**I**nstitut de **F**ormation en **S**oins **I**nfirmiers
Centre Hospitalier du Pays du Gier St Chamond

Emilie CHEVAL

# Famille - Personne âgée - Soignant

# Une relation triangulaire

Promotion 2005/2008

15 septembre 2008

## *Que vois-tu-toi qui me soigne, quant tu me regardes, que pense-tu ?*

*" Une vieille femme grincheuse, un peu folle*
*Le regard perdu, qui n'y est plus tout à fait,*
*Qui bave quand elle mange et ne répond jamais,*
*Qui, quand tu dis d'une voix forte "essayez"*
*Semble ne prêter aucune attention à ce que tu fais*
*Et ne cesse de perdre ses chaussures et ses bas,*
*Qui docile ou non, te laisse faire à ta guise,*
*Le bain et les repas pour occuper la longue journée grise.*
*C'est ça que tu penses. C'est ça que tu vois?*
*Alors ouvre les yeux, ce n'est pas moi:*
*Je vais te dire qui je suis, assise là si tranquille*
*Me déplaçant à ton ordre, mangeant quand tu veux:*
*Je suis la dernière de dix, avec un père et une mère,*
*Des frères et des sœurs qui s'aiment entre eux.*
*Une jeune fille de 16 ans, des ailes aux pieds,*
*Rêvant que bientôt, elle rencontrera un fiancé.*
*Mariée déjà à 20 ans. Mon cœur bondit de joie*
*Au souvenir des vœux que j'ai fait ce jour-là.*
*J'ai 25 ans maintenant et un enfant à moi*
*Qui a besoin de moi pour lui construire une maison.*
*Une femme de trente ans, mon enfant grandit vite,*
*Nous sommes liés l'un à l'autre par des liens qui dureront.*
*Quarante ans, bientôt il ne sera plus là.*
*Mais mon homme est à mes côtés qui veille sur moi.*
*Cinquante ans, à nouveau jouent autour de moi des bébés;*
*Me revoilà avec des enfants, moi et mon bien-aimé.*
*Voici les jours noirs, mon mari meurt.*
*Je regarde vers le futur en frémissant de peur.*
*Car mes enfants sont tous occupés à élever les leurs,*
*Et je pense aux années et à l'amour que j'ai connus.*
*Je suis vieille maintenant, et la nature est cruelle,*
*Qui s'amuse à faire passer la vieillesse pour folle,*
*Mon corps s'en va, la grâce et la force m'abandonnent,*
*Et il a maintenant une pierre là où jadis j'eus un cœur.*
*Mais dans cette vieille carcasse, la jeune fille demeure*
*Dont le vieux cœur se gonfle sans relâche.*
*Je me souviens des joies, je me souviens des peines,*
*Et à nouveau je sens ma vie et j'aime.*
*Je repense aux années trop courtes et trop vite passées,*
*Et accepte cette réalité implacable que rien ne peut durer.*
*Alors ouvre les yeux, toi qui me soignes et regarde*
*Non la vieille femme grincheuse.*
*Regarde mieux, tu me verras ! "*

***Poème retrouvé dans les affaires d'une vieille dame après son décès en institution (Irlande)***

# Sommaire

INTRODUCTION ..... 4

1 PROBLEMATISATION ..... 5

1.1 Situations d'approches ..... 6

1.2 Questionnement ..... 11

2 CADRES CONCEPTUELS ..... 13

2.1 Cadre législatif ..... 14

2.2 La Famille ..... 16

2.3 Attitude ..... 19

2.4 Institution ..... 20

2.5 Soins et Soins Infirmiers ..... 24

3 METHODOLOGIE ..... 27

4 ANALYSE DES ENTRETIENS ..... 31

4.1 La personne âgée ..... 32

4.2 La famille ..... 37

4.3 Le soignant ..... 44

4.4 Synthèse de l'analyse ..... 53

5 Cheminement personnel ..... 55

CONCLUSION ..... 58

6 ANNEXES ..... 59

6.1 Annexe I : Guide d'entretien ..... 60

6.2 Annexe II : Retranscription des Entretiens ..... 62

# INTRODUCTION

Par le poème que je vous ai proposé en début de ce travail, je voulais mettre en avant l'image que l'on pouvait renvoyer aux personnes âgées d'elles-mêmes ainsi que celle qu'il nous arrive souvent d'oublier.

Dans le cadre de notre formation en soins infirmiers, il nous est demandé de réaliser un travail de fin d'étude. Son principal objectif est de nous initier au travail de recherche en soins infirmiers, de développer un sens du questionnement et de l'analyse de nos pratiques professionnelles.

Les personnes âgées sont de plus en plus souvent au centre de l'actualité. La population étant vieillissante, de nouveau problème se pose, tel que la perte d'autonomie pouvant alors entraîner un placement en institution. Ces personnes souvent ne sont pas seul et sont accompagnées par leur famille. Dans cette relation personne âgée, famille un troisième personnage apparaît lors de l'entrée en institution : le soignant.

Mon sujet se porte donc sur la personne âgée, sa famille et son soignant.

Ce travail de fin d'étude se décomposera en plusieurs partie. Nous commencerons par un exposé des situations ainsi que la mise en problème qui m'ont amené à faire cette recherche. Puis nous poserons le cadre conceptuel. Ensuite, il y aura une description de la façon dont j'ai procédé pour faire ce travail. Dans une quatrième partie, se trouvera l'analyse. Puis je finirais par une synthèse de cette analyse et une conclusion.

# 1 PROBLEMATISATION

## 1.1 Situations d'approches

### 1.1.1 En Soins à domicile

La première situation se déroule lors de mon 1er stage de 1er année, en soins à domicile. Pour ce stage, nous partions chaque matin en duo avec une infirmière et nous rendions au domicile des patients. De manière générale, les soins à domicile passent par une aide à la toilette, des injections d'insuline, des pansements ainsi que par la préparation des médicaments… Il s'agit d'une prise en charge de longue durée ; pour la plupart des personnes elle est définitive.

Une des patientes, Mme B, 75 ans, est tétraplégique et mutique depuis plusieurs années suite à un AVC. Malgré son état de dépendance majeure, elle a continué de vivre à son domicile avec son mari. Mme B. ne marche plus, et tient difficilement assise sur un fauteuil. Son mari et ses 2 filles sont très présents et restent très soudés ; alors que Monsieur B assure l'entretien de la maison, donne à manger à sa femme et la couche tous les soirs, les 2 filles, quant à elles, âgées d'environ 40 ans et ayant toutes deux une vie de famille (enfants, mari et travail), se relaient de façon à ce que chaque jour l'une des deux viennent voir leurs parents. De plus, chacune d'elles assiste une fois par semaine à la toilette de leur mère (apportant ainsi une aide à l'infirmière) et donnent un bain à leur mère tous les samedis (la salle de bain n'étant pas du tout adaptée au handicap de Mme B, le bain s'avère ici être un exercice difficile et physique). D'un point de vue des relations avec l'entourage, Mme B est une personne qui ne communique d'aucune manière que se soit : son regard est vide, elle ne parle pas et se manifeste en émettant quelques gémissements quand l'eau est trop chaude ou trop froide.

Mon stage consistait en une visite quotidienne au domicile de Mme B et ce, afin d'y effectuer les soins d'hygiène et la réfection de ses pansements d'escarres talonnières deux fois par semaine. C'est notamment en partie à cause de ces dernières que la famille refuse de placer Mme B. En effet, ces

plaies ayant été développées au cours d'un séjour de 15 jours dans une maison de retraite, cet incident n'a fait que renforcer leur volonté de ne pas placer Mme B. En effet, ils ont assez mal vécu cette dégradation. Lors des pansements, la fille fait une remarque : « Chez elle, elle n'avait jamais eu aucun soucis de peau » faisant allusions aux escarres. De plus, cela a également renforcé leur satisfaction des soins à domicile. Les 2 filles sont très accueillantes envers les soignants et apparemment satisfaite de leurs interventions. De plus elles nous aident à mobiliser la patiente sans jamais faire de remarques sur notre façon de procéder.

