



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

BOURGUELLE Ingrid
GERARD Constance

L'ACTE ALIMENTAIRE EN INSTITUTIONS
GERIATRIQUES. ETUDE DES INTERACTIONS :
PERSONNES AGEES, FAMILLES, PROFESSIONNELS

Maître de Mémoire

LECLERC Caroline

Membres du Jury

BASSETTI Fanny
GUILHOT Nicolas
PERDRIX Renaud

Date de Soutenance

30 juin 2011

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. BONMARTIN Alain

Vice-président DEVU
Pr. SIMON Daniel

Vice-président CA
Pr. ANNAT Guy

Vice-président CS
Pr. MORNEX Jean-François

Directeur Général des Services
M. GAY Gilles

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux
Directeur **Pr. GILLY François
Noël**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. LOCHER François**

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **Pr GIERES François**

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **Pr. COLLIGNON Claude**

Ecole Polytechnique Universitaire de
Lyon (EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr. AUGROS Jean-Claude**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1
Directeurs **M. COULET Christian et
Pr. LAMARTINE Roger**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. TRUY Eric

Directeur des études
BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
THEROND Béatrice
GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
CLERGET Corinne

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Mme Leclerc pour sa disponibilité, ses conseils et la liberté qu'elle nous a laissée pour la réalisation de ce projet.

Merci également à l'équipe des enseignants de sciences sociales, notamment Laurence Tain et Renaud Perdrix pour l'encadrement dispensé et le suivi.

Un grand merci à Renaud Perdrix et Nicolas Guilhot pour les remarques pertinentes apportées lors de la relecture du mémoire.

Nous remercions vivement toutes les personnes qui ont participé à ce projet : les personnes âgées et leur famille, ainsi que les professionnels, leur accueil a été plus qu'agréable.

Une pensée toute particulière à l'orthophoniste d'Océanie dont l'exercice professionnel a été le point de départ de nos questionnements.

Merci à Béatrice pour son regard profane lors de la correction de ce mémoire.

Merci à Raphaëlle pour son soutien énergique.

Merci à Pierre et Marty pour leur présence et leur humour inconditionnel.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE	8
I. LA PERSONNE AGEÉ : VIEILLIR A L'HOPITAL	9
1. De la sociologie à la médicalisation	9
2. L'entrée en institution : une trajectoire possible pour les personnes âgées.....	11
3. La construction des soignants profanes et professionnels	13
II. L'HOPITAL : UN LIEU PARTICULIER DE NEGOCIATIONS.....	15
1. Un lieu de professionnalisation	15
2. Une hiérarchie fondée sur la mise en avant de pratiques légitimées	16
III. LE PROFANE COMME ACTEUR DES SOINS	18
1. Valeurs et normes familiales autour du parent âgé	18
2. Les négociations entre profanes et professionnels.....	20
IV. L'ACTE ALIMENTAIRE : ELEMENT TRANSVERSAL ET VECTEUR DE NOTRE ETUDE	23
1. Les valeurs associées à l'alimentation.....	23
2. Les personnes âgées et l'alimentation : des rapports médicalisés mais aussi symboliques	23
3. L'alimentation en milieu hospitalier : un compromis entre une vie en collectivité médicalement normée et la recherche du plaisir	24
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	25
I. PROBLEMATIQUE	26
II. HYPOTHESES.....	26
PARTIE METHODOLOGIQUE	28
I. PRINCIPES GENERAUX	29
1. L'interactionnisme comme cadre théorique.....	29
2. Le choix d'une approche qualitative	30
3. Le recueil des données par l'entretien	31
II. LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN AVEC LES ACTEURS CHOISIS A L'HOPITAL	33
1. Mise en œuvre	33
2. La conduite de l'entretien, un registre particulier de communication	37
III. ANALYSE DES RESULTATS	42
1. Le choix de l'analyse de contenu	42
2. L'analyse thématique : la méthode des tas	42
PRESENTATION DES RESULTATS.....	43
I. INTRODUCTION	44
II. LES INTERACTIONS ENTRE PROFESSIONNELS.....	44
1. La gériatrie : un choix ou une opportunité	44
2. Travailler à l'hôpital : une équipe aux rôles définis.....	45
3. Les particularités du soin en gériatrie	48
4. Interactions entre profanes et professionnels	51
III. LES INTERACTIONS ENTRE PROFANES ET PROFESSIONNELS	54
1. Des processus de changements provoqués par l'institutionnalisation	54
2. Les négociations avec les professionnels	57
IV. LA TRAJECTOIRE INSTITUTIONNELLE DE LA PERSONNE AGEÉ.....	58
1. L'organisation hospitalière et le vécu des soins en collectivité	58
2. Les changements dus à l'entrée en institution.....	60
DISCUSSION DES RESULTATS.....	62

SOMMAIRE

I.	L'INFLUENCE DES REPRESENTATIONS PERSONNELLES ET DE LA HIERARCHIE HOSPITALIERE SUR LE REGISTRE RELATIONNEL	63
1.	<i>Le registre thérapeutique dominant : le registre relationnel</i>	63
2.	<i>Une hiérarchie bien présente</i>	64
3.	<i>Une influence des représentations personnelles sur les pratiques de soin</i>	67
II.	LES PROFANES, ENTRE REORGANISATION FAMILIALE ET ADAPTATION AUX PROFESSIONNELS	69
1.	<i>Un décalage entre les normes des profanes et des professionnels</i>	69
2.	<i>Des relations régies par la hiérarchie hospitalière</i>	70
III.	LES PERSONNES AGEES : ENTRE CONCILIATION DES NORMES FAMILIALES ET OPPOSITION AVEC LES NORMES PROFESSIONNELLES	72
1.	<i>Une conciliation entre les normes des parents et celles des enfants</i>	72
2.	<i>La personne âgée active dans son soin, exemple des couples Inde-New Dehli et Madagascar</i>	73
3.	<i>Un décalage de normes de soin entre les personnes âgées et les professionnels</i>	74
IV.	LIMITES ET APPORTS DE NOTRE TRAVAIL	75
1.	<i>Les limites de notre travail</i>	75
2.	<i>Les apports et perspectives quant à notre pratique future</i>	76
CONCLUSION		77
BIBLIOGRAPHIE		78
ANNEXES		81
ANNEXE I : LETTRE DE PRESENTATION DU MEMOIRE AUX CHEFS DE SERVICE DES HOPITAUX GERIATRIQUES		82
ANNEXE II : LETTRE DE PRESENTATION DU MEMOIRE AUX FAMILLES INTERROGEES		85
ANNEXE III : LES GRILLES D'ENTRETIEN		86
1.	<i>La grille d'entretien pour la famille</i>	86
2.	<i>La grille d'entretien pour les professionnels</i>	88
3.	<i>La grille d'entretien pour les personnes âgées</i>	90
ANNEXE IV : LA GRILLE D'ANALYSE D'ASIE		92
TABLE DES MATIERES		101

INTRODUCTION

Notre mémoire trouve son origine dans un intérêt commun pour les prises en soin dans le domaine de la gériatrie, développé lors d'expériences personnelles et professionnelles. En effet, les questionnements fondateurs de notre étude ont été en grande partie dégagés d'observations réalisées sur un de nos lieux de stage : le centre de gérontologie renommé Océanie, de septembre à décembre 2009.

Il nous a paru pertinent d'inscrire notre mémoire dans une perspective sociologique notamment grâce aux rencontres avec les membres de l'équipe de recherche en sciences sociales de l'école d'orthophonie de Lyon. Ces derniers nous ont en effet guidées vers une orientation plus précise de notre projet. Nous avons fait le choix d'une approche compréhensive globale ; l'orthophoniste est étudiée de la même manière que les autres acteurs. Notre but est d'éclairer les orthophonistes sur les particularités et les enjeux du travail hospitalier en gériatrie.

Nos questionnements se sont articulés autour de la trajectoire de la personne âgée hospitalisée, en tant que point d'ancrage. Notre objectif est d'étudier qui des professionnels et de la famille gravite autour de la personne âgée, et comment ils interagissent. Pour cela, nous avons choisi comme angle de vue la prise en charge alimentaire de la personne âgée, consécutive à des troubles de la déglutition. Ce contexte permet des ouvertures plus générales à propos des représentations de la vieillesse et des normes de soin des différents acteurs : les professionnels soignants, la personne âgée et les membres de sa famille, ainsi que les relations entretenues par ces différents sujets. Cela nous amène à la problématique suivante : Comment les normes et valeurs des acteurs profanes et professionnels s'articulent-elles autour de la trajectoire de la personne âgée en institution ?

Dans une première partie, nous exposerons le cadre théorique de notre recherche. Tout d'abord nous étudierons les aspects sociologiques et les conséquences du vieillissement à l'hôpital, puis nous nous attarderons sur les négociations entre professionnels dans ce lieu particulier. Ensuite, nous verrons dans quelle mesure le profane est un acteur de soin. Enfin, nous présenterons les différentes valeurs liées à l'alimentation et notamment celles mobilisées en institution gériatrique.

Après avoir évoqué notre problématique et nos hypothèses, nous présenterons en premier lieu le courant interactionniste dans lequel s'inscrit notre posture compréhensive, ainsi que le choix de l'entretien comme outil. Nous exposerons ensuite les étapes qui nous ont conduites à la constitution de notre échantillon et à la préparation de nos entretiens. Enfin, nous détaillerons la démarche adoptée pour l'analyse des données.

Dans le chapitre suivant, nous présenterons nos résultats, que nous analyserons dans la dernière partie. Enfin nous évoquerons les limites et les apports de notre travail.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I. La personne âgée : vieillir à l'hôpital

1. De la sociologie à la médicalisation

1.1. Les représentations de la vieillesse.

La représentation la plus commune sur le vieillissement est le déclin, la dégradation physique et psychique. Caradec (2001, p.30) distingue deux pôles imaginaires dans les représentations contemporaines de la vieillesse qui renvoient à la répartition des personnes âgées en deux catégories : les personnes du « *troisième âge* » ou les « *seniors* » et celles du « *quatrième âge* » ou les « *personnes âgées dépendantes* ». Le mot « *senior* » évoque l'image d'un retraité actif qui continue sa vie adulte tandis que les « *personnes âgées dépendantes* » véhiculent celle de la « *vraie vieillesse* » en déclin physique, l'isolement relationnel et les défaillances psychiques. L'opinion publique dote les personnes âgées, quelle que soit leur catégorie, de sagesse et d'expérience. Ainsi, depuis cinquante ans, cette polarisation au sein des personnes âgées a confirmé l'image de la vieillesse en déclin. Cette idée dominante influence parfois la personne âgée et son entourage, au point de jouer le rôle de « *prophéties auto-réalisatrices* » (Caradec, 2006) : la personne âgée se moulera dans l'image négative qu'on lui accorde. Les représentations de la vieillesse sont actives et peuvent influencer les soins tant professionnels que familiaux. Nous verrons cela plus tard dans cette étude.

1.2. Les processus sociologiques du vieillissement

Le vieillissement peut être étudié de manière intérieure comme une expérience personnelle : comment construit-on sa vieillesse ? Caradec (2001, p.100) en démêle deux conceptions : « *d'une part, devenir vieux sans être vieux ; d'autre part, être vieux.* »

D'après les études de Michèle Côté cité par Caradec (2001, p.100-101), on devient vieux avant de se sentir vieux. En effet, les prémices de la vieillesse apparaissent à partir de la quarantaine ou la cinquantaine avec certains changements : changements dans l'insertion sociale avec la retraite, dans le départ des enfants ou le décès du conjoint ainsi que dans son propre corps qui peut devenir malade. Cependant, ce serait le regard des autres qui jouerait le plus grand rôle dans ce processus : on se voit vieux à partir du moment où les autres nous voient comme tel. De là naît un décalage entre ce regard qui renvoie à la vieillesse et le sentiment d'être encore jeune. De plus, ces personnes se placent en opposition envers celles qu'elles considèrent comme étant des « *vieux* » : ayant la représentation du vieux inactif et en déclin, elles « *se présentent comme acti[ve]s, mobiles, occupé[e]s, ne se laissant pas aller intellectuellement* » et fuient les activités qui pourraient les assimiler aux « *vieux* ».

D'autres sont devenus « *vieux* ». La transition entre « *devenir vieux* » et « *être vieux* » peut s'effectuer de diverses manières. D'après Henrard (2002, p.19), la fin de l'activité professionnelle marque l'entrée dans la vieillesse. Les retraités se sentent exclus de l'ordre économique et le changement de statut social est vécu comme une perte. D'après

Veyssset citée par Caradec (ibid., p.103) la vieillesse arriverait pour certains de façon brutale après « *une chute, un anniversaire, une phrase ou un regard d'autrui* ».

1.3. Du concept de médicalisation à son application à la gérontologie.

1.3.1. Généralités

Druhle et Clément (1998, p.71) ont défini le fait de médicaliser comme étant l'action de : « (...) *requérir la compétence d'un médecin pour définir la nature d'un phénomène qui pose problème, pour établir s'il relève de son intervention et, finalement, si c'est le cas, pour le traiter selon les moyens qui sont à sa disposition.* ». Dans les années 1970, cette notion était considérée comme douteuse et peu pertinente car on voyait en elle le placement de la vie quotidienne « *sous la domination, l'influence et la surveillance médicales.* » (Carricaburu et Ménoret, 1994, p.181). Seulement, peu à peu, la tolérance des profanes vis-à-vis des symptômes bénins de la vie quotidienne a commencé à baisser, ce qui a laissé un terrain plus grand à la médicalisation, alors davantage légitimée. Dorénavant, la suprématie scientifique est de plus en plus ébranlée et la médicalisation doit désormais faire avec ses limites et avec la participation des profanes. Ces derniers sont des individus non professionnels, au contraire des experts, mais investis dans le soin avec des normes, des valeurs et une légitimité différente de celle experts : « *La plupart des premières études sur la médicalisation considéraient le public profane en grande partie comme passif et dépourvu de jugement à l'égard de l'expansion de la médecine. Or aujourd'hui, les perspectives du public ont évolué : désillusion à l'égard de la médecine et/ou baisse de confiance envers la profession médicale alliées à un meilleur niveau de connaissances organisent l'appréciation critique des profanes* » (ibid., p.182). On se tourne dorénavant de plus en plus vers des médecines dites alternatives, ou l'automédication, qui s'avère en fait être une pratique ambiguë ; en effet, elle ne s'éloigne pas de la médecine, mais en est un détournement dans lequel les approches médicales sont utilisées dans un cadre profane.

1.3.2. La médicalisation du grand âge

Druhle et Clément (1998) se sont penchés sur les enjeux et les formes de médicalisation liés au domaine de la gérontologie en constatant de prime abord la chose suivante : « *Si la médicalisation est, parmi les champs occupés par la médecine, particulièrement digne d'intérêt dans celui de la gérontologie, c'est que la vieillesse n'est, d'évidence, pas une maladie* » (ibid., p.98). Les auteurs ont choisi de parler de trois exemples dans le cadre de la prise en charge de la vieillesse : la dépendance, le social et la mort, comme étant des domaines où l'on constate de manière caractéristique cette extension de la compétence de la médecine à traiter des réalités qui ne relèvent pas forcément et uniquement de son champ d'action. Nous allons ici nous intéresser plus particulièrement au premier plan.

La « *dépendance* » semble être un terme spécifique à l'Hexagone, créé afin de coordonner « *handicap* » et « *vieillesse* », et d'aboutir à une expression fortement répandue : les personnes âgées dépendantes. Cette construction a eu pour effet d'associer systématiquement la vieillesse à son côté le plus négatif, et uniquement à celui-ci dans le langage commun. Le monde médical a alors édité des grilles nécessaires à l'évaluation

des capacités à exercer des actes de la vie courante, afin de poser ou non un diagnostic de perte d'autonomie, et donc de dépendance. Cette démarche est vivement contestée, car ce qui est observé est simplement l'état physique formel de la personne âgée, et non la manière dont elle peut être capable de gérer les conséquences de ses difficultés grâce notamment à son environnement social.

1.4. Une médicalisation fortement associée au grand âge

Nous allons ici exposer des données sur un exemple de médicalisation que nous rencontrerons dans notre enquête, à savoir celles touchant aux Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et aux troubles de la déglutition. En effet, ces réalités physiologiques, événements médicaux du parcours de vie, le plus souvent propres et associées aux sujets âgés, sont définies par un écart à la norme vis-à-vis d'un état médical de « bonne santé ». Ces illustrations de la notion de médicalisation sont renforcées par le fait que cette comparaison est réalisée par rapport aux normes de « bonne santé », dont la définition repose sur des critères correspondant à des sujets jeunes. On peut alors ici affirmer que la population âgée est considérée, de ce point de vue, comme étant très déviante puisque sujette de façon prononcée à ce type de troubles la définissant. Ces notions d'AVC et de troubles de la déglutition sont alors remarquablement présentes et mobilisées dans le cadre de la vieillesse, qui est alors puissamment caractérisée par ses aspects médicalisés. L'exemple du diabète, dysfonctionnement lui aussi très lié à l'avancée en âge illustre ces normes médicales très figées : une barrière, un seuil sont définis par les professionnels soignants qui décident alors de la frontière entre les personnes qui respectent la règle, et celles qui ne sont plus « normales ».

2. L'entrée en institution : une trajectoire possible pour les personnes âgées

2.1. Quitter son "chez-soi", un lieu symbolique

« L'entrée en institution est toujours un choc pour les nouveaux résidents, quelles qu'en soient l'intensité, la durée et la manière dont il s'exprime. » (Mallon, 2007, p.252). En vieillissant, les personnes âgées sont confrontées à des difficultés motrices, et investissent alors de façon forte le domicile, qui devient un refuge, un lieu d'habitudes corporelles. En opposition, l'extérieur, source potentielle de danger est alors de moins en moins fréquenté. La fragilité grandissante de ces individus les pousse à ritualiser le quotidien et à le fonder sur des bases connues et maîtrisées matériellement mais aussi symboliquement et psychologiquement. En effet, au-delà d'aspects pratiques de difficulté d'accès à des lieux extérieurs, peut grandir l'impression de ne plus faire partie du monde tel qu'il est devenu, lorsque les pairs sont décédés ou que la société a trop changé selon des critères de décalage entre "leur temps" et le monde actuel. Le domicile est alors empli de repères, de souvenirs, et permet à la personne âgée d'avoir un contrôle sur son environnement et d'exprimer ses choix : *« être chez soi est un moyen d'exprimer son droit au refus ; au refus de l'aide, de soins souvent perçus comme stigmatisants et intrusifs. Ainsi, être à son domicile permet de demander à l'intervenant professionnel –auxiliaire de vie, aide-ménagère, infirmière – ou au proche aidant – famille, voisins, amis – de sortir. »* (Balard,

2010). Outre le domicile, la ville, le quartier et ses commerçants, l'immeuble sont des symboles forts d'appartenance à un groupe, de conservation d'une identité forgée une vie durant qui continue de s'exprimer, et qui sécurise. Ces référentiels très ancrés peuvent rendre difficile une entrée en institution, où la maîtrise du rythme de vie est moindre et où la personne âgée peut se sentir dépossédée de son autonomie.

2.2. Les configurations possibles du vécu de l'institutionnalisation

L'arrivée en institution scelle l'entrée dans le lieu où l'on mourra, le choc de cette configuration fait de ce changement de lieu de vie une étape symbolique et identitaire lourde. Comment vivre dans ce lieu, et avec ces résidents qui confrontent souvent les nouveaux arrivants à une image de la vieillesse qui ne leur fait pas écho ? Mallon (2007) propose d'étudier la rupture qui peut découler de l'entrée en institution. Cette configuration correspond aux situations vécues par les sujets de notre étude, arrivés au sein des institutions consécutivement à des pathologies vasculaires et donc hospitalisés d'urgence.

Les personnes âgées sont fortement touchées par des accidents biographiques et peuvent alors être contraintes de quitter brusquement leur domicile sans avoir anticipé leur avenir. Cette situation peut alors approfondir les ruptures identitaires en cours et déstabiliser la personne âgée, autant que sa famille, les uns et les autres n'ayant pu intérioriser cette décision avant de l'expérimenter. La difficulté d'adaptation au fonctionnement d'un établissement collectif est également un aspect redouté et mettant en danger l'avenir des résidents. En effet cela peut être vécu de façon très négative et conduire à un renfermement, un refus total de socialisation. Si le réseau familial est déficitaire ou défaillant, on peut rapidement voir apparaître des failles, voire des conflits, dans une situation où tous les acteurs seraient fragilisés.

2.3. Le concept de négociation

Strauss et son équipe ont affiné le terme de négociation dans le domaine du social à partir des années 1950. Pour eux, la négociation est « *un des moyens pour obtenir que les choses se fassent* » (1992, p.252). Il faut qu'il y ait premièrement un acteur : un groupe, une personne, une organisation, etc. Cet acteur doit avoir un but : « *faire marcher les choses* » ou « *les faire continuer à marcher* ». Ce but est donc forcément la réalisation d'une action. Ensuite, en face de cet acteur il doit y avoir un autre acteur qui a un rôle dans la réalisation de cette action. La négociation implique toujours une certaine tension entre les acteurs ; si cette notion n'est pas présente, il s'agit d'un accord et non d'une négociation. Pour Strauss, les acteurs qui choisissent de négocier appartiennent toujours à un ordre social. Celui dans lequel s'articule notre étude est l'hôpital.

2.4. Le patient comme acteur des négociations

Les patients font partie intégrante des négociations à l'hôpital autour de leur prise en charge. Strauss distingue deux sujets de négociations entre le patient et les professionnels de santé : leur soin et leurs privilèges. Concernant leur soin, les patients sont désireux d'obtenir des « *informations précieuses et pertinentes pour leur propre compréhension de*

leur maladie » (Strauss, 1999, p.102). Ils tentent d’avoir un poids décisionnel sur le type de leur traitement et son déroulement, comme le choix du service dans lequel ils sont placés, les quantités de médicaments, la durée de leur séjour et parfois même le choix d’un membre de l’équipe soignante. Ils cherchent aussi à obtenir des privilèges de l’ordre d’une plus grande liberté de déplacement. Les patients sont aussi souvent des « *gardiens de l’ordre* » dans un service : ils convoquent le personnel lorsque quelqu’un met la musique trop fort, est violent, dérange le déroulement du service. Les patients sont ainsi, s’ils le veulent, reconnus comme acteurs de leur soin. Le cas des personnes âgées est cependant particulier : si certaines personnes sont considérées par les professionnels comme aptes à négocier leur prise en soin, d’autres sont reconnues comme incompetentes et ce sont donc leur famille qui devient acteur des négociations.

3. La construction des soignants profanes et professionnels

3.1. Le soin : une pratique avant tout féminine

Dans les normes communes, le soin est une affaire de femmes. En effet, les qualités naturelles des femmes comme leur « *nature féminine intuitive* », leur « *sensibilité éprouvée* », et leur « *savoir être* », mises à profit dans l’espace domestique se prolongent dans la sphère de soin. (Vilbrod, 1999, p.156). Favrot (1995, p.228) remarque de plus des similitudes entre les soins donnés aux personnes âgées et ceux donnés aux enfants : il s’agirait de « *maternage* » du malade. Cette tendance s’illustre en premier lieu chez les profanes : d’après Pennec (2007, p.206), les trois quarts des aidants informels (on qualifie « d’aidant informel » la personne « profane » c’est-à-dire sans compétences médicales professionnelles, qui s’occupe d’une personne âgée) sont des femmes. Elle est aussi présente dans le secteur professionnel : « *Toutes professions confondues, il semble que l’on puisse affirmer que ce sont surtout des femmes, parmi les professionnels, qui soignent les gens ; et cela surtout si on tient compte du temps passé auprès d’eux (les métiers les plus féminisés étant aussi ceux des contacts prolongés avec les patients, les métiers les plus masculins, ceux des contacts brefs et techniques, le plus souvent).* » (Cresson, 2001, p.312). En effet, le travail de toute personne dispensant des soins aux personnes âgées est de l’ordre de l’aide pour s’habiller, s’alimenter, se déplacer, faire sa toilette, qui relève plutôt de l’exercice féminin dans la distribution commune des rôles (Pennec, 1999, p.135).

La norme dans les classes moyennes et supérieures veut que la fille soit responsable du soutien du parent tandis que le fils apporte un soutien financier (Lemarchant, 1999, p.125). Nicky Le Feuvre (2001, p.202) évoque les différences dues au genre dans un plan multidimensionnel. Selon l’auteur, le genre serait : « *[...] un processus social de différenciation/hiérarchisation qui accorde aux différences biologiques de sexe une capacité de construction sociale.* ». Ce processus prend forme au sein de plusieurs échelons du monde social : la division sexuelle du travail professionnel et profane, la symbolique de la « *féminité* » et de la « *masculinité* », les interactions et les représentations sexuées de chacun d’eux. Cette perspective pluraliste permet à la notion de féminisation de s’épanouir dans le domaine très complexe qu’est le milieu médical et d’inciter fortement à prendre en compte les articulations entre sphères professionnelle et personnelle des différents acteurs dans la réflexion globale.

3.2. Les représentations de la maladie

Les représentations de la maladie et des pratiques médicales jouent aussi un rôle dans la construction de l'identité professionnelle du soignant. Laplantine (1993) distingue deux grands modèles de représentations de la maladie et du soin : les modèles épistémologiques et les systèmes étiologico-thérapeutiques. Les modèles épistémologiques font référence aux types de savoirs utilisés pour expliquer la maladie. Le modèle biomédical de la médecine occidentale s'appuie sur les paramètres objectivables de la maladie : les spécificités étiologiques et les symptômes tandis que pour le modèle psychologique, les causes sociales, psychologiques de l'individu seraient à l'origine de la pathologie. Enfin dans le modèle relationnel, les dysfonctionnements de l'environnement de l'individu créeraient la maladie. Les systèmes étiologico-thérapeutiques correspondent aux types de représentations qu'ont les professionnels et les profanes de la maladie et du soin. Deux systèmes de croyances sont dérivés : un système ontologique et un système fonctionnaliste. Les adeptes du système ontologique, dominant la médecine occidentale, combattent le symptôme sans tenir compte du sujet dans son ensemble : la maladie entrerait « *par effraction dans le corps d'un individu qui n'y est pour rien* » (1993, p.236). La guérison est orientée vers le symptôme seul.

Différentes notions s'opposent en fonction du choix d'un de ces systèmes (Perdrix, 2007, p.150). On note un clivage sujet/symptôme : soit le soignant prend en compte le sujet avant le symptôme soit il ne s'attarde que sur les symptômes. Ensuite, certains soignants privilégient l'aspect organique du trouble avec la mise en avant des connaissances scientifiques plutôt que l'aspect psychologique. Enfin, on observe des soignants partisans d'un centrage sur la compétence technique exploitée d'une manière objective tandis que d'autres placent la compétence relationnelle en premier lieu. Dans le cas de la gériatrie, les soignants peuvent considérer le patient dans le contexte général de vieillesse ou ne s'intéresser qu'aux symptômes.

On peut également s'intéresser aux trois registres thérapeutiques présentés par Aïach en 1994. L'auteur distingue les registres « *relationnel et affectif* », « *traditionnel et communautaire* » et « *cognitif et technique* », registres grâce auxquels les soignants orientent leurs pratiques et prises en charge.

3.3. L'adaptation des soins aux personnes âgées

Le soin en gériatrie est considéré comme un soin particulier du fait de la prise en compte par les soignants « *des représentations de la vieillesse, des spécificités des pathologies et des handicaps du vieillissement ainsi que le mode d'accompagnement des personnes âgées malades* » (Pennec, 2007, p.205). Dans le corps médical, c'est la représentation de la personne âgée comme déclinante qui prévaut et cette notion de déclin rend la distinction entre « *normal* » et « *pathologique* » difficile à établir. Certains soignants ne considèrent alors plus la personne comme un patient capable d'évolutions positives, engendrant des « *attitudes de renoncement* » dans les projets de soin. De plus, les soignants sont confrontés plus que dans n'importe quel autre soin à la famille. Trois possibilités s'imposent alors à eux : soit privilégier la relation duelle avec le malade, soit travailler en présence de l'entourage, soit travailler avec l'entourage (ibid., p.210). On observe dans la plupart des cas, un travail de collaboration entre le corps soignant et la

famille. Les soignants attendent parfois des aidants qu'ils jouent un rôle de médiateurs entre eux et le malade. Par exemple, l'entourage peut être informé de maladies ou de décisions qui sont cachées au patient, et se voir confier le choix entre l'information au patient ou le secret (Pennec, 2004, p.244).

II. L'hôpital : un lieu particulier de négociations

1. Un lieu de professionnalisation

1.1. Le concept de profession

Strauss (1992) nous expose le point de vue des fonctionnalistes comme point de départ de son analyse de la profession. Le professionnalisme serait selon eux la réunion de personnes autour d'un « *noyau central* », référence et repère pour tous les membres de cette profession ainsi que les futures recrues. Notons que selon l'auteur, la force du courant interactionniste consiste justement en ce qu'il ne tend pas vers la recherche d'une homogénéité dans une profession, mais qu'il s'attache surtout à décrire puis comprendre les interactions, les négociations, les groupes qui s'écartent de la norme (appelés « *segments* » professionnels) ainsi que les influences biographiques des uns et des autres et donc l'interdépendance qui en découle. Ce concept de profession ne serait pas alors figé. En effet, il ne peut exister de consensus assez puissant : « (...) *les membres d'une profession n'accordent pas seulement une importance variable aux activités auxiliaires mais [qu'] ils ont aussi des conceptions différentes de ce qui constitue le centre de leur vie professionnelle – l'acte professionnel qui en est le plus caractéristique.* » (1992, p.73) Les segments ne sont pas stables non plus, ils meuvent en fonction d'autres segments, de leurs conditions de travail, d'autres professions, etc. Strauss nous indique également qu'un segment peut être transversal et réunir des membres de professions différentes. En effet il se peut que des « alliances » se créent. Des soignants peuvent avoir davantage d'affinités avec des acteurs appartenant à une autre profession mais partageant des représentations du soin ou de la maladie et des valeurs communes, plutôt qu'avec ceux de la leur. Dans le cadre de notre enquête, nous avons pu constater que deux médecins pouvaient tenir des discours très éloignés quant à la représentation de leurs devoirs, de leur fonction, mais que l'une ou l'autre de ces représentations pouvaient être rejointe par des aides-soignantes ou des orthophonistes, malgré la différence des statuts professionnels.

