec des troubles cognitifs.

95 **Moi : Est-ce que vous pensez que ça pourrait être aussi peut-être les représentations qu'on**
 96 **s'en fait de la personne âgée ?**

97 Athéna : Ah oui après toutes les personnes âgées comment vous la vous la voyez ? Donc vous
 98 me disiez que avec un passé avec des spécificités pour vous comment est-ce que vous la
 99 percevez ?

100 **Moi : Le regard qu'on a ?**

101 Athéna : Après toutes les personnes âgées n'ont pas des troubles cognitifs, il y a des personnes
 102 avec qui ça se passe très bien, avec qui on peut communiquer hein mais voilà c'est pas
 103 généralisé. Mais c'est vrai que là en tout cas la population qu'il y a dans ce service là, on a
 104 beaucoup beaucoup de de troubles cognitifs avec très peu de personnes qui sont cohérentes et
 105 avec qui on peut avoir une conversation et qui qui voilà qui ne sont pas désorientées.

106 **Moi : Et quand vous accueillez donc la personne âgée, est-ce que la première des choses**
 107 **qu'est-ce que vous vous demandez ? Qu'est ce que vous vous dites quand vous la vous**
 108 **l'accueillez pour la première fois ? Quand vous la voyez.**

109 Athéna : Moi je lui demande pourquoi est-ce qu'elle est là ? Est-ce qu'elle sait où elle est ? Son
 110 nom, son prénom ? Et après j'essaie de voir un petit peu dans l'espace-temps où où elle en est
 111 si voilà il y a un échange possible avec elle quel jour de la semaine, la date, l'année, le président

112 **Moi : D'accord.**

113 **Moi : Et ça vous le faites automatiquement avec toutes les personnes âgées qui entrent en fait ?**

114 Athéna : Ouais ouais. Ouais quand on fait voilà l'entrée avec le recueil de données pour voir un
 115 petit peu si voilà s'il y a des troubles ou pas.

116 **Moi : D'accord. Souvent on décrit la personne âgée comme une personne vulnérable.**
 117 **Qu'est-ce que vous en pensez ? Dans votre pratique ? Et déjà qu'est-ce que pour vous la**
 118 **vulnérabilité et pour la personne âgée ?**

119 Athéna : On en revient toujours au même. Les troubles cognitifs forcément rendent les gens
 120 plus vulnérables. Après je pense que à partir du moment où on est déjà hospitalisé, que ça soit
 121 personne âgée ou personne enfin voilà tout le monde est vulnérable quand on est dans un lit
 122 d'hôpital. Après oui c'est plus compliqué, je pense que même eux se sentent plus vulnérables
 123 parce que forcément s'il y a des soins qui sont obligatoirement faits et que on n'a pas forcément
 124 leur consentement et qu'on ne peut pas l'obtenir, on va forcément être être plus comment je

125 pourrais dire pas agressive mais on va forcément faire un soin qui peut peut-être être douloureux
 126 pour eux et et voilà ça ça ça va être perçu comme de l'agressivité ou je sais pas si je suis claire
 127 dans ce que je dis.

128 **Moi : Non non c'est clair. Du coup vous me parlez de et vous est-ce que vous pensez que**
 129 **vous vous êtes vulnérable du coup devant le le patient qui est vulnérable ? Vous sentez**
 130 **vulnérable à ce moment ?**

131 Athéna : Oui oui c'est de l'empathie. De l'empathie. **Comment est-ce que vous le qualifiez**
 132 **du coup alors l'empathie pour vous qu'est-ce que c'est ?**

133 Athéna : Et ben moi je pars toujours du principe que j'aimerais pas qu'on me fasse ce que
 134 j'aimerais pas enfin si voilà je veux pas qu'on me fasse je ne ferai pas ce que j'aimerais pas
 135 qu'on me fasse. Voilà pour moi c'est la définition de l'empathie. Donc j'essaie toujours de faire
 136 de faire au mieux et de me dire si c'était moi dans ce lit, qu'est-ce que j'apprécierai ou pas. Donc
 137 donc après voilà hein des fois oui des fois forcément il y a des choses qu'on oublie mais le
 138 consentement j'essaie au maximum de de le demander même si j'ai pas forcément de réponse
 139 mais au moins je l'ai fait et j'essaie de détailler tout ce que je peux dans mes soins pour voilà
 140 les prévenir, à leur dire ce qui va se passer même si j'ai tellement plus de réponses mais C'est
 141 compliqué ?

142 Moi : D'accord.

143 Athéna : C'est compliqué.

144 **Moi : Donc du coup travailler avec la personne âgée vous diriez que c'est compliqué ?**

145 Athéna : Ouais ouais il y a des sur certains points c'est compliqué. Ouais ouais.

146 Moi : D'accord.

147 Athéna : Sur certains points. Après il y a d'autres points qui sont positifs hein mais

148 **Moi : C'est bien. Lesquels par exemple ?**

149 Athéna : Le rapport qu'on peut avoir avec eux, on a une certaine on a une certaine proximité
 150 parce que ben parce que c'est c'est c'est notre visage qui qui voient et et c'est vrai que voilà c'est
 151 je ne sais pas comment dire mais il y a ce respect ben de la personne âgée même si on a du
 152 respect forcément avec voilà des personnes des adultes.

153 Moi : Vous pensez qu'on en a plus parce que justement elle a elle a un vécu ou parce que

154 Athéna : Ouais et parce qu'ils sont plus vulnérables.

155 Moi : Et parce qu'ils sont plus vulnérables. Et

156 Athéna: Ouais je sais pas, je sais pas comment expliquer mais je trouve que c'est voilà avec les
 157 troubles cognitifs, on essaie toujours de de discuter et puis de ramener à des choses qui qui qui
 158 qui les qui leur font plaisir, qui leur font voilà qui ouais qui les ramène un petit peu à la réalité
 159 quoi. Enfin souvent on parle de la famille, on parle des enfants, des petits-enfants, de leur mari
 160 et tout de suite ça leur parle et on arrive un petit peu à à avoir des brefs échanges alors pas avec
 161 tous hein mais Non voilà je sais même plus pourquoi je disais ça, je suis perdue.