Un jour, alors que nous effectuions la toilette et la réfection de pansements, l'une des filles et l'infirmière m'expliquent aimablement la situation de Mme B, utilisant la 3ème personne du singulier, comme si la patiente n'était pas là. Même si la toilette se déroule très bien, je remarque que l'attitude de la fille envers sa mère est assez atypique. En effet, lorsque que nous mettons Mme B sur le côté, celle-ci lui dit : « Allez viens vite des mes bras, et hop ! ». Ou encore, celle-ci profite d'être proche de sa mère pour lui faire des gazouillis, jouer avec son nez comme si sa mère était un enfant, un nourrisson. De même, lorsque l'infirmière applique le gant mouillé sur le dos de Mme B et que celle-ci sursaute un peu en émettant un petit cri de désagrément, sa fille se met à sourire et dit d'un air ravi : « J 'adore quand elle fait ça ! ». Enfin, lorsque que la toilette est terminée et que la patiente est installée sur son fauteuil sa fille lui dit encore : « Comme tu es belle dans ta petite robe ! ». J'attends la fin du soin pour évoquer avec l'infirmière la grande proximité observée entre Mme B et sa fille ; elle ne dit qu'il en a toujours été ainsi et ce, malgré l'état de santé de la mère.

### 1.1.2 A l'hôpital

La seconde situation exposée a lieu lors de mon 3ème stage de 2ème année, en service de soins de suite. Les pathologies rencontrées dans ce service sont diverses et variées, et se sont principalement des personnes âgées qui y sont accueillies suite à une hospitalisation. Le but d'un séjour en soins de suite consiste en une ré-autonomisation des patients pour un retour à domicile. De manière générale, le service dispose de vingt-cinq lits et le personnel se compose de deux infirmières et deux aides-soignantes le matin et d'une infirmière et une aide-soignante le soir.

Une des patientes, Mme C, 70 ans, est accueillie dans le service depuis trois-quatre jours lorsque que je commence mon stage. Le tableau clinique de Mme C est varié ; en effet, cette patiente a été admise pour un déséquilibre de son diabète (dont elle souffre depuis une dizaine d'années), une artérite et des œdèmes des membres inférieurs. Très douloureuse du fait de son incapacité à plier ses jambes, Mme C se mobilise difficilement ; elle ne marche qu'avec le kinésithérapeute et nécessite l'aide d'une tierce personne pour réaliser les transferts lit/fauteuil, lit/chaise-pot. De plus, Mme C semble en insécurité si nous ne sommes pas suffisamment près d'elle. Malgré toutes ces contraintes, Mme C ne semble pas se démotiver et continue d'effectuer les transferts plusieurs fois par jour ; il semblerait que se soit surtout son refus du port de protection (sauf pour quelques fuites urinaires) qui soit à l'origine de sa motivation. Dans l'ensemble, Mme C est une femme relativement discrète qui verbalise facilement ce dont elle a besoin (envie d'uriner, besoins de traitement pour la douleur…) et qui se plait à discuter avec le personnel lorsqu'elle en a envie. Toutefois, Mme C apprécie les moments de solitude dans sa chambre pour regarder la télévision ou lire.

Mme C a également une fille qui est très présente auprès d'elle ; celle-ci vient chaque jour au moment du repas de midi et ce, jusque vers les quinze heures. Ces visites quotidiennes sont très appréciées par Mme C. Du fait de sa présence lors du temps de midi, la fille Mme C assiste

systématiquement à la prise de glycémie capillaire et l'injection d'insuline de sa mère. Celle-ci paraît d'ailleurs anxieuse quant aux résultats ; en effet, souvent elle nous demande « Mais pourquoi elle fait des hypoglycémies comme ça ? » ou « Pourquoi on n'arrive pas à trouver de bonne insuline ? ». Si ces questionnements de la part de la fille de Mme C peuvent paraître agressifs, il n'en rien ; au contraire, celle-ci semble surtout inquiète quant à la gestion future des crises d'hypoglycémie de sa mère une fois de retour à domicile. En effet, Mme C est fréquemment en hypoglycémie mais, ne les ressentant pas, elle risque alors de chuter suite à un malaise.

Par ailleurs, la fille de Mme C paraît également relativement satisfaite des soins reçus par sa mère : elle remercie souvent le personnel et ne formule pas de remarques particulières. Cependant, à chacune de ses visites, cette dernière vient systématiquement demander quelque chose au personnel : qu'il s'agisse de compresses, de réinstaller sa mère, de lui remplir sa carafe… Tout un ensemble de détails qui me font m'interroger sur les motivations véritables de la fille Mme C… D'autant que, lorsque sa fille est absente, Mme C demande facilement ce dont elle a besoin sans passer par la demande de tous ces menus services. Deux hypothèses me viennent alors à l'esprit : soit la fille fait toutes ces demandes parce qu'elle en ressent le besoin pour sa mère, soit elle les fait parce que c'est Mme C qui le lui demande et ce, pour que sa fille s'occupe d'elle. Enfin, il est aussi à noter que si nous posons une question à Mme C en présence de sa fille, cette dernière répond souvent à sa place et si nous insistons pour que Mme C réponde, sa fille complète sa réponse.

Mme C a aussi un fils, mais ce dernier n'est pas aussi conciliant que sa sœur à l'égard de leur mère. En effet, moins demandeur vis-à-vis du personnel soignant, il essaie plutôt de « secouer » sa mère, ce qui ne semble pas vraiment plaire à Mme C, notamment en ce qui concerne ses douleurs aux jambes. En effet, Mme C en souffre beaucoup et reçoit d'assez fortes doses de morphine par jour. De plus, si celles ci ne sont pas suffisantes, Mme C a recours à un protocole d'Actiskenan ; la patiente connaît bien ce traitement puisqu'elle en fait presque quotidiennement la demande. Son fils

lui a plusieurs fois demandé d'arrêter de prendre tous ces médicaments. Il a également fait remarquer à l'équipe « qu'il ne fallait pas trop écouter sa mère parce que toute sa vie elle s'était plainte de douleurs et qu'elle avait donc toujours pris beaucoup de traitements» et que « si les traitements n'étaient plus efficaces, c'est parce qu'elle en avait trop abusé tout au long de sa vie. »

Cependant, l'équipe soignante a toujours bien répondu aux demandes de Mme C et de sa fille, même s'il semble que la patiente se complaise à être prise en charge et à laisser sa fille anticiper ses besoins.

## 1.2 Questionnement

J'ai choisi ces deux situations cliniques car toutes deux m'ont beaucoup interpellée quant à ma pratique infirmière. En effet, au cours de ces deux situations, j'ai du faire face à une remise en question de mon idéal du soin. J'ai ressenti de la difficulté à me positionner et entrer en relation avec les patientes quand la famille était présente. Après analyse, je peux constater qu'il existe des aspects similaires entre les deux situations, et ce, bien que celles-ci aient des contextes et des pathologies différents.

Tout d'abord, nous pouvons observer l'existence d'un dysfonctionnement de l'organisation familiale, et plus spécifiquement, d'un dysfonctionnement dans les relations mères/filles ; en effet, dans les deux situations, nous constatons que la vie des filles (d'âge adulte) s'organise en grande partie autour de celle de leur mère âgée. De plus, nous pouvons également constater que cette nouvelle organisation familiale émerge dans des contextes temporaires opposés. En effet, si dans la première situation c'est l'absence de communication et de motricité de façon définitive qui en est à l'origine, dans la deuxième situation, c'est l'hospitalisation temporaire qui en est génératrice.

Toutefois, si la durée de la prise en charge des patientes ne semble pas conditionner l'émergence de ce dysfonctionnement familial, nous pouvons dès lors nous demander quels sont donc les facteurs qui en sont à l'origine et quelles sont les raisons qui poussent les familles à autant s'investir, voire se surinvestir ?