1.2. La répartition des territoires et le processus de légitimation

Les professions se sont élaborées en s'appropriant préférentiellement l'un des éléments qui constituent l'espace tridimensionnel de la production thérapeutique : l'aspect « *relationnel et affectif* », « *communautaire et traditionnel* », ou « *cognitif et du technique* » (Aïach & Fassin, 1994, p.35). Ces trois dimensions permettent d'accéder à différents modes de légitimation et se retrouvent donc confrontées les unes aux autres, dans un registre permanent de pouvoir et de négociation. Partant du postulat que l'orientation la plus légitime est celle qui évolue dans le registre rationnel du « *cognitif et technique* », renvoyant aux médecins, les autres professions ont cherché à se démarquer. Les

infirmières, dépendantes des médecins, se sont affirmées comme détentrices de compétences relationnelles. D'autres professions ne répondant pas au paradigme scientifique pur mais plutôt à un registre relationnel se sont légitimées grâce à l'engouement du public pour ce type de prises en charge proche des affects et par la compensation et le soutien de l'Etat qui leur a attribué légalement des territoires spécifiques et le contrôle sur le contenu de leur formation. En effet, selon Paicheler (1995, p.8) « *En France, le lieu de travail principal des professions soignantes est l'hôpital public, avec sa réglementation, son organisation complexe, sa division du travail et sa hiérarchie : autant d'éléments qui se déclinent pour conférer une très grande diversité aux pratiques.* » L'arrivée des aides-soignantes dans ce processus de rationalisation a ainsi davantage complexifié cette division du travail. Arborio (1996) expose le fait que ces nouveaux collaborateurs aux normes essentiellement profanes sous le commandement des médecins a incité ces derniers à rationaliser au mieux ces soins de confort, d'assistance aux patients afin de conserver une division du travail correspondant aux normes adoptées en amont, au sommet de la hiérarchie. « *Les métiers paramédicaux paraissent (...) se hiérarchiser en fonction du type de formation exigée et de sa longueur, les plus élevés dans la division de travail requérant la formation la plus longue, la plus officiellement administrée et la plus proche du cursus universitaire.* » (Freidson, 1984, p.64). L'aide-soignante est alors un professionnel qui contrairement aux agents de service hospitalier a des relations avec les patients.

1.3. L' « ordre négocié » de Strauss

Selon Strauss (1992), l'hôpital est défini comme un lieu fonctionnant avec un « *ordre négocié* ». Ce milieu professionnalisé (Freidson, 1984) fait cohabiter de nombreux acteurs qui diffèrent selon leur place dans la hiérarchie, leurs trajectoires professionnelles, leurs désirs, leurs engagements idéologiques et leur motivation. Afin d'atteindre leur objectif commun qui est le soin et le rétablissement ou la compensation du patient, les différents segments professionnels et sociaux doivent entrer dans une dynamique de négociation, seule condition pour atteindre ensemble « *le ciment symbolique* », essence de leur mission. Lorsque les professionnels sont face à un cas très particulier, la difficulté d'harmonisation augmente, chacun tente de suivre un chemin personnel allant vers le bon soin du patient, mais la survenue de désaccords est alors très proche étant donné la multiplicité des pratiques possibles. Si l'on prend l'exemple des services de gériatrie accueillant bien souvent des patients poly-pathologiques qui représentent une source de difficultés supplémentaires et de questionnements répétés pour les soignants, on peut aisément modéliser le fait que ce type de situation requerra des négociations importantes et nécessaires entre professionnels mais aussi avec la famille et le patient.

2. Une hiérarchie fondée sur la mise en avant de pratiques légitimées

2.1. La suprématie du paradigme scientifique

Au sein de la médecine moderne, de plus en plus technicisée et spécialisée, la suprématie du paradigme scientifique personnifié par le médecin n'éprouve pas de difficultés à se développer, surtout dans les milieux hospitaliers où ce type de médecine est très recherché et valorisé : « Organisation complexe et hiérarchisée, l'hôpital est ainsi un lieu

exemplaire de manifestation des principes dominants de légitimité. » (Aïach & al., 1994, p.40). Selon Freidson (1984), la puissance du médecin à l'hôpital serait le fait du « contrôle » qu'il exerce sur les autres professions, qui pourtant trouvent d'autres terrains de légitimation, notamment le registre relationnel et affectif. Ces professions sont appelées professions paramédicales. Ce « contrôle » se manifesterait selon quatre angles :

- Les connaissances techniques acquises et expérimentées par les paramédicaux ne seraient que le fruit de recherches de médecins.
- La tâche principale des professions paramédicales serait secondaire et ne pourrait se substituer au double acte primordial qu'est le diagnostic et le traitement. Il s'agit en fait ici de délégation.
- Les paramédicaux seraient subordonnés et n'auraient aucune autonomie, c'est la différence manifeste entre eux qui exerceraient un métier, et les médecins, membres de professions.
- Enfin, les professions paramédicales ne profiteraient pas du « prestige social » des médecins. Cet aspect tend à s'atténuer du fait de l'engouement du public pour des approches soignantes moins médicalisées et plus relationnelles.

2.2. Le cas des aides-soignantes : la mobilisation du registre relationnel pour légitimer leur activité

Le soin en gériatrie étant plus orienté vers le bien-être que vers la guérison, les aides-soignantes sont alors en première ligne dans ces prises en soin. De plus, elles sont des pivots dans l'anticipation, la réalisation et le suivi de l'acte alimentaire des personnes âgées hospitalisées.

Selon Arborio (1996), les pratiques des aides-soignantes sont des gestes profanes généralement transmis sous une impulsion maternelle, ce qui entraîne la difficulté et l'ambiguïté de leur rationalisation dans un milieu hospitalier. Ces gestes quotidiens sont donc confiés à des professionnels dans un cadre institutionnel collectif régulé par des normes accrues au niveau de l'hygiène et codifiées par les médecins. Ces soins, peu technicisés au sens accordé par la médecine moderne, sont souvent moins reconnus mais représentent, notamment en gériatrie, l'essentiel des actes. Les aides-soignantes adhèrent et participent à l'élaboration de l'objectif commun mais adoptent des bases de réflexion plus morales que rationnelles, ce qui pousse les médecins à les écarter et à leur donner une importance très mesurée dans le processus thérapeutique (Strauss, 1992, p.99). Cependant les aides-soignantes revendiquent des compétences qu'elles considèrent comme étant spécifiques à leur expérience intime auprès des malades, du fait de la nature de leurs actes (toilette quotidienne, ménage etc.) et de la fréquence élevée des moments passés avec eux, de surcroît dans des situations très diversifiées. Elles seraient alors détentrices de savoirs sur le plan relationnel et technique que tous les autres professionnels viendraient leur réclamer et leurs interventions basées sur des modes non techniques seraient surtout le fruit d'une intuition fine et louable. Arborio (1996) complète ces facultés par l'acquisition grâce à l'expérience d'un « *savoir juger* » des patients, résultat d'observations et d'écoute active, permettant d'anticiper leurs besoins et de les catégoriser afin de réguler la masse de travail des acteurs paramédicaux. Ce monopole relationnel conduit les aides-soignantes à se présenter de façon valorisante, en opposition plus ou moins explicite avec les compétences techniques des infirmières et des

médecins qui selon elles, sont leurs seuls champs d'action auprès des malades. Les tâches peu gratifiantes, « *dirty work* » (ibid., p.105) qu'elles s'attribuent volontiers comme des moments où elles seraient avec le patient au plus près des vérités, les entraînent dans un « *processus de retournement du stigmat* » : elles se mettent en valeur car ce sont elles qui font ce travail lourd et redouté par les autres.

III. Le profane comme acteur des soins

1. Valeurs et normes familiales autour du parent âgé

1.1. Les normes de soin

1.1.1. Qu'est-ce qu'une norme ?

D'après Ferrand (2007, p.69) chaque individu construit au cours de sa socialisation des normes qui gouvernent ses actions d'un point de vue sociologique. Ces normes sont « *intériorisées* » grâce à « *un apprentissage cognitif au terme duquel l'acteur sait ce qui est recommandé ou interdit* » d'une part et grâce à l'association dans le psychisme de « *l'image de soi de l'acteur et les actions recommandables* ». En fonction du rapport que l'individu entretient avec la norme, il peut y avoir naissance de sanction positive ou négative, donnée par soi ou par autrui. Un cas particulier de sanction est le sentiment de culpabilité qui survient lorsque la norme est transgressée : transgresser la norme est synonyme de se trahir soi-même.

On peut distinguer deux types de normes qui vont nous intéresser dans notre étude : les normes ayant une fonction « *expressive, identitaire* » grâce auxquelles des acteurs se reconnaissent comme appartenant au même groupe social -ici la famille- et les « *normes pratiques* » qui régulent les comportements, ici le soin aux personnes âgées.

1.1.2. Le soin de la personne âgée : une affaire de famille

Nous avons vu précédemment que le soin était dispensé dans la plupart des cas par les filles des familles. Pourquoi 70% à 80% des soins aux personnes âgées sont-ils dispensés par la famille ? (Paquet, 1999, p.41) Parce que les normes culturelles imposent à la famille le soin et le soutien au parent vieillissant: prendre soin est « *une affaire privée de famille* » (ibid., p.118) de l'ordre du devoir et de l'obligation familiale. S'occuper de son conjoint serait un engagement pris lors du mariage tandis que pour les enfants, il s'agit d'une « *dette accumulée envers leurs parents* » (ibid., p.78). Ils sont dans une logique de « *rendu* ». Cette dette morale (Pennec, 1999, p.139) définit la norme du « *bon enfant* » qui prend soin de son parent : l'intervention des professionnels pourrait être, dans certains cas, pour certaines personnes vécue comme un échec de leurs responsabilité et entraînerait alors un sentiment de culpabilité.

1.1.3. Le maintien à domicile comme idéal

Dans les représentations des devoirs familiaux, le maintien à domicile le plus longtemps possible de la personne âgée est une obligation, l'hôpital étant sujet à des représentations très négatives en gériatrie. Pour la majorité des familles, placer son conjoint ou son parent en institution revient à l'« abandonner » (Favrot, 1995, p.224) ou à se décharger de ses obligations filiales (Pennec, 1999, p.141). D'après une étude de Favrot (1995, p.227), les profanes imaginent leur parent à l'hôpital « immobile ou, dans le meilleur des cas, conduit du lit au fauteuil et du fauteuil au lit, sale et abandonné ». Le placement est donc la solution envisagée en dernier recours : même si la charge du soutien est « jugée à la limite du supportable », les familles reculent sans cesse leurs limites en adaptant leur emploi du temps et en acceptant l'aide de professionnels à domicile.

1.1.4. La difficulté de voir vieillir son parent

Facchini (1992) cité par Pennec (1999, p.148) fait le constat de l'absence de modèle de référence sur lesquels une fille qui s'occupe de sa mère vieillissante pourrait s'appuyer. Evaluer son rôle de soutien est alors difficile. De plus, ces enfants assistent au quotidien à l'emprise de la vieillesse sur leur parent : maladie, immobilité, perte des relations et de l'identité, dégradation physique (Favrot, 1995, p.226). Ces manifestations renvoient aux représentations communes de la vieillesse vue comme déclin, ce qui accentue la difficulté de voir vieillir son parent. De plus, la peur de la mort, le dégoût et la tristesse ainsi que l'angoisse de leur propre vieillesse que leur renvoie leur parent sont des sentiments qui pèsent sur leur soutien.

1.2. Des conceptions différentes au sein des familles

Au sein des familles, soit plusieurs personnes se partagent les responsabilités, soit on remarque dans la plupart des cas une personne soutien référente (Paquet, 1999, p.44). Si le sentiment d'obligation est partagé par tous les enfants, différentes normes de soin cohabitent dans une même fratrie (Pennec, 2004, p. 241, 1999, p.139).

1.2.1. Le respect des valeurs et la conformité aux vœux des parents

Dans ce modèle, les pratiques de soin s'inscrivent dans la continuité des normes familiales : les filles font pour leur mère ce que ces dernières ont elles-mêmes fait à leur propre mère. Ces fonctions sont comme « naturalisées », elles se succèdent de générations en générations. Les normes de soin sont alors celles du parent. Le recours aux professionnels n'est pas envisagé ce qui engendre donc une baisse ou absence d'activité professionnelle par l'aidant, le soin occupant la première place. Ce type de modèle est surtout remarqué dans les familles où la division des tâches au sein du couple est très sexuée.

1.2.2. La remise en question des normes parentales

Pour ces personnes qui modifient l'ordre ancien des choses, « *ce qui va de soi n'est pas la reconduction des pratiques des générations précédentes mais le principe de l'accompagnement des parents* » (Pennec, 1999, p.139). En effet, du fait de la médicalisation et de la protection sociale des personnes âgées, les enfants délèguent le soin aux professionnels mais attestent d'une présence affective. Ils « *sélectionnent* » les valeurs parmi les « *rituels d'un autre temps* » de leur parent pour préserver leur vie familiale, conjugale et professionnelle. Ce modèle l'emporte dans les familles où les femmes sont désireuses d'une équité dans la division des tâches au sein du couple ; elles ont en général une vie professionnelle qu'elles ne veulent pas sacrifier. Un sentiment de culpabilité peut néanmoins naître du fait de la rupture d'avec les valeurs de la communauté d'appartenance : les enfants se perçoivent parfois comme « *dénaturés* » ou se sentent « *dépossédés* » de leur parent.

1.2.3. Privilégier la relation duelle

Certains enfants profitent de ce stade de la vie de leur parent pour approfondir leur relation. Le climat de soin relève de la proximité affective : les membres de l'entourage comme les professionnels doivent répondre à cette exigence et favoriser l'échange affectif entre parent et enfant. Malgré la présence des professionnels, on note une présence importante auprès du parent ; l'aidant privilégié recherchant une sorte d'électivité filiale.

1.2.4. La recherche d'une ré-affiliation

Pour certains enfants, prendre soin du parent est une occasion de « *ratrapper, réparer* » un dysfonctionnement dans leur relation passée, de combler une faille affective (Pennec, 1999, p.144). L'accompagnement familial est alors « *un investissement majeur qu'il est impérieux de réussir* ». Les relations avec les professionnels s'articulent donc autour de l'établissement d'un climat de confiance et de complicité ; le but recherché étant l'obtention de ce climat avec le parent. « *Il semble se jouer la ré-élaboration d'une filiation positive et peut-être de conquête de la place du meilleur enfant* ».

2. Les négociations entre profanes et professionnels

2.1. Les soins familiaux et professionnels : des normes différentes

Dans les normes professionnelles, le soin désigne l'acte de guérir par la science tandis que pour les profanes, il se rapproche de la recherche du bien-être (Favrot, 1995, p.214). Cependant, on retrouve des deux côtés la présence de représentations ou de pratiques du pôle opposé. La médicalisation a engendré une négation des soins profanes. Ces derniers ont été considérés comme du maternage jusque dans les années 1980 date à laquelle, pour des raisons d'économies de santé publique, une volonté de modifier les soins aux personnes âgées en favorisant le maintien à domicile les a valorisés.

Il demeure cependant chez certains professionnels une certaine inquiétude, fondée sur la différence des normes de soin. En effet, pour ces derniers, les compétences exercées par les profanes en matière d'alimentation, de toilette, de surveillance, d'entretien du linge, de maintien de la vie sociale, exercées par les profanes sont « *un transfert des savoir-faire domestiques* » (ibid., p.217) et ne font donc pas parties des soins, qui leur sont réservés. La délégation des soins à des personnes non compétentes les déqualifierait ; c'est pourquoi certains médecins ne favorisent pas les hospitalisations à domicile. Au contraire, pour les profanes ayant un parent à domicile, toute activité allant des gestes d'hygiène à l'élaboration du repas, devient soin. Il y a ainsi présence de « *conflits de normes* » (Ferrand, 2007b, p.74). Le contexte de normes dans lequel évoluent les professionnels et les profanes est important car nous pensons que leurs normes étant différentes, les professionnels et les profanes qui travaillent conjointement autour de la personne âgée devront négocier. Nous employons le terme de négociation pour désigner ces ajustements dans le sens entendu par Strauss. Ces négociations portent généralement sur les mêmes sujets, qu'elles se déroulent à domicile ou à l'hôpital.

2.2. Quelle place pour la famille dans le soin du parent ?

2.2.1. Les difficultés des profanes à acquérir des repères cliniques à propos de la vieillesse

La frontière entre normal et pathologique dans le processus de vieillissement n'est pas clairement définie par les professionnels : au sein du corps médical, certains assimileront le même symptôme au vieillissement normal ou à la pathologie. Ce brouillage rend incertaine la compréhension de l'état de leur parent ainsi que le suivi de leur soin (Pennec, 2004, p.245).

2.2.2. L'investissement des familles dans le soin : des exigences entravées

La question de l'investissement de la famille dans le soin à leur parent est, d'après Pennec (2004, p.246), mal négociée entre la famille et les professionnels. Tout d'abord, comme vu plus haut, les aidants ne comprennent pas les soins prodigués la plupart du temps et « *les échanges avec les infirmières, les aides-soignantes et les médecins ne semblent pas apporter de réponses satisfaisantes* ». Lorsqu'un soin est arrêté, trois questions restent en suspens : A-t-il atteint les effets attendus ? N'a-t-il pas eu de résultats ? N'y-a-t-il plus rien à espérer ? L'investissement est donc difficile si on ne comprend pas ce qu'il se passe et ce même malgré des explications, vraisemblablement peu claires.

Un décalage dans la communication entre les deux parties s'observe aussi à propos de la question des décisions de soin : plusieurs aidants déclarent n'avoir compris qu'après coup les éventuelles « invitations » des professionnels à prendre part aux décisions de soin de leur parent. On voit donc que les négociations autour de l'investissement des aidants semblent s'articuler autour d'une communication qui ne satisfait pas les deux parties.

2.2.3. Les négociations autour de la prise des responsabilités

Le corps médical ne reconnaît pas le patient vieillissant comme un être capable de poser seul les choix de pratique le concernant ; les aidants sont alors sollicités pour les prises de décision concernant le soin de leur parent (Pennec, 2004). Les normes de soin de trois catégories s'articulant, ces engagements décisionnels sont sources d'ajustements entre les professionnels, les profanes et le patient. Le patient est souvent le dernier à décider de son soin et se sent exclu de sa propre prise en charge si les deux parties n'ont pas réussi à accorder « *l'intersubjectivité des proches* » et « *la subjectivité du malade* ». Les points de négociation découlent alors d'une part du nombre des personnes en présence ayant des normes de soin différentes et d'autre part des « *degrés de compatibilité* » de leurs demandes. Ensuite, les décisions même des pratiques de soin s'articulent entre les exigences des profanes fondées sur leurs normes et celles des professionnels qui renvoient parfois à leurs propres sentiments filiaux et personnels. Cette subjectivité des deux parties rend alors les négociations difficiles. Nous nous attendons à retrouver la confrontation de ces normes quant aux prises en charge d'alimentation : les normes ou valeurs du repas de la personne âgée et de son entourage seraient associées à la notion de plaisir tandis que les professionnels s'attacheraient davantage au versant nutritionnel pur.

2.3. Des attentes réciproques mais différentes

Les attentes des profanes envers les professionnels sont multiples et différentes suivant les normes de ces derniers. En effet, Pennec (1999, p.141) observe que les enfants considérant la famille comme responsable du soin mais qui ont placé leur parent pour des raisons pratiques ou volontaires de rupture avec l'ordre ancien culpabilisent de leur choix, ce qui rend leurs relations avec les professionnels difficiles. Ils veulent imposer leurs normes et exigences à l'égard du soin et ne valident pas systématiquement les pratiques professionnelles. Leur regard est très critique sur les soins et l'établissement et ils demandent un « *droit de concertation* » avec les professionnels sur les soins. Les relations avec les professionnels sont alors conflictuelles si ces derniers ne répondent pas à leurs attentes. Une autre catégorie de personnes est celle qui collabore avec les professionnels. Certains aidants considèrent les professionnels comme plus aptes qu'eux-mêmes à prodiguer les soins à leur parent et ils attendent de ces derniers une validation de leurs pratiques profanes. Ayant peur de « *faire souffrir leurs proches, de leur faire mal et [la] peur de mal faire certains soins* » (Pennec, 2004, p.246), les aidants déplorent souvent que les professionnels n'interviennent pas davantage dans les soins qu'ils prodiguent eux-mêmes, intervention qui leur permettrait de juger de la qualité de ces soins. Les relations entre les professionnels et les profanes ont pour toile de fond leurs normes propres, ce qui les oblige donc à négocier. L'investissement des aidants dans le soin est la question pivot entre ces deux parties qui s'articule autour : des prises de décision quant aux pratiques, des attentes réciproques des deux catégories, de la compréhension des soins par les profanes et du respect des exigences du parent. L'objectivité difficile à obtenir du fait de l'influence des normes personnelles ainsi qu'une communication non adaptée entre les deux parties rend ces points de négociation souvent conflictuels.

IV. L'acte alimentaire : élément transversal et vecteur de notre étude

1. Les valeurs associées à l'alimentation

La sociologie de l'alimentation, au commencement plutôt orientée vers une tradition quantitative avec le développement après-guerre des enquêtes statistiques de l'INSEE (l'Institut national de la statistique et des études économiques), s'est peu à peu ouverte aux approches qualitatives afin d'élargir son champ de recherche à des éléments comme l'organisation et le déroulement des repas, les trajectoires familiales et les liens entre alimentation et santé. (Régnier, Lhuisier et Gojard, 2006). Nous présenterons ici les valeurs associées à l'alimentation.

- Une nécessité vitale : l'acte alimentaire est le plus souvent associé à un besoin biologique et physiologique indéniable que nous ne pouvons minimiser : « *Manger est un acte vital qui permet de se maintenir en bonne santé, de renouveler son énergie.* » (Poulain, 2001, p. 24)
- L'hédonisme : manger ne serait pas une institution si puissante si ce n'était pas de manière si forte associé au désir, au plaisir. Ces caractéristiques sont les finalités conscientes les plus prégnantes de nos actes alimentaires
- L'affirmation de soi : l'acte alimentaire peut également être un moyen d'exister en tant que sujet unique : « *Les pratiques alimentaires constituent un des supports par lesquels l'individu prend conscience de lui-même : il se souvient de son enfance, s'inscrit dans la continuité des traditions familiales ou les rejette.* » (Régnier & al., 2006, p. 5-6)
- L'appartenance et le lien social : selon Poulain (2002) : « *La façon dont les hommes conçoivent la satisfaction de leurs besoins alimentaires ne saurait se réduire à de strictes logiques utilitaires ou technologiques.* » En effet, l'alimentation a une fonction structurante de l'organisation sociale d'un groupe humain. Les éléments relevant de savoirs, des croyances et des usages peuvent être des supports culturels de l'identité commune. (Régnier & al., 2006). La consommation est alors un acte qui tisse des liens entre les mangeurs (Poulain, 2001). Ces quatre valeurs sont impliquées dans ce qu'on appelle le « *modèle alimentaire* », somme de normes et de représentations communes à une culture en particulier.

2. Les personnes âgées et l'alimentation : des rapports médicalisés mais aussi symboliques

L'alimentation des personnes âgées est le reflet de données physiologiques, de degré de médicalisation en fonction du suivi des recommandations des médecins pour ce qui est par exemple de l'hypercholestérolémie, du diabète, etc. Les interprétations des profanes de ces discours rationnels organisent des comportements de restriction, d'interdits, ou au

contraire de gourmandise, de recherche entre le toléré et l'interdit alimentaire. (Chapelot et Louis-Sylvestre, 2004).

Corbeau (2007) s'est attaché à décrire les préférences alimentaires chez le sujet âgé. Selon lui, deux phénomènes se distinguent et sont essentiels à la compréhension de la représentation symbolique des aliments dans cette population : la « *consubstantialité* » et le « *lien social* ». La « *consubstantialité* » est la croyance universelle que l'on devient ce que l'on mange, que l'aliment peut nous transformer. Ainsi, les personnes âgées dépendantes qui profitent d'un service de portage de repas ou d'un tiers faisant pour elles les commissions, peuvent ressentir des craintes vis-à-vis de la provenance des aliments incorporés. Des inquiétudes peuvent survenir si le « mangé » est considéré comme « malfaiteur ». Le « *lien social* » quant à lui renvoie les aliments consommés à leur provenance particulière, un terroir, ou son propre jardin, connotés de manière sécurisante. L'acte de préparation est également un moyen de matérialiser cette appartenance affective si l'on suit une recette familiale.

Ces dimensions symboliques sont accrues avec l'âge tandis que le processus de dépendance diminue le contrôle que peuvent exercer les personnes âgées sur la provenance et le mode de préparation de leurs aliments. Il est évident qu'une institutionnalisation participe activement à ces angoisses : la filière du « manger » n'est plus aussi transparente et les techniques de préparation, de cuisson ne correspondent pas au domaine du familial, de l'apprécié. Il est à ce moment-là difficile d'accorder une dimension symbolique satisfaisante à un plat présenté sous une couleur, une texture particulières que l'on comprend ou pas (les mets moulinés, mixés), préparés par l'hôpital, institution acceptée ou non (Corbeau, 2006).

3. L'alimentation en milieu hospitalier : un compromis entre une vie en collectivité médicalement normée et la recherche du plaisir

La restauration collective en gériatrie se doit d'être dotée d'une politique mettant en adéquation plusieurs facteurs : la satisfaction des besoins nutritionnels des résidents, l'aspect gastronomique des plats, les demandes particulières émanant des personnes âgées ou des soignants (goûts et aversions mais aussi textures, régimes), le respect du budget alloué ainsi que la traçabilité des produits. La personne âgée est dans ce cadre consommateur de soins et d'aliments. Elle doit autant que faire se peut favoriser ou du moins initier la convivialité et éduquer les personnes âgées en matière de nutrition si cela est nécessaire (pour les patients diabétiques ou insuffisants cardiaques par exemple). La restauration collective en gériatrie s'organise le plus souvent autour des trois repas principaux et d'une collation en milieu d'après-midi. La difficulté pour ces institutions réside le plus souvent dans le respect de conditions physiologiques et psychologiques : éviter la monotonie des plats en les variant selon les saisons, homogénéiser les groupes de tables dans la salle commune dédiée à la prise des repas, tenir compte des festivités, stimuler l'appétit, soigner l'aspect des assiettes ou des plateaux, etc. Ces éléments dépendent en partie de l'adoption d'une politique mettant l'accent sur les aspects hédonistes et liée à une remise en cause d'une partie du fonctionnement de l'EHPAD ou du service hospitalier, généralement sous l'impulsion de l'administration ou d'un chef de service.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. Problématique

Nous avons choisi d'adopter une méthodologie globale pour aborder les interactions qui se nouent entre les professionnels de santé (dont l'orthophoniste), la famille et la personne âgée autour de l'acte alimentaire de cette dernière, acte qui fait l'objet de changements comme l'adaptation de la texture des plats, lorsque des troubles de la déglutition sont définis par les acteurs médicaux ou paramédicaux. Ainsi, plusieurs interrogations s'articulent autour de la trajectoire de ces personnes âgées, des acteurs intervenant dans cette trajectoire, et via cet élément transversal de ce qu'est l'alimentation dans un cadre hospitalier.

Nous nous interrogeons à propos des relations entre les professionnels de soin, les personnes âgées et leur famille, ici appelées profanes : que peut-on dire de la teneur des échanges entre différents types d'acteurs ? Comment cohabitent les valeurs et les représentations associées au soin, à la vieillesse, à l'alimentation, des uns et des autres, au sein d'institutions gériatriques ?

Qu'en est-il des interactions entre professionnels dans le soin prodigué en équipe à la personne âgée ? Comment la hiérarchie hospitalière, symbolique et pratique, s'exprime-t-elle dans ce contexte, à travers la prise en charge alimentaire ? Quels sont les registres thérapeutiques mis en avant par les soignants et comment s'expriment-ils via l'alimentation de la personne âgée hospitalisée ?

Enfin, dans quelle mesure l'institutionnalisation du parent ou du conjoint entraîne-t-elle des modifications dans les relations intrafamiliales ? Comment la dépendance mais aussi les vœux du parent âgé sont-ils appréhendés et gérés dans la cellule familiale ? Ses souhaits sont-ils partagés et respectés par les aidants naturels ?

Ce sont autant de questionnements qui nous amènent à la problématique suivante :

Comment les normes et valeurs des acteurs profanes et professionnels s'articulent-elles autour de la trajectoire de la personne âgée en institution ?

II. Hypothèses

Hypothèse 1 Autour des rapports entre professionnels

Les champs de compétence et d'action de chacun ne sont pas clairement définis et répartis autour, notamment, de la prise en charge alimentaire des personnes âgées. On assiste à des situations de conflit de répartition des territoires professionnels sur ce plan. Les soignants sont empreints de représentations personnelles, de valeurs et de normes liées à l'alimentation et la vieillesse qui influencent leurs pratiques en termes de degré de médicalisation. Il existe une forte hiérarchie hospitalière.

Hypothèse 2 Autour des relations entre les professionnels et les profanes (ici les personnes âgées et leur famille)

L'acte alimentaire est un contexte particulier d'observation des interactions entre profanes et professionnels : on peut alors avoir accès à des considérations plus générales de l'ordre

de la représentation et des valeurs associées aux soins et aux soignants. Il existe des négociations entre les profanes et les professionnels notamment dans le domaine de l'alimentation mais aussi des autres soins. On assiste à une confrontation des valeurs associées à l'alimentation entre les profanes et les professionnels : les profanes privilégient le plaisir et le respect des goûts, tandis que les professionnels s'attachent à penser cette notion en termes de médicalisation et de normes biologiques.

Hypothèse 3 **Autour des interactions entre les personnes âgées et leur famille**

On peut voir la présence de changements familiaux consécutifs à l'institutionnalisation du parent ou du conjoint, de l'ordre du rapprochement affectif et spatial. La dépendance du proche hospitalisé est difficile à vivre du point de vue des familles, notamment au regard des difficultés d'ordre alimentaire et plus globalement du deuil symbolique du parent déclinant, car des éléments se nouent autour des valeurs et des représentations de la vieillesse.

Chapitre III

PARTIE METHODOLOGIQUE

I. Principes généraux

1. L'interactionnisme comme cadre théorique

Notre démarche trouve sa source théorique dans le courant interactionniste amorcé par Georg Simmel (1858-1918). Ce sociologue allemand est devenu dans les années 1950 une référence importante de l'Ecole de Chicago. Créée en 1892, cette école porte le nom du courant sociologique fondé dans l'université de la ville du même nom. L'approche interactionniste a été explicitée par Simmel (1981, p.89) via une comparaison avec le fonctionnement du corps humain. Il expose en effet que la société a besoin « *d'actions réciproques durables* » telles que l'Etat, la famille, les églises, mais que son bon fonctionnement ne peut se faire sans « *un nombre infini de formes et de relation réciproques entre les hommes, de médiocre importance, et parfois même futiles, si on considère les cas particuliers* ». En parallèle il cite alors l'importance de l'étude et de la connaissance des organes primaires (tels que le cœur et les poumons) et le fait que l'on oubliait autrefois de s'attacher de la même manière à l'investigation de zones secondaires, moins connues ou moins nobles, sans lesquelles ces organes ne pourraient pas fonctionner de manière efficiente et arriver à leurs fins.

Pour Simmel, la naissance de la sociologie comme il l'entendait se faisait dans les interactions. Il convenait donc d'accorder une importance non négligeable aux interactions même les plus banales et classiques. L'attention de l'interactionnisme se porte, via une observation précise des situations, sur ce que produisent les interactions. Simmel considère alors qu'il n'existe pas « *une société* » mais un ensemble de socialisations, un groupe d'interactions qui possèdent une forme régulière et répétitive.