162 Moi: Non c'est pas grave.

163 Athéna: On parlait de vulnérabilité.

164 Moi: **Du coup faites-vous la différence entre l'autonomie et la dépendance ? Et si vous**
 165 **avez des exemples. L'autonomie pour vous qu'est-ce que c'est que l'autonomie et pour**
 166 **vous qu'est-ce que c'est que la dépendance ?**

167 Athéna: L'autonomie ben c'est la ouais c'est la capacité à réaliser à réaliser ben certaines actions
 168 comme je sais pas moi faire sa toilette, la marche et la dépendance ben après on peut être
 169 dépendant de plein de choses donc

170 Moi: **Vous pouvez préciser ?**

171 Athéna : On peut être dépendant de l'alcool, de la cigarette je sais pas moi de drogue ouais donc
 172 après dépendant ouais moi pour moi c'est plus une incapacité à réaliser certaines choses.

173 Moi : Comme vous vous diriez que ce n'est pas juste attribué à la personne âgée du coup la
 174 dépendance. Pour vous me donner des exemples d'alcool et

175 Athéna : Non. Non. Ouais non pas du tout non non.

176 Moi : De Non c'est pas que pour la personne âgée, c'est pour tout le monde.

177 Athéna : Non c'est pas que pour la personne âgée, c'est pour tout le monde.

178 Moi : **Et je vais rebondir sur vous parliez tout à l'heure de soins. Du coup qu'est-ce qu'un**
 179 **soin de qualité pour vous ? Pour la personne âgée ?**

180 Athéna : Un soin de qualité Déjà qu'est-ce qu'un soin et comment vous définiriez le soin de
 181 qualité ?

182 Moi : Qualité. Ouais.

183 Athéna : Ben le soin déjà ben voilà c'est l'accompagner dans les actes de la vie quotidienne
 184 hein. Moi je parle beaucoup sur la toilette mais voilà ça peut être je sais pas moi une pose de
 185 perf ou un sondage ou un soin voilà c'est ça reste vaste.

186 Moi : Mais justement à votre avis pourquoi ça reste vaste ?

187 Athéna : Pourquoi ça reste vaste les soins ?

188 Athéna : Oui. Très bonne question. Je ne sais pas quoi dire.

189 Moi : **Non non. Parce qu'il y a différents soins du coup ? Parce que vous me parlez de la**

190 **toilette qui reste un soin, vous me parlez de pose d'une perf qui reste un soin.**

191 Athéna : Ouais. Ouais.

192 Moi : **Du coup comment est-ce que vous les qualifiez ?**

193 Moi : **C'est-à-dire vous me dites que poser une perf c'est un soin, faire une toilette c'est**

194 **un soin. Comment est-ce que vous les différenciez ? Est-ce qu'il y a une différence ou pas ?**

195 Athéna : Ouais. Ouais.

196 Athéna : Ah ben après il y a voilà il y a les soins enfin il y a les oui les soins IDE et les soins

197 aides-soignantes.

198 Moi : C'est ça. Leur rôle.

199 Athéna : Voilà sur prescription et rôle propre.

200 Moi : **Rôle propre d'accord. Et donc du coup pour vous un soin de qualité ?**

201 Athéna : Donc soin de qualité Un exemple d'une prise en charge que vous avez eue pour

202 Athéna : Ben soin de qualité c'est c'est avoir déjà du temps.

203 Moi : **Ça regroupe quoi exactement ?**

204 Athéna : du temps pour voir communiquer avec la personne, même si ça reste des futilités mais

205 pouvoir voilà discuter un petit peu avec, pouvoir lui lui détailler le soin et mais c'est surtout le

206 temps en fait. La qualité pour moi ouais c'est surtout avoir du temps, ne pas se dépêcher.

207 Athéna : Et je c'est pas si c'est difficile en étant au service de donner du temps.

208 Athéna : Ouais. Ouais c'est difficile. J'essaie toujours un peu mais ça reste difficile. Donc après

209 on essaie ben j'essaie de prioriser ce qu'il y a le plus important à faire et et m'organiser au cours

210 de la journée, on est on est là 12h. Donc après voilà s'il y a des choses qui sont prescrites je sais

211 pas une transfusion le matin, ben si j'ai pas le temps de la faire le matin ça sera plus l'après-midi

212 au moins je peux avoir plus de temps avec la personne. C'est au niveau de l'organisation.

213 Moi : Ouais c'est

214 Moi : **D'accord. Et au niveau relationnel comment est-ce que vous établissez ce lien avec**

215 **le patient ? Par rapport avec la communication vous passez par la parole...**

216 Athéna : Ouais ouais. Verbale je dirais.

217 Moi : **Dernière question, j'aimerais que vous me parliez d'une personne âgée dont vous**

218 **vous êtes occupée et de la façon dont vous l'avez fait.**

219 Athéna : Voyez, la façon dont je m'en suis occupée

220 Athéna : Hum hum. Ben je sais ça peut être là tout de suite là par exemple.

221 Moi : Voilà. Alors c'est pas forcément le meilleur des soins mais bon c'est celui qui me vient.

222 Athéna : Ça reste ça reste un soin. Un patient qui a des troubles cognitifs, qui est totalement

223 dément, qui est dans l'opposition dans le refus de soins, qui a un bladder à 850 donc nous

224 sommes obligés au moins de faire un aller-retour parce que le médecin voulait le surveiller. Le

225 patient ne voulait pas du tout. Donc on n'a pas eu le choix donc j'y suis allée, je lui ai expliqué

226 ce que j'allais lui faire, je lui ai dit pourquoi il fallait le faire et que c'était le médecin qui l'avait

227 prescrit, il n'a pas voulu. On était à deux avec mon collègue, malgré les explications et la

228 contention au niveau des bras parce que je ne pouvais pas sinon le sonder, j'ai réussi à

229 recevoir un coup de pied de ce patient. Donc donc malgré la communication verbale, ça n'a pas

230 marché donc j'ai dû aller chercher deux autres collègues pour le maintenir au niveau des pieds

231 pour pouvoir lui faire le soin. Donc ça ne va pas forcément avec mes valeurs et mes principes

232 parce qu'on aimerait bien que tout se passe bien et que la personne soit toujours consentante

233 mais et là arrive le bénéfice risque de se dire est-ce que je le force quand même ou pas ?