Ensuite, nous pouvons remarquer que dans les deux exemples, la présence de la famille peut altérer la relation soignant/soigné ; en effet, la relation soignant/soigné perd son caractère duel pour devenir multidimensionnelle. D'une part, en répondant à la place de leur mère et/ou en discutant avec les soignants au cours d'un soin, la famille m'a rendu plus difficile la communication avec la patiente. D'autre part, en assistant et en

participant aux soins, la famille peut influencer et modifié la pratique et les gestes des soignants, et de ce fait, modifie la relation soignant/soigné.

Ceci étant, comment conserver une relation et une communication duelles soignant-soigné en dépit d'une famille « trop présente » ? De plus, comment faire pour que la relation triangulaire famille - soignant - soigné n'aboutisse pas à un clivage de la communication de type soignant/communication gestuelle d'une part et famille/communication verbale d'autre part ? Enfin, comment trouver sa place en tant que soignant dans le trio : patient, famille, soignant ?

Toutes ces réflexions m'amènent à une ultime question, la problématique, et qui est la suivante :

**En quoi l'attitude des familles ayant un parent âgé institutionnalisé peut-elle influencer le positionnement infirmier dans les soins ?**

# 2 CADRES CONCEPTUELS

## 2.1 Cadre législatif

**Selon le Décret 2004-802 du 29 juillet 2004-LIVRE III Auxiliaires Médicaux- Titre Ier - Profession D'Infirmier- Relatif à l'exercice de la profession et aux actes professionnels.**

**Code de santé publique**

Art R4311-1 :[…] Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel[…]

Art R4311-2 : […] Le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° […]En vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social.

[…]

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen de soins palliatifs, et d'accompagner, autant que de besoin, leur entourage.

Art R4311-5 : […] visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage.

[…]

3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance.

Art R4311-6 : […]

1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage.

[…]

Que dire de la lecture des articles concernant la famille au sein du décret infirmier ?

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que le mot « famille » n'est pas employée dans ce document ; la législation utilise le terme d'« entourage du patient » pour désigner l'ensemble des membres présents autour du patient et la famille. Ensuite, nous pouvons lire que le premier rôle de l'infirmière vis-à-vis de l'entourage est de le tenir informer de l'état de santé du patient, tout en se devant de respecter le secret professionnel.

L'infirmière joue également un rôle dans le soutien à apporter aux familles, notamment dans le cas de fin de vie. Lors d'une prise en charge médicale, l'infirmière se doit de veiller à ce que le patient puisse conserver un lien avec son milieu familial, et ce, quelque soit son état de santé et le milieu soignant dans lequel il se situe.

Enfin, l'infirmière se doit aussi de surveiller et de dépister la maltraitance. Cependant, la législation ne faisant pas état des personnes susceptibles de malveillance envers un patient, n'importe qui, y compris l'entourage peut être maltraitant ; c'est pourquoi l'infirmière a aussi pour rôle de « surveiller » et porter un regard sur l'entourage d'un patient. Mais si tant est que nous puissions avoir un droit de regard sur le mode de fonctionnement d'une famille, jusqu'où pouvons-nous porter ce regard ? De plus, si la législation nous autorise à dépister toute maltraitance, considère-t-elle que certains modes de fonctionnements familiaux peuvent être des formes de maltraitance ?

En conclusion, au regard de la loi, nous constatons que le soignant se doit non seulement d'être en relation avec ses patients, mais aussi avec son entourage. Mais jusqu'où entrer en relation avec la famille ? Comment faire si l'entourage du patient est loin et peu présent ?

## 2.2 La Famille

Si nous ouvrons notre dictionnaire pour chercher la définition de base du mot « famille » nous pouvons lire ceci : la famille est un « ensemble formé par le père, la mère et les enfants»[1]. Ainsi, de manière stricte, nous pouvons constater que la famille se réduit avant tout au lien parent/enfant et mari/femme.

Si nous creusons plus la définition du mot « famille », nous trouvons également ceci : la famille est un « système humain qui évolue au cours du temps »[2]. Plusieurs points importants sont à mettre en avant. Tout d'abord, la famille est ici considérée comme un système, ce qui signifie qu'elle possède les deux dimensions fondamentales suivantes :

« - **la cohésion**, qui caractérise les liens émotionnels entre les membres

- **l'adaptabilité**, qui rend compte de la capacité du système familial à changer les structures de pouvoir, les relations de rôles et les règles relationnelles en réponse à une pression situationnelle ou développementale. »[3]

Le second élément important mis en évidence dans cette définition est l'aspect évolutif du système familial au cours du temps. Pour plusieurs auteurs : « La famille est donc un système articulé sur le temps : ses membres prennent de l'âge et elle passe par des stades divers au cours de son cycle de vie. Elle comprend l'individu dès sa naissance et le garde jusqu'à sa mort. »[4]. Ainsi, nous comprenons que dans une famille, chacun évolue à son rythme, et pas nécessairement à la même vitesse que les autres. Et tandis que certains gagnent de l'autonomie et de la « vitalité » (tels que les adolescents), d'autres en perdent. Aussi, chaque membre doit apprendre à accepter l'évolution de son parent vers un état qui est de moins en moins « idéal », ainsi que les changements liés aux rôles de chacun.

---

[1] Dictionnaire Le Petit Larousse, 1998, définition du mot Famille p. 420

[2] GUILLAUMOT P.- *Le sujet âgé, ses proches, ses soignants*.- Ramonville Saint-Agne, Editions Erès , 2006.- p.21

[3] BAWIN-LEGROS B – *Sociologie de la Famille*- Paris, Bruxelles, Edition De Boeck Université, 1996, - p. 84 et 85

[4] GUILLAUMOT P.- *Le sujet âgé, ses proches, ses soignants*.- Ramonville Saint-Agne, Editions Erès , 2006 -p.21

Cependant, nous nous devons d'ajouter que pour évoluer, les éléments du système doivent être dans l'acceptation, cette dernière ne se fait pas toujours sans difficulté. Pour illustrer notre propos, nous pouvons prendre l'exemple d'une hospitalisation d'un parent âgé. Ici c'est l'hospitalisation qui représente le changement, et le changement de rôle qu'elle engendre n'est autre qu'une inversion des rôles parent-enfants ; les enfants deviennent les parents de leurs parents.

Mais la famille c'est aussi : « un espace social de construction et d'élaboration de relation, d'identité, d'affinités sexuelles et affectives. L'affection est productrice d'une identité enfouie sous les masques des rôles et des fonctions. »[5] Ce qui est important dans cette définition, c'est qu'elle met en évidence le lien profond existant entre les rapports affectifs que les membres d'une famille entretiennent les uns avec les autres, et les rôles qui leurs sont assignés. Ainsi, nous pouvons donc penser que la désignation de l'aidant naturel dans une famille où l'un des membres est malade ne se fait pas de manière fortuite, mais dépend des relations que l'aidant naturel entretenait avec le malade et le reste de la famille.

De plus, la famille est aussi et surtout la première ressource pour chacun de ses membres, qu'ils soient malades ou non. En effet, « Le groupe familial constitue le premier espace social où des ressources mobilisables sont perçues par les individus, […] un lieu d'échanges et de communication dont les fonctions principales seraient le maintien et le renouvellement des générations, la transmission de biens et de savoirs, le partage d'un travail fondé sur la complémentarité des sexes. » [6] De plus, nous pouvons penser que les interactions au sein du groupe familial visent en un maintien de la santé de chacun des membres. Ainsi, il existerait une influence réciproque du malade sur sa famille et de cette dernière sur la guérison du malade.