« *La socialisation se fait et se défait constamment, et elle se refait à nouveau parmi les hommes dans un éternel flux et bouillonnement qui lie les individus, même là où elle n'aboutit pas à des formes d'organisations caractéristiques. [...] Tous les grands systèmes et organisations superindividuels auxquels on pense d'ordinaire à propos du concept de société ne sont rien d'autre que des moyens de consolider – dans des cadres durables et des figures autonomes – des actions réciproques immédiates qui relient d'heure en heure ou bien la vie durant des individus.* » (ibid., p.90)

L'interactionnisme se veut alors comme un outil d'analyse et d'accommodation du monde social, constamment bousculé et réinventé par les sujets qui le forment, alors libres de donner le sens qu'ils considèrent le plus adéquat à leurs actions. Notre étude nous a menées à rencontrer plusieurs types d'acteurs sociaux : des patients âgés hospitalisés, leurs conjoints ou enfants, et des membres du personnel soignant les prenant en charge. Trois groupes distincts ont donc été interviewés mais nous avons tenté de cerner au mieux le point de vue de chacun, afin de mieux appréhender les enjeux dans leurs interactions réciproques.

2. Le choix d'une approche qualitative

Le projet Kalliopé, réalisé entre 2002 et 2006 par une équipe de chercheurs, de professionnels et de professeurs, illustre l'utilisation des deux approches en sociologie : l'approche qualitative et l'approche quantitative. Pour connaître l'implantation géographique des orthophonistes, Sanchez (2007, p.53) interroge un nombre important- 228- de professionnels. Son but étant de « *tirer les grands traits, de repérer les processus généraux, les tendances fortes* » (Perdrix, 2007b, p.284), l'approche quantitative s'impose à elle. A contrario, Leclerc (2007, p.105) emploie l'entretien issu des méthodes qualitatives pour étudier les parcours professionnels des orthophonistes prenant en charge des rééducations vocales. L'accent est mis sur l'explicitation des « *manœuvres individuelles face et à l'intérieur même de ces processus [le but étant] faire émerger des hypothèses fécondes* » (Perdrix, 2007b, p.284). Bien que les moyens de ces deux méthodes soient différents, le but est le même, à savoir l'objectivation d'un phénomène étudié comme phénomène sociologique.

L'objet de notre recherche étant d'explicitier les représentations qui sous-tendent le fait humain particulier de l'acte alimentaire de la personne âgée hospitalisée, les méthodes qualitatives, qui « *sont des méthodes [...] qui recherchent, explicitent, analysent des phénomènes visibles ou cachés [qui] ne sont pas mesurables [mais ont] les caractéristiques spécifiques des « faits humains »* » (Mucchielli, 1991, p.3), nous ont semblé être les plus efficaces pour guider notre étude. De plus, la technique utilisée par ces méthodes est l'entretien. Ce dernier s'emploie si le chercheur veut analyser « *le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs* » (Blanchet & Gotman, 2010 p.24). Il cherchera ainsi les systèmes de valeurs et l'ensemble des normes qui guident les interviewés, observant le lien entre les idées et l'expérience du sujet.

Les méthodes qualitatives lient la théorie et le terrain. Elles s'imposent à notre étude mieux que les modèles classiques qui abordent le terrain comme une validation de la théorie. Les méthodes qualitatives renversent le mode construction de l'objet : « *l'objet se construit peu à peu, par une élaboration théorique qui progresse jour après jour, à partir d'hypothèses forgées sur le terrain* » (Kaufmann p. 24). Nos hypothèses sont ainsi nées de l'observation, entre septembre et décembre 2009, des différents acteurs de l'hôpital Marmotte. Notre approche étant interactionniste, nous ne nous positionnons pas dans une rupture épistémologique pour qui le savoir scientifique se distingue du savoir commun. Avec les méthodes qualitatives, les savoirs commun et scientifique sont dépendants l'un de l'autre et s'influencent pour arriver vers une objectivation des faits sociaux par « *un va-et-vient permanent entre concept et données, d'incessants allers-retours entre bibliographie et terrain d'enquête* » (Perdrix, 2007b, p.286). Anselme Strauss appelle cette démarche particulière la Grounded Theory, « *la théorie venant d'en bas, fondée sur les faits* » (ibid., p.25).

3. Le recueil des données par l'entretien

3.1. Une posture compréhensive proche de l'individu et du terrain

Max Weber propose d'étudier la sociologie en adoptant une posture compréhensive. Cette démarche compréhensive « *s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais des systèmes de valeurs des individus* » (Kaufmann, 2007, p.26). L'homme est un être qui agit en fonction de sa compréhension du monde, et des intentions qu'il a : analyser le social, c'est donc partir de ces actions et des intentions qui les constituent. On conçoit donc l'importance donnée au terrain : « *L'entretien compréhensif a l'ambition [...] de proposer une combinaison intime entre travail de terrain et fabrication concrète de la théorie* » (ibid., p. 27).

De plus, pour Kaufmann, grâce à l'entretien compréhensif, on peut considérer l'enquête dans l'unité de la personne. Cet échantillon n'est pas représentatif du réel mais est un « *moment dans la construction de la réalité, le seul où les individus ont une marge d'intervention* » (ibid., p.59). Les comportements observés sont ainsi choisis parmi des milliers d'autres pour « *s'inscrire à [leurs] tour[s] dans le social* ». La représentation individuelle est « *un moment crucial dans le processus dialectique de construction de la réalité* » (ibid., p.58)

Ainsi l'entretien compréhensif, inspiré par la sociologie compréhensive de Weber, s'inscrit dans notre stratégie de recherche et ses caractéristiques, -prise en compte de l'individu et du terrain pour construire l'objet de recherche et la théorie-, sont celles qui nous mèneront le mieux vers notre but.

3.2. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif permet de pallier la difficulté des autres techniques « *d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations* » (Blanchet & Gotman, 2010, p.7). Il présente ainsi l'avantage d'obtenir un discours sur le thème donné entre l'enquêteur et l'enquêté : il est un « *fait de parole* » (ibid., p.17). L'entretien est « *ouvert* » et « *centré* », c'est-à-dire qu'il repose non sur les réactions de l'enquêté à des questions précises mais sur l'expression libre de ses idées sur un sujet. (Kaufmann, 2007, p.29) Etre non-directif pour l'enquêteur, c'est avoir la volonté de ne rien imposer à l'enquêté pour obtenir de lui des informations biographiques spontanées (Mucchielli, 1991, p.29).

Ce type d'entretien est appelé «semi-directif» car l'enquêteur emploie une grille d'entretien pour le mener. L'enquêteur a une trame, rédigée avant l'entretien, sur laquelle est indiquée la liste des thèmes, sous forme de mots-clefs, qui devront être abordés avant la fin de l'entretien. C'est ensuite à partir de ces questions dont la forme est quant à elle plus ou moins improvisée, que l'enquêteur va faire parler l'enquêté. Bourdieu (1980), cité par Blanchet et Gotman (2010, p.19) qualifie cet entretien d' « *improvisation réglée* » :

improvisation car, du fait de la prise en compte de l'enquêté dans la globalité de sa personne, chaque situation est singulière, « *susceptible de produire des effets de connaissance particuliers* » ; réglée car l'entretien est codifié par « *un certain nombre d'ajustements* » qui en font une technique à part entière.

D'après Blanchet et Gotman (2010, p.37), l'entretien « *convient à l'étude de l'individu et des groupes restreints* » car il fait apparaître « *les processus et les « comment » [révélant] la logique d'une action, son principe de fonctionnement* ». Cette technique s'est donc imposée à nous, qui voulions interroger un petit nombre de personnes pour recueillir beaucoup d'informations détaillées sur le même individu, afin de comprendre la logique de chaque type de population envers le même thème.

3.3. L'entretien en mouvement : la méthode exploratoire

L'entretien est une « *exploration* » (Blanchet & Gotman, 2010, p.3) au profit et à la demande du chercheur d'éléments biographiques d'un interviewé. Il va à la recherche des conceptions des acteurs d'une part, et de la description de leurs pratiques d'autre part, pour « *faire émerger au maximum les univers mentaux et symboliques à partir desquels les pratiques se structurent* » (ibid., p.39). En ce sens, l'entretien sera à dominante modale, c'est-à-dire que les questions seront du type : « *qu'est-ce que cela représente pour vous ?* ». Nous avons bien veillé à ce que chacune de nos questions soit formulée de façon ouverte pour ne pas induire d'éléments dans le discours de la personne. Ces entretiens ont pour fonction « *de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures préalables et de mettre en lumière les aspects du phénomène auxquels le chercheur ne peut penser spontanément* » (ibid., p. 39). C'est cet aspect qu'ils ont d'« *exploratoire* » : ils permettent un remaniement des questions à tout moment pour approfondir une information ou en rechercher une autre. Les hypothèses peuvent être en perpétuel mouvement en fonction des différents déplacements des questionnements. Ce type d'entretien est préconisé en début d'enquête, lorsque les hypothèses de départ ne sont pas encore immuables (Thompson, 1980 cité par Blanchet & Gotman, 2010, p.39).

3.4. Les critères de validité de l'enquête

L'enquête doit répondre à plusieurs critères (Mucchielli, 1991) pour être valide. Ils sont au nombre de cinq et offrent un cadre nécessaire pour objectiver au mieux les résultats.

- L'acceptation interne : L'enquêteur, sa recherche et ses résultats doivent être acceptés par les acteurs concernant l'étude avant de la commencer. Au début de chaque entretien, l'objet de la recherche et sa réalisation (anonymat, enregistrement, retour des résultats de la recherche) sont présentés. Au retour des résultats, l'enquêté doit pouvoir se reconnaître dans l'analyse faite.
- La complétude : les résultats obtenus forment un ensemble cohérent qui permet la compréhension globale du phénomène.
- La saturation : elle est atteinte lorsque les données recueillies n'apportent plus d'éléments nouveaux à la recherche, montrant que toutes les possibilités ont ainsi été

utilisées : « [...] jusqu'au moment où il est possible de considérer qu'il y a saturation : les dernières données recueillies n'apprennent plus rien ou presque. A ce stade le chercheur a déjà éprouvé par lui-même la validité des résultats, grâce à cet instrument interne » (Kaufmann, 2007, p. 31)

- La cohérence interne : l'analyse finale des résultats correspond à la mise en lien dans un système cohérent, compréhensible et organisé selon une logique précise, de toutes les données
- la cohérence externe : les résultats de la recherche doivent pouvoir être acceptés par des chercheurs, experts et des membres scientifiques extérieurs à la recherche.

II. La pratique de l'entretien avec les acteurs choisis à l'hôpital

1. Mise en œuvre

1.1. Notre population : trois catégories d'acteurs différents

Nous avons choisi de nous intéresser aux interactions entre la personne âgée hospitalisée, sa famille, et les soignants concernés par la prise en charge, autour de l'acte alimentaire de la personne âgée. Pour ce faire nous avons entrepris de contacter trois hôpitaux gériatriques où exerçait au moins une orthophoniste, ce qui constituait notre point de départ et le critère le plus déterminant.

Nous recherchions alors dans les différents services hospitaliers de ces institutions (court séjour, moyen séjour, long séjour et service de soins de suite et de réadaptation (SSR)) deux ou trois patients susceptibles de correspondre à nos critères de sélection et acceptant de se rendre disponibles pour réaliser un entretien. Les critères de sélection des patients, qui nous ont semblé les plus pertinents pour répondre à notre étude, étaient les suivants :

- Le fait qu'ils soient hospitalisés en court, moyen, long séjour ou SSR.
- Le fait qu'ils soient ou aient été pris en charge en orthophonie pour des problèmes de déglutition et que des modifications aient été apportées au niveau des textures alimentaires et / ou moyens d'hydratation (eau gélifiée par exemple), quelle qu'en soit la cause (accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, etc.)
- Le fait qu'ils soient en assez bonne santé afin qu'ils puissent participer à un entretien d'une trentaine de minutes sans que cela les épuise.
- Le fait que leurs capacités cognitives soient suffisamment préservées pour qu'ils parviennent à comprendre notre démarche, raconter ce qui pourrait s'y rattacher, et enfin répondre de façon cohérente et relativement intelligible, dans des conditions sereines et adaptées à leurs capacités.
- Le fait qu'ils reçoivent des visites relativement régulières d'au moins un membre de leur famille ou d'un entourage plus large.

Ce dernier critère a été difficile à honorer. En effet, bon nombre de personnes âgées hospitalisées sont seules car elles n'ont plus de famille ou parce que celle-ci est trop éloignée pour pouvoir se rendre à leurs côtés. En ce qui concerne concrètement notre étude, nous avons pu interroger quatre membres familiaux contre neuf personnes âgées. Nous n'avons conservé que sept entretiens de personnes âgées, et trois de familles, pour des raisons d'exploitation de données, plus difficiles avec les autres interviews obtenues.

Vis-à-vis de cette seconde population interviewée, le critère unique de sélection était qu'elles rendent visite à leur proche hospitalisé.

La troisième partie de notre population était celle des soignants. Cette catégorie comprenait les infirmières, médecins/internes, aides-soignantes, diététiciennes, et orthophonistes. Le choix de ces professions avait été fait en regard de nos représentations et expériences personnelles et professionnelles : ce sont les soignants que nous avons pu évoquer spontanément lorsque nous nous étions demandé qui nous souhaitions rencontrer dans le cadre de notre sujet d'étude. Aucun autre corps de métier n'a été interrogé. En effet, nous n'avons pas interrogé d'agent de service hospitalier car nous n'avons pas pensé à cette profession ; de plus, il s'est avéré qu'aucune des personnes rencontrées n'a évoqué ce corps de métier, et donc parlé d'un potentiel rôle dans le domaine qui nous intéressait.

Les critères concernant ces professionnels étaient qu'ils exercent dans les services où étaient hospitalisés l'un ou l'autre des patients interrogés et qu'ils fassent partie de l'équipe qui les prend préférentiellement en charge.

1.2. Prises de contacts au sein des hôpitaux et difficultés engendrées

Nous avons décidé de concentrer nos recherches autour d'hôpitaux gériatriques dans le département du Rhône et plus particulièrement la ville de Lyon. Nous avons pris connaissance des coordonnées d'établissements correspondant à nos besoins grâce à un annuaire recensant les praticiens hospitaliers, les cadres des services et le personnel administratif des Hospices Civils de Lyon et d'autres hôpitaux, mais devions dans un premier temps vérifier si une orthophoniste était salariée là-bas, car le personnel paramédical n'y figurait pas. Nous avons alors téléphoné à l'accueil de ces hôpitaux et demandé si c'était le cas, mais une réponse ne nous a pas toujours été donnée, nous avons dû rappeler ultérieurement. Nous avons ici usé d'une technique d'accès direct.

Cette vérification faite, nous avons trié nos lieux d'étude potentiels et adressé une lettre (Cf. annexe I) ainsi qu'un e-mail identiques aux établissements susceptibles de pouvoir nous accueillir, via les coordonnées des chefs de services, afin de multiplier les canaux et possibilités de communication. Au commencement notre démarche n'a pas été de contacter directement les orthophonistes. En effet, notre prise de position de départ consistait à nous centrer sur la personne âgée et seulement ensuite d'identifier les acteurs impliqués qu'ils soient profanes ou professionnels. Nous pensions également que la coordination des rencontres avec les différentes personnes à interviewer (patients, familles, personnel) se serait faite via les cadres infirmiers ou les chefs de service. Cependant, les difficultés pour entrer en contact par téléphone avec l'administration, les directeurs des établissements ou chefs de service ont fait que les secrétaires nous ont rapidement proposé également, donc, les coordonnées des orthophonistes. Cela leur

paraissait plus logique au regard de notre statut. Ainsi, ce sont de la même façon les orthophonistes qui ont coordonné les rencontres, les disponibilités de chacun et les horaires et lieux de nos venues. Nous avons ici basculé dans une approche indirecte de la population faite de contacts obtenus de proche de proche.

Après des échanges par téléphone et mail, nous sommes allées rencontrer les orthophonistes pour expliciter davantage notre démarche et leur exposer les critères nécessaires au choix des patients. Elles étaient en effet les plus au fait pour nous informer de leur état général, de leurs capacités de communication globale et d'éventuels troubles que nous devions connaître et prendre en compte avant d'aller les interroger (hypo-acousie, troubles arthriques, troubles de la mémoire, fatigabilité). Sur neuf patients interrogés, nous avons conservé sept entretiens. Toutefois, nous avons conscience de la difficulté de réunir autant de critères autour d'un sujet vieillissant et donc plus fragile. La multiplicité des contacts a pu nous diriger vers un nombre conséquent de personnes âgées rencontrées et nous a alors donné la possibilité de faire un tri.

Quelques jours après ces rendez-vous, nous avons progressivement reçu des e-mails ou des appels téléphoniques des orthophonistes qui avaient sélectionné des patients et nous proposaient un créneau où nous pouvions venir rencontrer la personne âgée et le membre de sa famille disponible. Les entretiens se faisaient alors l'un à la suite de l'autre, dans un ordre indéfini.

Les rencontres avec le personnel soignant se sont faites via les orthophonistes. Nous avons édité une lettre d'information à son intention expliquant notre thème et notre démarche. Nous sommes conscientes du fait que cette configuration était particulière et que nos opportunités d'entrevues ont sans doute pour beaucoup été influencées par des affinités professionnelles et/ou personnelles entre les orthophonistes et les membres de l'équipe soignante rencontrés. Les orthophonistes leur en parlaient de façon informelle, obtenaient une disponibilité et nous demandaient si nous pouvions également être présentes à cet horaire-là, ou bien elles nous communiquaient leur numéro de téléphone professionnel ou leur adresse électronique, et nous convenions directement avec la personne du moment le plus opportun.

Concernant ces rencontres, nous souhaitions faire évoquer à ces professionnels du soin lors des entretiens les cas plus ciblés des personnes âgées et des familles rencontrées, pour corrélérer les représentations des uns et des autres. En réalité, cette démarche n'a été que partiellement suivie. En effet il a été difficile de faire correspondre une aide-soignante ou une infirmière à un patient particulier par exemple, étant donnée l'organisation du travail hospitalier, qui entraîne de nombreux roulements d'équipes. Certains soignants ne connaissaient alors pas précisément les patients que nous avons rencontrés, mais travaillaient dans le même service ; ils bénéficiaient alors d'un environnement et de contacts communs. Cette question s'est de même posée pour les diététiciennes rencontrées : bien qu'intervenant dans le domaine des adaptations alimentaires, elles ne connaissaient pas les patients interrogés. Nous avons toutefois jugés les données recueillies en adéquation importante avec les thèmes de notre étude.

1.3. Une élaboration croisée des trois grilles d'entretien

Selon Blanchet et Gotman, (2010, p.58), le guide d'entretien est « *un premier travail de traduction des hypothèses de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés)* ». En effet, c'est le support sur lequel figurent non seulement les thèmes à aborder ainsi que la trame de questions à poser, mais aussi les concepts sociologiques et les hypothèses correspondants. De cette manière, il est possible de conserver un rôle ambivalent en toutes circonstances : garder des repères théoriques en tant que meneur d'entretien cherchant des réponses à ses questions, recentrer la conversation si besoin, mais aussi s'adapter et rebondir si l'interviewé passe d'un thème à un autre, en ayant sous les yeux les questions s'y référant: « *La réalisation d'un guide d'entretien suppose une démarche itérative entre la conceptualisation des questions et leur mise à l'épreuve dans l'entretien [...]. Cette technique permet donc, du moins en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche* » (ibid., p.58). Schnapper (1999, p.58) émet cependant quelques doutes quant à cet outil qu'est la grille d'entretien : « *Le guide d'entretien doit bien souvent être à ce point adapté aux circonstances qu'il ne guide plus grand-chose* ».

Nous avons, pour notre étude, réalisé trois grilles d'entretien différentes, à destination des trois populations visées : les patients, les familles, les soignants. Il est important de préciser que l'orthophoniste bénéficiait de la même grille, dans un souci d'équité et de cohérence vis-à-vis des autres professionnels d'une part et d'une analyse satisfaisante d'autre part. Les thèmes abordés dans ces grilles sont les mêmes pour les différentes catégories, bien qu'ils ne soient pas orientés et traités de la même façon. Cependant certaines questions sont identiques pour les trois parties grâce à l'universalité de quelques sujets (l'alimentation : qu'est-ce que manger pour vous ?).

Lors de l'élaboration des différentes grilles, nous avons listé puis classé par thèmes les sujets que nous voulions aborder et les questions que nous pourrions poser. Un ajustement a été réalisé au niveau des formulations requises dans la configuration d'un entretien, grâce à nos lectures et aux conseils de notre maître de mémoire, afin qu'elles ne soient ni réductrices, ni stigmatisantes ni trop personnelles. Elles ont été finalement peu modifiées mais assez approfondies et précisées à l'oral chaque fois que le sujet évoquait un thème qu'il mettait en lien avec une de nos questions, thème que nous n'avions pas traité comme tel.

Quelques individus se sont exprimés de façon spontanément très exhaustive et prolixe par rapport aux sujets que nous voulions aborder. D'autres ont été plus concis et se sont trouvés plus à l'aise dans une configuration de question-réponse plus classique et encadrée, en marquant par le regard ou le ton employé, la fin de leur intervention et donc une demande d'enchaînement de notre part.

2. La conduite de l'entretien, un registre particulier de communication

2.1. Une situation sociale créée par deux acteurs différents

Le dialogue particulier de deux individus autour d'un entretien mérite fortement d'être caractérisé ici : c'est « *une situation sociale de rencontre et d'échange et non pas un simple prélèvement d'information* » (Blanchet & Gotman, 2010, p.15). En effet, il est inévitablement question de sous-entendus, de réactions maîtrisées ou non, venant des interlocuteurs en présence. Le matériau qui en provient n'est ni neutre ni préconçu, même si l'interviewer s'est efforcé de contrôler le plus de paramètres. Selon Schnapper (1999, p.55), le sociologue s'efforce de gérer cette situation sociale, « *en s'adaptant aux exigences, chaque fois singulières, de la relation avec l'interviewé – sans oublier qu'une relation dans laquelle l'un est en droit et en position d'interroger l'autre, crée elle-même une situation d'inégalité.* » Cette inégalité des postures résulte des représentations intrinsèques des acteurs, projetées sur l'un et l'autre, elle est inévitable. Nous verrons plus loin comment et à quel point la situation sociale peut surplomber d'une manière forte le contenu de l'entretien brut.

Le rôle de l'interviewer sera également de ne pas stigmatiser inconsciemment le sujet qu'il interroge pour lui faire dire ce qu'il veut entendre. Il est important de créer un climat rassurant et dénué de toute attente trop visible ou maladroite : « *C'est par une continuelle vigilance sur soi que le sociologue peut réaliser un entretien sans donner à l'interviewé le sentiment qu'il est évalué et jugé, en le laissant libre de développer sa pensée, dans ses propres termes.* » (ibid., p.55)

Cette pression que l'interviewer peut s'imposer et faire ressentir à la personne qu'il rencontre doit être atténuée par les limites de cette technique d'enquête spécifique : « *il ne faut toutefois pas être fasciné par l'entretien et en faire la panacée universelle. Il faut inlassablement rappeler que les interviewés font un récit de leurs expériences ou de leur vie (...). L'entretien ne rapporte pas le vécu, il recueille le récit construit et reconstruit par les interviewés.* » (ibid., p.57)

Toujours selon Schnapper, « *un entretien, enfin, n'est pas un document qui porte par lui-même sa propre signification, il doit être rapporté à une situation sociale qui le dépasse.* » (ibid., p.58). Effectivement, la notion de rhétorique professionnelle (Paradeise, 1985) se veut toujours latente et puissante, lorsque dans notre cas, un professionnel du soin se trouve face à des étudiantes en orthophonie l'interviewant en tant que représentant des compétences de sa profession et cherchant à obtenir des renseignements quant à l'organisation du travail entre tous. On peut imaginer le désir et le besoin de chacun de justifier son importance et sa place vis-à-vis de futures professionnelles du soin, a fortiori menant un mémoire d'orientation sociologique, avec toutes les notions floues et les représentations personnelles que cela peut générer chez l'interviewé.

Nous finirons ici en apportant quelques données pratiques de la mise en place des entretiens que nous avons menés. Sur vingt-sept entretiens réalisés, seuls trois ont été conduits par une seule d'entre nous, et ce pour des raisons exceptionnelles d'indisponibilité. Nous avons fait le choix d'être deux et de nous positionner de façon égale dans la communication vis-à-vis de notre interlocuteur. En effet, nous essayions de répartir nos interventions de façon équitable et alternée à l'échelle de questions, pour

créer un rythme et la possibilité pour l'interviewé d'avoir un choix, de pouvoir porter son regard préférentiellement sur l'une ou l'autre, au fil du dialogue. Nous avons toujours partagé les questions, les remarques ou les clarifications.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux appareils différents pour éviter d'éventuels incidents techniques, et ont été transcrits dans leur intégralité afin de procéder à leur analyse. Leur étendue temporelle est allée de treize minutes à cinquante-cinq minutes, et la moyenne s'est trouvée à trente-cinq minutes.

2.2. Les attitudes de l'interviewer : l'art de faire parler

La particularité de l'entretien est de produire un « *fait de parole* » (Blanchet & Gotman, 2010, p.17). Ainsi, pour que l'interviewé parle aisément de ses représentations et donc de sa vie, l'intervieweur et l'interviewé doivent se placer sur un pied d'égalité. L'interviewer dispose de plusieurs stratégies pour l'aider à « *rompre la hiérarchie* » (Kaufmann, 2007, p.48).

2.2.1. Un cadre pour favoriser la communication

Tout d'abord, l'intervieweur se doit de présenter un « *cadre contractuel de la communication* » (Blanchet & Gotman, 2010, p.73). Au début de chaque premier contact avec un interviewé, l'interviewer annonce le thème de la recherche puis les motifs et l'objet de l'enquête. Il explique pourquoi il fait cette enquête et pourquoi il organise cet entretien avec cette personne, présentant les critères d'inclusion. Il développe ensuite la stratégie d'analyse de l'entretien. Enfin, il mentionne la durée de l'entretien, garantit son anonymat et demande si l'enregistrement est possible.

Ces précisions sont nécessaires pour que l'interviewé comprenne la démarche et le but de l'enquête et le placent dans un climat de confiance qui permettra la liberté du discours. L'intervieweur est « *le garant* » (ibid. p.49) de ce cadre, il doit donc être clair et ferme sur ses positions.

2.2.2. Des stratégies pour guider l'interviewer

Le but de l'interviewer est de faire sentir à l'interviewé que ce qu'il dit est « *parole d'or* » et qu'il possède « *un savoir, précieux, que l'enquêteur n'a pas, tout maître du jeu qu'il soit* » (Kaufmann, 2007, p.48). Il a à disposition plusieurs stratégies.

a. La stratégie d'écoute

L'écoute, dans le cadre de l'entretien, a une double fonction : écouter les sujets parler des sujets proposés, et les faire parler librement sur le thème énoncé. L'écoute devient un moyen mis en jeu pour produire du discours. En effet, l'interviewer enregistre des indices et les interprète pour pouvoir intervenir à bon escient dans le discours de l'interviewé. Ces interventions sont dépendantes du discours de l'interviewé et non de ce que l'interviewer a prévu. Elles sont engendrées par la teneur du discours développé mais

l'interviewer qui peut rebondir dessus, peut diriger l'entretien en fonction de ses hypothèses à lui. Il construit alors « un processus d'interaction et d'influence » qui est au centre des interactions entre interviewer et interviewé lors de l'entretien.

b. La stratégie d'empathie

Il s'agit de l'attitude que l'enquêteur doit adopter tout en menant l'entretien.

Pour Mucchielli (1991), elle est « *la sympathie intellectuelle par laquelle nous sommes capable de comprendre le vécu de quelqu'un d'autre sans l'éprouver pour autant de façon réelle dans notre propre affectivité* ». Pour arriver à comprendre l'autre, l'enquêteur doit se plonger dans son univers en mettant ses croyances, ses représentations et son vécu de côté (Kaufmann, 2007, p.51). Il doit réussir à rentrer dans le monde de l'enquêté en lui montrant intérêt, attention et sympathie. Interrogeant des personnes âgées, nous avons été dans l'obligation d'adopter cette attitude pour nouer un contact accueillant avec elles afin qu'elles parlent en liberté. De plus, il nous a fallu faire très attention à taire nos opinions sur les comportements familiaux dont nous avons été témoins.

c. La stratégie d'engagement

Pour avancer dans son raisonnement, l'informateur a besoin de repères qui doivent être fournis par l'interviewer. En effet, ce dernier est encouragé à montrer une ébauche de ses idées sur le sujet pour que l'informateur puisse typifier son interlocuteur et structurer l'échange (Berger & Luckmann, 2006, cité par Kaufmann, 2007). Cet engagement de l'interviewer aide l'informateur à se livrer. Ainsi, le rire, les compliments, son opinion, ou la reprise à son compte de l'opinion de l'informateur, sont autant de techniques qui aident à l'instauration d'un climat de confiance réciproque propice aux révélations.

d. Les stratégies d'intervention

Blanchet et Gotman (2010, p.77) développent trois techniques dont dispose l'interviewer pour favoriser l'échange. Il s'agit de :

- la contradiction : c'est une opposition au point de vue développée par l'interviewé. Son but est d'inciter l'informateur à argumenter son idée. Pour cela, l'interviewer quitte son statut de neutralité et exprime son point de vue. L'informateur a alors tendance à « *extrémiser* » le sien.
- les consignes : « *la consigne, ou question externe, [est une] intervention directe qui introduit un thème nouveau* » (2007, p.78), ce sont des « *actes initiatifs* ». Elles sont nécessaires pour structurer le discours, assurer la pertinence de l'échange mais doivent être en nombre limité pour amener l'interviewé à amener ses idées comme il l'entend.
- la relance : elle est un « *acte réactif* » au discours de l'interviewé dont le but est d'« *entrer dans ses énoncés et leur logique [pour] l'encourager à les développer, à en préciser des aspects* » (Combessie, 2007, p.25). L'intervieweur reprend ce que

l'informateur vient de dire pour l'orienter dans une autre direction ou l'amener à argumenter sa position, l'affirmer ou la nuancer.

L'interviewer dispose ainsi d'un nombre important de stratégies pouvant l'aider à mener et relancer l'entretien s'il en a besoin mais cela ne suffit pas : il doit aussi connaître, avant de commencer, les éventuelles difficultés auxquelles il pourrait être confronté.

2.3. Les difficultés de la situation expérimentale pour les informateurs

Dans le type de démarche choisie, l'informateur se livre personnellement sur ses représentations, ses concepts, sa vie, pour « *construire son unité identitaire en direct face à l'enquêteur* » (Kaufmann, 2007, p.58). Le discours n'est pas préétabli mais se construit au cours de l'entretien ; l'interviewé est ainsi confronté à la difficulté d'objectiver son savoir-faire, « *explicitant ce qui n'était encore qu'implicite, s'expliquant sur ce qui allait jusqu'ici de soi, extériorisant ce qui était intériorisé* » (Blanchet & Gotman, 2010, p. 26). Cela requiert donc de la situation expérimentale. Nous avons observé ces difficultés lors de nos entretiens ; les informateurs étaient parfois décontenancés et prenaient quelques minutes pour construire leurs réponses.