234 Moi : Et comment vous l'avez vécu du coup parce que ça ça fait pas partie de vos valeurs, de

235 vos principes.

236 Athéna : Ben forcément on le vit pas bien. Non non on ne le vit pas bien. C'est pas c'est pas ce

237 qu'on se fixe comme comme objectif et puis comme idée surtout de devoir forcer quelqu'un et

238 en plus c'est ultra intrusif comme soin. Mais malgré voilà malgré les explications ce monsieur

239 ne voulait pas mais en même temps il n'y avait pas le choix. Et c'est votre quotidien ou ça avec

240 la personne âgée ou pas ?

241 Moi : **C'est toujours un petit peu en dilemme mais parfois il n'y a pas le choix ?**

242 Athéna : Aussi brutal non c'est quand même rare ça ouais ça reste quand même rare de réussir

243 à se faire taper. Non non ça reste rare. Mais voilà on est toujours un petit peu c'est toujours à la

244 limite avec voilà avec un petit peu la négociation et voilà essayer un petit peu toujours de de

245 filouter pour pouvoir pour pouvoir aboutir et arriver à des résultats parce que

246 Moi : **Et si vous deviez qualifier le soin quels sont les les adjectifs trois adjectifs pour un**

247 **bon soin, qu'est-ce que vous diriez pour avoir un bon soin ?**

248 Moi : C'est rare.

249 Athéna : Le temps, la personnalisation du soin et l'empathie

250 Moi : **Voilà. Vous pensez qu'on ne personnalise pas assez le soin ?**

251 Athéna : Non.

252 Moi : **Pouvez un peu plus développer ?**

253 Athéna : Ben après moi j'ai fait j'ai fait 8 ans d'EHPAD alors forcément voilà ça reste un lieu
254 de vie donc forcément on connaît les habitudes les ouais les habitudes des des résidents là. C'est
255 vrai que on est dans un service dans un court séjour donc les gens restent pas non plus mis à
256 part le SSR mais à l'EHPAD les gens restent

257 Moi : La durée du la durée de d'hospitalisation à peu près

258 Athéna : Normalement c'est une semaine.

259 Moi : C'est une semaine.

260 Athéna : Normalement je dis hein c'est un peu plus longtemps mais voilà normalement c'est
261 une semaine. Donc c'est vrai que c'est un peu plus difficile de personnaliser de personnaliser
262 les soins parce que ben qui dit personnalisation de soin dit aussi avoir du temps. Chose qu'on
263 n'a pas forcément. Et vous l'avez ce temps en EHPAD ou pas ?

264 Moi : C'est court.

265 Athéna : Ouais on l'avait plus. On l'avait plus et les les résidents ben forcément on les connaît
266 donc donc on connaît leurs voilà leurs habitudes, certains qui aiment bien être être prêts avant
267 le petit-déjeuner, d'autres qui préfèrent prendre la douche après le petit-déj' ou enfin voilà donc
268 c'est c'est pour moi c'est ça la personnalisation c'est essayer de de se caler et d'avoir le même
269 rythme que eux auraient à domicile.

270 Moi : D'accord. OK. Bon ben je vous remercie de m'avoir accordé du temps.

271 Athéna : Ça va ?

272 Moi : C'est pas évident ! Oui très bien merci beaucoup.

273 Athéna : C'est pas facile hein.

274 Moi : Non c'est pas facile. Merci

275

Entretien n°4 : Cléopâtre infirmière à l'hôpital

- 1 Moi : Bonjour je suis Malika, étudiante infirmière et aujourd'hui on est dans le cadre d'un
- 2 entretien. Donc je suis là pour vous poser quelques questions concernant mon mémoire et je
- 3 vous laisserai vous présenter et ça sera totalement anonyme donc il n'y a pas de souci de ce
- 4 côté-là. D'accord ?
- 5 Cléopâtre : D'accord. OK. Parfait.
- 6 Moi : Alors je vais vous demander de vous présenter.
- 7 Cléopâtre : Alors Cléopâtre infirmière, avant j'étais aide-soignante à la suppléance en chirurgie
- 8 et maintenant je suis infirmière à l'EHPAD, ça fait ça fait 4 ans.
- 9 Moi : Ça fait 4 ans.
- 10 Cléopâtre : Ouais que je suis ici.
- 11 Moi : D'accord. Du coup vous travaillez avec les personnes âgées
- 12 Cléopâtre : Ouais.
- 13 Moi : **pour quelle raison avez-vous fait ce choix ? Qu'est ce qui le motive ?**
- 14 Cléopâtre : Alors c'était pas un choix. Moi j'ai été financée par l'hôpital d'Avignon. Donc du
- 15 coup quand on a été financé, ils nous envoient là où il y a des besoins en fait. Donc du coup
- 16 moi en premier, j'étais à la suppléance au village. Et après j'ai demandé je voulais être fixe donc
- 17 du coup ils m'ont mis ici à l'EHPAD.
- 18 Moi : Hum hum.
- 19 Moi : D'accord. OK. Et comment vous vous le vivez ?
- 20 Cléopâtre : Ah non ça va très bien.
- 21 Moi : Parce que ce n'était pas votre choix de départ ?
- 22 Cléopâtre : Non non non c'était pas mon choix mais après moi j'étais faisant fonction avant de
- 23 faire AS faisant fonction en maison de retraite donc les personnes âgées je connais. Je suis donc
- 24 il n'y a pas de souci.
- 25 Moi : **Je connais. Et pour vous du coup qu'est-ce qu'une personne âgée ?**
- 26 Cléopâtre : Une personne âgée pour moi c'est quelqu'un qui a du vécu. Donc c'est très intéressant
- 27 à ce niveau-là au niveau des soins. Et au niveau des soins aussi en soins infirmiers, c'est
- 28 polypathologique. Donc en fait c'est voilà on prend dans tout en fait. Nous on n'est pas centré
- 29 sur un organe comme si on était en cardio, en néphro voilà. Nous on prend tout. Donc c'est très
- 30 intéressant c'est très varié.