Ceci étant, nous pouvons nous demander ce qu'il advient de la place de la famille lorsqu'un individu est confronté à une maladie nécessitant une

---

[5] BAWIN-LEGROS B – *Sociologie de la Famille*- Paris, Bruxelles, Edition De Boeck Université, 1996, p 89

[6] BAWIN-LEGROS B – *Sociologie de la Famille*- Paris, Bruxelles, Edition De Boeck Université, 1996, p 9

prise en charge extérieure à sa famille ? Quels changements la relation triangulaire liant la famille, le patient et le soignant va-t-elle apporter ? Comment ces changements vont-ils être perçus par les différents partenaires de la relation ? Si nous nous référons à S. BLOT, nous pouvons lire que « Les acteurs mis en présence en gériatrie (Familles/soignants/résidents) composent une relation triangulaire souvent imparfaite et compliquée par le contexte de la vieillesse »[7]. Ainsi, nous constatons que les relations entre les familles et les soignants peuvent souvent être difficiles, voire conflictuelles. L'origine du conflit réside souvent dans la difficulté pour la famille à accepter les pertes d'autonomie et de l'état de santé de leur proche, (donc, le changement) et surtout, à accepter de ne plus posséder suffisamment de ressources pour aider seule, c'est à dire sans soignant, le membre malade. C'est bien parce que les familles sont culpabilisées par le placement et la prise en charge extérieure qu'elles cherchent à garder une place importante auprès du malade. Toutefois, les familles ne sont pas à exclure du soin et ce, parce qu'« elles sont de véritables partenaires de soins »[8] et que leur objectif est le même que celui du soignant, à savoir, le patient dans son intégrité et son bien être. Ainsi, la question qui se pose dès lors est : comment arriver à trouver une situation qui puisse satisfaire tous les protagonistes de la relation triangulaire ?

[7]BLOT S.- « Prendre Soins en Gériatrie »- *Soins Gérontologie*- n°58, Mars/Avril 2006, pages 44 et 45.

[8] BLOT S.- « Prendre Soins en Gériatrie »- *Soins Gérontologie*- n°58, Mars/Avril 2006, pages 44 et 45.

## 2.3 Attitude

De façon simple, le terme « attitude » peut se définir comme suivant : « Manière dont on se comporte avec les autres » [9].

En psychologie, l'attitude est « une position d'un agent envers un objet ; elle s'exprime plus ou moins ouvertement à travers divers symptômes ou indicateurs (paroles, ton, gestes, actes, choix-ou leur absence) ». De plus, « les attitudes sont acquises par un individu […] et peuvent même complètement changer en fonction justement des expériences vécus par le sujet. ».

Ainsi, du fait de l'aspect aléatoire de la vie de famille, de l'apparition des évènements et du caractère variable des personnes rencontrées, les attitudes de chacun des protagonistes de la relation triangulaire Famille/Soignant/Soigné peuvent évoluer plus ou moins favorablement. Lorsque nous avons utilisé le mot « attitude » dans notre question de départ, nous pensions surtout aux réactions variées que présentaient les familles face à un dispositif de soins ; soit elles étaient fuyantes, soit elles se montraient très investies. Nous avions également noté qu'en plus de cette variabilité au niveau des familles, les attitudes variaient au niveau des membres d'une même famille. Nous pouvons observer cette variabilité avec les aidants naturels : souvent, l'aidant naturel n'a pas la même attitude qu'au moins un autre des membres de la famille. Ainsi, nous pouvons dire que l'attitude dépend aussi du rôle que chaque membre occupe au sein de la famille.

[9] Dictionnaire Le Petit Larousse, 1998, définition du mot Attitude page 97

## 2.4 Institution

Pour traiter ce travail de fin d'étude, nous avons choisi de limiter nos recherches aux patients âgés institutionnalisés. C'est pourquoi il nous faut donc définir le terme d'institution.

D'après le dictionnaire, une institution est : « Un organisme visant à maintenir des règles établies en vue de la satisfaction de l'intérêt collectif »[10]. D'autre part, et selon le même dictionnaire le domicile se définit comme un : « Lieu habituel d'habitation. […] Une personne peut avoir plusieurs résidences, mais elle n'a qu'un seul domicile »[11]

### 2.4.1 Les différents types d'établissements

Il existe différents types « d'institutions » :

- *les EHPAD* : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. « L'EHPAD assure un ensemble de prestations comprenant le logement, les repas, divers services spécifiques tels que blanchisserie, soins d'hygiène et médicaux (selon l'état de la personne), animations... C'est donc le nouveau domicile de la personne âgée. »[12].

- *les maisons de retraites* : « La maison de retraite, dès lors qu'elle est conventionnée, est nécessairement médicalisée. Elle propose à ses résidents un encadrement médical et des activités adaptées pour des séjours longs ou temporaires. La maison de retraite permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de bénéficier de l'attention et des soins d'un personnel permanent comprenant des médecins, des infirmier(ières)s, des aides soignants, des auxiliaires de vie, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des animateur(rice)s. »[13]

---

[10] Dictionnaire Le Petit Larousse, 1998, définition du mot Institution page 551
[11] Dictionnaire Le Petit Larousse 1998, définition du mot Domicile page 344
[12] http://www.defiscalisation-ehpad.fr/etablissement-hebergement-personnes-agees-dependantes.html
[13] http://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/les-types-d-etablissements.htm

- *les unités de longue durée* : « Ces unités relèvent aujourd'hui du secteur hospitalier et accueillent des personnes qui ont perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une aide constante en matière de soins et pour les gestes de la vie quotidienne ainsi qu'une surveillance médicale constante. »[14]

- *les résidences avec services*: « Ce type d'hébergement collectif est conçu pour servir d'intermédiaire entre le logement personnel et la maison de retraite traditionnelle. Elles sont destinées à accueillir des personnes âgées valides, autonomes, seules ou en couple, ne désirant ou ne pouvant plus vivre isolées. Tout en conservant une certaine indépendance au sein des appartements, les résidents bénéficient d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif et payant: restaurant, services ménagers, services paramédicaux, animations et activités diverses. »[15]

Bien que toutes ces structures ciblent une population âgée, nous pouvons cependant remarquer qu'elles ne possèdent pas la même organisation, ce qui signifie donc, que ces structures sont distinctes les une des autres et ne visent pas la même population d'âgés. De manière générale, nous pouvons dire que ces institutions de différencient de part le degré de dépendance des personnes qui y résident.

De plus, de par sa définition, l'institution comporte des règles et donc des contraintes.

### 2.4.2 La personne âgée et l'institution

L'entrée en institution constitue « le passage du domicile, lieu intime et privé, vers ce probable dernier lieu de vie, collectif et public »[16]

[14] http://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/les-types-d-etablissements.htm
[15] http://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/les-types-d-etablissements.htm
[16] DONNIO I. – « L'entrée en établissement d'hébergement » - Gérontologie et Société – n°112 2005 – page 73

« L'entrée en maison de retraite, en MAPAD, en EHPAD ou en soins de longue durée représente le plus souvent un moment difficile pour les personnes âgées qui le vivent. […] Parfois la maladie, la dépendance, l'isolement, font que l'entrée en institution s'avère nécessaire et inévitable. Quitter son domicile et son mode de vie antérieur représente alors une grande souffrance. Et la personne a besoin de temps -parfois plusieurs mois - pour s'habituer à sa nouvelle vie, investir son nouvel espace et de nouvelle relations. […] un soutien particulièrement patient et compréhensif est nécessaire de la part de la famille, des soignants, et des bénévoles » [17]. Ainsi, l'entrée en institution peut être source de souffrance pour la personne âgée car celle-ci quitte définitivement son domicile personnel pour vivre désormais dans un domicile avec des règles imposées, une vie en communauté et parfois une chambre partagée avec une personne inconnue.