L'interviewer doit de plus être vigilant à certaines attitudes des informateurs, comme le « *rôle de bon élève* » ou « *l'envie de parler* » (Kaufmann, 2007, p.60). En effet, les informateurs se mettent trop souvent dans le rôle de « *bons élèves* » jugés par un professeur, c'est-à-dire qu'ils vont adapter leur vocabulaire, leur syntaxe ainsi que leurs dires, chassant le naturel. L'observateur se doit de rendre la situation la plus spontanée possible en utilisant notamment l'humour pour créer une ambiance décontractée. Nous avons été confrontées à l'« *envie de parler* » : une fois rentré dans sa biographie, il arrive souvent que l'informateur parle de lui, s'interroge sur ses choix, développe ses arguments. Il « *vérifie sa capacité à être doté d'une identité clairement identifiable et digne d'intérêt* » (ibid., p.61). L'informateur oublie alors la situation d'entretien et ce dernier devient plus riche. Cependant, il faut que l'informateur développe ses dires en lien avec le thème de l'entretien, ce qui n'a pas toujours été le cas et dans ce cas-là, il est très difficile de ramener quelqu'un dans le cadre de l'entretien puisqu'il l'a oublié. L'interviewer se doit aussi de « *banaliser l'exceptionnel* » (ibid., p.60) des révélations de l'informateur : être simple, neutre va encourager l'informateur à parler de lui « *dans une démarche réflexive par rapport à lui-même et à l'objet* ». C'est de cette démarche que l'enquête obtiendra le plus d'informations et les informations les plus riches.

L'interviewer dispose ainsi de techniques pour garder l'entretien en main sans enfermer l'informateur dans sa direction.

2.4. Un cadre de rencontres particulier : l'hôpital

Pour Blanchet et Gotman (2010, p.68), « *la programmation temporelle définit la tranche horaire de l'entretien et notamment la façon dont il s'inscrit dans la séquence des actions quotidiennes des interviewés* ». En effet, l'intégralité des entretiens s'est effectuée au sein des hôpitaux et en fonction des rythmes de travail ou de vie de chacun des protagonistes.

Nous avons rencontré les personnes âgées en milieu d'après-midi, aux alentours de 15h ou 16h, horaires propices aux échanges puisqu'en milieu hospitalier la matinée est consacrée aux soins et les visites sont interdites. En début d'après-midi, après le déjeuner, les patients sont invités à se reposer, et le dîner est servi vers 18h30. Le créneau que l'on nous a proposé la plupart du temps répondait donc à cette logique organisationnelle et au moment le plus confortable pour les personnes âgées. Les entretiens se sont déroulés dans leur chambre s'ils bénéficiaient d'une chambre seule ou que leurs voisins étaient absents, ou bien dans un lieu généralement nommé « salon », qui a pour fonction d'accueillir l'entourage et de sortir du cadre parfois perçu comme impersonnel ou froid des chambres. Les entrevues avec les familles se sont d'ailleurs toujours déroulées dans ce type d'endroit aménagé pour favoriser les conversations. Dans deux lieux sur trois, nous avons été autonomes et étions même présentes des jours où les orthophonistes ne travaillaient pas ; elles nous avaient laissé les coordonnées des patients et avaient évoqué avec eux le moment précis de notre venue. Au sein du dernier hôpital, les rencontres étaient plus protocolisées et les orthophonistes préféraient nous guider davantage en nous présentant aux patients.

Les lieux de rencontres avec les membres du personnel soignant ont suivi une logique particulière. En effet, toutes les aides-soignantes et les infirmières rencontrées étaient en service pendant l'entretien. Leurs collègues étant prévenues, elles avaient la possibilité de nous réserver un moment, mais devaient se tenir prêtes en cas de besoin. Certains rendez-vous avaient été établis à l'avance avec un horaire défini, tandis que les autres ne l'étaient pas et la méthode de proche en proche faisait donc que nous étions présentées aux professionnelles par les orthophonistes dans un couloir et leur demandions si elles étaient disponibles pour participer à cet entretien. Nous n'avons jamais eu de refus, nous sommes par chance souvent arrivées à des moments relativement calmes, où elles avaient un peu de temps de libre, tout en restant vigilantes. Nous étions donc conviées à les suivre dans les salles de soin. La majorité des professionnelles se tenaient debout, appuyées contre un mur. C'était également le cas pour nous s'il n'y avait pas assez de sièges.

Les entretiens avec les orthophonistes se sont toujours déroulés dans leur bureau. L'un d'eux a été réalisé lors de la première rencontre, car la personne en question avait prévu de nous consacrer du temps et était donc prête à le faire à ce moment-là tandis que les trois autres ont eu lieu à la fin nos interventions dans les différents lieux. Ces orthophonistes ont privilégié l'organisation et la planification de rencontres avec les patients, les familles et les professionnelles tant que cela était possible (hospitalisation de courte durée d'une personne rentrant dans nos critères et départ proche, visites très ponctuelles de l'entourage, obtention de l'accord d'un membre de l'équipe soignante etc.), nous ayant déjà donné leur aval pour réaliser un entretien avec elles ensuite.

Les rencontres avec le médecin et les diététiciennes se sont réalisées dans leurs bureaux respectifs, après avoir convenu d'une date et d'un rendez-vous par téléphone ou e-mail. L'interne que nous avons rencontrée ne possédant pas de bureau, l'entretien avait été réalisé dans le bureau du cadre infirmier, qui a eu ponctuellement besoin de documents ou de consulter son ordinateur, et s'est donc introduit plusieurs fois dans la pièce.

Nous avons pu voir ici que le milieu hospitalier a été source de configurations différentes lors des entretiens selon les acteurs rencontrés, voire de conditions peu banales qui ont accentué l'importance et le poids de la situation sociale évoquée précédemment.

III. Analyse des résultats

1. Le choix de l'analyse de contenu

L'analyse des résultats consiste en la sélection et la manipulation des données pour les confronter aux hypothèses de départ et ainsi produire du sens.

Pour cela, les entretiens sont retranscrits par écrit de manière littérale et nous avons essayé au maximum de faire apparaître les pauses, hésitations, sourires, pleurs pour que la tonalité employée par les informateurs soit la plus fidèle à la réalité.

Ensuite, à partir de cela, l'analyse « *prend la forme d'une véritable investigation, approfondie, offensive et imaginative : il faut faire parler les faits, trouver des indices, s'interroger à propos de la moindre phrase* » (Kaufmann, 2007, p.73). Deux démarches sont possibles (Blanchet & Gotman, 2010, p.89): l'analyse linguistique qui étudie les structures formelles du langage et l'analyse de contenu qui « *étudie et compare les sens des discours pour mettre à jour les systèmes de représentations véhiculés par ces discours* » (ibid., p.89).

Nous nous sommes tournées vers l'analyse de contenu pour l'étude de nos résultats. Cette démarche est hyper-sélective ; elle décompose le texte en unités élémentaires -à savoir dans notre étude les thèmes abordés pendant les entretiens- et « *a pour fonction de produire un effet d'intelligibilité et comporte une part d'interprétation* » (ibid., p. 90).

2. L'analyse thématique : la méthode des tas

L'analyse thématique consiste à découper transversalement les corpus obtenus en fonction des thèmes qui en ressortent. Il s'agit ensuite d'établir une grille d'analyse avec des thèmes et sous-thèmes en fonction de ceux abordés par les interviewés et non en fonction de ceux de la grille d'entretien. Les thèmes sont tous insérés dans la grille au fur et à mesure de leur apparition dans les entretiens. Les hypothèses de départ sous-tendent cependant l'élaboration de cette grille. On obtient alors des « tas », c'est-à-dire des rubriques regroupant toutes les citations des différents entretiens qui évoquent le même thème. Ce type d'analyse « *ignore la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens* » (Blanchet & Gotman, 2010, p.96).

Nous avons élaboré trois grilles en fonction des trois lieux, pour voir quels thèmes se retrouvaient entre les occupants d'un même hôpital et comment ils s'articulaient. Ensuite, nous avons choisi d'étudier les interactions entre professionnels selon leur lieu d'exercice intrinsèque, avant de nous pencher sur les profanes (personnes âgées et familles) de façon thématique et donc transversale entre les lieux.

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

I. Introduction

Dans cette partie, nous allons présenter nos résultats, d'une manière verticale lieu par lieu pour les interactions entre professionnels et d'une manière transversale par thèmes pour les profanes. Pour plus de clarté, les noms et statuts des interviewés sont présentés ci-contre selon le lieu des rencontres. Le nombre important et la diversité de nos entretiens nous a amené à composer une partie assez dense. Cependant, les informations présentes ont déjà été triées et ce sont celles que nous estimons les plus pertinentes pour pouvoir les analyser dans la partie suivante.

II. Les interactions entre professionnels

Nous allons présenter les résultats obtenus pour la catégorie des professionnels d'une manière verticale lieu par lieu pour pouvoir ensuite analyser les différences entre ces lieux.

1. La gériatrie : un choix ou une opportunité

Le travail en gériatrie peut-être un choix ou une opportunité. Dans les trois hôpitaux on retrouve une division égale entre professionnels qui ont choisi la gériatrie et ceux pour qui leur poste ont été des propositions qu'ils ont acceptées.

A Asie, certains professionnels ont choisi cette spécialité comme Mme Corée l'interne, qui explique : « *On n'est pas obligé de passer en gériatrie donc c'était un choix car en libéral (cabinet libéral de médecin généraliste) on a énormément de personnes âgées donc ça me paraissait super important de passer dans un service spécialisé pour voir un peu ce que c'était que la gériatrie* ». Il en est de même pour Mme Thaïlande. En revanche, le travail en gériatrie a été une opportunité pour les autres professionnels. Le poste d'AS de Mme Malaisie lui a été proposé suite à son activité en tant que lingère dans l'établissement. Pour Mme Mongolie, la gériatrie était même inenvisageable : « *pendant mes études si on m'avait dit « tu vas bosser en gériatrie » j'aurais dit « ça va pas la tête ?! » (rires), j'ai choisi l'orthophonie pour bosser avec des gamins, et puis le poste s'est présenté, j'ai postulé, et puis j'adore ce que je fais* ».

On retrouve cette dichotomie entre professionnels à Afrique. La gériatrie a été un choix pour Mme Maroc et Mme Niger qui en dit : « *La gérontologie, je fais que ça (rires), je me suis tournée vers ça parce que j'aimais bien, j'ai fait mes études tard déjà j'avais 29 ans et puis je me sentais bien dans cette spécialité-là.* » mais a été une opportunité pour Mme Zambie dont le métier est très bouché et pour l'orthophoniste qui souhaitait travailler en premier lieu dans un service de neurologie.

Mme Allemagne et Mme Suède ont choisi la gériatrie : Mme Allemagne pour le travail en équipe particulier à ce type de prise en soin et Mme Suède car : « *étudiante [elle] avai[t] craqué pour les personnes âgées !* ».

2. Travailler à l'hôpital : une équipe aux rôles définis

L'hôpital est un lieu où se côtoient de nombreuses professions différentes qui doivent travailler ensemble. Le choix d'une étude lieu par lieu s'est imposé à nous du fait de cette spécificité. Les mêmes thèmes sont alors abordés dans les trois lieux pour que nous puissions voir s'il y a des différences ou des ressemblances dans la répartition des rôles et leur articulation d'un lieu à un autre.

Le thème choisi pour voir les relations entre les professionnels est la survenue d'une fausse-route. Elle correspond à l'inhalation accidentelle de liquide ou de particules alimentaires dans les voies aériennes au lieu de l'œsophage. Les patients se mettent alors à tousser. Pour remédier à cela, des techniques posturales sont utilisées ainsi qu'une adaptation de l'alimentation. En fonction de la sévérité et de la fréquence des fausses-routes, les aliments sont de plus en plus mixés pour éliminer les morceaux et faciliter la déglutition. On parle alors de texture alimentaire. Il en existe plusieurs : mouliné, mixé, mixé lisse, mixé spécifique, énoncées dans un ordre décroissant d'apparition de morceaux. Pour les liquides, une des remédiations est d'épaissir le liquide avec un gel ou une poudre qui rend le liquide plus solide, comme une crème dessert.

2.1. Définition de leurs rôles par les soignants eux-mêmes

Les soignants interviewés occupent tous un rôle par rapport à l'alimentation. C'est cet aspect de leur travail qui leur est demandé de détailler. On remarque des différences entre les hôpitaux. En effet, à Europe, tous les professionnels définissent leur rôle en citant en premier lieu la déglutition. A Asie, la déglutition fait partie du rôle de deux professionnels sur quatre (l'IDE et l'orthophoniste). A Afrique, les professionnels ne mentionnent pas la déglutition sauf Mme Congo, l'orthophoniste mais qui explique qu'il n'y a pas réellement de prise en charge dans ce domaine. La déglutition occupe donc une place différente dans les occupations des professionnels en fonction des hôpitaux.

L'interne d'Asie Mme Corée définit son poste comme celui d' « *un sous-médecin* ». Son rôle est centré sur les entrées des patients et leur suivi. Lors des bilans d'entrée, l'accent est mis sur la prévention de la dénutrition. Elle effectue les prescriptions biologiques, de déglutition, des traitements. Mme Thaïlande l'IDE dit intervenir à propos des régimes des patients et leur mise place. Elle donne aussi les médicaments pendant les repas ce qui lui permet d'avoir un contrôle sur ce que le patient mange, sur son hydratation et sur la surveillance des fausses-routes. Mme Malaisie l'IDE quant à elle explique qu'elle « *intervien[t] à tous les niveaux : on sert, on commande, on donne les repas adaptés au régime, on fait manger, on débarrasse, on fait boire donc un peu tout* ». Ensuite, Mme Mongolie l'orthophoniste définit son rôle au sein de l'hôpital en commençant par son travail d'information sur les troubles de la déglutition auprès des familles, des équipes et des patients. Le temps auprès des familles est trop court d'après elle pour qu'elle puisse être vraiment efficace dans ses explications au contraire des professionnels avec qui elle dispose du temps nécessaire pour informer sur les troubles de la déglutition dans le but de rendre les soignants plus attentifs. Auprès des patients, son rôle s'articule autour de bilan, informations et rééducations.

Dans l'hôpital Europe, le médecin Mme Suède définit son rôle comme étant en premier lieu *« en relation avec les équipes »* et ajoute *« on travaille bien ensemble, les équipes sont capables de dire « voilà il a fait une fausse-route » »*. Elle s'occupe aussi des entrées des patients et leur fait un bilan rapide pour voir *« s'il ne tousse pas, s'il mange comme ci ou comme ça »* car les patients qui arrivent en long-séjour viennent des autres services de l'hôpital. Lorsque les équipes ont identifié la fausse-route et prévenu Mme Suède, elle va juger la nécessité d'un changement de texture ou d'un bilan orthophonique. Pour Mme Finlande, son rôle est de surveiller la déglutition et prévenir les fausses-routes. Elle met l'accent sur cet aspect car *« ce sont nos observations qui amènent une suite de soin ensuite »*. D'après Mme Allemagne, son travail consiste à : prendre en charge des bilans de déglutition pour voir *« quelle texture alimentaire convient à quel patient en fonction de ses pathologies, de ses antécédents et de son état physique actuel »*. Par rapport aux équipes, Mme Allemagne détaille son rôle comme étant celui de formateur et d'informateur sur la prise en charge des troubles de déglutition avec des conseils pratiques sur le plan postural, d'adaptation de texture, des enjeux, des risques, etc.

A l'hôpital Afrique, Mme Maroc, cadre de santé, est *« responsable de l'équipe de soin, ce qui engendre tout un travail de management d'équipe »* avec des réunions, des formations ou des informations à organiser. Il y a un travail administratif comme l'organisation des plannings, des activités, des entrées et sorties des patients. Elle rajoute que ce qui guide les activités et la conduite du personnel est sa sensibilité *« sur tout ce qui est nutrition, donc prévention de la dénutrition, et surtout sur le plaisir de manger »*. Mme Niger l'IDE quant à elle explique : *« Par rapport à l'alimentation, j'ai pas trop de rôle parce qu'on a une diététicienne, donc on respecte les consignes et c'est tout. »*. Pour Mme Zambie, la diététicienne, la définition de son rôle est floue : *« leur place est pas toujours évidente [aux diététiciens] c'est comme ça, on sait jamais pourquoi il est là, ce qu'il fait etc, et du coup, même pour soi, enfin quand je suis arrivée là je me suis posé beaucoup de questions, ma place était vraiment pas. A quoi je sers quoi »*. Elle distingue tout de même deux principales actions qui sont la restauration et le suivi nutritionnel des patients. De plus, Mme Zambie dit avoir un rôle d'information : *« On sensibilise aussi les équipes soignantes à ça parce que y'a beaucoup d'idées reçues sur les repas, donc en tant que diététicienne ça fait partie de mon rôle que de veiller à ce que ce soit bien fait, oui, de façon appropriée »*. Enfin, Mme Congo, l'orthophoniste précise son poste ainsi : *« Au niveau de la déglutition il n'y a quasiment pas de prise en charge car c'est de l'ordre du réflexe donc c'est plus des conseils aux équipes et aux patients, de l'information et donc de l'adaptation. »*

2.2. Articulation autour d'un cas clinique concret : la survenue d'une fausse route

Pour voir comment les différents professionnels interagissent entre eux, nous avons décidé de leur faire raconter comment les choses se passent à partir du moment où une fausse-route survient jusqu'à sa prise en charge. Grâce à ce cas concret, nous pouvons observer les articulations entre les professionnels. On remarque des similarités dans le schéma : équipe soignante (AS et IDE)-médecin-orthophoniste. Les soignants attendent l'aval de leurs supérieurs pour s'occuper du patient. Cependant, certains soignants changent les textures après une fausse-route sans en parler à ses responsables. Cependant, tous expliquent qu'ils avertissent les responsables des changements qu'ils ont effectués

pour avoir leur consentement. Les différences résident alors dans le type de soignant qui soigne sans avoir l'accord de son supérieur. A Afrique, l'IDE prend la responsabilité du changement de texture et après en parle au médecin ; l'orthophoniste n'intervient pas sans l'accord du médecin. A Asie, le médecin et l'ortho prennent les décisions seules et en parlent ensuite aux autres soignants tandis que les AS et les IDE alertent le médecin tout de suite. A Europe, le médecin et les AS prennent les décisions seules et en discutent ensuite, au contraire de l'orthophoniste qui n'agit pas sans le médecin. On remarque aussi que les AS appellent l'orthophoniste pour confirmer leur décision et non le médecin.

A Asie, tous les soignants expliquent que ce sont les AS et les IDE qui remarquent les fausses-routes et alertent le médecin, qui appellera l'orthophoniste. Cette dernière explique cependant : « *Alors (rires) officiellement je vais voir le médecin et il me fait une prescription ! Officieusement j'y vais, le médecin est pas toujours là, j'y vais tout de suite si y'a vraiment un trouble important* ». Par exemple, le patient mange et commence à s'étouffer : c'est donc que les aliments sont passés dans les voies aériennes. Le soignant présent va alerter le médecin. Ce dernier fait une prescription orthophonique pour faire un bilan. L'orthophoniste fait alors des tests de déglutition avec le patient : elle lui fait avaler des aliments de différentes textures et des liquides avec une grande ou une petite cuiller et fait des essais de postures pour voir quelle alimentation n'engendre pas de fausse-route et dans quelle posture.

A Europe, l'équipe soignante est la première à évaluer le trouble de déglutition. Mme Allemagne, l'orthophoniste, explique que cette équipe va interpeller le médecin qui l'appellera ensuite tandis que Mme Finlande l'AS développe le fait que : « *une fois la fausse-route passée on [l'équipe soignante] a géré le problème, on a appelé l'ortho qui est venue faire un bilan* ». Mme Suède, le médecin, réévalue la texture des plats et appelle l'orthophoniste ensuite.

A Afrique, Mme Niger l'IDE explique qu'à la suite d'une fausse-route : « *ma collègue a pris sous sa responsabilité d'épaissir [la limonade du patient] après on va faire monter au médecin et on verra avec la diététicienne ce qu'on peut adapter.* » Pour Mme Congo l'orthophoniste, l'équipe soignante remarque le problème, va en parler à la cadre de service qui va en parler au médecin qui va ensuite demander à l'orthophoniste un bilan.

2.3. Un travail en équipe pluridisciplinaire

Comme nous venons de l'expliquer, les soignants travaillent ensemble autour de la déglutition. Chacun a son rôle comme l'explique Mme Thaïlande à Asie : « *le médecin évalue un petit peu, en fonction du cas de la personne il dit « on pourrait essayer telle ou telle chose », l'ortho bien souvent elle fait un état des lieux de façon pratique avec le patient, la diététicienne vient établir un régime sur la demande du médecin et du patient et nous on est là pour mettre en pratique et voir comment ça se passe.* ». On remarque que le travail en équipe est vécu de manière positive à Europe et Asie. A Afrique, les soignants expriment des difficultés à créer un consensus autour de l'organisation des soins. A Europe, l'AS exprime aussi les mêmes difficultés. Une collaboration très forte entre médecin et orthophoniste est notée dans les trois lieux quant à l'alimentation. La collaboration AS/orthophoniste est développée à Europe et Asie mais pas à Afrique.

L'orthophoniste et le médecin à Europe expliquent que le travail en équipe, notamment autour de la déglutition, est indispensable. Mme Allemagne l'orthophoniste travaille en ordre décroissant du plus au moins avec : les aides-soignantes, les infirmières, le médecin, la diététicienne et enfin les autres rééducateurs comme le kinésithérapeute et l'ergothérapeute. Autour de l'alimentation, Mme Suède le médecin dit travailler essentiellement avec l'orthophoniste. Pour Mme Finlande l'AS : *« travailler en équipe c'est pas évident ; parce que chacun est différent et les difficultés portent sur l'organisation du travail, sur les façons de voir »*. Elle dit travailler *« le plus avec les IDE, le médecin un peu, une ou deux fois par semaine [...] et l'ortho est assez bien, on discute des choix, quand il y a un soucis on l'appelle »*.

A Asie, tous les soignants sont satisfaits du travail en équipe. Mme Corée, l'interne explique qu'elle travaille surtout avec ses deux supérieurs [les deux médecins seniors] et avec l'orthophoniste autour de la déglutition. Elle mentionne aussi travailler avec l'équipe soignante vu que c'est elle qui remarque les changements en premier lieu. Mme Thaïlande IDE et Mme Malaisie AS décrivent leur équipe : *« Et autour de l'alimentation, avec la diététicienne, beaucoup pour l'état qui nécessite un régime particulier et beaucoup avec le médecin et l'interne pour adapter le régime et avec les ortho pour les gens qui font des FR. Elles sont deux et elles sont présentes dans l'équipe »*. L'équipe avec laquelle Mme Mongolie l'orthophoniste travaille est composée des AS, des médecins, des kinésithérapeutes, de la diététicienne, des infirmiers et de la pharmacienne.

A Afrique, Mme Zambie la diététicienne et Mme Maroc la cadre expriment des difficultés quant au travail en équipe. Mme Maroc trouve complexe d'obtenir un consensus d'équipe à cause des problèmes d'éthique de chacun tandis que Mme Zambie souffre du manque d'organisation, de coordination et de communication. Mme Congo l'orthophoniste a identifié ces problèmes mais ne les ressent pas ; pour elle le travail en équipe se déroule convenablement. Sur le plan de l'équipe, Mme Zambie, travaille avec les médecins et les AS uniquement : elle prévoit de travailler avec l'orthophoniste et Mme Congo dit travailler avec les médecins, les IDE et Mme Zambie, ce qui est donc étrange.

3. Les particularités du soin en gériatrie

3.1. Comment les soignants considèrent la notion de plaisir dans

l'alimentation des personnes âgées ?

Dans notre enquête, toutes les personnes interrogées associent manger au plaisir en premier lieu ; en second lieu, ce qui est pris en compte est le besoin vital. Notre travail portant sur l'acte alimentaire des personnes âgées à l'hôpital, nous avons remarqué que la plupart des soignants souhaitaient conserver cette notion de plaisir dans leur pratique de soin et les adaptaient en conséquence. Différentes marges de manœuvre sont observables en fonction des différents hôpitaux : à Europe et Asie, les soignants ne peuvent agir que sur la présentation des plateaux. A Afrique en revanche, les modifications paraissent plus grandes, Mme Niger disant qu'elle est *« laxiste »*. L'investissement du soin avec leurs normes personnelles de *« bien-manger »* dépend du respect des consignes par les soignants. A Afrique, elles semblent être moins contraignantes que dans les autres établissements.

A Europe, Mme Allemagne l'orthophoniste développe : « *garder le plaisir c'est vraiment quelque chose d'important et en gériatrie peut-être encore plus ; d'ailleurs certaines personnes le disent « manger c'est notre dernier plaisir ».* ». Dans son exercice, Mme Finlande peut garder cette notion de plaisir en travaillant sur la présentation des plateaux.

A Afrique, Mme Maroc la cadre de santé explique que « *manger ça doit rester un plaisir* » ; elle oriente son travail et la formation de ses équipes autour de cette notion car c'est « *hyper important* » pour elle. Nous avons déjà cité dans le paragraphe sur le travail en équipe les difficultés de Mme Maroc d'obtenir un consensus d'équipe car « *des problèmes d'éthique [qui] peuvent heurter certains soignants* ». Ces questions d'éthique sont liées au repas, lorsqu'un patient refuse l'alimentation adaptée et qu'il essaye de convaincre le soignant de lui donner ce qu'il veut ou alors lorsqu'il dit prendre le risque de manger autre chose que la nourriture adaptée. Certains se laissent alors convaincre si leur représentation du repas prime sur la sécurité.

Mme Niger détaille un exemple de soignant qui va loin dans l'exercice de sa notion de plaisir :

« [...]On a une collègue qui est plus là maintenant, ça m'avait beaucoup choquée, elle était très forte, et très à l'aise dans son corps, elle pesait au moins 100kg hein, elle était très grande aussi, on voyait quand même qu'elle était obèse hein, et on avait une dame qui était un peu anorexique, qui mangeait pas, qui mettait la bouffe dans les toilettes par exemple, et elle elle supportait pas qu'elle mange pas cette femme, et un jour elle l'a attachée, au fauteuil avec un harnais de contention comme on a, mais moi ça m'a fait violence quoi je me suis dit, d'abord elle a pas droit de faire ça, j'ai enlevé la contention, je suis allée voir ma collègue et je lui ai dit « non t'as pas le droit de faire ça , c'est sur prescription médicale les contentions t'as pas le droit et tu peux pas la forcer, elle veut pas manger, il faut la laisser ! »

A Asie, Mme Malaisie l'AS explique que le seul changement possible est une présentation des assiettes plus agréable. Pour Mme Mongolie, le plaisir qu'elle entretient avec l'alimentation a un rôle important sur son travail : « *oui, c'est clair. Je pense que ça a forcément une incidence. Je suis hyper attentive au niveau des patients, à ce que je peux leur proposer au niveau...quand on travaille la déglutition, qu'ils aient une alimentation agréable, que ce soit un temps agréable, que le goût soit marqué et c'est un truc je me bats constamment sur l'hôpital pour qu'il y ait des choses qui soient agréables.* ». Elle a fait intervenir notamment un chef cuisinier pour qu'il montre « *qu'on peut faire du mixé mais de façon agréable* ».

3.2. L'adaptation des soins en fonction de la représentation de la vieillesse

Le soin en gériatrie est un soin particulier du fait de la représentation commune de la vieillesse qui considère la personne dans une période de déclin. Du fait de ces déclin physiques, intellectuels, sensoriels, la recherche d'une guérison parfaite est alors, dans la plupart des cas, abandonnée. Les soignants des trois hôpitaux privilégient, dans l'ensemble, le bien-être des patients en assouplissant les consignes et en écoutant plus les demandes des personnes âgées. L'assouplissement des régimes diabétiques est un bon exemple d'adaptation de soin privilégiant le plaisir. Nous nous interrogerons sur le cas

d'Afrique pour chercher à comprendre pourquoi, d'après la cadre, les soignants se positionnent plus selon leurs représentations personnelles.

A Europe Mme Suède le médecin explique les pratiques de soin : *« On est très peu dans les examens, dans le diagnostic, dans les examens à tire-larigot.[...]l'idée ici est un accompagnement dans la fin de la vie pour que les gens soient bien soient confortables ; on est plus du tout dans l'agressivité des examens complémentaires, des traitements qui paraissent disproportionnés »*. Mme Allemagne l'orthophoniste corrobore ces dires ; en gériatrie les soignants sont moins *« sévères, moins à cheval »* sur les soins. Elle donne l'exemple du diabète : *« pour la notion du diabète, les médecins sont rarement stricts ; c'est-à-dire qu'ils préféreront que le patient mange, ait du plaisir à manger quitte à corriger après son diabète plutôt que d'avoir des régimes stricts somme on peut l'avoir dans des services de patients plus jeunes »*. Sur le plan alimentaire, les soignants sont aussi plus laxistes et peuvent donner une petite terrine, par exemple, lorsque le patient ne veut plus manger d'aliments mixés.

A Asie, Mme Mongolie l'orthophoniste évoque l'adaptation du soin en ces termes : *« il faut vraiment s'adapter à la personne, c'est vrai qu'en gériatrie encore plus peut-être qu'ailleurs parce que la personne âgée manque de motivation, elle dit « à quoi bon à mon âge », donc c'est important de s'adapter vraiment à la personne et d'être dans ce relationnel là pour pouvoir faire passer des choses et donner l'envie de. »*. Cette notion se retrouve aussi sur le plan alimentaire : *« je crois que dans la génération des personnes âgées, c'est encore plus marqué (l'alimentation plaisir) [...]Des fois je dis aux familles d'apporter à manger quelque chose qui soit un peu agréable, même si j'ai pas le droit. »*. On retrouve ici aussi l'adaptation des consignes pour l'alimentation. Mme Thaïlande l'IDE explique de la même façon qu'elle tolère des aliments de l'extérieur pour certains patients, en accord avec le médecin.

A Afrique, Mme Maroc, la cadre, éprouve des difficultés à guider les soignants de son équipe qui adaptent trop le soin, selon elle, en fonction des demandes de la personne âgée. D'après elle, certains soignants tolèrent trop d'écarts au régime alimentaire aux dépens de la sécurité des patients :

« il y a souvent un déni sur un besoin d'une alimentation épaissie par exemple. Et ça les résidents comprennent très vite, pour certains, qui serait facilement malléable pour qu'ils obtiennent ce qu'ils veulent, donc y'a tout ça à gérer parce que c'est pas forcément facile d'obtenir un consensus d'équipe pour qu'on tienne la route, c'est un lieu de vie, donc on doit à la fois essayer de respecter la sécurité, quand on sait qu'une personne ne doit pas boire d'eau et que malgré tout elle boit on sait ce qu'on risque[...]. La personne est aussi en droit de nous dire je sais ce que je risque mais je demande quand même à boire de l'eau. Donc après parfois c'est vraiment des problèmes d'éthique qui peuvent heurter certains soignants, d'où la nécessité de trouver un consensus.