31 **Moi : C'est comme ça que vous la qualifiez du coup ?**

32 Cléopâtre : Au niveau de des soins infirmiers.

33 **Moi : Des soins infirmiers des soins infirmiers. Et vous comment est-ce que vous la voyez**

34 **cette personne âgée ?**

35 Cléopâtre : Personne âgée je la vois je vois une personne enfin surtout ici en plus fragile. Nous

36 on a beaucoup de déments beaucoup euh Alzheimer mais aussi on a des démences vasculaires,

37 on a plusieurs donc c'est très varié. Voilà après voilà OK.

38 **Moi : Quels sont les selon vous les principales caractéristiques qu'on peut associer à la**

39 **vieillesse si vous avez des exemples ?**

40 Cléopâtre : Euh à la vieillesse les caractéristiques on dirait au niveau on peut sur la mémoire.

41 Après au niveau physique euh au niveau physique bah après ça peut être des douleurs

42 chroniques, ça peut être euh une mobilité réduite, euh polypathologique voilà.

43 **Moi : Vous pensez que la que le soin aux personnes âgées présente des spécificités ?**

44 Cléopâtre : Dans tous les soins il y a des spécificités mais en fait sur la personne âgée ce qu'il

45 faut prendre c'est en considération ce qu'elle a vécu parce qu'on a des gens aussi qui ont été des

46 fois maltraités par la famille.

47 **Moi : D'accord.**

48 Cléopâtre : Donc ça il faut le prendre en compte aussi. Leurs histoires de vie je veux dire il y

49 en a bon maintenant il y en a de moins en moins, mais il y en a qui ont fait des guerres, il y en

50 a que voilà qui ont vécu des choses. Voilà donc selon ce qu'on peut faire ça peut voilà. Si on

51 fait un sondage par exemple il va se rappeler que par exemple il était prisonnier quelque part,

52 il a fait la guerre donc du coup hop ça va voilà il y a plein de choses comme ça à prendre en

53 compte.

54 **Moi : D'accord. Et à peu près la tranche d'âge du coup dans le service**

55 Cléopâtre : On va dire dans les 80 à peu près. 80 ouais à peu près dans les 80 à 90. Du coup par

56 rapport à vos observations qu'est-ce que vous constatiez par rapport à leurs caractéristiques, par

57 rapport à leur vécu ?

58 **Moi : Quel constat vous en feriez ?**

59 Cléopâtre : Alors quel constat ? C'est-à-dire enfin un peu plus par rapport aux spécificités

60 **Moi : Par rapport aux spécificités ouais.**

61 Cléopâtre : J'ai pas trop compris le truc en fait.

62 Moi : C'était donc on parlait des spécificités qui sont attirées et par rapport à votre votre
63 pratique et les observations qui en découlent, qu'est ce que vous constatez ?

64 Cléopâtre : Ah oui. En fait c'est ben c'est de pas aller dans le je veux dire il veut pas faire un
65 soin ou il veut pas faire sa toilette ou il veut de pas aller frontal.

66 Moi: D'accord.

67 Cléopâtre : Il veut pas c'est pas grave. On laisse, ça se fera plus tard, ça se fera peut-être pas
68 aujourd'hui, ça se fera demain. Voilà on on s'habitue voilà. Je sais pas comment dire mais voilà.

69 Moi : OK. Et selon vous en quoi les besoins des personnes âgées diffèrent par exemple d'un
70 autre patient justement

71 Cléopâtre : Ils sont plus dans la demande ils sont plus dans la demande, ils ont besoin de plus
72 d'attention. Voilà après ils ont beaucoup d'anxiété. Ça on le voit aussi par rapport à certaines
73 pathologies, la pathologie d'Alzheimer tout ça. On les sort de leur environnement, on les met à
74 l'hôpital, ils ont plus le cadre qu'ils avaient familial, on va dire si c'était en maison de retraite
75 ou chez eux. Donc il faut qu'on réadapte ça par rapport qu'ils aient confiance en fait aux
76 soignants, qui nous enfin qu'on fasse connaissance et après tout se passe voilà.

77 Moi : C'est plus voilà plus de relationnel.

78 Cléopâtre : Beaucoup de relationnel.

79 Moi : Beaucoup de relationnel, c'est ce que vous avez constaté par rapport à d'autres patients.

80 Cléopâtre : Ouais ben après il faut prendre en considération les pathologies qu'ils ont. Donc si
81 c'est des démences, tout ça bon il y a pas que des déments aussi mais il y a une grosse une
82 grosse partie où il y a des déments quand même.

83 **Moi : Et la durée de séjour à peu près pour vous qu'est-ce que c'est ? En quel lieu ?**

84 Cléopâtre: Alors nous on est alors on est côté on a un côté EHPAD et un côté SSR. Dans le côté
85 SSR c'est à peu près un mois mais après tout dépend si on a des places en EHPAD. Et côté
86 EHPAD donc c'est de l'aigu ça dépend des fois ça peut être deux semaines des fois ça peut être
87 un mois mais c'est vraiment un mois c'est c'est vraiment le cadre voilà.

88 **Moi : D'accord. On décrit souvent la personne âgée comme une personne vulnérable,**
89 **qu'en pensez-vous ?**

90 Cléopâtre : Euh alors vulnérable oui. Il y a une grande majorité qui sont vulnérables par rapport
91 à leur pathologie, par rapport ben que c'est des personnes âgées donc du coup c'est des personnes
92 fragiles. Oui je pense que oui. Ouais.