« L'entrée dans cette dernière demeure a, en effet, pour conséquence de modifier profondément l'image que la personne a d'elle-même. Il lui faut d'abord se reconnaître dépendante. » [18]

Autrefois, l'âgé vieillissant était pris en charge par les membres de sa famille et restait au sein de la cellule familiale jusqu'à la fin de sa vie. A cette époque, les seules institutions pour vieux étaient les mouroirs ou les asiles et « la logique institutionnelle n'était pas axée sur la personne ni sur l'évolution de ses besoins »[19]. Au cours du XX ème siècle, les systèmes familiaux ont évolué : nous sommes de plus ne plus individualistes et le parent âgé n'a plus sa place au sein du domicile de ses enfants. Désormais, se sont les institutions qui deviennent le seul et unique domicile de l'âgé jusqu'à la fin de sa vie. Aussi, les établissements qui accueillent des personnes âgées doivent se spécifier et prendre une dimension nouvelle : ils ne sont plus seulement un lieu de soins, ils sont aussi des lieux de vie.

[17] SEBAG-LANOE R.- « La Souffrance dans le Grand âge » - Objectif Soins – n° 142, Janvier 2006, page 29
[18] BILLE M. – « L'Entrée en institution » - Gérontologie et société – n°112 2005, page 68
[19]BLOT S.- « Prendre Soins en Gériatrie »- *Soins Gérontologie*- n°58, Mars/Avril 2006, pages 44 et 45.

### 2.4.3 La famille et l'institution

« Le choix de placer un parent en long séjour est une épreuve difficile pour la personne elle-même, mais également pour ses enfants. »[20]. Souvent « La personne âgée ayant vécu à son domicile jusqu'aux limites du possible, la participation de la famille pour maintenir la personne âgée à domicile est souvent importante. La décision de « placer » la personne âgée à domicile en maison de retraite, souvent repoussée, est un cap difficile. Elle pose des problèmes financiers, moraux mais aussi sociaux. La famille culpabilise hésitant entre le désir de la personne âgée de rester chez elle et des conditions de sécurité trop précaires, hésitant encore entre le sentiment de faire pour le mieux sans avoir l'impression d'abandonner. […] Ces familles se sentent mal à l'aise en ces lieux où sont regroupées beaucoup de personnes âgées dépendantes. Ce malaise accentué par le fait qu'elles ne considèrent pas leur proche aussi dépendant. »[21]. Dans ces cas, « soit la famille ne rend pas visite à la personne […] en fait, n'a pas envie d'affronter le regard de la personne âgée, soit la famille va être très présente et très exigeante, souhaitant que l'institution reproduise la prise en charge individualisée que la famille assumait jusqu'alors. »[22]

[20] ECHELARD M.F- « Le conseil de vie sociale, une nouvelle place pour les familles et les résidents » - Soins en Gérontologie - n°54 Juillet/ Août 2005 - page 29
[21] LE METAYER V.- « Le vécu des soignants face à la dépendance » - Revue Hospitalière de France – n°5 Septembre/ Octobre 1994 - page 403
[22] LE METAYER V.- « Le vécu des soignants face à la dépendance » - Revue Hospitalière de France – n°5 Septembre/ Octobre 1994 - page 403

## 2.5 Soins et Soins Infirmiers

### 2.5.1 Soins

Selon le Petit Larousse, le soin est une : « attention, application portée à quelque chose, moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade »[23]. Cette définition quoique assez généraliste, met déjà en évidence deux aspects du soin. D'un coté l'aspect purement technique : « moyens » et de l'autre l'aspect relationnel : « attention ».

En approfondissant nos recherches, nous avons aussi trouvé la définition suivante : les soins représentent « L'attention, la protection et le service dispensés dans une société par des personnes qui sont responsables d'autres personnes ou chargées de « prendre soin » d'elles. » […] « Le mot soin signifie aussi l'état d'esprit d'une personne qui se soucie de quelqu'un d'autre, qui éprouve de l'intérêt et de la sollicitude pour celui-ci. Les infirmières emploient le mot soin dans les deux sens. »[24]. Ainsi le soin peut aussi bien être un acte qu'une relation et même, il est le plus souvent les deux en même temps.

Mais le soin c'est aussi : « La dimension d'aide et de relations interpersonnelles, de régulation et d'adaptation. Celui qui donne les soins est en relation avec celui qui les reçoit et il fait ce que la personne soignée ne peut pas faire entièrement ou partiellement […], l'aide procurée permet la satisfaction des besoins grâce à différentes formes d'activités adaptatives ou régulatrices. »[25]. Cette définition nous a parue intéressante car elle met bien en évidence le socle commun à toutes les formes de soins.

De plus « Soigner requiert des connaissances et des habilités de même que des renseignements sur les conditions et les circonstances du moment, y compris les opinions, les intérêts et les préoccupations des

[23] Dictionnaire Le Petit Larousse, 1998, définition du mot Soin page 947
[24] OREM D.E, *Soins Infirmier : Les Concepts et la Pratique*, Paris, Editions Maloine, 1987, page 22
[25] OREM D.E, *Soins Infirmier : Les Concepts et la Pratique*, Paris, Editions Maloine, 1987, page 23

personnes soignées »[26]. D'après cette définition, nous pouvons penser qu'il existe une complémentarité famille/soignant dans le soin : en effet, l'infirmière possédant des connaissances et des habilités, elle est donc apte à soigner, mais en connaissant les intérêts et les préoccupations du patient, patient et famille sont eux aussi acteurs du soin. Dans la réalité, cette complémentarité n'est pas aussi clairement clivée ; même si chacun possède des spécificités quant aux soins à donner, les différents acteurs communiquent entre eux et échangent sur ce qui est bon pour le patient ainsi que leurs connaissances.

### 2.5.2 Soins Infirmiers

« Selon le Conseil international des infirmières, les soins infirmiers représentent les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. »[27]

« Les soins infirmiers, quelles que soient les circonstances dans lesquelles on les procure, sont des actions délibérées exécutées par certains membre d'un groupe social pour produire des effets et des résultats qui profitent à d'autres individus de façon spécifique. » […] « Les soins infirmiers constituent un complexe d'actions composées. Ils impliquent l'exécution, par une ou plusieurs infirmières, de séries d'actions organisées et coordonnées en fonction de buts spécifiques. Ces actions sont reliées entre elles en ce sens que telle action est rendue possible ou facilitée par une autre. »[28]

« Le centre d'intérêt de la discipline infirmière et les principes inhérents au soin invitent l'infirmière à une grande collaboration avec le personnel infirmier, professionnel et non professionnel, et avec les membres de la famille. La question n'est pas de déterminer qui fera plus ou moins d'activités reliées aux soins infirmiers, mais plutôt qui, pour le moment, peut

[26] OREM D.E, *Soins Infirmier : Les Concepts et la Pratique*, Paris, Editions Maloine, 1987, page 23
[27] http://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier
[28] OREM D.E, *Soins Infirmier : Les Concepts et la Pratique*, Paris, Editions Maloine, 1987, page 24

le mieux soutenir la personne dans son processus de santé, compte tenu des connaissances de chacun et de l'ensemble des besoins de soin. »[29]

Après lecture de cette définition, nous pouvons mettre en évidence que quelque soit la personne qui dispense les soins infirmiers, ceux-ci doivent toujours être tournés vers le malade et se faire en fonction des besoins du patient et des connaissances que nous avons de lui. Si l'infirmier est plus au fait des soins à prodiguer, de l'état de santé du patient et de sa maladie, l'entourage est quant à lui plus amène de connaître la vie du patient, son mode de vie, ses envies etc.… Ainsi, nous pouvons dire que l'entourage a toute sa place dans le cadre des soins infirmiers, mais également qu'infirmier et famille se complètent dans leurs connaissances.

« Avec le développement de la science médicale, le lieu du soin est graduellement devenu le centre hospitalier […] Dans ce contexte, les familles, ont cessé d'être reconnues comme des personnes soignantes et ont perdu leur réseau informel d'échanges et de connaissances »[30].