Pour Mme Niger l'IDE: *« On peut fermer un petit peu les yeux, mais pas être trop laxistes (rires) ! »*, c'est-à-dire que le régime diabétique est moins strict pour permettre aux patients de garder du plaisir à manger. Pour d'autres patients qui transgressent les consignes alimentaires, cela se traduit par une prise de responsabilités directe du patient et de sa famille et non plus des soignants. Mme Congo l'orthophoniste privilégie l'écoute

des patients : *« Il faut vraiment avoir de l'empathie je pense. Ils ont besoin de se sentir compris, c'est des gens, avant d'être des personnes âgées c'est juste des gens. »*. Sa manière de s'adapter à la personne âgée est donc se mettre à sa place ; elle donne ainsi un exemple : *« il y a un problème avec un patient car il ne respecte aucune règle, il ment, etc. Il est en guerre avec le personnel soignant et moi je fais le tampon entre les deux ; je ne me suis pas placée contre lui, comme le personnel, qui n'a pas essayé de comprendre que le patient qui a un régime sans sucre, sans sel plus tout mixé a presque envie de se suicider. »*

3.3. Une tendance à mettre en avant le registre relationnel

Pour légitimer leurs pratiques, les soignants ont besoin de s'approprier un des registres thérapeutiques. Bien que dans les soins, la part technique et la part relationnelle soient indissociables, certains soignants choisissent de mettre en avant une des deux pour légitimer leurs pratiques auprès des personnes âgées. En effet, cette tendance est remarquée dans les trois hôpitaux. Le soin en gériatrie véhicule donc cette orientation professionnelle. On pourrait établir un classement entre ces lieux en fonction de la place que les soignants accordent au relationnel, dans un ordre décroissant : Europe ensuite Afrique puis Asie (bien que les données sur Afrique soient moins fournies). La place qu'accorde Mme Corée l'interne au relationnel dans sa pratique (20%) diffère par rapport à tous les autres soignants hôpitaux confondus qui y accordent au moins 50% dans leur pratique.

Pour Mme Allemagne l'orthophoniste à Europe, la mise en avant d'un des deux registres est difficile car pour elle, bien que les bilans ou les prises en charge de déglutition soient techniques, les patients n'adhéreraient pas sans le relationnel. Elle conclut ainsi : *« je dirai qu'il y a 100% de technique avec du relationnel par-dessus »*. Pour Mme Finlande l'AS et Mme Suède le médecin, le relationnel occupe 80% du soin.

A Asie, Mme Corée l'interne explique que la part de relationnel dans sa fonction occupe 20% de son travail tandis que la technique occupe 80% de son travail. Pour Mme Thaïlande, les parts entre les deux sont équivalentes à *« 50 -50 mais peut-être plus 60 en soin et 40 en relationnel car j'ai plus de soins techniques que les AS mais parfois ça peut être même 70 en soin et 30 en relationnel parce que le service sera très lourd et j'aurais beaucoup de soins techniques à faire »*. Mme Malaisie l'AS met autant de technique que de relationnel. Enfin, Mme Mongolie l'orthophoniste utilise autant les deux registres. Mme Maroc la cadre à Afrique explique sa vision du travail : *« Le relationnel c'est la base de tout. »*. Pour Mme Congo l'orthophoniste, les deux registres sont mis à égalité : *« 50-50 surtout qu'on est amené à donner des conseils aux patients donc il faut s'adapter à chaque patient, être diplomate, d'abord écouter leurs plaintes pour pouvoir...nan vraiment, 50-50 c'est clair. »*

4. Interactions entre profanes et professionnels

Les membres de la famille de la personne âgée hospitalisée, s'ils sont présents, prennent une place importante dans leur soin ; ils rendent souvent visite à leur parent et s'occupent des décisions de soin avec les médecins dans la plupart des cas. Il y a donc de nombreuses interactions entre le corps soignant et la famille des patients. Nous allons voir dans quelle

mesure et avec qui ces interactions ont lieu. Nous précisons que d'après les soignants, de nombreux patients sont seuls mais nous n'avons pas voulu nous orienter dans cette direction bien qu'il aurait pu être intéressant de voir comment s'organise le soin dans ce cas-là.

4.1. Qui va voir les profanes et pourquoi ?

Dans l'ensemble des trois hôpitaux, il ressort que l'équipe soignante est aux premières loges avec les familles et que ces familles vont voir le médecin pour avoir des informations plus médicales ou lors de problèmes. On remarque que les familles n'ont pas de demandes particulières envers les orthophonistes. De plus, dans les trois lieux les rapports entre les familles et les professionnels semblent potentiellement conflictuels sur certains sujets comme l'alimentation.

Mme Allemagne l'orthophoniste à Europe n'entretient pas de relations régulières avec les familles, ce qu'elle déplore. Sinon, elle peut grâce à elles, mieux connaître le patient et expliquer les soins. Elle est obligée de contacter la famille quand le patient est dément, pour avoir des informations sur ses habitudes de vie et ses habitudes alimentaires, ainsi que lorsqu'il y a un problème avec le patient. Les familles n'ont pas de demandes particulières à son égard. Elle rajoute que les familles vont voir les AS et les IDE le plus souvent. En revanche, Mme Finlande l'AS explique que les familles : *« en général elles sont plus proches de nous car c'est nous qui sommes le plus proche du parent ; le médecin c'est quand il y a un souci ou une question particulière. »* Leurs relations sont bonnes. Mme Suède le médecin corrobore les dires de Mme Finlande : *« je vois les familles en difficultés, souvent elles me demandent et puis ça m'arrive si je suis dans les couloirs de leur montrer, de discuter et ça nous arrive de temps en temps de les convoquer quand on sent qu'il y a vraiment un souci, une inquiétude. »*. Les relations qu'entretiennent le médecin et les familles sont de l'ordre de l'accompagnement : *« Au niveau de l'alimentation, il y a pas mal d'accompagnement car c'est beaucoup « tant que mon père ou ma mère mange c'est bon. » Parfois ça devient presque de la maltraitance de penser que les gens ont mangé donc là on a un rôle d'accompagnement des familles pour accepter de lâcher. »*.

A Asie, Mme Corée, l'interne, dit à propos des relations avec la famille : *« je les rencontre quotidiennement la plupart du temps quand ils passent, ils viennent, ils veulent avoir des nouvelles, ils veulent voir le médecin, avoir des infos plus médicales à ce moment-là c'est moi qui leur réponds et je les vois souvent à l'entrée pour avoir des infos sur le patient, sur sa façon de vivre. »* Mme Thaïlande l'IDE est *« pas mal en lien avec les familles »*. Elle remarque, en lien avec Mme Malaisie l'AS, trois catégories de personnes : celle avec qui elles collaborent, celle des gens *« qui n'arrivent pas à comprendre ce qui se passe autour de leur parent, qui sont dans le déni »* et celle pour qui seul le médecin compte. Pour elle, les familles ne sont pas très demandeuses d'informations ni de conseils, bien qu'elle les donne quand même à l'entrée des patients. Les temps pendant lesquels Mme Mongolie l'orthophoniste voit les familles sont informels : c'est elle qui va au-devant des familles lorsqu'elles sont présentes dans l'établissement. Cela lui permet de présenter, d'expliquer son travail avec le patient. Les gens ne sont pas demandeurs sauf : *« Quand on demande la participation, qu'on dit aux gens « on a besoin de vous », là les gens demandent en général, ils viennent demander.*

Mais c'est vrai que ça dépend de la culture, de ce qu'est l'alimentation dans la famille etc. »

A Afrique, Mme Maroc la cadre entretient des relations qu'elle juge nécessaires avec les familles : *« je rencontre les familles, j'essaie de les voir souvent, on se rend compte que c'est hyper important pour prévenir tout conflit, qu'une famille nous fasse confiance. »* Ce sont les familles qui viennent la trouver la plupart du temps mais lorsqu'il y a un problème, c'est elle qui les convoque. Pour elle, ce sont les soignants qui sont en premier en contact avec les familles, tandis que pour Mme Niger l'IDE donc soignante, c'est le travail de la cadre de santé de *« donner la parole de l'équipe et pas nous un par un avec notre parole de soignant. »* Elle n'entretient donc pas beaucoup de relations avec les familles. Mme Congo l'orthophoniste ne travaille pas avec les familles puisque ces dernières *« ne cherche(nt) pas à me rencontrer, elle[(s)] veu[lent] voir la chef de service qui fait le lien entre tous les personnels soignants qui tournent autour du monsieur. »* Elle parle rarement avec les familles : elle n'attend rien d'elles puisqu'elle affiche les conseils dans les chambres.

4.2. Des négociations dans les prises en charge alimentaires

Les normes des profanes et des professionnels sont, à l'origine, différentes : bien que la gériatrie véhicule en général un soin plus orienté vers le registre relationnel, les soignants sont plutôt du côté du « guérir » tandis que les profanes, plutôt du côté du bien-être. Les deux pôles s'articulent plus ou moins au sein de ces catégories selon les situations. Il semblerait que l'alimentation soit un soin pour lequel les professionnels sont plus orientés vers le « guérir » que vers le bien-être au contraire des profanes. Cette différence de normes entraîne des difficultés de compréhension des pratiques médicales par les profanes, pour qui le plaisir de manger est plus important que la sécurité préconisée par les soignants. Les deux parties doivent ainsi négocier autour de cette prise en charge.

Dans les trois hôpitaux, on voit que les négociations entre les profanes et les professionnels autour de l'alimentation sont en nombre important. On remarque cependant qu'à Europe les soignants ont conscience que ces dysfonctionnements cachent une représentation douloureuse plus enfouie. A Afrique les soignants sont plutôt dans la confrontation par rapport au non-respect des consignes. A Asie, ces problèmes semblent moins importants.

Mme Allemagne l'orthophoniste à Europe explique que lorsque les enfants ne comprennent pas le but de l'alimentation mixée, *« ça reste un sujet de conflits et ça peut aussi cristalliser un conflit entre la famille et l'équipe par exemple »*. Pour Mme Finlande l'AS, c'est la représentation qu'ont les familles de l'alimentation qui est en désaccord avec celle des soignants : *« Il y en a qui comprennent pas car pour eux, ne pas manger veut dire mourir.[...] alors si on leur dit « tel jour il faut moins lui[à son parent] donner pour x raisons » ils comprennent pas. En même temps c'est ce qui se passait il y a des générations en arrière : on disait « tant qu'on mange c'est que ça va » alors c'est resté car les enfants de nos patients sont âgés. Alors on leur explique »*. Mme Suède le médecin explique ce que représente l'alimentation pour les familles : *« ça se retourne, le parent devient l'enfant et on ne sera qu'un bon enfant si on arrive à nourrir le parent ; cette relation est très très forte et elle est essentiellement là la relation d'ailleurs « est ce qu'il a bien mangé ? Vous êtes sûre que vous le faites manger quand on n'est pas là ? » et*

puis parfois les patients ne mangent qu'avec leurs enfants et parfois c'est le contraire, comme quoi il y a des relationnels difficiles et la punition c'est ça ».

A Asie, Mme Malaisie l'AS remarque concrètement le non-respect des consignes par les familles : *« Il y en a qui ont un régime et ils le suivront pas. D'autres vont donner à manger à la personne alors que ce devrait être un soignant ou qu'elle peut manger seule. D'autres utilisent des petites cuillers alors que le patient peut manger avec la grande ».* Mme Mongolie l'orthophoniste explique que l'alimentation est liée à des notions de vie, de mort, au rôle de prise en soin du « parent face à son parent ». Du fait de ces notions complexes d'après elle, les consignes ne sont parfois pas respectées : *« Je veux que mon père aille mieux, ou mon mari, et en même temps je fais tout aussi pour qu'il s'encombre, entre guillemets hein c'est inconscient ».*

Mme Maroc la cadre à Afrique explique le cas de patients qui ont « une pratique déviante par rapport au cadre établi » : ni eux ni leur entourage ne comprennent l'utilité d'une alimentation adaptée et ils se font alors apporter « tout ce qu'il faut pas » de l'extérieur. Mme Niger l'IDE explique son rôle par rapport à ces pratiques : *« On doit dire aux familles de pas apporter de vin ou de trucs comme ça, parce qu'on avait des visites à un moment donné qui apportaient du vin donc là non ».*

4.3. Des soignants du genre féminin

Tous les soignants que nous avons rencontrés sont du genre féminin. A Afrique, Mme Congo l'orthophoniste dit que tous les soignants, de l'aide-soignante au médecin sont des femmes sauf un interne. A Asie, Mme Thaïlande, Mme Malaisie et Mme Mongolie font part de difficultés relationnelles qu'elles entretiennent avec les femmes des familles et non les hommes : *« c'est compliqué aussi quand un mari est hospitalisé et que sa femme vient le voir, elle est omniprésente alors que quand c'est la femme qui est hospitalisée et que son mari vient la voir ça se passe mieux, ça se passe bien », « pour les conjoints, la relation qui me paraît la plus compliquée c'est quand on a un monsieur et c'est la femme qui pose problème [...] il n'y a pas plus de filles que de fils mais la relation est plus simple, même pour nous ».* Mme Mongolie l'orthophoniste analyse la situation en expliquant qu'un lien de rivalité existerait entre les femmes soignantes et les femmes des familles autour de la figure maternante liée au soin et notamment au nourrissage.

III. Les interactions entre profanes et professionnels

1. Des processus de changements provoqués par l'institutionnalisation

Les résultats suivants vont être présentés de façon transversale, par thèmes et non plus par lieu. Cela nous a pas paru pertinent car les trajectoires des personnes âgées et des proches rencontrés dépendent de critères plus en lien avec l'histoire familiale. Nous allons présenter les acteurs. (Cf. tableau en début de partie)

Mme Espagne a deux filles, dont Mme Madrid que nous avons pu rencontrer. Mme Espagne est arrivée à Europe suite à une chute et à une maladie articulaire. Elle est également sujette à des difficultés mnésiques.

Mme Paris est la seule enfant en vie de Mme France, hospitalisée à Europe suite à un AVC. Il est important de noter qu'elle a été restauratrice et que son rapport à l'alimentation est donc particulier.

A Asie, Mme Japon a été victime d'un AVC il y a deux ans. Nous n'avons pas pu rencontrer son fils.

M. Inde a été victime d'un infarctus du myocarde et a vécu une période de coma de trois semaines avant d'être hospitalisé dans le service où nous le rencontrons, à Asie. Nous avons pu nous entretenir avec sa femme, Mme New Dehli.

M. et Mme Madagascar sont un couple hospitalisé en EHPAD à Afrique. M. Madagascar est la personne que nous voulions rencontrer de prime abord car il présente des troubles de la déglutition consécutifs à un AVC. L'entretien s'est finalement déroulé en présence de sa femme, qui a pris la parole de façon prononcée et nous a donné accès à des informations très riches sur leur situation.

Ainsi, tous les patients rencontrés sont sujets à des troubles de la déglutition ayant entraîné des adaptations au niveau de leur alimentation.

1.1. Les changements dans les relations intrafamiliales

On constate que l'entrée en institution d'une personne âgée peut provoquer des retentissements à l'échelle de la cellule familiale.

Mme Madrid a une sœur qui habite près de Bordeaux mais qui vient moins souvent ; Mme Madrid émerge alors comme étant l'aidant privilégié. Elle ne dénote pas de changements manifestes au niveau des relations intrafamiliales mais aborde les conséquences de son rôle d'aidant privilégié : « [...] *Donc ça a pas changé tant de choses que ça. Si ça a changé le fait que... (rires gênés) l'incident c'est que je suis sollicitée pour financer hein, donc voilà c'est...* »..

Mme Paris évoque les difficultés relationnelles entretenues avec sa mère dans le passé, atténuées depuis que celle-ci est rentrée dans un processus de dépendance et est hospitalisée : « *Je peux le dire clairement, c'était très lourd pour moi de l'accompagner, parce que j'avais pas vraiment envie de l'abandonner [...] même si ça passe pas très bien [...] Et là avec ce qui vient de lui arriver tout d'un coup, j'ai l'impression que ça l'a un peu... ça l'a pas complètement changée mais j'ai l'impression que dans sa relation à moi ça l'a un peu changée quand même. [...] Avant elle avait un échange avec les autres qui était pas vraiment juste, elle a aimé à une époque avoir du pouvoir sur les autres, soit par sa psychologie, soit par l'argent, et là, elle a perdu ça, elle a du pouvoir de rien du tout, elle a que le pouvoir de se laisser soigner, du coup elle commence à être dans la sincérité.* » Ici on remarque clairement que l'hospitalisation de Mme France a joué un rôle dans le changement de la nature des relations qu'elle entretient désormais avec sa fille.

Les proches des autres personnes âgées n'ont pas noté de changement particulier ou n'ont pas souhaité nous en parler.

1.2. Illustration du devoir familial : l'adaptation de l'emploi du temps

Les changements provoqués par l'entrée en institution des personnes âgées que nous avons rencontrées se manifestent par des adaptations pratiques de la part de leurs proches, notamment concernant leur emploi du temps quotidien.

Ainsi, Mme Madrid, fille de Mme Espagne, vient « *toujours deux fois par semaine* » ainsi qu'une fois dans le week-end.

Mme Paris gère la situation de manière à ce que sa mère ait une visite quatre jours sur sept. Son fils et son mari sont mis à contribution : ils viennent une fois par semaine séparément et elle vient deux fois. On peut ainsi remarquer que les visites rendues à Mme France, sa mère, sont sous-tendues par une organisation comprenant les emplois du temps de son mari et de son fils. Malgré les difficultés verbalisées liées à l'éloignement géographique, cette organisation semble convenir à Mme Paris puisqu'elle n'a plus « *la contrainte des relations qui étaient difficiles.* »

Mme New Dehli s'exprime surtout au sujet d'une hospitalisation précédente qui a conduit M. Inde dans le service où nous l'avons rencontré. Cette hospitalisation était difficile car le pronostic vital de son mari était engagé : « *La première semaine à la clinique du Sri Lanka (nom modifié) on craignait beaucoup pour l'issue et ma fille est venue deux jours en milieu de semaine, elle s'est fait remplacer dans son travail* ». L'hospitalisation de M. Inde avait également été l'occasion pour sa femme et lui d'être davantage en contact avec leurs fils, qui venaient souvent à l'hôpital, ou au domicile de leurs parents : « *Mes fils sont venus souvent, je les ai eu souvent à la maison mais c'était du plaisir.* »

1.3. Le vécu de la dépendance du parent : un deuil progressif

La perte d'autonomie entraînant la dépendance de son parent âgé peut être vécue de diverses manières.

Mme Madrid exprime le vécu de la situation de deuil de son parent : « *Et ce qui a été très dur pour moi c'est qu'il a fallu que je résilie sa location, que je vide son appartement, que je fasse un certain tri, et ça c'est terrible, c'est très très dur d'avoir à faire un tri pour quelqu'un qui est bien là, donc on ne peut pas se séparer de tout, ça c'était...une lourde épreuve.* »

Mme Paris évoque ceci : « *je peux pas souhaiter qu'elle retourne sur ses deux jambes et reprenne sa vie d'avant, ça c'est pas possible.* ». Mme Paris évoque également le fait qu'elle soit assez sceptique au sujet de la prise en charge en kinésithérapie de sa mère, car selon elle c'est inutile : « *Franchement j'y crois pas du tout.* »

Elle explique également le fait que sa mère ne pourra plus profiter des moments de préparation des repas et de dégustation de plats qu'elle préparait elle-même, ce qui semblait être au centre de sa vie : « *Parce que la nourriture c'était vraiment son échappatoire, sa manière de ressentir la vie. C'est une personne qui a toujours été assez névrosée, pessimiste, triste, mais quand même la nourriture c'était son petit moment de paradis. Donc là elle a une grosse punition, une grosse grosse punition.* » Mme Paris sait que sa mère ne pourra jamais retrouver cet état d'esprit qui la caractérisait et juge cette situation de deuil de la cuisine, et donc de sa mère cuisinière, comme un changement notoire.

2. Les négociations avec les professionnels

2.1. Les attentes vis-à-vis de l'hôpital et des soignants

Madame Madrid exprime ses attentes vis-à-vis des professionnels, différentes selon s'il s'agit de soignants paramédicaux ou du médecin : *« Surtout une présence et une attention, et par contre j'attends du médecin qu'il fasse son possible quand ils se sentent mal, qu'il leur donne quelque chose, qu'il attende pas les extrémités pour les soigner comme il faut. »*. Elle revient aussi sur un projet de méthode de transmission des informations initié par elle-même, qui n'aurait pas abouti malgré les rencontres avec les soignants. Elle en conclue : *« J'trouve pas, je n'sais pas comment, il faudrait pouvoir se laisser des mots écrits, pouvoir communiquer, je ne sais pas comment communiquer avec lui. [le soignant référent] »*.

Mme Paris a récemment rencontré le personnel du service de long séjour d'Europe où sa mère va être transférée : *« Elles m'ont dit que par rapport à l'alimentation, si elle arrivait à manger un peu mieux on pouvait apporter un repas et manger avec elle, à la salle de restaurant là-haut, je trouve ça assez sympa. Le service là-bas m'a fait plutôt bonne impression, c'est pas la personne qui essaie de s'adapter à l'hôpital, c'est eux qui s'adaptent. »* Ce discours l'a marquée et elle espère qu'il sera mis en pratique.

Malgré les craintes de Mme New Dehli concernant la situation financière des hôpitaux : *« L'hôpital public, malheureusement n'a pas assez de budget pour fonctionner le mieux possible. il n'y a pas assez de personnel, etc. l'hôpital soigne alors s'il existait pas... !la médecine moderne fait quand même d'énormes progrès mais il faudrait beaucoup plus de budget et de personnel et d'argent car l'hôpital public s'en va un peu à vau-l'eau »*, elle exprime sa satisfaction quant à l'endroit où est hospitalisé son mari : *« ah oui même comparé à d'autres endroits, c'était très bien car les soins sont un peu familiaux, l'atmosphère est plus familiale que dans d'autres hôpitaux. »*

2.2. Le clivage entre les souhaits des profanes et la réalité des soins

Mme Madrid repense à une situation qui l'a beaucoup gênée. Les voisines de chambres de sa mère étaient malades et toussaient beaucoup, et lorsqu'elle revenait jour après jour rendre visite à Mme Espagne, elle avait l'impression que ces dames n'étaient pas soignées et qu'aucune intervention médicale n'avait été apportée. C'est selon elle un souvenir fort négatif qui l'a marquée. Mme Madrid nous informe également de son étonnement quant à l'absence de prise en charge de sa mère en kinésithérapie, qui d'après elle, l'aurait beaucoup aidée à progresser :

« Ca m'a été un p'tit peu dur quand elle s'est retrouvée ici, où il n'était plus question d'essayer de la faire marcher. Il y a des kinés dans l'établissement je crois, je ne les ai jamais vus mais je crois qu'ils n'interviennent pas dans le service, je crois qu'elle est dans un service où d'emblée ils ont jugé que ça servirait pas à grand-chose, que de toutes façons elle pourrait pas faire grand-chose, et pour eux il était inutile de continuer ça. Moralement je pense

que ça l'aurait aidée. On se dit par moment, est-ce que eux ils ont tout intérêt à ce qu'ils soient tous sur fauteuil roulant ! (rires gênés). »

On constate ici nettement qu'il existe un décalage entre les souhaits et la réalité des soins.

Elle évoque également son souhait d'emmener sa mère se faire faire des prothèses dentaires. Le médecin n'étant pas d'accord du fait de problèmes de communication entre lui et l'école dentaire, Mme Madrid a insisté et y est allée. Elle a été ravie de cette expérience.

Puis, Mme Madrid semble émettre des doutes quant à un diagnostic de fausses routes posé pour sa mère. Elle attribue les difficultés de Mme Espagne à ce moment- là à autre chose : *« Je sais que y'a une période, ils m'ont parlé de fausses routes, parce que a priori bien sûr c'est l'angoisse des aides-soignants, et du personnel,[...]. Mais ça s'est produit au moment où on venait de l'équiper avec son appareil dentaire, donc je continue à me demander si quand même y'a pas eu un lien. »*

Enfin, elle évoque une pratique d'ordre alimentaire initiée par les soignants qui l'a bousculée, étant donné le régime que Mme Espagne suivait sur les conseils de son rhumatologue, avant l'hospitalisation : les soignants donnaient deux desserts lorsque les patients n'aimaient pas les légumes servis. Cette pratique va, d'après elle, dans le sens d'un réconfort pour les patients mais pas vers une surveillance du poids, comme celle recherchée avant l'hospitalisation.

IV. La trajectoire institutionnelle de la personne âgée

1. L'organisation hospitalière et le vécu des soins en collectivité

1.1. Un certain renoncement à « l'alimentation plaisir »

Les repas peuvent être des moments particuliers dans une journée à l'hôpital, d'autant plus pour des personnes présentant des difficultés à s'alimenter :

M. Inde nous explique alors : *« Je me nourrissais, sans plus. J'avais le régime de l'orthophoniste qui imposait des eaux bizarres. Le goût des plats n'était pas mauvais, très monotone, mais bon. »*

Mme Japon a un avis positif sur la nourriture de l'hôpital. Cependant, elle explique qu'au début de sa maladie, elle était très malheureuse de ne pouvoir boire.

Ainsi, ces deux personnes sont d'accord sur le fait qu'ils n'ont pas aimé l'eau gélifiée qui leur était prescrite lorsque leurs troubles étaient aigus et qu'ils n'étaient pas autorisés à boire de façon plus classique.

Mme Espagne quant à elle nous explique : *« On mange à sa faim mais pour moi c'est mal fait, c'est pas des haricots verts, c'est de la purée de haricots verts. »*

Mme Madagascar explique que les soignants ne l'avait pas autorisée à manger à la même table que son mari, mais que leur fils est intervenu en leur faveur auprès du personnel : *« Mon fils a demandé mais sinon avant on n'était pas à la même table, ils m'ont dit « Madame, vous ne faites rien du tout » alors qu'avant j'ai toujours aidé mon mari et mon fils a dit « après 62 ans de mariage, vous les laissez manger à la même table » alors ils ont dit « si votre fils l'a dit alors c'est ok » . »* Elle ajoute également que si elle a encore faim après le dîner, elle mange dans sa chambre des choses qui lui ont été apportées de l'extérieur : *« Moi ce qui me manque ici c'est de la salade. Ma belle-fille m'a apporté du saucisson donc le soir quand c'est juste, je mange du saucisson »*. Selon elle cette pratique est tolérée par les soignants à condition qu'elle n'en donne pas aux autres résidents, dont son mari.

Mme France nous dit : *« J'aimerais bien une meilleure nourriture mais bon, je leur dis pas car cet hôpital est construit depuis pas longtemps et il a pas bonne réputation alors si je dis encore du mal, ça sera pire »*. Lorsqu'on lui demande si sa fille vient parfois partager des repas avec elle, elle nous dit ceci : *« Non car j'oserai pas leur servir ce qu'on nous sert ! (rires). »*

Elle parle également de la contrariété d'être confrontée à d'autres personnes âgées au sein de la collectivité au moment du repas : *« Et puis à midi on m'a obligée à aller dans la salle en bas mais ça ne me fait pas plaisir. On m'a dit « vous écouteriez les conversations » mais c'est des vieilles dames et on comprend rien. »*

Mme Japon partage cet état d'esprit : *« On peut pas bien parler parce que y'en a beaucoup qui ont pas bien leur tête. C'est ça qui est dommage, y'a une dame qui est avec moi en même temps à manger, et deux autres aussi, et une qui parle pas du tout et une autre qui mange... qui bave, qui est pas agréable quoi. »*

On retiendra ici une critique négative de l'alimentation hospitalière chez la majorité des sujets interrogés.

1.2. Une confrontation aux normes et pratiques professionnelles et à leurs acteurs

Les relations avec le personnel soignant ont été évoquées par les personnes âgées de notre étude dans ces termes :

Mme Japon est satisfaite de ses relations avec les soignants. Certaines sont presque *« devenues des amies »*. Elle fait tout de même une différence entre les soignantes *« gentilles »* et celles qui *« n'auraient pas dû faire ce métier »*. Elle rajoute qu'il faut être gentil avec les soignants si l'on veut qu'ils le soient en retour. Elle conserve de plus un très bon souvenir de l'orthophoniste qui l'a fait boire pour la première fois et avec qui elle s'amusait beaucoup.

M. Inde distingue aussi les deux mêmes catégories de soignants : ceux avec qui les relations sont *« quasi-amicales »* et ceux qui font leur travail *« sans se préoccuper du contact humain »*. Il s'exprime ensuite sur sa rencontre avec l'orthophoniste : *« Je l'ai rencontrée le premier jour, au départ je ne l'ai pas prise beaucoup au sérieux, parce que l'eau gélifiée bon... j'aime mieux la limonade. Et finalement j'ai fini par comprendre que*

ce n'était pas sans intérêt. Elle m'a parlé de ma glotte. Je pense que les troubles que j'avais, de déglutition, venaient en partie de trois semaines d'intubation, donc il faut que ma glotte s'en remette. Et ça n'est pas la première fois de ma vie, donc cette région est un peu diminuée. » Il développe ainsi le fait qu'il a mis un certain temps avant d'adhérer aux objectifs thérapeutiques de l'orthophoniste.

Mme Espagne répond ici à une question concernant les AS et les IDE : *« Oui on arrive à les identifier mais elles ne restent jamais bien longtemps, les AS surtout. Les infirmières, les vraies y en a pas des tas, c'est surtout les AS que je vois le plus dans la journée. Dans l'ensemble elles sont sympathiques. Y en a qui sont jeunes, qui n'ont pas encore eu leur diplôme alors elles viennent pour une semaine ou quinze jours »*. Elle insiste alors sur le fait qu'elle est en mesure de différencier une aide-soignante d'une infirmière, sans rentrer dans le détail de leurs interactions.

Mme France évoque ses attentes par rapport au personnel qu'elle aimerait rencontrer : un personnel *« plus stylé », « plus professionnel »* et moins familial. Elle explique les différences entre une AS et une IDE : *« Je sais reconnaître une AS et une IDE, on voit celles qui ont été dans des écoles, qui sont formées, qui ont une tenue et les autres, qui sont plus à la mode, moins réglo[...] alors on voit la différence entre une AS et une IDE car on aimerait leur dire « soyez plus raffinées » c'est la mode des grands cheveux en ce moment et elles ont toutes des cheveux sur les épaules et c'est une négligence de la part d'une femme »*. Elle évoque également le fait qu'elle se sent plus en confiance avec les soignants masculins : *« En plaisantant ce monsieur je l'appelle mon chéri ! Les hommes sont mieux, ils sont plus investis. »*

Ainsi, Mmes Espagne et France mettent l'accent sur le fait qu'elles savent reconnaître les aides-soignantes et les infirmières sur des critères d'âge, d'attitude et de tenue vestimentaire. Mme Madagascar évoque les relations avec les équipes soignantes ainsi : *« Au début y en a une, on s'était un petit peu attrapées. Mais elles sont bien, à part une ; mais y en a d'autres avec qui ça passe pas donc ça me rassure »*.

2. Les changements dus à l'entrée en institution

2.1. Les changements familiaux

Les proches des personnes âgées se sont parfois confiés au sujet des changements intrafamiliaux provoqués par l'entrée en institution de leur parent ou mari. Qu'en est-il du ressenti de ces derniers ?

Mme Espagne s'exprime au sujet des visites de ses filles à l'hôpital et semble consciente de leurs difficultés à trouver du temps pour s'adapter à cette nouvelle configuration : *« Je dirais que je les vois plutôt moins souvent car elles ont à faire aussi. La plus jeune elle vient presque tous les deux jours, c'est le maximum qu'elle puisse faire »*.

Mme France s'exprime à propos des relations avec sa fille de façon moins prononcée et développée quant à la nature et la teneur de leurs relations amorcées à l'hôpital : *« Avec ma fille on s'entend bien même si on a des accrochages car on a 30 ans de différence ! »*

De manière générale, les personnes âgées se sont moins exprimées à ce sujet, que leur famille, voire pas du tout.

2.2. La perte d'autonomie

Les personnes âgées parlent ici de leur ressenti vis-à-vis de leur perte d'autonomie.