93 Moi: Pour vous c'est ce que c'est des personnes vulnérables.

94 Cléopâtre : C'est des personnes vulnérables.

95 Moi : Pour vous c'est des personnes vulnérables. Et pour vous du coup la vulnérabilité en dehors

96 des personnes âgées qu'est-ce que c'est ? Est-ce que ça peut être

97 Cléopâtre : Ça peut être des enfants aussi. Après une adulte ça peut être vulnérable par rapport

98 ben à sa pathologie par rapport à plein de choses.

99 Moi : **Faites-vous la différence entre autonomie et dépendance ?**

100 Cléopâtre : Autonomie ben la personne comme on dit est autonome par rapport à ses actes, par

101 rapport à aux actes de la vie courante, tout ça elle est autonome. Et elle est dépendante par

102 rapport ben par rapport aux actes de la vie courante. Par exemple je sais pas elle est dépendante

103 pour pour sa toilette, il lui faut de l'aide, pour s'habiller il lui faut de l'aide, pour voilà. Ça va ?

104 Moi : Oui oui c'est je je prends votre votre ressenti, votre expérience hein, c'est votre expérience

105 qui parle. **Comment définissez-vous un soin de qualité ?**

106 Cléopâtre : Alors auprès de ces personnes âgées ?

107 Moi : Ouais alors le soin ça peut être soit un soin technique ou pas.

108 Cléopâtre : Donc je réfection de pansement ou voilà. Soit un soin juste un dialogue, en fait une

109 conversation, ça c'est un soin aussi.

110 Moi : Hum hum.

111 Cléopâtre : C'est un soin la personne n'est pas bien on discute du pourquoi du comment du voilà

112 toujours en prenant en compte sa pathologie, sa démence, voilà.

113 Moi : Et un soin de qualité pour vous qu'est-ce que ce serait ?

114 Cléopâtre : Que la personne soit satisfaite.

115 Moi : Ça c'est un soin de qualité ?

116 Cléopâtre : La personne est contente de Et vous l'entendez comment vous le

117 Moi : Ben soit elle vous le verbalise

118 Cléopâtre : Oui.

119 Moi : soit

120 Cléopâtre : Souvent ils le verbalisent quand même ou alors voilà le fait de je sais pas quand je

121 lui fais la toilette de la coiffer qu'elle me dise dans la glace : "Ah ben je suis bien aujourd'hui."

122 Voilà ça c'est voilà. Ça c'est un soin de qualité.

123 Moi : D'accord.

124 Cléopâtre : Ou juste un sourire, c'est un soin de qualité.

125 Moi : **C'est bien. Du coup on parle souvent d'infantilisation des personnes âgées qu'est-ce**
126 **que vous en pensez-vous ?**

127 Cléopâtre : Euh

128 Moi : Qu'est-ce que l'infantilisation pour vous ?

129 Cléopâtre : Euh et comment est-ce qu'elle se traduirait ?

130 Moi : Infantiliser alors euh en plus de ça vous allez travailler en EHPAD donc vous avez une
131 vision

132 Cléopâtre : Ouais. C'est ouais c'est deux choses

133 Moi : de je sais pas est-ce que justement lieu de vie et au milieu hospitalier la différence vous
134 la voyez ou il y en a pas du tout ?

135 Cléopâtre : Si il y a une différence. Il y a une différence, on travaille on travaille pas l'EHPAD
136 ouais c'est des ils ont leurs habitudes voilà on connaît ça fait au moins des fois ça fait 10 ans
137 qu'ils sont là, on sait que le verre il doit être là, le peigne il doit être là, voilà. Ici on les connaît
138 pas en fait, ils arrivent et on essaie de s'habituer à eux mais ils ont pas cette manie là de quand
139 ils sont chez eux en fait ou à l'EHPAD, c'est pas du tout pareil. Mais infantiliser ça serait je sais
140 pas moi la dame qui a une coupe de cheveux je sais pas elle se elle a les cheveux longs et par
141 exemple qu'on lui fasse des couettes quoi. Enfin voilà des trucs voilà. C'est des trucs s'habituer
142 à la personne et à et à son mode de vie en fait.

143 Moi : D'accord.

144 Moi : Et ben voilà ou infantiliser en disant des des surnoms ou Justement vous me parlez de
145 surnoms qu'est-ce que

146 Cléopâtre : Alors moi

147 Moi : Quels sont les surnoms d'après vous qui infantilisent ? Qu'est-ce que vous pensez de de
148 justement de donner des surnoms ?

149 Cléopâtre : Alors moi je vais je vais être franche parce que je le fais. Voilà moi les les souvent
150 les personnes âgées, les hommes, je les appelle jeune homme et en fait je me suis aperçue que
151 tous ils aiment en fait. Il me dit : "Ah ça fait longtemps qu'on ne m'a pas appelé comme ça !"
152 Mais en fait c'est pas pour infantiliser c'est que c'est comme ça c'est voilà c'est et en fait il y en
153 a plein qui me disent : "Oh mais c'est mignon parce qu'en fait ça me rappelle quand j'étais
154 jeune." Voilà après après il faut s'habituer à chaque personne. On verra la personne qui est
155 fermée et que c'est pas ma belle ou

156 Moi : Oui oui oui c'est c'est le but. Et comment vous le savez alors du coup si vous pouvez ou
 157 pas le faire ?

158 Cléopâtre : On le voit sur ben après je le fais pas de suite mais quand ça fait un moment que ils
 159 sont là, à un moment donné le repère c'est nous parce qu'en fait il y en a qui ont pas de famille,
 160 ils attendent juste une place en EHPAD et voilà après on est là et c'est on est un peu leur repère
 161 je parle pour du SSR parce que l'EHPAD c'est un peu différent c'est de l'aigu, ils restent pas
 162 tout à fait longtemps mais voilà. Après OK.