« Le soin professionnel diffère du soin offert dans la famille en ce qu'il offre un service spécialisé qui va au-delà des capacités qu'ont les personnes à prendre soin d'elles-mêmes et des autres. »[31]

---

[29] KEROUAC S, *La Pensée Infirmière : Conceptions et Stratégies*, Laval (Québec), Editions Maloine, 1994, page 86

[30] KEROUAC S, *La Pensée Infirmière : Conceptions et Stratégies*, Laval (Québec), Editions Maloine, 1994, page 88

[31] KEROUAC S, *La Pensée Infirmière : Conceptions et Stratégies*, Laval (Québec), Editions Maloine, 1994, page 88

# 3 METHODOLOGIE

J’ai commencé à me soucier très tôt de mon travail de fin d’étude. Dès la deuxième année de formation, j’ai commencé à chercher mon sujet. Voilà pourquoi j’ai brièvement décrit les situations de soins qui avait pu marquer mon cursus.

En ce qui concerne le choix de la situation de départ, j’ai attendu le début des guidances dispensées en troisième année pour sélectionner une première situation portant sur les soins à domicile et qui m’avait posé problème. Après interrogation sur mes ressentis, ce qui m’avait gêné, … et sur conseil de ma référente, j’ai décidé d’ajouter une deuxième situation, se déroulant cette fois-ci à l’hôpital. J’ai choisi une deuxième situation pour illustrer mon mémoire car cela me permet d’une part de prendre du recul face à la première situation, et d’autre part, d’avoir une meilleure ouverture sur les différents thèmes possibles. De plus, le parallèle entre ces deux situations m’a permis d’orienter ma recherche vers une nouvelle structure : le long séjour.

Afin d’éclaircir cette recherche, de définir la problématique et d’identifier les concepts, j’ai consulté Internet, divers livres et revues, ainsi que certains cours donnés durant ma formation. Pour établir mes concepts, je me suis souvent basée sur les définitions issues du dictionnaire. Puis, j’ai approfondi les définitions en effectuant des recherches dans des revues spécialisées, des livres à orientation sociologique ou psychologique…

En ce qui concerne le cadre législatif de mon mémoire, je l’ai défini en me basant sur des textes issus du décret infirmier de juillet 2004.

Afin d’avoir un point de vue plus concret sur le sujet, j’ai effectué des entretiens semi-directifs auprès d’infirmières travaillant en service de gériatrie long séjour. J’ai décidé de faire ces entretiens pour plusieurs raisons. Tout d’abord, ces entretiens m’ont permis de réaliser une analyse comparative entre mes idées, celles des auteurs et celles des professionnels soignants. Grâce à eux, j’ai également acquis de nouveaux points de vue sur le sujet ; cela m’a ainsi permis d’enrichir mon travail de fin d’étude et de faire évoluer la conception initiale que je pouvais avoir sur le thème. Je peux dire que ces

entretiens m'ont aussi aidé à prendre plus de recul par rapport à la thématique. C'est avant tout l'expérience des infirmières interrogées, ainsi que les différentes situations d'exemple et la manière dont ces situations ont été gérées qui m'ont aidé dans cette prise de recul. Enfin, j'ai opté pour des entretiens semi-directifs afin de laisser une plus grande liberté d'expression pour le sujet interrogé, évitant ainsi de trop les influencer par ma propre vision des choses.

Cependant, au cours des entretiens et de leur retranscription, je me suis aperçue de quelques biais expérimentaux… Tout d'abord, lors de la prise de contact avec le cadre de santé pour lui faire part de ma requête, j'ai omis de lui préciser que je souhaitais m'entretenir avec une infirmière expérimentée. De ce fait, j'ai effectué mon premier entretien avec une infirmière qui n'était diplômée que depuis 7 mois. Pour la suite, et afin que cette situation ne se reproduise pas, j'ai demandé à interroger des infirmières ayant plus d'expérience en gériatrie, et donc, me permettant de réaliser des entretiens plus riches. Ensuite, deux des entretiens ont été réalisés dans le même service et, coïncidence amusante, les deux infirmières ont évoqué la même situation. Si au cours de l'entretien je pensais que ceci me gênerais dans mon analyse, il n'en est rien. Au contraire, cela m'a permis de me rendre compte que, face à une même situation, deux personnes d'une même équipe n'ont pas le même regard et la même façon d'agir. Enfin, lors de la retranscription des deux premiers entretiens, j'ai remarqué que je n'étais pas très à l'aise et que je n'osais pas relancer les personnes interrogées. De ce fait, certains éléments utiles à ma recherche semblent manquer à l'analyse ou ne sont pas assez précis. De plus, j'ai constaté qu'à plusieurs reprises, les infirmières m'ont demandé de reformuler certaines questions, ce qui me fait penser que les formulations étaient peut être trop longues et/ou trop complexes.

Après avoir retranscrit la totalité des entretiens, j'ai commencé mon analyse en la structurant à partir des thèmes et sous-thèmes principaux.

Enfin, mon travail de fin d’étude se termine en faisant apparaître le cheminement que j’ai eu depuis le début de cette recherche, mais aussi depuis la première année où la première situation c’est passé.

# 4 ANALYSE DES ENTRETIENS

## 4.1 La personne âgée

L'un des buts de notre recherche est de trouver comment Famille et Soignant peuvent trouver leur place auprès de la personne âgée. Ainsi, il nous semble important avant tout de connaître les représentations que peuvent avoir les soignants de la personne soignée, et plus spécifiquement de la personne âgée.

### 4.1.1 Représentation de la personne âgée

Selon Walter HESBEEN, l'être humain est : *« un être unique, donc différent de l'autre, il possède une identité propre […]. Il représente une unité mais se caractérise par sa complexité. Il est à la fois un corps et un esprit qui vit dans une société. […] Il est porteur de tradition, acteur de changement. […] C'est un être en projet. »*[32] Or, la personne âgée est un être humain à part entière. Ainsi, la façon dont le soignant considère la personne âgée et se la représente peut influencer son positionnement vis-à-vis d'elle et sa façon de la soigner.

A la première question : *« Comment percevez-vous, qualifiez-vous une personne âgée ? »*, nous avons pu nous rendre compte que les infirmières considéraient la personne âgée comme une personne à part entière, avant de la considérer comme un patient. Pour elles, la personne âgée *« c'est une personne qui arrive à la fin de sa vie et qui va rencontrer plusieurs difficultés, qui va devoir s'adapter à des changements dans son corps, aussi bien au niveau physique que psychique. »*[33] Dans cette question, le contexte dans lequel se situait la personne âgée n'était pas précisé ; il s'agissait d'une question ouverte et pourtant, la plupart des infirmières interrogées ont considéré que nous parlions de personnes à domicile.

Lorsque nous posons la question suivante : « *Et lors de son entrée en institution ?* », il est intéressant de remarquer combien l'évocation de

[32] HESBEEN W. – *Prendre soin à l'hôpital* – Paris Inter Editions MASSON 1997 – p 195
[33] Annexe II- Entretien n°2

l'institutionnalisation renvoie à une image plus négative de la personne âgée. En effet, les notions de dépendance et de perte d'autonomie entrent désormais dans les représentations que les infirmières se font des patients âgés : *« […] ils sont dépendants, ils ont besoins de nous […] »*[34]. Ainsi, le rôle et la place de l'infirmière auprès du patient dépendraient du niveau de dépendance de celui-ci. Nous pouvons dès lors penser qu'il est donc plus difficile pour le soignant en gériatrie de penser sa place et son rôle auprès d'une personne « valide ». De plus, dans un article sur la gériatrie écrit par une infirmière chef, la personne âgée est décrite avec la particularité pathologique : *« Ce qui caractérise nos malades, c'est qu'ils sont porteurs de multiples pathologies. »*[35].