Mme France dit ceci : *« J'ai eu un restaurant alors comme j'aime beaucoup cuisiner, on utilisait la cuisine pour faire des bons repas. Je faisais tous les plats lyonnais. J'aimais beaucoup ça, je regrette de pas y être encore mais c'était trop fatigant et j'étais déjà malade. Je faisais tout : les courses, le service, les repas, ça m'a trop fatiguée. »*

Mme Espagne évoque son domicile : *« J'avais mon chez-moi, je recevais chez moi des amis... (elle pleure). Moi personnellement je le ressens mal, je voudrais mon chez-moi. »*

On voit ici la difficulté de ces femmes à apprivoiser cette situation de dépendance.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I. L'influence des représentations personnelles et de la hiérarchie hospitalière sur le registre relationnel

1. Le registre thérapeutique dominant : le registre relationnel

Parmi les trois registres thérapeutiques mis en avant par Aïach (1994), le registre « *affectif et relationnel* » est celui utilisé par la plupart des soignants interrogés dans le soin gériatrique. L'influence des représentations de la vieillesse, la fonction occupée dans l'hôpital sont autant de raisons qui amènent à exercer dans ce registre.

1.1. Qu'est-ce que le relationnel d'après les soignants interrogés ?

La part relationnelle dans le travail des soignants interrogés est importante. Nous pouvons alors nous pencher sur la définition qu'ils en donnent.

Etre dans le registre relationnel serait synonyme de rentrer en relation avec le patient. Mme Suède le médecin explique qu'elle « *discute* » avec les patients. La citation suivante pourrait définir ce qu'est le relationnel et le technique dans un soin : « *L'idée ici est un accompagnement dans la fin de la vie pour que les gens soient bien, soient confortables [le relationnel] ; on est plus du tout dans l'agressivité des examens complémentaires, des traitements qui paraissent disproportionnés [le technique].* » Mme Niger, l'IDE explique de même qu'en gériatrie, le travail porte sur des projets de vie individualisés au contraire des services de médecine où les soignants exécutent de nombreux examens et sont à la recherche de diagnostics. Aussi, Mme Maroc, le cadre, dit aimer comprendre ce qui a amené les patients jusqu'ici : le relationnel serait alors pour elle la connaissance de l'histoire personnelle du patient.

On peut en conclure que le registre relationnel pour ces soignants équivaut à l'établissement d'une relation privilégiée avec le patient qui passe par le dialogue. En outre, ces conclusions peuvent être appuyées par les dires de Mme Thaïlande, IDE, qui explique que « *La part relationnelle elle est aussi adaptée en fonction des patients parce qu'on a parfois des patients très déments ou alors qui ne communiquent pas du tout donc ça dépend* ». Donc, la part relationnel du travail serait en lien avec la communication qui peut s'instaurer entre les deux protagonistes.

1.2. Une mise en avant de ce registre en lien avec le statut professionnel

D'après Aïach et Fassin (1984), le registre légitimé par les médecins est le registre « *cognitif et technique* ». Mme Corée, interne à Afrique, s'inscrit bien dans ce rôle puisqu'elle dit exercer 80% de technique dans son métier contre 20% de relationnel. En revanche Mme Suède à Europe donne les pourcentages inverses en expliquant que son rôle n'est pas dans la technique mais dans l'accompagnement des patients. Elle s'inscrit alors plus dans le registre relationnel et affectif dévolu aux autres professionnels hospitaliers (IDE, AS et les paramédicaux) comme Mme Maroc, IDE à Afrique. On

s'étonne alors de l'évaluation de son travail par Mme Thaïlande à 50% voire 70% de soins techniques, IDE à Asie. On s'attendrait à ce qu'une IDE mette plus en avant le registre relationnel (Freidson, 1984). Nous verrons dans la partie suivante que cette répartition peut venir de l'impulsion des médecins. Les trois orthophonistes interrogées ne mettent aucun des deux registres en avant. Les AS mettent en avant leurs savoirs spécifiques dans le registre relationnel (Arborio, 1996) ; Mme Finlande, AS à Europe s'inscrit alors dans ce courant. Cependant, Mme Malaisie à Asie, qui exprime une part égale entre les deux pôles, sort de ce cadre.

Dans un même lieu, la préférence pour un des deux registres semble être notée : à Europe et Afrique, le registre serait le relationnel tandis qu'à Asie la technique serait privilégié.

1.3. La représentation de la vieillesse influence le choix du registre relationnel

Le choix du relationnel de Mme Suède, pourtant médecin et donc partisan en théorie d'une mise en exergue du registre cognitif et technique peut s'expliquer par sa représentation de la vieillesse puisque pour elle, les personnes âgées sont vulnérables, fragiles. Il s'agirait ainsi de mettre le patient âgé sous sa protection. De même Mme Maroc, bien que IDE, est cadre de santé ; on aurait alors pu s'attendre à ce que sa formation de cadre, plutôt axée sur des missions administratives et de gestion et moins cliniques que son ancien rôle d'IDE l'amènent davantage dans la technique que dans le relationnel. On observe que ce n'est pas le cas, et on peut lier cela avec le fait qu'elle aime le travail en gériatrie pour les richesses de vécu apportées par les personnes âgées. On pourrait en conclure de cela qu'en gériatrie la compétence relationnelle est requise au contraire de services de médecine qui nécessitent la compétence technique.

2. Une hiérarchie bien présente

Le travail en hôpital est indissociable d'un contexte de hiérarchie comme l'explique Strauss avec son ordre négocié. Cette hiérarchie a alors un rôle sur le travail en équipe observé dans les services de gériatrie et se retrouve dans les corps soignants.

2.1. Les conséquences sur le travail en équipe du contrôle exercé par le médecin

Nous avons remarqué une différence dans le travail en équipe en fonction du contrôle exercé par le médecin (Freidson 1984) par lieu.

A Europe, Mme Suède le médecin dit beaucoup travailler en équipe et en lien avec les soignants. Cette collaboration est vécue de manière positive par les soignants interrogés. De plus ils n'ont pas de marge de manœuvre importante quant à l'adaptation des soins en fonction des patients. Ainsi Mme Suède exercerait un contrôle sur ses équipes. Mme Allemagne, l'orthophoniste d'Europe, explique que l'intérêt que portent les soignants aux troubles de la déglutition vient des médecins et en particulier du Docteur xxx (Le Docteur xxx est médecin à Europe, nous l'évoquons sans l'avoir interrogée). Elle nous dit :

« Voyant que elle, elle s' y intéresse, je pense que les autres médecins s'y intéressent aussi ». Mme xxx est la chef de service de gériatrie à Europe. Nous l'avons rencontrée lors d'un temps informel et cela a pu confirmer les dires de Mme Allemagne. De plus, nous voyons que les deux soignants interrogés à Europe mettent le registre relationnel en avant comme Mme Suède le médecin. Tout ceci nous amène à éventuellement penser que l'impulsion donnée par cette dernière sur son service ainsi que le contrôle qu'elle exerce sur ses équipes joue un rôle très important dans les pratiques de soin de tous les soignants.

On pourrait aussi avancer qu'à Asie le contrôle exercé par le médecin est important. En effet, les soignants vont voir le médecin lors du constat d'une fausse route sauf l'orthophoniste qui s'y rend parfois après : l'AS et l'IDE ne prennent pas de décision sans l'avoir consulté. De plus, on remarque que la marge de manœuvre des soignants quant à l'adaptation des soins est faible et que même si par exemple la famille veut apporter des chocolats, l'accord préalable du médecin est requis d'après Mme Thaïlande, IDE. On a remarqué qu'à Asie, le registre privilégié était le registre technique. Nous pouvons en déduire que cette impulsion pourrait venir de la volonté des médecins du service qui exercent un contrôle sur leurs équipes (rappelons que Mme Corée l'interne estime exercer à 80% de technique).

Le cas d'Afrique est différent. En effet, d'après les dires de Mme Zambie (diététicienne) et Mme Congo (orthophoniste) déjà détaillés, le travail en équipe mal organisé génère beaucoup de souffrance. De même, Mme Maroc, cadre de service, rencontre des difficultés majeures à créer un consensus d'équipe autour des questions d'adaptation de soin au patient. Mme Maroc explique à propos des médecins : « *L'équipe médicale est très malmenée en ce moment parce qu'il y a beaucoup d'absents, de médecins non remplacés, donc elles sont énormément sollicitées, donc j'essaie de les ménager aussi* ». On voit donc que les médecins n'exerceraient pas explicitement de contrôle sur les équipes, ou très peu, mais que le gros du travail serait fait par la cadre de service. Peut-on en conclure que le fait que les médecins ne prennent pas beaucoup part au travail d'équipe engendre ces difficultés ?

Il nous a semblé évident que la place que prend le médecin au sein du service, que le temps qu'il passe ou non avec les équipes ainsi que sa politique de soin, influencent tous les soignants du service.

2.2. Une hiérarchisation des soignants entre eux

Une certaine hiérarchie entre soignants est explicitée lors des entretiens sans qu'une de nos questions porte sur ce sujet. Strauss (1992) place les médecins au sommet de la hiérarchie et les AS à la base. Au milieu, les paramédicaux s'organisent selon la longueur de leurs études d'après Freidson (1984). Donc d'après la longueur des études, on retrouverait dans notre étude : médecin puis orthophoniste puis infirmière puis AS. Observons les liens tissés au sein des lieux visités.

D'après Strauss (1992), le médecin aurait tendance à écarter les AS du processus thérapeutique. Ceci fait écho avec les propos de Mme Corée l'interne d'Asie. Lorsqu'elle parle de son travail en équipe, elle explique travailler avec ses deux supérieurs et l'orthophoniste. Nous lui demandons si elle travaille avec l'équipe soignante et elle répond : « *Ah oui c'est vrai que je l'ai pas mentionné mais j'aurais dû car souvent c'est eux aussi qui nous signalent quand il y a des soucis* ». De plus, Mme Mongolie

l'orthophoniste aborde la question de l'autonomie du médecin et de la délégation des soins soulevée par Freidson (1984). En effet, d'après elle, certains médecins n'intégreraient pas les intervenants extérieurs et s'occuperaient de domaines dans lesquels leurs connaissances sont moindres que celles de certains paramédicaux : *« C'est vrai que pour la question d'être à cheval avec d'autres domaines : des fois les médecins ils veulent tester la déglutition eux-mêmes, mais comme il leur manque certaines connaissances, ils vont tester, allez hop, il avale, il tousse pas, c'est bon ! Mais c'est que quelques médecins, mais bon c'est pas grave. Je pense que ça dépend beaucoup du médecin et de sa manière de travailler aussi, comment il intègre les intervenants extérieurs aussi »*. A Asie, Mme Mongolie l'orthophoniste travaille plus avec les AS qu'avec n'importe quel autre corps soignant. Pour elle, *« Les AS c'est les plus importants »*. Elle met en avant leur rôle par rapport à la déglutition donc on n'imagine pas de rapport hiérarchique.

A Europe, d'après les dires de Mme Finlande l'AS, les médecins sont ouverts et elle affirme : *« Ils viennent vers nous [les AS] pour tout ce qui est alimentaire. »* Ceci est corroboré par Mme Suède le médecin qui dit *« Passer sa vie dans les chambres à discuter autant avec les patients que les soignants »*. Mme Finlande l'AS explique les rapports au sein de l'équipe soignante : *« Ici il ya de très bons rapports entre les IDE et les AS ; on ne ressent pas la différence, on s'entend très bien il n'y a pas de hiérarchie »*.

A Afrique, Mme Zambie la diététicienne explique les difficultés du travail en équipe par les mauvaises décisions prises par ses supérieurs : *« Y'a beaucoup de décisions qui sont prises et de choses qui sont faites sans que le personnel en soit averti, et sans forcément que ça colle à la réalité, les décideurs ne sont pas sur le terrain et effectivement du coup les décisions sont pas toujours adaptées »*. On ne sait pas qui sont ces « décideurs » mais leur autonomie semble bien présente selon elle. Au contraire, Mme Congo l'orthophoniste est satisfaite de son travail avec les médecins puisque ses conseils aux équipes sont repris par eux. Elle ne dit pas remarquer de sentiment d'infériorité. Pour elle, les médecins gériatres sont abordables car ils ne sont pas des spécialistes et ils ressentiraient un sentiment d'infériorité envers les spécialistes qu'ils estimeraient plus reconnus qu'eux. Nous pouvons de nouveau faire le lien avec la hiérarchie de Freidson selon la longueur des études car les spécialistes font des études plus longues que celles des généralistes. Ensuite, sur le plan des paramédicaux et des AS, Mme Congo, l'orthophoniste détaille les rapports d'égalité avec les IDE : *« Les infirmières se sentent comme nous alors en plus au sein d'un hôpital on est vraiment considérées comme le paramédical ; il n'y a pas de hiérarchie, elles ne se sentent pas inférieures à nous »* au contraire des AS : *« Elles se placent tout le temps un peu inférieures donc elles osent moins, elles sont un peu en retrait. »*. D'après les dires de Mme Congo et Mme Zambie, on note un revers dans la hiérarchie : cette orthophoniste et cette diététicienne n'osent pas imposer leurs conseils aux AS, puisque ce serait leur rajouter du travail, alors qu'elles sont déjà débordées. Si les deux soignantes le disent, c'est que peut-être ce discours est tenu par les AS.

Nous n'avons pas assez d'entretiens pour pouvoir généraliser les liens hiérarchiques à l'hôpital, mais d'après ces quelques personnes et d'après nos observations, nous pouvons faire les remarques suivantes : à Europe, les sentiments de hiérarchie sont faibles ; à Asie, ils sont faibles entre paramédicaux et AS mais présents avec les médecins ; à Afrique, un soignant parle d'une hiérarchie entre paramédicaux et AS et un autre entre « décideurs » et paramédical.

2.3. Une hiérarchisation des soignants par les profanes

Les profanes expriment des liens de hiérarchisation lorsqu'ils vont s'adresser aux professionnels. L'équipe soignante est parfois malmenée par certains visiteurs.

Mme Suède, le médecin explique que l'« *Aura du médecin* » influence les comportements des profanes : « *Ils ne s'adressent jamais de la même façon au médecin ou aux équipes. C'est un comportement très courant ; avec moi ça paraît tout lisse alors qu'avec les équipes, elles [les familles] sont parfois dans l'agressivité, dans le doute, dans le manque de confiance alors avec moi ça arrive bien sur ça arrive mais c'est beaucoup plus rare quand même.* ». Pour Mme Thaïlande l'IDE et Malaisie l'AS, elles sont « *transparentes* » ou « *invisibles* » pour certaines personnes qui iront s'adresser directement au médecin ou à la surveillante. Mme Maroc la cadre exprime aussi la notion d'agression envers l'équipe par les profanes qui ne comprennent pas les soins.

3. Une influence des représentations personnelles sur les pratiques de soin

Nous avons déjà présenté les résultats montrant que les pratiques de soin sont influencées par les représentations personnelles de la vieillesse et de l'alimentation des soignants.

3.1. Une représentation de la vieillesse qui privilégie le sujet au symptôme

Perdrix (2007) note une distinction entre sujet et symptôme dans les discours qui témoignent des croyances de orthophonistes. Dans notre étude, la prise en compte du sujet et non du symptôme est plus pertinente pour les soignants. En effet, les patients âgés interrogés étaient pour beaucoup hospitalisés suite à une maladie cardiovasculaire qui a entraîné de nombreux troubles : nous nous sommes intéressées plus spécifiquement aux troubles de déglutition mais les patients présentaient aussi des séquelles motrices et sensitives d'hémiplégie (sauf M. Inde). Caradec (2001) explique que les représentations de la vieillesse comme un déclin progressif de la personne orientent vers un renoncement dans les pratiques de soin. En rapprochant cela des analyses faites plus haut sur la définition du relationnel et sur l'adaptation des soins, on voit que les soignants privilégient le sujet dans son ensemble et non le symptôme : ils essaient de prendre en compte ses envies et de conserver au mieux un bien-être (adaptation des soins) tout en évitant des examens médicaux trop nombreux et agressifs (mise en avant du relationnel). Les soignants ne sont alors pas dans une recherche d'éradication des symptômes mais dans l'établissement d'un certain confort pour le patient.

3.2. Le cas d'Afrique

Nous avons vu dans la présentation des résultats que l'adaptation des soins alimentaires dans l'hôpital Afrique mettait à mal l'équipe soignante. D'après Mme Maroc la cadre, certains soignants adapteraient l'alimentation des patients en fonction de questions éthiques personnelles au dépend de la sécurité. Par exemple ils les laissent boire, manger

des aliments interdits ou ne pas respecter leur régime alimentaire. Nous avons déjà vu que Mme Maroc oriente son travail et la formation de ses équipes vers le plaisir de manger car il est « *hyper important* » pour elle. Nous avons aussi analysé le fait que les médecins étant débordés, Mme Maroc essaie de les « *ménager* ». Nous pouvons alors supposer qu'en premier lieu, Mme Maroc étant infirmière et non médecin, elle n'exercerait pas un contrôle aussi fort qu'eux sur ses équipes. De plus, elle-même explique qu'elle oriente sa pratique vers ses valeurs personnelles : le plaisir de manger. Dans ce contexte-là, on pourrait comprendre que les soignants fondent aussi leur pratique sur leurs valeurs.

3.3. Un exemple d'usage de la rhétorique professionnelle : la conservation de la notion de plaisir dans l'alimentation

Dans la thématique de conservation de la notion de plaisir dans les soins alimentaires des personnes âgées, on peut se demander dans quelle mesure intervient la rhétorique professionnelle. En effet, les soignants parlent tous de la notion de plaisir de repas, de « *repas-plaisir* » comme Mme Thaïlande l'a appris durant ses études ; Mme Allemagne, Mme Finlande, Mme Maroc, Mme Niger et Mme Mongolie expliquent que manger doit rester un plaisir et qu'elles mettent des choses en œuvre pour cela. En réalité, les alternatives exposées par les interrogés se limitent à la présentation des plateaux, la délégation de la responsabilité des risques chez le patient qui veut manger ce qu'il veut et à l'assouplissement des régimes diabétiques. La réalité des remédiations est éloignée des discours souvent emphatiques sur cette notion : Mme Mongolie emploie le mot « agréable » à trois reprises dans la même phrase et Mme Maroc utilise le superlatif « hyper » pour évaluer son importance. Cependant, Mme Malaisie et Mme Thaïlande, AS et ISE, notent ce décalage entre la théorie et la pratique : dans leurs formations, le discours est très orienté vers cette notion de repas-plaisir alors que dans les faits, les soignants sont « *tributaires d'une société de restauration, de certaines normes d'hygiène hyper draconiennes, [et sont dans l'impossibilité d'adapter aussi] pour des raisons pratiques, des raisons de temps, des raisons personnelles.* »

En conclusion de cette partie, nous pouvons nous demander pourquoi les soignants mettent autant en avant le registre relationnel dans leur pratique. Nous avons vu que la notion de plaisir dans l'alimentation exprimée dans les discours était difficile à garder en réalité. Les professionnels n'ont pas les moyens de mettre en œuvre leurs valeurs du fait de la rationalisation des soins. Le registre technique prime alors sur le registre des valeurs : le registre communautaire. Cet idéal de soin non-réalisable pour la notion de plaisir renvoie peut-être à la notion du soin en général. En effet, le déclin inévitable de la personne âgée engendre des renoncements dans les pratiques (Pennec) ; mobiliser le relationnel serait la remédiation à un idéal de soin. Les soignants, coupables de ne pouvoir guérir la personne âgée, auraient besoin de mettre en avant le fait qu'ils aient des relations avec ces patients pour légitimer leur pratique à leurs yeux et à ceux d'un intervenant extérieur, comme nous. De plus, une hiérarchie forte qui décide seule renforcerait l'exécution des représentations personnelles dans le soin peut-être comme signe de protestation.

II. Les profanes, entre réorganisation familiale et adaptation aux professionnels

1. Un décalage entre les normes des profanes et des professionnels

1.1. Une illustration du décalage entre les discours : le cas de M. et Mme Madagascar

M. et Mme Madagascar ont été décrits par Mmes Maroc, le cadre infirmier et Niger, une IDE du service d'EHPAD, comme étant des personnes « posant problème ». En effet, Mme Madagascar reçoit des visites de personnes qui lui apportent des produits ne correspondant pas à la politique hygiénique alimentaire de l'EHPAD, produits qu'elle dit avoir le droit de consommer et de conserver dans sa chambre (chambre différente de celle de son mari), à condition de ne pas les partager. Cela dit, avant qu'un des fils du couple n'intervienne pour autoriser ses parents à prendre des repas ensemble, ils n'en avaient pas l'autorisation. Mme Maroc (cadre) nous dit alors : *« On doit à la fois essayer de respecter la sécurité, quand on sait qu'une personne ne doit pas boire d'eau et que malgré tout elle boit, on sait ce qu'on risque, c'est ce qui se passe pour le couple qui nous pose problème. La personne est aussi en droit de nous dire « je sais ce que je risque mais je demande quand même à boire de l'eau ». »* Des précautions extrêmes avaient été prises au sujet de ce couple. De plus ils ne sont toujours pas autorisés à séjourner dans la même chambre. Ce discours ambivalent entre la volonté de contrôle de la sécurité des résidents mais aussi le respect de leurs vœux et la prise en compte de leur trajectoire en tant qu'individus (mariés depuis une soixantaine d'années, ayant eu une vie et des habitudes bien avant leur entrée en institution) est alors difficilement appliqué dans ce service. On est face à certaine rhétorique professionnelle.

Ainsi, cette tolérance avancée par Mme Madagascar est ambiguë. En effet, Mme Niger (IDE) s'exprime à ce sujet : *« Par rapport à l'alimentation, avec M. Madagascar, par exemple, [...] sa femme a mis des cornichons et du saucisson sur la fenêtre, il fait chaud la journée, moins la nuit, c'est pas toujours très... au niveau hygiène [...] On doit dire aux familles de pas apporter de vin ou de trucs comme ça, parce qu'on avait des visites à un moment donné qui apportaient du vin donc là non. On peut fermer un petit peu les yeux, mais pas être trop laxistes (rires) ! »* Ainsi, on voit qu'il existe un décalage entre le discours de Mme Niger et la réalité des faits.

Alors que ce couple est sujet à de nombreuses remontrances, objets de rendez-vous réguliers avec un de leurs fils car leur situation est dite « ingérable », il ne semble pas que M. et Mme Madagascar ait l'impression d'enfreindre des règles ni d'avoir de forts ressentiments à l'égard de l'équipe soignante, malgré les commentaires de Mme Maroc (cadre) : *« Donc par exemple pour le couple Madagascar on va aller tout à l'heure avec une soignante leur parler, parce qu'ils ont une pratique déviante par rapport au cadre établi. (...) Ils sont forains donc j'ai rien contre les forains mais tout ce qui est ordre, ils contournent. »*. Ainsi, le fait qu'ils soient actifs vis-à-vis de leur vie en institution les place dans un profil de personnes à surveiller.

1.2. Un décalage entre les soins pré et post-hospitalisation

Mme France exprime le fait que selon elle, les examens médicaux sont trop poussés, trop techniques, et qu'elle n'apprécie pas qu'on aille chercher son « [...] *mal très loin alors qu'il est facile à trouver* », et que dans la même configuration, on ne lui donne pas les médicaments qu'elle réclame pour parvenir à s'endormir. Elle fait ainsi la comparaison avec le médecin généraliste qui venait la visiter à son domicile avant l'hospitalisation et qui « *était très bien* ». On sent ici que Mme France voudrait bénéficier du contrôle qu'elle avait à son domicile, que l'on peut corréliser avec ce que Balard (2010) évoquait sur le fait que quand on reçoit des tiers chez soi, on a le pouvoir de les faire partir le cas échéant, ou vraisemblablement au moins d'échanger de façon plus libre. Alors que ce n'est pas le cas dans une situation où la dépendance est accrue et où on est peut-être moins considéré comme un sujet acteur et décideur, pendant une hospitalisation.

1.3. Une explication des soins non adaptée à la compréhension profane ?

Il semblerait également qu'il existe des décalages entre l'explication des soins, des interventions par les soignants, et leur réception par les profanes. La situation qui nous paraît la plus pertinente dans ce cas est celle de Mme Espagne. Nous avons cru sentir dans la conversation qu'elle attribuait pour une forte part le fait qu'elle n'appréciait pas la nourriture qu'on lui servait à la texture de celle-ci : « *On mange à sa faim mais pour moi c'est mal fait, c'est pas des haricots verts, c'est de la purée de haricots verts. [...] La viande elle a été réduite en poussière et reconstituée et je crains un peu ça.* » Ce qui suit est une hypothèse : nous pensons que Mme Espagne a été dans l'incapacité de comprendre l'adaptation de sa prise alimentaire en lien avec ses troubles de la déglutition : elle se rendrait compte que sa nourriture est mixée mais ne ferait pas le lien avec une prise en charge thérapeutique, un choix médical explicite. Mme Espagne ne semble pas comprendre son alimentation à l'hôpital. Nous pourrions alors imputer cela à une explication n'ayant pas convenu à Mme Espagne qui n'aurait pas eu toutes les données nécessaires, une explication qui serait alors insuffisante ou peu adaptée. Il est également possible que ses ressources cognitives ne l'aient pas aidée dans l'élaboration et l'adaptation à une nouvelle situation.

2. Des relations régies par la hiérarchie hospitalière

2.1. Une identification des soignants selon la hiérarchie

Nous avons précédemment présenté le fait que Mmes France et Espagne avaient verbalisé les possibilités qu'elles avaient utilisées pour différencier une aide-soignante d'une infirmière. Elles se basaient sur des critères touchant l'apparence moins formelle des aides-soignantes, leur jeune âge et leur attitude qui semblait moins professionnelle. On peut ici remarquer que ces personnes âgées ont effectué une séparation selon la hiérarchie hospitalière, mettant surtout en exergue un jugement de valeurs fortement prononcé. Les aides-soignantes apparaissent comme des personnes sympathiques, mais peu décrites en fonction de leurs capacités professionnelles, peut-être au second plan dans leur rapport

avec ces personnes âgées. Le fait que leurs compétences soient proches des savoirs profanes les hisse peut-être moins dans la considération qu'ont ces personnes âgées du soin et des soignants.

2.2. Des lieux et des fréquences de rendez-vous différents

Nous avons demandé aux familles avec quels professionnels elles communiquaient. Il est apparu que du fait de leur présence accrue auprès des patients, ce sont les aides-soignantes qui se sont révélées être à une place importante dans la transmission d'informations avec les proches des personnes âgées, qu'elles croisent dans les chambres, dans les couloirs, qu'elles voient de façon informelle. Les médecins sont le plus souvent sollicités lorsqu'il y a une question médicale ou un problème. Ces rendez-vous sont alors prévus et se passent dans le bureau, ils seraient moins accessibles selon Mme Madrid : « *Le médecin aurait plutôt tendance à rester dans son bureau, je la vois pas beaucoup dans les couloirs, peut-être que je la verrais plus si je venais le matin (rires).* ». Ceci est plutôt en contradiction avec le discours de ce même médecin, qui nous dit : « *Forcément, je passe ma vie dans les chambres, à discuter autant avec les patients qu'avec les soignants, je vois les familles en difficultés, souvent elles me demandent et puis ça m'arrive si je suis dans les couloirs de leur montrer, de discuter* ». On peut ici remarquer que les faits évoqués par Mme Madrid sont éloignés du discours de rhétorique professionnelle de ce médecin, qui face à nous avait explicité le fait que son travail était pour 80 % « relationnel » et 20 % « technique ».

2.3. L'attente d'une dimension tantôt relationnelle, tantôt technique dans les soins

Nous avons pu remarquer que les personnes âgées hospitalisées entretiennent des relations avec le personnel soignant, surtout paramédical.

Ainsi M. Inde et Mme Japon se rejoignent sur le fait qu'ils émettent un jugement sur des professionnelles qui selon eux « *Ne font pas le bon métier* », ou le font « *Sans trop de passion* », et nous disent alors en réponse à cela entretenir des « *Relations quasi-amicales avec un certain nombre* », qui seraient plus douces, vraisemblablement autant dans les soins que dans un plan plus élargi. Il semble alors que ces personnes âgées mettent en valeur les qualités dans le champ du contact des professionnelles en question, et sont plus à l'aise avec celles qui mettent en exergue le choix du registre relationnel et affectif présenté par Aïach et Fassin (1994). M. Inde et Mme Japon mettent alors en avant deux catégories de soignants qu'ils ont pu identifier. Les professionnelles qu'ils apprécient ont répondu à leurs attentes via la représentation relationnelle des soins qu'ils avaient et qui s'est alors personnifiée, vraisemblablement en opposition avec des soignantes plus techniciennes.

A l'opposé, Mme France compare les soins prodigués ici à ceux qu'elle recevait chez elle lorsque son médecin traitant venait la voir. Elle s'exprime sur le fait que selon elle à l'hôpital, les examens sont très nombreux et que paradoxalement, on ne lui donne pas les somnifères qu'elle réclame, qui étaient par ailleurs prescrits par son médecin de ville. Ainsi, on peut remarquer que Mme France est dans l'attente d'une dimension cognitive et

technique des soins, pouvant répondre aux contrariétés provoquées par ses symptômes, en opposition avec les personnes âgées citées auparavant.

En conclusion, on peut s'attacher à dire que les profanes et les professionnels ne sont pas des catégories d'acteurs qui communiquent et se confrontent de façon figée. En effet, les uns et les autres, dans chaque type de statut, mobilisent et mettent en avant préférentiellement, en lien avec leurs valeurs communautaires et leurs représentations personnelles, l'un ou l'autre des registres thérapeutiques. Cette confrontation de normes entraîne des non-dits, des sous-entendus mais aussi des négociations.

III. Les personnes âgées : entre conciliation des normes familiales et opposition avec les normes professionnelles

1. Une conciliation entre les normes des parents et celles des enfants

Les profanes interrogés répondaient à la catégorie des enfants de personne âgée hospitalisée qui inscrivent leur pratique de soin dans la continuité des normes familiales

1.1. Le respect du vœu du parent

Mme Madrid s'exprime en ces termes concernant l'entrée de sa mère dans un processus de dépendance :

« Pendant trois ans on a géré des auxiliaires de vie, ce qui a permis à ma mère de rester quand même chez elle pas mal de temps, ce qu'elle a beaucoup apprécié, par contre c'était presque mal vu du voisinage, les voisins comprenaient pas que une personne âgée autant handicapée puisse rester chez elle, ils ne comprenaient pas, ils ne comprenaient pas du tout. Moi sachant que c'était son choix, je comprends tout à fait [...] j'ai essayé de la maintenir chez elle un maximum. »

Mme Madrid a essayé de maintenir sa mère à domicile conformément à ce que cette dernière souhaitait. La norme du parent est respectée. Elle explique ensuite que les difficultés croissantes de sa mère à rester seule la nuit : *« [...] elle se mettait à appeler au secours »*, les ont conduites à prendre la décision de se tourner vers une institution car l'engagement d'un tiers jours et nuits était trop cher. Mme Espagne a alors respecté l'obligation filiale énoncée par Pennec (1999) de maintenir son parent le plus longtemps possible à domicile.