163 Moi : **Du coup je finirai par ma dernière question. J'aimerais que vous me parliez d'une**
 164 **personne âgée dont vous vous êtes occupée parce qu'apparemment c'est quand même en**
 165 **long séjour entre guillemets et la façon dont vous lui faites le soin.** si vous avez un exemple.

166 Cléopâtre : Ouais ouais. N'importe quel soin parce qu'il y a pas de

167 Moi : Peu importe le soin. Là je cherche un soin ou un soin qui vous a marqué, une prise en
 168 charge qui vous a marqué ?

169 Cléopâtre : Euh parce qu'il y en a plein des trucs. Je réfléchis à un truc un peu marquant euh
 170 ouais alors c'était mais en fait c'est par rapport à une prise en charge médicale. C'était un patient
 171 c'est une patiente qui avait une fistule et en fait il devait enfin le médecin voulait qu'on lui fasse
 172 une colostomie et le patient était dans le refus sauf que en fait il a appelé son fils et son fils
 173 lui a dit : "Écoute soit tu fais la colo soit ça on se parle plus en fait." Et du coup toute enfin toute
 174 l'équipe le patient ne voulait pas et au final il l'a fait par rapport à son fils et parce que le médecin
 175 a poussé et on comprenait pas en fait.

176 Moi : Et vous comment vous l'avez vécu ?

177 Cléopâtre : On l'a mal vécu en fait parce qu'après il est passé au bloc, ça s'est mal passé, il y a
 178 eu des complications par rapport à ça. Et en fait on s'est dit le patient ce qu'il voulait c'est qu'on
 179 le laisse tranquille. Et en fait

180 Moi : Quel âge il avait ce patient ?

181 Cléopâtre : Il avait 80 80 donc voilà l'équipe est venue, la psy est venue, on a discuté. Mais
 182 c'était pas notre médecin du service c'était un autre médecin et nous c'est vrai qu'avec nos
 183 médecins on discute et puis voilà on partage les infos, on donne notre avis, eux aussi et puis
 184 voilà il y a et là c'était pas le médecin du service c'est vrai que c'était un peu compliqué. Et ce
 185 patient on l'a gardé et après au final ça s'est bien passé parce qu'il est retourné à domicile et
 186 voilà. Mais c'était le fait que le patient ne veuille pas ça et que on insiste quand même pour le
 187 faire. Le consentement ouais.

188 Moi : Le consentement. D'accord. C'est important.

189 Cléopâtre : C'est important. Ouais et bon voilà. Et on s'est tous mis à sa place en disant moi si

190 je veux pas, ne me forcez pas le faire en fait. Du coup c'était son fils c'était sa personne de

191 confiance ? Sa personne de confiance.

192 Moi : Ouais c'était sa personne de confiance.

193 Cléopâtre : Mais c'était le patient qui avait toute sa tête qui avait pas de démence qui avait pas

194 de voilà. Il a fait par rapport à son fils parce que il voulait pas être en rupture avec son fils.

195 Moi : La rupture ouais en relationnel. Donc du coup il a fait contre sa volonté ?

196 Cléopâtre : Ouais. Ouais. Et ça vous l'avez ouais c'était c'était un peu compliqué pour un peu

197 pour tout le monde même pour moi parce que je me suis dit au final

198 Moi : Ouais. Qu'est-ce que vous vous êtes dit vous à ce moment-là ?

199 Cléopâtre : Ben moi en fait je me suis mis à sa place je me suis dit si j'ai pas envie qu'on me le

200 fasse voilà ne pas insister ne pas voilà. Mais après je me suis dit j'ai un petit si mon petit me dit

201 je te parlerai plus parce que tu ne le fais pas, oui bon je ne sais pas. Ouais c'est compliqué ouais

202 c'est compliqué. Mais bon.

203 Moi : C'est compliqué. Bon ben écoutez on a fini nos questions. Je vous remercie d'avoir

204 Cléopâtre : Ouais. Ben merci. Voilà je vais faire un autre soin. Merci beaucoup.

205 Moi : De rien et bon courage

ANNEXE III : Tableau d'analyse des entretiens

Soignants	Thème abordé	Extrait	Analyse
Arya	Représentation de la personne âgée	« Cocktails de maladies », exemple d'une résidente de 102 ans plus autonome qu'une autre de 70 ans (L.44-59)	Arya rejette la définition chronologique de la vieillesse et met en avant l'hétérogénéité des situations.
Arya	Dévalorisation du travail en EHPAD	« Travail à l'hôpital est plus valorisant que celui en EHPAD » (L.25-36)	Elle exprime une hiérarchisation implicite du soin, au détriment de l'EHPAD.
Arya	Relation de dépendance	« Si je ne suis pas là, certains ne peuvent ni se lever, ni manger... » (L.36-37)	Elle insiste sur l'importance du lien et de la dépendance au quotidien.
Arya	Humanitude	« on s'adapte au rythme des autres (L.129-144)	Elle décrit l'humanitude comme une adaptation au rythme du résident.
Arya	Vulnérabilité	« Si on ne leur donne pas à manger, ils ne mangent pas... » (L.121-123)	Elle conçoit la vulnérabilité comme multifactorielle, pas seulement liée à l'âge.
Arya	Respect et non-infantilisation	« Ce sont des adultes, on doit s'adresser à eux comme tels. » (L.222-223)	Elle lutte contre l'infantilisation en insistant sur le respect du statut d'adulte.

Arya	Choix professionnel	Choix par opportunité, puis engagement personnel: Ils ont besoin de moi (L.14-20)	Son engagement évolue d'un choix par défaut à une réelle implication humaine.
Arya	Soin de qualité	« le soin ne doit pas se faire dans le forcing », autonomie, choix vestimentaire (L.203-204, L.208-209)	Elle valorise un soin centré sur la participation du résident.
Arya	Définitions autonomie/dépendance	« Dépendant, c'est que j'ai besoin d'aide. Autonomie, c'est que j'ai besoin de personne. (L.150-151)	Elle associe autonomie à liberté d'action et décision, rejoignant des définitions institutionnelles.
Arya	Pression hiérarchique	Réponse sur l'humanité influencée par la présence de l'infirmière cadre (L.143-144)	Elle montre comment le contexte hiérarchique peut altérer la parole soignante.
Athéna	Représentations de la personne âgée	« Personne âgée, c'est une personne qui a forcément des besoins... » (L.30-32)	Athéna adopte une approche biomédicale de la vieillesse fondée sur la dépendance.
Athéna	Définition fonctionnelle de la vieillesse	Avoir des incapacités à réaliser les actes de la vie quotidienne... » (L.40-42)	Elle nuance sa perception en reconnaissant l'autonomie possible chez des personnes très âgées.