Il est important de souligner que le regard que porte le soignant sur la personne âgée renvoie aussi sa dignité au patient. Considérer un patient comme une personne à part entière ne passe pas seulement par la parole ; cela passe aussi par les actes et le savoir être du soignant. Cette dignité, la soignant la donne à son patient en écoutant ses choix, ses envies, en l'aidant à conserver son autonomie, en le laissant faire ce qu'il est capable de faire sans intervenir et faire à sa place (sauf si la personne en fait la demande explicite), en nommant la personne par son nom et enfin, en utilisant un langage approprié et adulte (même par certains aspects la personne âgée peut faire penser à un enfant, elle est loin d'en être un et nous nous devons donc de ne pas utiliser avec elle un langage enfantin).

Dans Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux, les auteurs mettent en évidence des principes du prendre soin. L'un de ces principes est le suivant : *« […] respect de l'autonomie : un adulte, quel que soit son âge n'est pas un bébé. La manière dont nous lui parlons, le touchons et le regardons doit être […] respectueuse de son autonomie, de sa sensibilité et de ses désirs. »*[36]. Cette notion est d'autant plus importante que plusieurs infirmières ont mis en évidence que le lieu où elles travaillaient était un lieu de vie avant d'être un lieu de soin : *« […] on*

[34] Annexe II – Entretien n°3
[35] BOON A – « Gériatrie ! Vous avez dit gériatrie ? » - Soins Gérontologie – n°45 – janvier/février 2004 – p 38-39
[36] GINESTE Y, PELLISSIER J – *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux* – Editions Armand Colin, Paris, 2007 – p 22

*reste quand même un lieu de vie avant tout »*[37]. Cette phrase nous rappelle également que, de manière générale, la personne âgée n'est pas forcement malade mais plutôt dans un état de vieillissement normal : *« Le vieillissement est un processus lent, naturel, progressif et inévitable lié aux effets physiologiques du temps sur l'organisme. »*[38]

De plus, la personne âgée est aussi une personne : *« qui a une histoire, un vécu »*[39], et lorsqu'elle arrive dans un service de long séjour, c'est pour continuer de vivre : *« C'est un long séjour, mais ce n'est pas pour autant qu'ils arrêtent de vivre. »*[40]. Il est important que les soignants aient à l'esprit cette notion de continuité de vie de la personne âgée en milieu institutionnel, car c'est ainsi que les soignants peuvent créer un projet de soins, mais aussi un projet de vie plus ambitieux et plus adapté à la personne, intégrant ses valeurs, ses envies et sa famille.

L'histoire de vie de la personne a aussi son importance dans la prise en charge. Plus le vécu du patient est connu, et plus le soignant peut facilement comprendre ses réactions, adapter ses réponses et ses soins à ses besoins et prendre en compte ses habitudes antérieures… Ainsi, continuer de vivre implique aussi la création et le maintien d'un lien entre l'avant et l'après. Or, ce lien, la famille peut en partie l'assurer.

### 4.1.2 Histoire de vie partagée avec la famille

Précédemment, nous avons mis en évidence l'importance de l'histoire de vie chez la personne âgée. Or, cette histoire de vie, la personne âgée ne l'a pas eu seul, elle l'a partagée avec sa famille.

Souvent, la personne âgée n'est pas seule quand elle arrive en institution ; sa famille est présente autour d'elle, et cela depuis déjà de nombreuses années. La famille, c'est à dire le mari et/ou les enfants, ont construit une vie avec cette personne, qui n'a pas toujours été âgée et malade. Des relations se sont instituées entre la personne âgée et son

[37] Annexe II - Entretien n° 4
[38] Cours Françoise PENEL, module GERIATRIE, Approche psychosocial de la vieillesse et du vieillissement, 04/09/2007
[39] Annexe II- Entretien n°1
[40] Annexe II- Entretien n°3

entourage, et celles-ci ne sont pas toujours celles que le soignant se représente. Même s'il nous est plus facile d'imaginer les relations personne soignée/famille bonnes et chaleureuses (du moins dans un premier temps), il nous faut aussi admettre que ces relations peuvent être conflictuelles. De plus, ce n'est pas parce que la personne est malade, vieille ou entre en institution que les conflits vont s'effacer ou s'atténuer. Comme le souligne une infirmière, il existe certaines situations où : *« La personne était apparemment très agressive et autoritaire avec sa famille, […], ils (la famille) étaient hyper agressifs avec elle. »*[41].

Cependant, dans des situations telles que celle décrite juste avant, le soignant ne peut pas comprendre les comportements du patient et de la famille parce qu'il ne possède pas tous les éléments de l'histoire de vie entre la personne âgée et sa famille. En effet, le soignant prend en charge une personne âgée à un moment donné de sa vie, sans connaître son histoire. C'est en faisant connaissance avec le patient et sa famille qu'il pourra avoir plus d'éléments pour connaître et comprendre la personne âgée dans sa globalité.

De plus, bien souvent, certains membres de la famille ont pris en charge leur parent de longues années à domicile avant de le placer en institution. Au cours de cette prise en charge, les membres qui se sont occupés de leur parent âgé ont acquis une nouvelle place auprès de celui-ci et ont ainsi créé de nouvelles relations. Parent âgé et « membres soignants » ont partagé une histoire de vie particulière pendant cette période ; malheureusement, cette nouvelle affinité fait souvent naître de la culpabilité chez les « membres soignants » lors du placement en institution. Nous développerons plus avant cette partie dans le paragraphe 2.1 intitulé « la famille en souffrance ».

A cette histoire de vie commune et partagée, s'ajoutent des problématiques de vieillesse et de maladie ; l'image du parent se modifie avec l'âge. Comme nous l'avons développé dans les concepts, chaque membre doit apprendre à accepter les changements, et ainsi, accepter l'évolution de son parent vers un état de moins en moins « idéal ».

[41] Annexe II- Entretien n°1

La famille, en connaissant son parent âgé, peut permettre une meilleure intégration de celui-ci au sein de l'institution ainsi qu'une meilleure prise en charge par les soignants : *« Elle* [la famille] *fait le lien entre la structure et la personne âgée et puis nous en fait. »*[42]. Pour N. PIERRET, psychologue clinicienne, la famille est aussi : « une véritable source d'information »[43].

Ceci étant, nous avons pris conscience que, ce qui nous intriguait et nous paraissait étrange dans la relation mère-filles de la première situation exposée, ne l'était peut-être pas tant. En tant que soignant, nous n'avons qu'un petit aperçu de l'histoire de la patiente, or, c'est pourtant sur cet aperçu restreint que nous nous sommes basés pour interpréter les relations mère-filles. Avec le recul, nous avons compris que c'est parce nous ne connaissions pas tous les éléments de vie de Mme B, que nous ne pouvions pas comprendre les relations actuelles entre elle et ses filles.

[42] Annexe II- Entretien n°1
[43] PIERRET N. – « Le rôle de la famille en maison de retraite » - L'aide-Soignante – n°93 – Janvier 2008 – Pages 20 et 21

## 4.2 La famille

Deuxième acteur de la relation : la famille. Pour deux des infirmières interrogées, la famille est soit un accompagnant, soit un lien entre la personne âgée et la structure. Cependant, dans trois entretiens sur quatre, la famille est aussi désignée comme souffrante.

### 4.2.1 La famille en souffrance

*« Ils sont très anxieux, ils peuvent être en souffrance, parce que placer quelqu'un ce n'est pas toujours évident »*[44]. Dans le cadre de notre TFE, nous étudions la famille ayant un proche institutionnalisé. Comme nous l'avons vu, les soignants entendent souvent par « personnes institutionnalisées » une personne en perte d'autonomie et plus ou moins dépendante.

Quand la famille décide de placer un parent, elle doit d'abord faire face aux changements de santé de celui-ci, ainsi qu'à ces changements physiques et mnésiques. Souvent les familles ont de la difficulté à reconnaître leur parent : il n'a plus la même énergie, oublie des souvenirs communs, et parfois même ne reconnaît plus les siens. Vivre dans ce contexte de détérioration est assez violent pour la famille, mais faire le choix d'un placement et accepter de sortir son parent de son cadre de vie habituel l'est sûrement encore plus. En effet, le placement s'effectue souvent en dernier recours, lorsque la famille est arrivée à épuisement et ne peut plus maintenir le parent à domicile.