Un autre cas de respect des vœux parentaux s'illustre avec Mme Japon et son fils. En effet, son médecin l'avait encouragée à retourner progressivement à son domicile, où son fils habitait depuis son hospitalisation. Cependant, elle ne se sentait pas à l'aise et son fils l'a soutenue dans ce sens. Elle explique : *« C'est ce que le médecin voudrait mais je me sens pas prête. Je peux pas me débrouiller, avec ma main je peux rien faire [à cause de l'hémiplégie]. Pour faire ma toilette c'est pas facile, je peux pas y arriver. Il [mon fils] a dit au docteur qu'il me voyait pas bien rentrer chez moi car je peux rien faire, il doit me surveiller tout le temps et il a peur. »*

1.2. Le respect des normes parentales dans un contexte de rupture de l'ordre ancien

Mme France est une femme qui a dédié, selon ses dires et ceux de sa fille, la majeure partie de sa vie à la cuisine, elle avait notamment été restauratrice. En évoquant son passé, elle se replonge dans l'état d'esprit qui était le sien pendant ces années : « *Je vis en faisant la cuisine, ça me procure une vraie joie* ». Pour Mme Paris, sa fille, les repas n'évoquent pas la même chose : « *J'ai pas le même comportement qu'elle par rapport à la nourriture.[...] Je ne sais pas si par réaction contre elle mais j'ai pas envie d'y accorder trop d'importance.* » Certainement par opposition à sa mère étant donné les relations conflictuelles que Mme Paris décrit, elle a remis en question les normes familiales associées aux repas.

Cependant, elle a quelquefois trahi ses propres normes pour respecter celles de sa mère et ainsi lui faire plaisir. Elle explique : « *Après quand elle n'a plus pu [cuisiner], ça fait trois ans, elle était devenue trop handicapée, on faisait chez nous, moi j'essayais de faire peut-être pas de la cuisine très compliquée mais la plus raffinée que je pouvais pour lui faire plaisir, avec le vin qui accompagnait parce qu'elle aimait beaucoup ça. Toute sa vie le repas ça a été festif.* » Maintenant que Mme France est hospitalisée : « *Je fais ce que j'ai à accomplir, je lui apporte une petite boisson gazeuse, parce qu'elle peut boire du gazeux maintenant, donc de la limonade, du coca, je lui ai apporté un peu de bière elle était toute contente.* » On retrouve aussi ici la notion de devoir filial.

1.3. La ré affiliation : le cas de Mme Paris

Nous avons vu dans la présentation des résultats dans quelle mesure Mme Paris évoque les changements dans la relation avec sa mère depuis l'entrée en institution. Leurs relations sont en effet devenues paisibles après avoir été longtemps conflictuelles. Ces changements de comportement maternel, que Mme Paris attribue à son entrée en institution et à sa dépendance, sont pour elle l'occasion d'une ré affiliation d'après le terme de Pennec. En effet, il s'agit de combler une faille affective, de réparer les dysfonctionnements relationnels. Elle explique notamment que sa mère découvre seulement maintenant que son gendre et son petit-fils sont « *bien* » ; ce à quoi Mme Paris répond : « *Mais mon fils et mon mari sont pas devenus bien ils ont toujours été bien seulement tu t'en rendais pas compte.* » Même si elle déplore beaucoup le sort de sa mère, Mme Paris est soulagée de l'amélioration de cette relation.

2. La personne âgée active dans son soin, exemple des couples Inde-New Dehli et Madagascar

D'après Pennec, certains soignants ne considèrent plus les personnes âgées comme des acteurs aptes à décider de leur prise en soin. On remarque que les médecins ne parlent pas avec Mme Espagne et Mme Japon des décisions médicales les concernant ; ils en parlent d'abord à leurs enfants. Cependant, ces décisions sont prises en présence de M.Inde et de Mme. New Dehli d'après celle-ci. Ce patient est donc considéré comme apte à décider au contraire des autres. Nous pensons que cette différence viendrait du fait que M. Inde et sa

femme soient un couple au sein duquel un des membres est plus jeune (Mme New Dehli est 10 ans plus jeunes que son mari). Il n'y a donc pas ce rapport filial comme avec les autres patients : M. Inde et Mme New Dehli font front ensemble pour imposer leurs décisions.

M. et Mme Madagascar semblent également actifs : comme déjà vu, ils essaient de négocier les règles alimentaires et le fait qu'ils puissent être l'un à côté de l'autre à table. Leur activité est montrée par leurs plaintes comme le dit Mme Madagascar : « *Je ne suis pas très timide alors quand y a quelque chose qui va pas, je le dis à la chef* ». A contrario, Mme France explique qu'elle ne se plaint pas pour ne pas aggraver la mauvaise réputation de l'hôpital.

3. Un décalage de normes de soin entre les personnes âgées et les professionnels

Tout comme nous avons vu des décalages de normes entre les profanes et les professionnels, les enfants et les parents, nous avons remarqué des différences entre les normes de soin des personnes âgées et des professionnels.

En effet, Mme France expose des différences de norme quant à la tenue des femmes de l'équipe soignante : elle n'aime pas la « *familiarité* » ni « *la mode des grands cheveux* » qui va à l'encontre de sa représentation des femmes ; pour elle cela fait négligé. Mme France a tenu un restaurant, on peut donc penser que le personnel soignant renvoie au personnel dans son restaurant (sa fille dit qu'elle a aimé « *avoir du pouvoir sur les gens* ») et ainsi que sa représentation du personnel est plus stricte que celle de l'hôpital. Il peut aussi s'agir de normes générationnelles. Ces dernières peuvent aussi agir sur la représentation du travail féminin de Mme France : elle dit préférer les soignants masculins car ils seraient « *plus investis* ». Il y aurait donc une auto-dévalorisation du travail féminin dans le discours de ce sujet. Elle développe de plus un jugement de valeurs sur l'hôpital : « *C'est dommage d'avoir un si bel emplacement pour le traiter comme on le traite. On le traite pas [de façon] moderne et on doit faire ça plus grandiose, surtout où il est placé.* » Les dires de Mme France pourraient renvoyer au marquage social de la ville. En effet, l'hôpital est situé sur la colline de la Croix-Rousse, quartier historique de Lyon, d'où le fait qu'elle insiste sur cet emplacement. Mme France vient de Villeurbanne, donc il y aurait peut-être pour elle un décalage social entre ces deux quartier, la Croix-Rousse étant mieux classé socialement que Villeurbanne. De plus, elle fait partie d'une génération pour qui l'hôpital était prestigieux. Cette représentation s'oppose à celle de Mme New Dehli, qui n'appartient pas à la même génération et qui explique que l'hôpital public « *part à vau-l'eau.* ».

Nous avons ainsi vu, dans cette partie, que les enfants conservent le plus possible les valeurs de leur parent, et ce même lorsque leurs valeurs sont différentes. Les personnes âgées interrogées ont vu débiter la médicalisation alors qu'elles étaient déjà adulte. On peut penser qu'elles avaient déjà établi le soin aux parents comme une norme familiale et qu'elles l'ont transmise à leurs enfants qui la respecte. Il serait intéressant de voir comment les normes de prise en charge du parent âgé se sont construites pour les générations qui sont nées après l'installation de la médicalisation. De même, des différences de normes générationnelles se font ressentir avec les professionnels. En effet,

la représentation de la personne âgée comme déclinante date d'une cinquantaine d'années : pour les sujets interrogés, leur représentation de la personne âgée, donc d'eux-mêmes, est celle d'une personne vieillissante mais pas en déclin. C'est pourquoi ces sujets veulent prendre part dans les décisions de soin les concernant. De plus, la plupart des femmes de leur génération ne travaillaient pas. On comprend donc l'auto-dévalorisation du travail des soignants féminins, accentué par les attentes d'une dimension relationnelle dans les soins puisque cette qualité était dévolue aux femmes.

IV. Limites et apports de notre travail

1. Les limites de notre travail

Notre travail s'est articulé autour des personnes âgées. Interroger ce type de population comme point d'ancrage n'a pas été évident car elles se sont moins exprimées que ce que nous attendions. En effet, la société construit des représentations de la vieillesse qui entraînent le fait que les personnes âgées se positionnent comme on prédit que cela se passera, en lien avec ces représentations : c'est la « *prophétie auto-réalisatrice* » (Caradec, 2001). Ainsi, ce phénomène a entraîné une diminution d'autonomie de la parole ; ce qui expliquerait que nous l'ayons retrouvée lors de nos entretiens.

Ce que nous avons développé sur « *l'aura du médecin* » tout au long de l'étude s'est également illustré sur nous lorsque nous avons réalisé l'entretien avec Mme Suède. Contrairement aux entrevues avec les autres soignants, nous avons ressenti un malaise, un stress dans nos comportements face à ce statut élevé dans la hiérarchie hospitalière. En effet, en tant que futures orthophonistes, nous avons imaginé ce médecin comme un potentiel supérieur hiérarchique. Cela a été accentué par le fait que nous étions dans son bureau lors d'un rendez-vous formel, au contraire de la plupart des rencontres avec les autres soignants qui se sont déroulées de façon improvisée ; certains membres de l'équipe soignante continuaient parfois à travailler tout en nous répondant.

La diversité des professions rencontrées a considérablement augmenté le nombre de paramètres à étudier, ce qui a ajouté des difficultés dans le travail d'analyse. Les organigrammes des lieux étaient différents en termes de métiers/professions/statuts représentés/rencontrés ce qui a rendu la généralisation complexe.

Ensuite, la prise de contact ayant été différente de celle à laquelle nous nous attendions, ce sont les orthophonistes qui ont sollicité les soignants. Ces derniers entretenaient alors peut-être des liens privilégiés avec les orthophonistes et donc une sensibilité particulière face aux troubles de déglutition et à leur prise en charge ce qui a pu représenter un biais méthodologique.

Enfin, n'ayant pas fait d'observations factuelles objectives, les entretiens sont construits sur ce que les acteurs ont bien voulu nous livrer. Bien que nous ayons essayé de confronter les discours des uns et des autres pour objectiver au maximum quelques situations, nous n'avons pas pu mesurer le degré de décalage entre les discours et les pratiques étant alors au plus près de la « *rhétorique professionnelle* » (Paradeise, 1984).

2. Les apports et perspectives quant à notre pratique future

Sur le plan de notre future profession, ce travail nous a permis en premier lieu de comprendre le travail d'une orthophoniste en hôpital gériatrique. Ensuite, le recueil des impressions des autres acteurs sur cette profession, tant dans une équipe de soin que dans les prises en charge avec les patients et les familles, a été très enrichissant pour nous. Nous avons eu une vision d'ensemble sur la place de l'orthophoniste à l'hôpital.

Notre posture d'intervenant extérieur nous a aidé à être neutres face aux différentes personnes, ce qui a amené de la liberté dans les échanges et a engendré alors du plaisir dans cette démarche. Nous avons apprécié parler avec des intervenants de différentes fonctions pour découvrir le travail d'un panel de soignants. Cela a éclairci les représentations que nous avions du travail en milieu hospitalier.

De plus, l'opportunité que nous avons eu de pouvoir étudier dans trois hôpitaux au lieu de deux initialement prévus n' a fait qu'augmenter l'intérêt de la démarche : les occasions de rencontres ayant été multipliées. Nous avons pu aussi observer des méthodes et une organisation de travail différentes entre les trois lieux, ce qui a été encore plus intéressant.

Ce travail effectué autour de la personne âgée sera utile pour un futur poste d'orthophoniste en institution. Ayant conscience de la portée des représentations de la vieillesse sur la personne âgée, nous serons vigilantes à ne pas avoir des comportements qui provoqueraient des « *prophéties autoréalisatrices* ».

CONCLUSION

Arrivées au terme de cette étude, nous sommes en mesure d'apporter des réponses à nos hypothèses.

Premièrement, les représentations de la vieillesse de chaque soignant influent sur sa pratique, notamment sur la mise en avant du registre relationnel. Ce registre est choisi pour légitimer la pratique de soin qui peut sembler dérisoire du fait du déclin inévitable de la personne âgée dépendante. Ce choix engendre alors des adaptations de soin afin de conserver les valeurs hédonistes liées à l'alimentation en opposition à des normes davantage médicalisées par d'autres. Il semble que les champs de compétence et d'action des professionnels soient définis de façon claire entre eux, par rapport aux prises en charge alimentaires. Cependant, les représentations et valeurs individuelles des soignants sont l'objet de négociations voire de conflits au sein des équipes. En effet, les soignants adoptent tantôt leurs représentations personnelles, tantôt celles dictées par le médecin, en fonction du contrôle que celui-ci exerce au sein de la hiérarchie hospitalière.

Deuxièmement, on peut affirmer que l'acte alimentaire est un vecteur satisfaisant pour observer les interactions entre profanes et professionnels d'un point de vue général. Plus que des négociations, on assiste à des conflits de normes entre ces deux types d'acteurs. En effet, quel que soit le registre (technique ou relationnel) mis en avant par les soignants dans les prises en soin, il existe un décalage latent avec les vœux et les normes des profanes qui s'orientent tantôt vers le guérir, tantôt vers la recherche de confort. De même, on note un décalage des représentations de soin entre les personnes âgées et les soignants du fait de considérations générationnelles.

En dernier lieu, on observe des changements intrafamiliaux de l'ordre du rapprochement affectif. De plus, les enfants respectent les normes et valeurs des parents même si les leurs sont différentes, poussés par le devoir familial. Le vécu de l'institutionnalisation du parent par les proches semble anticiper le deuil du parent.

Cette démarche sociologique ne prétend pas apporter des repères exhaustifs sur les thèmes explicités, mais permet d'aborder des points de compréhension à propos des faits observés.

Cette approche par les sciences sociales nous a permis d'appréhender la profession d'orthophoniste dans un contexte médical très large. Nous avons pu observer la place que l'orthophoniste occupe au sein d'un travail d'équipe hospitalier ainsi que la perception de son travail par les soignants mais aussi par le patient et sa famille. Nous avons trouvé intéressant de s'ouvrir aux autres soignants pour avoir un point de vue global sur l'environnement professionnel dans lequel nous pourrions évoluer.

Enfin, nous avons expérimenté le fait que nos représentations puissent avoir une forte influence sur l'autre dans une relation duelle. Ainsi, nous serons vigilantes dans notre pratique à être objectives pour ne pas induire des attitudes chez notre futur patient qui iraient dans le sens d'une « *prophétie auto-réalisatrice* ».

BIBLIOGRAPHIE

AÏACH, P. & FASSIN, D. (1994). *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos.

ARBORIO, A.M, (1996) Savoir profane et expertise sociale : les aides-soignantes dans l'institution hospitalière. *Sciences sociales et histoires*, n°22, (pp. 87-106)

BALARD, F. (2010). Quels territoires pour les personnes âgées fragiles ? *Gérontologie et société*, N°132. Fond National de Gérontologie.

BLANCHET, A., GOTMAN, A. & DE SINGLY, F. (dir.) (2010). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : Armand Colin

CARADEC, V. (2001). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Editions Nathan.

CARADEC, V., (2006). La vieillesse, c'est le déclin, on n'y peut rien. In *Santé, société et solidarité*. N° 1.

CARRICABURU, D., MENORET, M. (2004). *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin.

CHAPELOT, D. (coord.), LOUIS-SYLVESTRE J. (coord.) (2004), *Les comportements alimentaires*. Tec et Doc : Lavoisier

CLEMENT S., DRUHLE, M., (1998) Enjeux et formes de la médicalisation : d'une approche globale au cas de la gérontologie. in P. Aïach, & D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation, ecce homo sanitas*. Anthropos.

COMBESSIE, J. C. (2007). *La méthode en sociologie*. Paris : La Découverte

CORBEAU J.P., (2006). La filière du manger en milieu hospitalier in *Face à Face*. Sociétés, santé, développement. Université Claude Ségalen.

CORBEAU, J.P., (2007). Préférences et symboles alimentaire chez le sujet âgé in E. Ferry, & E. Alix, *Nutrition de la personne âgée*. (pp. 267-273) Masson.

CRESSON, G., (2001). Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. in P. Aïach, D. Cebe, G. Cresson, C. Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Editions ENSP.

FAVROT-LAURENS, G. (1996). Soins familiaux ou soins professionnels ? La construction des catégories dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. In J. C. Kauffmann, *Faire ou faire-faire ? Famille et services*. (pp. 213-231). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

FERRAND, A. (2004). La tension normative : Un état à la fois personnel et interpersonnel. In F. X. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson, & F. Bouchayer, *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (pp.69-76). Rennes : Editions ENSP.

FREIDSON, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot

HENRARD, J. C. (2002). Les multiples facettes du vieillissement. *Santé, Société et solidarité*, n° 2, 13-19.

KAUFFMAN, J. C. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin. (Edition originale, 1996).

LAPLATINE, F. (1997). *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Millau : Payot et Rivages

LE FEUVRE, N., (2001). La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation de « genre » ? in P. Aïach, D. Cebe, G. Cresson, C. Philippe., *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Editions ENSP.

LEMARCHANT, C. (1999). Domaines et formes d'entraide entre belles-mères et belles-filles. In A. Guillou, & S. Pennec (dir.), *Les parcours de vie des femmes : Travail, familles et représentations publiques* (pp. 117-127). Paris : L'Harmattan

MALLON, I., (2007). Entrée en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? in *Gérontologie et société*. N°121. Fond national de gérontologie

MUCCHIELLI, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Que sais-je ? Paris : Presses universitaires de France.

PAICHELER, G. (1995). Les professions de soin : territoires et empiètements. *Sciences Sociales et Santé*. 13 (3).

PAQUET, M. (1999). *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes : On vous appellera quand on aura besoin d'aide*. Paris : L'Harmattan.

PARADEISE, C., (1985). Rhétorique professionnelle et expertise. *Sociologie du travail*, vol. 27, n°1, 17-31.

PENNEC, S. (1999). Les femmes et l'exercice de la filiation envers leurs ascendants. In A. Guillou, & S. Pennec (dir.), *Les parcours de vie des femmes : Travail, familles et représentations publiques* (pp. 129-153). Paris : L'Harmattan

PENNEC, S. (2000). Les rapports sociaux d'usage entre les personnes dépendantes vivants à domicile, leurs proches et les services professionnels. In G. Cresson, & F. X. Schweyer (dir.), *Les usagers du système de soin* (pp.91-108). Rennes : Editions ENSP

PENNEC, S. (2004). La souffrance des proches : Ajustements négociés entre ses propres valeurs et normes de santé, celles de la famille et celles des professionnels. . In F. X.

Schweyer, & S. Pennec, & G. Cresson, & F. Bouchayer (dir.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (pp. 237 -250). Rennes : Editions ENSP.

PENNEC, S. (2007). « Les troubles du vieillissement » : Une voie nouvelle pour les orthophonistes ?. In L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp. 205-218). Rennes : Editions ENSP.

PERDRIX, R. (2007b). Rencontrer les acteurs, comprendre une profession : L'éclairage qualitatif. In L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp. 283-293). Rennes : Editions ENSP.

POULAIN, J.P., (2001). *Manger aujourd'hui*. Attitudes, normes et pratiques. Toulouse, Privat.

POULAIN, J.P., (2002). *Sociologies de l'alimentation : les mangeurs de l'espace social*. Paris : PUF.

REGNIER, F., LHUISSIER, A., GOJARD, S., (2006). *Sociologie de l'alimentation*. Coll. Repères, éd. La Découverte

SANCHEZ, M. (2007). Spatialisation/Spécialisation ? In L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste : langage genre et profession* (pp.53-63). Rennes : Editions ENSP.

SCHNAPPER, D. (1999). *La compréhension sociologique, Démarche de l'analyse typologique*. Paris : Presses Universitaires de France.

SIMMEL, G., (1981). *Sociologie et épistémologie*, Paris : PUF.

STRAUSS, A. (1999). *La trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan

VILBROD, A. (1999). Les métiers du travail social : un espace « traditionnellement » dévolu aux femmes. In A. Guillou, & S. Pennec (dir.), *Les parcours de vie des femmes : Travail, familles et représentations publiques* (pp. 155-167). Paris : L'Harmattan

ANNEXES

ANNEXES DES VERSOS

Tableau récapitulatif de la population interviewée

Verso de la page 43

Les trois lieux sont donc les trois hôpitaux gériatriques rebaptisés par des noms de continent : Afrique, Asie et Europe. Les noms des professionnels ont ainsi été changés en fonction des lieux : chaque personne est nommée par un pays du continent-lieu duquel elle provient.

La démarche est la même concernant les noms des personnes âgées. Le lien de parenté entre la personne âgée et le membre de sa famille est exprimé par la logique pays/capitale.

	Lieu Afrique	Lieu Asie	Lieu Europe
<i>Les professionnels</i>			
Orthophoniste	Mme Congo	Mme Mongolie	Mme Allemagne
Cadre de santé	Mme Maroc		
Infirmière diplômée d'Etat (IDE)	Mme Niger	Mme Thaïlande	
Aide-soignante (AS)		Mme Malaisie	Mme Finlande
Diététicienne	Mme Zambie		
Médecin/interne		Mme Corée	Mme Suède
<i>Les personnes âgées</i>			
	M. et Mme Madagascar	Mme Japon	Mme Espagne
		M. Inde	Mme France
<i>La famille</i>			
		Mme New Delhi	Mme Madrid
			Mme Paris

Annexe I : Lettre de présentation du mémoire aux chefs de service des hôpitaux gériatriques.

Madame, Monsieur,

Étudiantes en 4^{ème} année d'orthophonie à l'école de Lyon, nous devons réaliser un mémoire de fin d'études pour valider notre diplôme.

Dans le cadre de ce dernier, nous voudrions mener une enquête sociologique sur les relations qui se nouent entre les patients, les soignants et la famille. Pour ce faire, nous avons choisi comme vecteur l'alimentation des personnes âgées à l'hôpital. Nous avons un intérêt particulier pour ces personnes depuis que l'une de nous travaille dans une maison de retraite, et que l'autre a réalisé un stage en gériatrie.

Dans cette optique, notre démarche est de nous intéresser plus particulièrement à trois patients pris en charge en orthophonie pour des troubles de déglutition et/ou d'alimentation. Notre objectif est de comprendre comment s'organisent les soins dans ce domaine autour de chacune de ces personnes, tant au niveau de l'organisation du travail des professionnels que des relations avec la famille.

Nous souhaiterions alors réaliser des entretiens individuels d'une trentaine de minutes avec le patient, un ou plusieurs membres de sa famille, et le personnel du service amené à intervenir auprès de la personne âgée autour de l'acte alimentaire. Ces entretiens seront utilisés de manière anonyme, et aucune information ne sera exploitée en dehors du cadre de ce mémoire.

Nous nous tournons alors vers vous afin de savoir si cette enquête serait réalisable dans votre service. Nous serions ravies si vous acceptiez de participer à cette étude qui apportera un regard plus approfondi à l'orthophonie, encore peu présente en milieu gériatrique.

Nous vous remercions vivement par avance pour l'attention que vous porterez à notre projet et nous tenons à votre disposition pour des informations complémentaires.

Veuillez croire, Madame, à l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Constance Gérard

Ingrid Bourguelle

Annexe II : Lettre de présentation du mémoire aux familles interrogées

Madame, Monsieur

Nous sommes étudiantes en 4^{ème} année d'orthophonie à l'école de Lyon et nous devons réaliser un mémoire de fin d'études pour valider notre diplôme.

Le thème de notre mémoire, qui s'inscrit dans une perspective sociologique, est l'étude des relations entre le patient, la famille et le personnel soignant autour de l'alimentation à l'hôpital. Nous souhaitons observer différentes choses, telles que la répartition du travail entre les soignants, les relations avec la famille, le vécu des repas des personnes hospitalisées etc.

Nous voudrions alors rencontrer des patients qui sont ou qui ont été pris en charge en orthophonie pour des problèmes de déglutition, ainsi que quelques membres du personnel qui les connaissent, mais aussi les membres de leur entourage (famille, voisins, amis etc.) qui viennent les visiter à l'hôpital.

Nous souhaiterions alors réaliser des entretiens individuels d'une trentaine de minutes à l'hôpital-même lors d'une de vos venues. **Ils seront utilisés de manière anonyme, et aucune information ne sera exploitée en dehors du cadre de ce mémoire.** De même, les propos recueillis ne circuleront pas entre les différents intervenants, c'est-à-dire que ce que vous direz ne sera divulgué ni au personnel ni au patient, ni à quiconque. Notre démarche est objective et analytique : nous n'aurons pas d'avis sur ce que vous pourrez évoquer, nous allons seulement étudier les données d'une manière sociologique, les classer afin d'en retirer des thèmes communs ou différents selon les familles rencontrées.

Nous nous tournons alors vers vous afin de savoir si cet entretien serait réalisable auprès de vous. Nous serions ravies si vous acceptiez de participer à cette étude qui apportera un regard plus approfondi à l'orthophonie.

Nous vous remercions vivement par avance pour l'attention que vous porterez à notre projet.

Veuillez croire, Madame, Monsieur, à l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Constance Gérard

Ingrid Bourguelle

Annexe III : Les grilles d'entretien

1. La grille d'entretien pour la famille

1-Contexte familial : présentation (âge, fratrie, profession, descendance), lien de parenté avec la personne âgée

<i>Types de questions</i>	<i>Thèmes sociologiques/hypothèses</i>
a) avant l'hospitalisation	Hypothèse d'un changement depuis l'hospitalisation.
Quelles étaient les relations avec votre parent avant l'hospitalisation ? Et maintenant ?	
Comment se passaient les prises de repas avec votre famille avant ? (à quelle fréquence, chez qui ? qui préparait ?)	
Qu'évoque pour vous le repas ? qu'est-ce que ça représente ? (plaisir, corvée, obligation vitale, convivialité, intimité, durée de préparation longue ou non, aliments variés et bons produits ou non)	Représentation du repas, valeurs
Pouvez-vous nous décrire un de vos « repas-type » ? qu'est-ce qu'un bon repas pour vous ? quels sont vos goûts ?	
b) pendant l'hospitalisation	
-Savez-vous qui rend visite à votre parent (famille, amis, voisins) ? quelle en est la nature ?	
-Fréquence des visites, durée, moment de la journée (repas ?)	
Comment ça se passe avec le personnel ? comment c'est organisé ? et quand il y a une décision médicale à prendre ?	Organisation, hypothèse d'une personne référente
c) relations intrafamiliales, ressenti personnel	Hypothèse d'un changement du schéma familial
-comment vivez-vous l'hospitalisation de votre parent ? Et dans votre famille ?	
-que signifie pour vous prendre soin ? c'est quoi pour vous prendre soin ?	Représentation du soin
-est-ce que les soins prodigués ici correspondent à vos attentes ? que pensez-vous du service ?	Représentation du soin
Comment s'est passée l'hospitalisation ?	Représentation de l'hôpital, hypothèse d'un changement dans les relations intrafamiliales
Quelle image avez-vous de l'hôpital ?	Représentation de l'hôpital,

	conciliation mauvaise image hôpital et prise en soin
Comment vivez-vous l'hospitalisation de votre parent ? Comment organisez-vous la PES de votre parent ?	Représentation de l'hôpital
-que savez-vous de l'alimentation de votre parent ; vous êtes-vous posé des questions quant à son alimentation ici? (menus, horaires, mixé ou non)	
<i>2-Les repas à l'hôpital</i> -cela vous arrive-t-il d'apporter des aliments de chez vous ? lesquels (goûts de la personne), pourquoi (peu d'appétit pour la nourriture hospitalière, demande du parent, par plaisir) et à quel moment (pdt les repas, pour le goûter, le café)	Prise en charge familiale
- partagez-vous des repas ou autre (goûter, café) avec votre parent ?	
<i>3-Relations avec les professionnels de santé</i> Comment ça se passe avec le personnel ? Sur quoi portent les discussions avec le personnel ? et les repas ? (faire évoquer des situations concrètes, raconter une visite, les 1ers tps à l'hôpital)	Relations professionnels-profanes : négociations, conflits
Comment ça se passe avec le personnel quand il y a une décision à prendre pour votre parent ? Et l'alimentation ? Et en cas de désaccord ?	Relations professionnels-profanes, collaboration/compétition
Si vous avez envie d'amener quelque chose à manger, comment ça se passe ?	Relations professionnels-profanes, collaboration/compétition
-connaissez-vous le travail effectué par l'orthophoniste avec votre parent ? l'avez-vous rencontré personnellement ? à quelle occasion ? quelle a été la nature de vos échanges ? est-il un interlocuteur particulier, différent ?	

2. La grille d'entretien pour les professionnels

questions	Thèmes sociologiques/hypothèses
<i>1-Le soignant</i>	
Présentation, parcours professionnel	
Travailler ici : choix ? opportunité ?	
Quel est votre rôle ?	Description personnelle de la profession, représentation de celle-ci, définition des territoires
Quelle est la part de votre travail qui touche à l'alimentation ?	
Que savez-vous ou que pensez-vous des particularités de l'alimentation de la personne âgée ? Comment avez-vous été formés/informés dans ce domaine ?	Emergence de problématiques ? Quels savoirs ?
Selon vous quelle est la part de relationnel et de technique dans votre métier ? (données en % par exemple)	Suprémie du savoir et des actes scientifiques VS revendication d'une compétence et d'un rôle relationnels, quel équilibre ?
Qu'est-ce que manger pour vous ?	Valeurs associées
Pouvez-vous nous décrire un de vos repas-types ?	
<i>2-Rapports avec la famille autour de l'alimentation</i>	
Comment cela se passe-t-il avec les familles ?	Accompagnement familial ? Dans quelles conditions ? Familles=partenaires ? Représentation des aidants informels
Comment se placent-ils par rapport à l'alimentation de leur parent ?	Collaboration ? Demande de conseils au personnel ?
Y a-t-il des dossiers ?	Informations concernant alimentation pré-hospitalisation ? (allergies, goûts)
D'après vous, quel est le profil des familles que vous pouvez rencontrer ? Ou de la personne qui vient le plus souvent ?	Age, sexe, profession, état d'esprit général
<i>3-Rapports entre les professionnels</i>	
Comment passent les informations ?	Réunions d'équipe ? échanges informels ? Notes dans dossiers ? Temps limité pour cette transmission ?
Avec qui travaillez-vous ? Et autour de l'alimentation ? Comment vous organisez-vous ?	Collaboration//Compétition ? Travail d'équipe, interlocuteurs, partenaires privilégiés ou non.
Quel est le rôle de chacun ?	Division du travail et représentation des différents acteurs.
Que pensez-vous du travail en équipe ?	
Si l'état d'un patient change et que sa prise en charge alimentaire doit être réadaptée, qui fait	

ANNEXE III

quoi ? A quel moment ? Dans quel ordre ? Protocole ?	
Et l'orthophoniste ?	Représentation des acteurs, connaissance des missions de chacun, rapports.
Y a-t-il souvent une prescription orthophonique pour la suite de la rééducation de la déglutition à la sortie de l'hôpital ?	
Pensez-vous que c'est du ressort de l'orthophoniste de s'occuper de la déglutition ?	Représentation de l'orthophonie par d'autres professionnels

3. La grille d'entretien pour les personnes âgées

1/ Parcours personnel :

- présentation
- causes et conditions de l'hospitalisation, lieu d'habitation et organisation de vie pré-hospitalière
- présentation des descendants (âge, sexe, profession, descendance, relations pré-hospitalières)

2/ Le repas

a) Avant l'hospitalisation

Comment se passaient les prises de repas avec votre famille avant ? (à quelle fréquence, chez qui ? qui préparait ?)	
Qu'évoque pour vous le repas ? plaisir, corvée, obligation vitale, convivialité, intimité, durée de préparation longue ou non, aliments variés et bons produits ou non	Valeurs liées au repas
Pouvez-vous nous décrire un de vos « repas-type » ? qu'est-ce qu'un bon repas pour vous ?	Représentation du repas

b) Pendant l'hospitalisation

Comment se passe un repas ici ? pouvez-vous nous en décrire un ?(qui intervient pour et pendant le repas, choix ou non des aliments, menus décidés avec le personnel à l'avance)	
Qu'est-ce que vous diriez de la prise d'un repas ?	Représentation du repas Valeurs (moment pénible, attendu, indifférence)
Comment s'organisent vos visites ? et pendant les repas ? vous apporte-t-on des aliments de l'extérieur ?quoi et à quel moment (diner, goûter, dej) ? sur votre demande ?	Relations avec famille Respect-transmission de ses valeurs
Comment se passent les relations avec le personnel quant à vos repas ? (pouvez-vous faire des remarques telles horaires, choix aliments)	Relations avec le personnel

3 -Ressenti

Que pensez-vous de l'hôpital en général ? comment vivez-vous votre hospitalisation ?	Représentation de l'hôpital
Que pensez-vous des soins qu'on vous prodigue ? (correspondent-ils à vos attentes) Qu'attendez-vous du personnel soignant ?	Représentation du soin
Comment ça se passe dans votre famille ? (soudée ou non) et depuis l'hospitalisation ? Qu'attendez-vous de vous d'elle ?	Changements des rapports intrafamiliaux par l'hôpital
Comment ça se passe quand il y a une décision médicale à prendre ?	Hypothèse d'un Aidant privilégié
Comment faites-vous pour exprimer quelque chose qui ne va pas ? à qui en parlez-vous ?	Hypothèse de proximité avec les infirmières, aides-soignantes, personnel de service
Comment vivez-vous votre prise en soin ? (avez-vous l'impression d'en être au cœur)	Hypothèse d'un non-respect des valeurs de la PA, d'une mise à l'écart quant à sa PES, statut de dominé

Annexe IV : La grille d'analyse d'Asie

Nous avons raccourci et mis en exemple quelques citations (parfois simplement le numéro) ou annotations de notre grille : en effet, pour travailler sur nos résultats, nous avons inscrit toutes les citations en entier ce qui représentait plus de vingt pages. Nous ne mettons en annexe qu'une des trois grilles puisque le principe est le même pour les deux autres et qu'en plus cela représenterait un volume trop conséquent.