Athéna	Asymétrie relationnelle	« on est dans la négociation », « une forme de chantage (L.74-75) »	Elle décrit une relation déséquilibrée nécessitant des stratégies d'adhésion au soin.
Athéna	Conditionnalité du soin	« on fait la prise de sang avant et ensuite on ira se coucher » (L.81-82)	Elle révèle une négociation éthique dans la pratique du soin contraint.
Athéna	Consentement et contrainte	« des soins qui sont obligatoires, même sans leur consentement » (L.124-125)	Elle soulève le dilemme du consentement dans un contexte de soin urgent ou obligatoire.
Athéna	Double vulnérabilité	« Même nous, on peut se sentir vulnérables »	Elle met en évidence que le soignant peut aussi être vulnérable dans certaines situations.
Athéna	Choix professionnel	« plus à l'aise avec les personnes âgées », protection émotionnelle (L.23-24)	Son choix de la gériatrie relève d'une stratégie de protection émotionnelle.
Athéna	Définitions autonomie/dépendance	« L'autonomie, c'est la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne... » (L.169-170)	Elle distingue clairement autonomie et dépendance avec une approche fonctionnelle.
Athéna	Soin de qualité	Temps, personnalisation, empathie, « J'essaie toujours de détailler tout ce que je fais » (L.185, L.206, L.268-271)	Elle souligne l'importance du temps, de la personnalisation et de l'empathie pour un soin de qualité.

Cléopâtre	Représentation de la personne âgée	Nous, on prend tout, beaucoup de déments, beaucoup d'Alzheimer (L.26-30)	Cléopâtre perçoit la personne âgée comme un individu complexe à prendre en charge globalement.
Cléopâtre	Infantilisation Besoins affectifs	Si il y a une différence....(134-145) « Elles ont besoin de plus d'attention » (L.70-71)	Elle considère qu'en Ehpad et en milieu hospitalier c'est différent Elle insiste sur la dimension affective et relationnelle de la prise en charge.
Cléopâtre	Relation soignant-soigné	« À un moment donné, le repère, c'est nous » (L.438-439)	Elle décrit le soignant comme un repère face à la solitude des patients.
Cléopâtre	Adaptation au patient	« Il ne veut pas, ce n'est pas grave. On laisse, ça se fera plus tard. » (L 63-67)	Elle adapte le soin au rythme du patient, valorisant une posture non contraignante.
Cléopâtre	Soin de qualité	« Je la coiffe et elle dit : Ah ben je suis bien aujourd'hui », « Juste un sourire, c'est un soin de qualité (L 119 -121)	Elle redéfinit le soin à travers les petits gestes du quotidien et le bien-être perçu.
Cléopâtre	Autonomie et dépendance Vulnérabilité	Autonome dans les actes... dépendante pour... (99-102 « Une majorité vulnérables par rapport à leur pathologie », mais	Elle a une vision très pragmatique Elle adopte une vision élargie de la vulnérabilité, au-delà de la vieillesse.

		pas que personnes âgées (L 89-91)	
Cléopâtre	Choix professionnel	Affectation imposée mais travail apprécié, « Les personnes âgées, je connais » (L.14 -24)	Son parcours montre qu'un choix professionnel contraint peut devenir un engagement volontaire.
Rose	Représentation de la personne âgée	la société rejette un peu la personne âgée ... le droit de vieillir ... le vécu, l'histoire et le savoir des personnes âgées » (L.13-14, L.22)	Rose dénonce l'exclusion sociale des personnes âgées et défend leur reconnaissance.
Rose	Définition vieillesse	Pour moi, c'est plutôt à partir de 78-80 ans L.185)	Elle propose une vision du vieillissement fondée sur l'expérience plus que sur l'âge.
Rose	Vieillissement et réalités	« Lenteur accrue, le corps devient plus lourd, plus raide, plus douloureux », « troubles cognitifs et comportementaux (L.53-54, L.59)	Elle valorise l'expérience de vie des personnes âgées contre les représentations déficitaires.
Rose	Asymétrie relationnelle	« la personne âgée nous perçoit comme quelqu'un de pouvoir » ; « on se met en position de pouvoir » (L.389-393)	Elle reconnaît une asymétrie inévitable mais potentiellement nuisible si mal gérée.

Rose	Infantilisation	« Parfois, je me sens comme une maman », « ma chérie (L.303-319)	Elle oscille entre attachement affectif et risque d’infantilisation.
Rose	Vulnérabilité	« certaines le deviennent lorsqu’elles ne sont pas en mesure de se défendre » (L.212-214)	Rose souligne une vulnérabilité contextuelle liée à la perte de repères.
Rose	Choix professionnel	Travail choisi par intérêt pour les personnes âgées	Son choix de métier est motivé par une affection sincère avec les personnes âgées.
Rose	Soin de qualité	« il faut être à son écoute », « un soin de qualité, ce n’est pas un soin forcé » (L.334, L.393-394)	Rose insiste sur l’écoute et la personnalisation comme critères essentiels du soin.
Rose	Contraintes institutionnelles	« On me demande d’aller vite avec des gens lents et douloureux », standardisation des soins (L.346-347, L.373-376)	Elle déplore le manque de moyens qui nuit à la qualité des soins.
Rose	Autonomie dépendance	Recherche d’un équilibre pour éviter la maltraitance (L.290)	Elle cherche un équilibre entre assistance et respect de l’autonomie.

Rose	Lien et humanité dans le soin	« c'est établir un lien oui si vous coupez ça c'est c'est la robotisation » (L.362)	Elle considère la relation humaine comme le cœur du soin.
-------------	----------------------------------	---	---

ANNEXE IV : Demandes d'entretiens

Boîte de réception



malika belahmer

3 févr.

2025

21:36

À idec

Bonjour,

Pour donner suite à notre entretien téléphonique de ce jour, J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens au sein de votre établissement, dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

En quoi les représentations soignantes des personnes âgées influencent elles la qualité de la relation soignant-soigné

L'entretien dure en moyenne 40 à 45 minutes en moyenne. J'ai établi un guide d'entretien qui comporte 10 questions. Je sollicite une aide-soignante et deux infirmières.

Dans l'attente de votre réponse

Cordialement

AIT AKKA MALIKA

EHPAD St Remy - CDS cretariat <idec@ehpad-mgasquet.fr>

4 févr.

2025 15:53

À moi

Bonjour,

Je suis d'accord sur le principe.

Donnez-moi des jours et des heures de visite afin que je puisse demander à mes filles de se libérer le temps nécessaire.

Cordialement,

Corinne RANC

IDEC Infirmière Référente

EHPAD Marie Gasquet – Route du Rougadou

13210 ST REMY DE PROVENCE

Tél. : 04 90 92 71 93

idec@ehpad-mgasquet.fr

De : malika belahmer

Envoyé : lundi 3 février 2025 21:36

À : EHPAD St Remy - CDS Secretariat

Objet : Demande d'entretien Mémoire infirmier

1 pièce jointe • Analyse effectuée par Gmail



5 févr.
2025
08:40

À EHPAD

Bonjour,

Je vous propose mardi 11 février à partir de 14h, mercredi 12 février de 10h à 12h00 et après-midi 14h jeudi 13 février de 15h30 à 16h30

Dans l'attente d'une confirmation

Cordialement Mme AITAKKA malika

Le mar. 4 févr. 2025, 15:53, EHPAD St Remy - CDS Secretariat <idec@ehpad-mgasquet.fr> a écrit :

Bonjour,

Je suis d'accord sur le principe.

Donnez-moi des jours et des heures de visite afin que je puisse demander à mes filles de se libérer le temps nécessaire.

Cordialement,

Corinne RANC

IDEC Infirmière Référente

EHPAD Marie Gasquet – [Route du Rougadou](#)

13210 ST REMY DE PROVENCE

Tél. : 04 90 92 71 93

idec@ehpad-mqasquet.fr

ANNEXE V : Demande en milieu hospitalier



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. .Ait akka malika
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse :

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le ...6 février 2025.....

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : ...Cour séjour gériatrique.....

auprès de la(des) population(s) : ...une infirmière.....

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

En quoi les représentations soignantes des personnes âgées impactent elles la qualité relation soignant soigné

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

.. Mon entretien va durer environ 40 à 45 minutes avec une dizaine de questions

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Réponse Hôpital

← 📎 ⌚ 🗑️ ✉️ 🖨️ ⋮

38 sur 639 <



secretariat-ds <secretariat-ds@ch-avignon.fr>

jeu. 6 févr. 07:49 ☆ 😊 ↩

À moi ▾

Bonjour,

j'accuse réception de votre demande

Bien Cordialement

Martine PALERMINI

Secrétaire direction des soins

Gestion des stages

secretariat-ds@ch-avignon.fr

04 32 75 35 81



ch-avignon.fr

CENTRE HOSPITALIER AVIGNON

305, rue Raoul Follereau
84902 Avignon Cedex 9
Téléphone 04 32 75 33 33



ANNEXE VI : Autorisation de diffusion



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Malika AIT AKKA

Promotion : 2022 / 2025

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

Le poids des années ou le poids du regard. Et si on les écoutait ?

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 19/05/ 2025 Signature :

Le poids des années ou Le poids du regard : Et si on Les écoutait ?

Ce travail de fin d'études questionne l'influence des représentations sociales sur la relation soignant soigné et la manière dont le regard porté sur la personne âgée façonne sa prise en soin et son vécu. Lors de mon stage en Ehpad, j'ai été marqué par la façon dont ces perceptions peuvent influencer sur les pratiques soignantes. A travers une enquête de terrain, basée sur des entretiens avec des infirmières, j'ai cherché à comprendre comment ces représentations influencent la prise en charge. Les échanges ont révélé des stéréotypes persistants, des visions parfois réductrices, mais aussi des tentatives sincères d'adaptation et d'écoute. Ce travail met en lumière la complexité du vieillissement, les tensions entre autonomie et vulnérabilité ainsi que la place du soignant face aux défis du soin gériatrique. Il interroge la nécessité d'un regard plus nuancé et respectueux, essentiel pour construire une relation de soins véritablement humaine. Car, au-delà des protocoles et des compétences techniques, un soin de qualité repose avant tout sur la reconnaissance de l'autre dans toute son individualité.

Mots-clés : Personne âgée, représentations sociales, autonomie, soin de qualité, relation soignant- soigné. **Nombre de mots** : 169

The weight of the years or the weight of the gaze : What if we listened to them ?

This end of course assignment questions the influence of social representations on the relationship between the carer and the patient and the way in which a person's vision of the elderly shapes his or her care and experience. During my work placement in a nursing home for seniors, I was impressed by the way these perceptions influence patient management. Through a field study, based on interviews with nurses, I sought to understand how these representations influence care. The exchanges revealed persistent stereotypes, with sometimes reductive visions, but also sincere attempts at adaptation and listening. This work highlights the complexity of aging, the tensions between autonomy and vulnerability as well as the role of the caregiver facing the challenges of gerontological care. It questions the need for a more nuanced and respectful vision, essential to build a deeply human caring relationship. For, beyond protocols and technical skills, quality care is above all based on the recognition of the other in their full individuality.

Keywords : the elderly, social representations, autonomy, quality care, the relationship between the carer and the patient. **Number of words** : 162