Les changements provoqués par l'entrée en institution				
	a) Les relations intrafamiliales	b) La perte d'autonomie de la PA	c) La perte d'identité de la PA	d) Faire le deuil de son parent
Mme Japon	Mon fils n'a pas d'enfant, il habite chez moi actuellement depuis que je suis malade. à l'époque il habitait pas avec moi	parce qu'au début c'était dur je pouvais ni manger ni boire. + cit 33		
Mme New Dehli	09-repas avec enfants ? cit 10, 32 32-ça nous a rapproché peut-être ...			

Représentation de l'institution			
	a) Environnement/cadre	b) Les soignants	c) Le soin
Mme Japon	18-On est bien nourri, vous savez y'en a qui n'aiment pas mais ils sont difficiles, j'estime qu'on n'est pas à plaindre, en quantité, et on est bien servi	25-ça se passe bien, ça change souvent, mais c'est presque des amies, c'est vrai, on les aime bien. Y'en a qui son gentilles. Enfin on fait une différence, y'en a qui sont plus douces que d'autres.+ cit 26	35-Je trouve qu'on est bien suivi, on me suit pour mes pb de sang, et j'ai de la kiné. Je ne vois plus très souvent l'orthophoniste, c'est dommage, parce qu'on s'amuse !
Mme New Dehli	39-hôpital public, positive, malheureusement n'a pas assez de budget pour fonctionner le mieux possible.il n'y a pas assez de personnel, etc. l'hôpital soigne alors s'il existait pas... !....		35-c'est l'entourer le plus possible, l'aider le plus possible, faire preuve d'amour. prendre soin c'est très important, ça englobe bcp de choses + cit 36+37

Représentations de la vieillesse	
Mme Japon	19-On peut pas bien parler parce que y'en a beaucoup qui ont pas bien leur tête. C'est ça qui est dommage, y'a une dame qui est avec moi en même temps à manger, et 2 autres aussi, et une qui parle pas du tout et une autre qui mange... qui bave, qui est pas agréable quoi. + cit 20
Mme France	Et puis à midi on m'a obligé à aller dans la salle en bas mais ça ne me fait pas plaisir. On m'a dit « vous écouterez les conversations » mais c'est des vieilles dames et on comprend rien

Le poids du devoir familial				
	a) représentation sur le devoir de l'enfant	b) adaptation de l'EDT des familles	c) aidant privilégié ?	d) respect du vœu du parent
Mme Thaïlande (ide)			30-enfants, conjoint, petit-enfant	
Mme Malaisie (as)			Fils pour les mères, filles pour les pères + conjoints	
Mme Japon	Pour le reste ça va mais mon fils ça l'ennuie de sortir, de me laisser seul comme il a peur que je retombe donc ça veut dire qu'il devrait tt le tps être là.	Mon fils n'a pas d'enfant, il habite chez moi actuellement depuis que je suis malade. à l'époque il habitait pas avec moi+ cit 8, 12	j'ai eu un fils seulement	cit 33

-savoir scientifique VS représentation ou savoir profane		
	a) négociations autour des repas (valeurs pour les PA)	b) négociations autour des autres soins
Mme Mongolie (ortho)	Cit 29-Et après ça dépend des familles aussi.. +32-Alors ça arrive que des familles, quand on est là c'est de l'eau gélifiée et pas liquide et en cachette on lui donne. ..	
Mme Japon	07-c'est moi qui préparait j'aimais bien, je me préparais mes repas toute seule. C'est pas que j'aime cuisiner mais j'aime les bons petits plats. J'invitais svt des gens, pour les anniversaires tout a 18-On est bien nourri, vous savez y'en a qui n'aiment pas mais ils sont difficiles, j'estime qu'on n'est pas à plaindre, en quantité, et on est bien servi+ cit 21	alors parfois je peux passer la journée à la maison, je prends l'optibus je vais manger et je rentre l'après-midi. Le médecin a dit que je pouvais passer 2 ou 3 jours à la maison, il a dit d'essayer de temps en temps, pour petit à petit essayer de reprendre contact.
Mme New Dehli	47-ça pas été très drôle surtout pour l'eau car l'eau gélifiée, il avait horreur de ça. L'eau épaissie c'était un peu mieux. Du coup ils lui ont fait des perfusions + cit 52+12	56-mais c'est lui qui doit se surveiller tout seul, il sait ce qu'il a à faire, boire doucement etc et justement la chose qu'il reproche un peu ici c'est qu'on le considère comme toutes les personnes âgées ici cad un peu comme un enfant qu'on protège alors ça l'énerve

-transmission des informations et des pratiques entre professionnels/profanes	
	a) les moyens de communication (cahier, couloirs, réunions, rd, dans les chambres)
Mme Corée	25-oui oui , je les rencontre quotidiennement la plupart du tps qd ils passent, ils viennent ,
Mme Mongolie (ortho)	27-C'est souvent des temps informels, les prises de rdv c'est un peu galère à gérer sur tout l'hôpital, donc des fois quand je sais que la famille vient je me renseigne auprès des équipes, et je vais aller voir le patient plutôt sur ce temps-là, et des fois c'est pas prévu et c'est très bien aussi.

b) la nature des échanges				
	identification des soignants par les profanes	compréhension des soins par les profanes	explications des soins par les professionnels	les familles : médiatrices entre PA et professionnels (lors de Pb, manque info)
Mme Corée			ils veulent avoir des nouvelles, ils veulent voir le médecin, avoir des infos plus médicales à ce moment-là c'est moi qui leur réponds	et je les vois svt à l'entrée pour avoir des infos sur le patient, sur sa façon de vivre
Mme Thaïlande (ide)	23-mais y en a aussi qui sont inexistants par rapport à leurs parents et par rapport à nous, pour qui on est transparents et qui vont s'adresser directement au médecin. Il y a des gens qui ne comprennent pas qui on est ou qui vont nous voir dans le couloir mais qui vont pas s'adresser à nous	et puis il y a la catégorie des gens qui sont super demandeurs, qui n'arrivent pas à comprendre ce qui se passe autour de leur parent, qui sont dans le déni	22-je dirai qu'il y a deux catégories de personnes : les personnes qui rentrent bien dans le projet de soin, qui sont pas trop pénibles, avec qui on peut discuter, avec qui y a un échange 27-on leur dit surtout s'il y a un régime particulier, si la personne est diabétique ou autre	
Mme Malaisie (as)	19-ceux qui sont neutres, qui n'existent pas, pour qui on est invisibles et qui s'adressent directement au médecin ou à la surveillante	celles qui râlent sans cesse cit 19-	: celles avec qui on collabore 23-on leur dit, en général moi je le dis à l'entrée « éviter d'apporter ça » mais c'est tout	
Mme Japon	22-Donc y'a eu l'orthophoniste +cit 25+26			11-le docteur en parle d'abord à mon fils
M. New Dehli	15-En général ça se passe bien. +17-sur l'ortho			

-poids de l'organisation institutionnelle sur le désir d'une PEC individuelle		
	a) Les repas	b) les soins
Mme Thaïlande (ide)	09-pdt mes études ils insistaient bcp sur le repas plaisir...	
Mme Malaisie (as)	08-dans notre formation ils disaient « il faut prendre votre temps,...+ cit 9	
Mme Mongolie (ortho)	32-Alors ça arrive que des familles, quand on est là c'est de l'eau gélifiée et pas liquide et en cachette on lui donne. +cit 23+75	
Mme Japon	19-On peut pas bien parler parce que y'en a beaucoup qui ont pas bien leur tête. C'est ça qui est dommage, y'a une dame qui est avec moi en même temps à manger, et 2 autres aussi, et une qui parle pas du tout et une autre qui mange... qui bave, qui est pas agréable quoi.	

les différents acteurs du soin			
	a) définition individuelle des territoires	b) coordination entre ces rôles et travail en équipe	c) cas concret : illustration
Mme Corée	07-je me vois plus un peu comme un sous-médecin ; en fait je suis médecin donc j'ai le droit de prescrire +8+9+10+12+44	13-c'est qqch auquel on fait vraiment attention, après c'est vrai qu'on a les avis de la diet donc tout ce qui est organisation du régime ça c'est elle qui s'en occupe, pour les fiches alimentaires c'est les soignants qui s'en occupent et nous on travaille à partir de ces données mais c'est vraiment une part importante de la PEC des patients en plus en gériatrie 34-avec qui travaillez- vs ?+35+36+37+38+39+40+41+42+46+51	Cit 28-+49

ANNEXE IV

Mme Malaisie (as)	06-j'interviens à tous les niveaux : on sert, on commande, on donne les repas adaptés au régime, on fait manger, on débarrasse, on fait boire donc un peu tout +cit 11	Cit 28+30+32+33+34-	36-nous en tant que soignant on est les premières à remarquer si y a un changement, s'il mange pas ou s'il a mangé peu , on se dira « bah tiens monsieur un tel a mangé peu »...
Mme Mongolie (ortho)	6-Auprès des familles...+7+8 +60+61.	40-Je travaille avec tout le monde (rires),...+41+42+43+44 +45+54+55+68	52- Alors (rires) officiellement je vais voir le médecin et il me fait une prescription ! Officieusement j'y vais, le médecin est pas toujours là, j'y vais tout de suite si y'a vraiment un trouble important

- influences des représentations personnelles sur le travail		
	a)alimentation	b) vieillesse
Mme Malaisie (as)	09-on nous dit de bien présenter une assiette, nous qd on arrive, on essaie de faire ce qu'on peut, de faire des petites et jolies assiettes, mais bon c'est pas top	
Mme Mongolie (ortho)	23-sûrement oui, c'est clair. Je pense que ça a forcément une incidence. Jsuis hyper attentive au niveau des patients, à ce que je peux leur proposer au niveau... quand on travaille la déglutition, qu'ils aient une alimentation agréable, que ce soit un temps agréable, que le goût soit marqué et c'est un truc je me bats constamment sur l'hôpital pour qu'il y ait des choses qui soient agréables.+24+74	25-Et je crois que dans la génération des PA c'est encore plus marqué

-les particularités du travail en gériatrie		
	a) adaptation des soins en fonction de la R°de la vieillesse	b) place importante du relationnel
Mme Corée		19-si par technique tu entends tout ce qui est prescriptions, examens, ça représente bien 80% de mon travail et le relationnel 15-20% malheureusement

ANNEXE IV

Mme Thaïlande (ide)	24-alim de l'extérieur ? 25-ça arrive mais peut-être moins qu'avant et puis pour certains patients on tolère que la famille apporte une alimentation particulière parce que c'est un cas où...par ex, bon ça c'est vu avec le médecin de tte manière car on a pas le droit enfin les chocolats si mais pas le repas	12-50 -50 mais peut-être plus 60 en soin et 40 en relationnel car j'ai plus de soins techniques que les AS mais parfois ça peut être même 70en soin et 30 en relationnel parce que le service sera très lourd et j'aurais bcp de soins techniques à faire+13
Mme Mongolie (ortho)	18-Parce que là si on est que dans la technique en orthophonie, on n'obtient rien, et j'trouve que c'est pour tout, toutes PEC confondues. Et il faut vraiment s'adapter à la personne, c'est vrai qu'en gériatrie encore plus peut-être qu'ailleurs parce que la PA manque de motivation, elle dit « à quoi bon à mon âge », donc c'est important de s'adapter vraiment à la personne et d'être dans ce relationnel là pour pouvoir faire passer des choses et donner l'envie de.+19+25+26	18+19

trajectoires professionnelles ou carrières		
	a)choix ou opportunité de la gériatrie	b) théorie VS pratique
Mme Corée	02-je suis interne en médecine générale en 3eme année ; mon but c'est d'être généraliste 03-je suis en stage en gériatrie pour 6 mois cit+4+5	17-nan pas vraiment ; nutrition oui, on a des cours de nutrition à l'internat donc c'est des choses qu'on est censé avoir vu, qu'on pratique on voit de façon très brève ; la nutrition ça doit représenter un cours ou deux et ça englobe toute la nutrition et par contre on voit pas du tt la déglutition 19-si par technique tu entends tout ce qui est prescriptions, examens, ça représente bien 80% de mon travail et le relationnel 15-20% malheureusement
Mme Malaisie (as)	02-+ 03-choix ou opportunité ? 04-c'est un peu une opportunité, j'étais lingère et je suis arrivée ici en tant que lingère en long séjour et l'hôpital m'a demandé si ça m'intéressait de travailler avec eux car j'avais déjà fait des soins avant et j'ai dit oui et je suis restée	08-dans notre formation ils disaient « il faut prendre votre temps, demander au patient ce qu'il veut » sauf que ici on a un menu à la semaine voire à la semaine d'après donc il nous arrive de commander en disant « ce patient n'aime pas les choux donc on va mettre qq chose à la place » mais ce sera que de la purée+09
Mme Mongolie (ortho)	3- nan, nan pendant mes études si on m'avait dit « tu vas bosser en gériatrie » j'aurais dit « ça va pas la tête ?! » (rires)	pendant la formation jtrouve qu'au niveau déglutition c'est un peu léger c'qu'on a quand même, au niveau rééducation.

-hiérarchie hospitalière				
	a)des attentes différentes des profanes	b) conséquences sur la communication	c) la place du médecin	d) le cas des AS
Mme Corée			ils veulent voir le médecin, avoir des infos plus médicales à ce moment-là c'est moi qui leur réponds	34-qd je demande avec qui elle travaille, elle ne cite pas les AS, je lui demande donc et elle dit qu'elle a oublié mais que oui elle travaille avec elles
Mme Thaïlande (ide)	28-mais les familles sont pas forcément demandeuses, sauf des questions générales de type « oh mais la cuisine est là » mais ça sera pas ciblé sur leur parent	Cit 23 : équipe soignante transparente		
Mme Malaisie (as)		ceux qui sont neutres, qui n'existent pas, pour qui on est invisibles et qui s'adressent directement au médecin ou à la surveillante		ceux qui sont neutres, qui n'existent pas, pour qui on est invisibles et qui s'adressent directement au médecin ou à la surveillante
Mme Japon	22-Donc y'a eu l'orthophoniste Mme Mongolie, c'est elle qui m'a fait boire la 1 ^{ère} fois. Ça je me rappelle, c'était avec une paille, ah qu'est-ce que j'avais trouvé bon, ça m'avait fait plaisir. Alors depuis je l'avais remarquée je m'étais dit « ah voilà une ptite qui est rudement gentille ».		30- j'ai changé plusieurs fois, le mien est très gentil, il donne bien conseil.	27-Dans le fond vous savez c'est pas agréable hein, y'en a qui sont méchantes avec elles alors c'est pas drôle non plus. Si on veut qu'elles soient gentilles faut quand même être pareilles j'estime si on veut pas.... C'est pas agréable ce qu'elles font comme travail.+31

-une représentation féminine du soin			
	a) genre des soignants	b) négociations entre profanes et professionnelles	c) genre des aidants
Mme Corée			31-c'est hyper varié, parfois c'est le conjoint+32+33
Mme Thaïlande (ide)		30-je dirai que svt c'est le schéma : mère-fils et père-fils mais y a aussi bcp de filles auprès de leur mère, on se rend compte que la relation fils-mère est plus forte et plus apaisante pour la personne car on sent que les filles sont plus inquiètes, elles ont plus de mal à comprendre+31+33+34	30+31+32+33+34-
Mme Malaisie (as)		26-c'est compliqué aussi qd un mari est hospitalisé et que sa femme vient le voir, elle est omniprésente alors que qd c'est la femme qui est hospitalisée et que son mari vient la voir ça se passe mieux, ça se passe bien	25-j'ai remarqué que qd c'est des femmes, pour les mères c'est leur fils et qd c'est pour les pères, c'est les fils. On a remarqué que les filles sont plus tendues par rapport à leur mère
Mme Mongolie (ortho)		37-Ça va être souvent plus conflictuel avec les conjointes, et avec les filles aussi. ...+38	. Au niveau des enfants, les fils sont moins présents

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. <i>Université Claude Bernard Lyon1</i>	2
1.1 Secteur Santé :.....	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :.....	2
2. <i>Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE</i>	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE	8
I. LA PERSONNE AGEE : VIEILLIR A L'HOPITAL	9
1. <i>De la sociologie à la médicalisation</i>	9
1.1. Les représentations de la vieillesse.	9
1.2. Les processus sociologiques du vieillissement.....	9
1.3. Du concept de médicalisation à son application à la gériatrie.	10
1.3.1. Généralités	10
1.3.2. La médicalisation du grand âge	10
1.4. Une médicalisation fortement associée au grand âge	11
2. <i>L'entrée en institution : une trajectoire possible pour les personnes âgées.....</i>	11
2.1. Quitter son "chez-soi", un lieu symbolique.....	11
2.2. Les configurations possibles du vécu de l'institutionnalisation	12
2.3. Le concept de négociation.....	12
2.4. Le patient comme acteur des négociations.....	12
3. <i>La construction des soignants profanes et professionnels</i>	13
3.1. Le soin : une pratique avant tout féminine	13
3.2. Les représentations de la maladie	14
3.3. L'adaptation des soins aux personnes âgées	14
II. L'HOPITAL : UN LIEU PARTICULIER DE NEGOCIATIONS.....	15
1. <i>Un lieu de professionnalisation</i>	15
1.1. Le concept de profession.....	15
1.2. La répartition des territoires et le processus de légitimation	15
1.3. L'« ordre négocié » de Strauss	16
2. <i>Une hiérarchie fondée sur la mise en avant de pratiques légitimées</i>	16
2.1. La suprématie du paradigme scientifique.....	16
2.2. Le cas des aides-soignantes : la mobilisation du registre relationnel pour légitimer leur activité	17
III. LE PROFANE COMME ACTEUR DES SOINS	18
1. <i>Valeurs et normes familiales autour du parent âgé</i>	18
1.1. Les normes de soin.....	18
1.1.1. Qu'est-ce qu'une norme ?	18
1.1.2. Le soin de la personne âgée : une affaire de famille	18
1.1.3. Le maintien à domicile comme idéal	19
1.1.4. La difficulté de voir vieillir son parent	19
1.2. Des conceptions différentes au sein des familles	19
1.2.1. Le respect des valeurs et la conformité aux vœux des parents	19
1.2.2. La remise en question des normes parentales	20
1.2.3. Privilégier la relation duelle.....	20
1.2.4. La recherche d'une ré-affiliation	20
2. <i>Les négociations entre profanes et professionnels.....</i>	20
2.1. Les soins familiaux et professionnels : des normes différentes.....	20
2.2. Quelle place pour la famille dans le soin du parent ?	21
2.2.1. Les difficultés des profanes à acquérir des repères cliniques à propos de la vieillesse	21
2.2.2. L'investissement des familles dans le soin : des exigences entravées	21
2.2.3. Les négociations autour de la prise des responsabilités	22
2.3. Des attentes réciproques mais différentes	22
IV. L'ACTE ALIMENTAIRE : ELEMENT TRANSVERSAL ET VECTEUR DE NOTRE ETUDE	23
1. <i>Les valeurs associées à l'alimentation.....</i>	23
2. <i>Les personnes âgées et l'alimentation : des rapports médicalisés mais aussi symboliques</i>	23
3. <i>L'alimentation en milieu hospitalier : un compromis entre une vie en collectivité médicalement normée et la recherche du plaisir</i>	24

TABLE DES MATIERES

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	25
I. PROBLEMATIQUE	26
II. HYPOTHESES.....	26
PARTIE METHODOLOGIQUE	28
I. PRINCIPES GENERAUX.....	29
1. <i>L'interactionnisme comme cadre théorique.....</i>	29
2. <i>Le choix d'une approche qualitative.....</i>	30
3. <i>Le recueil des données par l'entretien</i>	31
3.1. Une posture compréhensive proche de l'individu et du terrain	31
3.2. L'entretien semi-directif	31
3.3. L'entretien en mouvement : la méthode exploratoire.....	32
3.4. Les critères de validité de l'enquête	32
II. LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN AVEC LES ACTEURS CHOISIS A L'HOPITAL.....	33
1. <i>Mise en œuvre</i>	33
1.1. Notre population : trois catégories d'acteurs différents.....	33
1.2. Prises de contacts au sein des hôpitaux et difficultés engendrées	34
1.3. Une élaboration croisée des trois grilles d'entretien	36
2. <i>La conduite de l'entretien, un registre particulier de communication</i>	37
2.1. Une situation sociale créée par deux acteurs différents.....	37
2.2. Les attitudes de l'interviewer : l'art de faire parler	38
2.2.1. Un cadre pour favoriser la communication.....	38
2.2.2. Des stratégies pour guider l'interviewer	38
a. La stratégie d'écoute.....	38
b. La stratégie d'empathie.....	39
c. La stratégie d'engagement.....	39
d. Les stratégies d'intervention.....	39
2.3. Les difficultés de la situation expérimentale pour les informateurs	40
2.4. Un cadre de rencontres particulier : l'hôpital.....	40
III. ANALYSE DES RESULTATS	42
1. <i>Le choix de l'analyse de contenu</i>	42
2. <i>L'analyse thématique : la méthode des tas</i>	42
PRESENTATION DES RESULTATS.....	43
I. INTRODUCTION	44
II. LES INTERACTIONS ENTRE PROFESSIONNELS.....	44
1. <i>La gériatrie : un choix ou une opportunité</i>	44
2. <i>Travailler à l'hôpital : une équipe aux rôles définis.....</i>	45
2.1. Définition de leurs rôles par les soignants eux-mêmes	45
2.2. Articulation autour d'un cas clinique concret : la survenue d'une fausse route	46
2.3. Un travail en équipe pluridisciplinaire.....	47
3. <i>Les particularités du soin en gériatrie</i>	48
3.1. Comment les soignants considèrent la notion de plaisir dans l'alimentation des personnes âgées ?	48
3.2. L'adaptation des soins en fonction de la représentation de la vieillesse.....	49
3.3. Une tendance à mettre en avant le registre relationnel.....	51
4. <i>Interactions entre profanes et professionnels</i>	51
4.1. Qui va voir les profanes et pourquoi ?	52
4.2. Des négociations dans les prises en charge alimentaires.....	53
4.3. Des soignants du genre féminin	54
III. LES INTERACTIONS ENTRE PROFANES ET PROFESSIONNELS.....	54
1. <i>Des processus de changements provoqués par l'institutionnalisation.....</i>	54
1.1. Les changements dans les relations intrafamiliales	55
1.2. Illustration du devoir familial : l'adaptation de l'emploi du temps	56
1.3. Le vécu de la dépendance du parent : un deuil progressif.....	56
2. <i>Les négociations avec les professionnels.....</i>	57
2.1. Les attentes vis-à-vis de l'hôpital et des soignants.....	57
2.2. Le clivage entre les souhaits des profanes et la réalité des soins.....	57
IV. LA TRAJECTOIRE INSTITUTIONNELLE DE LA PERSONNE AGEE.....	58
1. <i>L'organisation hospitalière et le vécu des soins en collectivité</i>	58
1.1. Un certain renoncement à « l'alimentation plaisir ».....	58
1.2. Une confrontation aux normes et pratiques professionnelles et à leurs acteurs.....	59
2. <i>Les changements dus à l'entrée en institution.....</i>	60
2.1. Les changements familiaux.....	60

TABLE DES MATIERES

2.2. La perte d'autonomie	61
DISCUSSION DES RESULTATS.....	62
I. L'INFLUENCE DES REPRESENTATIONS PERSONNELLES ET DE LA HIERARCHIE HOSPITALIERE SUR LE REGISTRE RELATIONNEL	63
1. <i>Le registre thérapeutique dominant : le registre relationnel</i>	63
1.1. Qu'est-ce que le relationnel d'après les soignants interrogés ?	63
1.2. Une mise en avant de ce registre en lien avec le statut professionnel	63
1.3. La représentation de la vieillesse influence le choix du registre relationnel	64
2. <i>Une hiérarchie bien présente</i>	64
2.1. Les conséquences sur le travail en équipe du contrôle exercé par le médecin	64
2.2. Une hiérarchisation des soignants entre eux	65
2.3. Une hiérarchisation des soignants par les profanes	67
3. <i>Une influence des représentations personnelles sur les pratiques de soin</i>	67
3.1. Une représentation de la vieillesse qui privilégie le sujet au symptôme	67
3.2. Le cas d'Afrique	67
3.3. Un exemple d'usage de la rhétorique professionnelle : la conservation de la notion de plaisir dans l'alimentation.....	68
II. LES PROFANES, ENTRE REORGANISATION FAMILIALE ET ADAPTATION AUX PROFESSIONNELS	69
1. <i>Un décalage entre les normes des profanes et des professionnels</i>	69
1.1. Une illustration du décalage entre les discours : le cas de M. et Mme Madagascar	69
1.2. Un décalage entre les soins pré et post-hospitalisation	70
1.3. Une explication des soins non adaptée à la compréhension profane ?	70
2. <i>Des relations régies par la hiérarchie hospitalière</i>	70
2.1. Une identification des soignants selon la hiérarchie	70
2.2. Des lieux et des fréquences de rendez-vous différents.....	71
2.3. L'attente d'une dimension tantôt relationnelle, tantôt technique dans les soins.....	71
III. LES PERSONNES AGEES : ENTRE CONCILIATION DES NORMES FAMILIALES ET OPPOSITION AVEC LES NORMES PROFESSIONNELLES.....	72
1. <i>Une conciliation entre les normes des parents et celles des enfants</i>	72
1.1. Le respect du vœu du parent	72
1.2. Le respect des normes parentales dans un contexte de rupture de l'ordre ancien.....	73
1.3. La réaffiliation : le cas de Mme Paris	73
2. <i>La personne âgée active dans son soin, exemple des couples Inde-New Delhi et Madagascar.</i>	73
3. <i>Un décalage de normes de soin entre les personnes âgées et les professionnels</i>	74
IV. LIMITES ET APPORTS DE NOTRE TRAVAIL	75
1. <i>Les limites de notre travail</i>	75
2. <i>Les apports et perspectives quant à notre pratique future</i>	76
CONCLUSION.....	77
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES.....	81
ANNEXE I : LETTRE DE PRESENTATION DU MEMOIRE AUX CHEFS DE SERVICE DES HOPITAUX GERIATRIQUES	82
ANNEXE II : LETTRE DE PRESENTATION DU MEMOIRE AUX FAMILLES INTERROGEES.....	85
ANNEXE III : LES GRILLES D'ENTRETIEN	86
1. <i>La grille d'entretien pour la famille</i>	86
2. <i>La grille d'entretien pour les professionnels</i>	88
3. <i>La grille d'entretien pour les personnes âgées</i>	90
ANNEXE IV : LA GRILLE D'ANALYSE D'ASIE	92
TABLE DES MATIERES	101

Ingrid Bourguelle
Constance Gérard

L'ACTE ALIMENTAIRE EN INSTITUTIONS GERIATRIQUES. ETUDE DES INTERACTIONS : PERSONNES AGEES, FAMILLES, PROFESSIONNELS.

102 Pages

Mémoire d'orthophonie -**UCBL-ISTR**- Lyon 2010

RESUME

Cette étude propose une analyse des interactions entre les professionnels de santé, la famille et la personne âgée hospitalisée, via l'acte alimentaire de cette dernière, en regard des concepts issus de la sociologie interactionniste. Ces différents acteurs disposant de normes de soin qui leur sont propres, c'est alors en termes de négociations qu'ils interviennent dans la trajectoire de la personne âgée en institution. Nous avons cherché à savoir comment les normes et valeurs des acteurs profanes et professionnels s'articulent dans ce contexte. Pour cela, nous avons interrogé des professionnels, des personnes âgées et un membre de leur famille dans trois hôpitaux gériatriques différents grâce à des entretiens semi-directifs. Le contenu de ces entretiens nous a permis d'observer des négociations suivant trois angles : les professionnels entre eux, les professionnels et les profanes, les profanes entre eux (famille et personne âgée). Tout d'abord, les pratiques professionnelles en gériatrie sont légitimées par la mise en avant du registre relationnel. Les représentations personnelles des soignants influent sur les pratiques de soin. Ensuite, il y a un décalage entre les normes et les représentations de soin entre les profanes (personne âgée d'un côté et membres de la famille de l'autre) et les professionnels. La hiérarchie hospitalière régit les échanges entre professionnels ainsi qu'avec les profanes. Les enfants conservent les valeurs familiales de leur parent. Ainsi, l'acte alimentaire de la personne âgée est ancré dans un contexte de négociations perpétuelles dû à des confrontations de normes plus ou moins médicalisées.

MOTS-CLES

Interactionnisme – Personne âgée – Hôpital – Légitimité – Normes de soin – Médicalisation

MEMBRES DU JURY

BASSETTI Fanny – GUILHOT Nicolas – PERDRIX Renaud

MAITRE DE MEMOIRE

Caroline Leclerc

DATE DE SOUTENANCE

30 juin 2011