Cette étape du choix fait souvent culpabiliser la famille ; en effet, d'une part ils ont l'impression de trahir et d'abandonner leur parent et d'autre part, ils s'en veulent de ne plus arriver à s'en occuper eux-mêmes. De plus, en plaçant son parent, chacun des membres de la famille fait face à ses propres limites. Les questions qui leur viennent à l'esprit sont alors les suivantes :

[44] Annexe II - Entretien n°2

« Le soignant fera-t-il aussi bien que moi ? Arrivera-t-il là où moi j'ai échoué ? ».

*« […] c'est souvent une famille qui se sent très démunit ; qui a un petit peu du mal a accepté d'être obligé de placer la personne âgée, de la sortir de son cadre, de ses petites habitudes. »*[45]. Comme le dit cette infirmière, la famille se sent démunie, voir même, peut se sentir dépossédée ; elle a peur que le soignant lui prenne sa place. Il s'agit en réalité d'une peur symbolique d'être dépossédée, comme celle que l'enfant éprouve lorsqu'un autre enfant arrive dans la fratrie. Certaines familles peuvent ressentir des craintes et une certaine rivalité envers le soignant : *« […] de ne plus être aimé de la même façon par son parent, de voir évoluer sur un mode différent sa relation particulière et privilégiée avec son parent, de son exclusion de la vie du parent. »*[46].

*« […] souvent les gens sont tout à fait conscient d'un point de vue pathologique qu'ils le mettent en sécurité […] »*[47], comme le souligne cette infirmière, la famille est souvent consciente que c'est pour le bien de son parent malade qu'elle le place, malgré tout, elle n'arrive pas à l'accepter.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette souffrance, cette peur est liée aux réputations qu'ont pu avoir pendant longtemps certains établissements pour personnes âgées. Placer quelqu'un est quelque chose de nouveau et d'inconnue et bien souvent l'inconnue fait peur et laisse place à l'imagination.

De plus, cette souffrance n'est pas toujours visible et exprimé par les familles, ainsi dans nos situations d'approches, le comportement que pouvaient avoir ces filles peut masquer une souffrance, notamment pour la fille dont sa mère est hospitalisée. Ces deux filles sont mises devant la perte d'autonomie et de santé de leur mère par, pour l'une l'intervention d'infirmière à domicile et pour l'autre l'hospitalisation de sa mère. On peut donc penser qu'elles peuvent avoir peur d'une plus importante dégradation et aussi d'un éventuel placement de leur proche.

---

[45] Annexe II – Entretien n°4
[46] PIERRET N. – « Le rôle de la famille en maison de retraite » - L'aide-Soignante – n°93 – Janvier 2008 – Pages 20 et 21
[47] Annexe II – Entretien n°4

Pour tenter de pallier ces peurs, il nous paraît important de voir qu'elle pourrait être l'un des rôles du soignant.

### 4.2.2 L'intégration par le soignant

Dès l'entrée de leur parent, dès l'accueil que le soignant leur fait, les familles se font une idée de l'endroit où elles placent leur malade.

Plusieurs des infirmières ont souligné le fait que les familles avaient besoin de se sentir écoutées pour pouvoir trouver leur place auprès de la personne âgée institutionnalisée : *« la famille après elle prendra sa place naturellement, si nous on est à son écoute. »*[48] . En écoutant les familles, le soignant leur montre qu'il les considère. Mais cette considération ne passe pas seulement pas l'écoute, elle passe aussi par la prise de décisions commune entre les soignants et la famille justement : *« […] trouver des compromis, […] entendre la demande que l'on a en face […] »*[49], sans quoi, la famille peut avoir l'impression d'être mise de côté.

On parle souvent de l'importance de l'entrée pour que la personne âgée se sente bien dans une structure, mais il ne faut pas oublier la famille : *« La gériatrie, c'est d'abord « accueillir » une personne âgée de soixante-dix ans à cent ans et sa famille. »*[50]. Le soignant, en portant attention à la famille, permet à celle-ci de mieux accepter le placement et ainsi, de trouver plus facilement sa nouvelle place auprès du parent âgé.

La famille renseigne le soignant sur les habitudes de vie du patient, sur le sens de ses réactions… En créant des rapports de confiance avec les familles les soignants peuvent travailler dans de meilleures conditions. Car, comme nous l'avons énoncé plus haut, c'est la famille qui permet de faire le lien entre la personne âgée et la structure. Mais, pour qu'une relation de confiance s'instaure entre soignants et famille, les familles doivent se sentir écoutées et pouvoir exprimer leur opinion. Même si l'opinion de la famille diverge de celle des soignants, il est important que les soignants ne passent

---

[48] Annexe II - Entretien n°1
[49] Annexe II - Entretien n°4
[50] BOON A.- « Gériatrie ! Vous avez dit gériatrie ? » - *Soins Gérontologie* - n°45 – Janvier/Février 2004 – pages 38 à 39

pas outre le dialogue et ne prennent pas les décisions seuls. C'est ce qu'explique une des infirmières interrogées : *« […] il aurait peut être fallu mieux en discuter pour qu'on se mette tous d'accord ensemble. »*[51]

L'hermétisme du langage des soignants peut aussi mettre les familles à l'écart ; en effet, le soignant a tendance à oublier qu'il emploie un vocabulaire spécifique qui peut être incompris des familles. D'autant plus que, se sentant inférieures et étrangères au discours spécifique des soignants, les familles n'osent souvent pas demander des explications supplémentaires et préfèrent rester dans leur incompréhension. Le problème, c'est qu'il arrive que cette incompréhension soit à l'origine de conflits entre familles et soignants, empêchant ainsi toute relation de confiance envers l'équipe. Au cours des entretiens, une infirmière nous a donné l'exemple d'une relation conflictuelle avec une famille suite à un manque d'informations et de compréhension et comme elle le dit justement : suite à cet incident *« la relation de base était faussée »*[52].

Au vu de ces éléments conceptuels et en lien avec notre deuxième situation clinique, nous pouvons nous demander si le comportement très demandeur de la fille de madame C n'était pas en réalité un moyen de faire face à un sentiment de peur d'être mise à l'écart par les soignants. Nous avons également pris conscience que ce qui nous rassurait dans notre conduite de soins, ne l'était pas forcément pour la famille du patient. En effet, en tant qu'élève en deuxième année de formation, nous n'étions pas forcement à l'aise dans nos soins et demandions aux familles de sortir pour effectuer les soins afin de nous sentir mieux, mais en évinçant la famille des soins, peut-être ne faisions-nous que renforcer leur sentiment d'exclusion, de mise à l'écart et donc, de doute. Que se passe-t-il lorsque la famille n'est pas là ? Pourquoi tenir la famille à distance ? Les soignants nous disent-t-ils la vérité ? Encore une fois, nous remarquons que c'est le doute qui peut amener les familles à ne pas faire confiance à l'équipe soignante et, de plus, que se sont parfois nos gestes et notre conduite du soin qui peuvent être à

[51] Annexe II – Entretien n°2
[52] Annexe II – Entretien n°4

l'origine de ce doute. Aussi, nous pouvons nous demander si ce n'est pas notre comportement qui a influencé celui de la fille de Mme C. ?

### 4.2.3 Une nouvelle place auprès de la personne âgée

Bien souvent les familles ont pris en charge leur parent âgé pendant une longue période avant l'institutionnalisation. Plus que la fille ou le mari, ils sont devenus la mère et l'infirmière de leur malade. Leur rôle a changé ; leur place dans la famille n'est plus la même.

Avec la mise en institution de leur proche, les membres de la famille doivent trouver une nouvelle place ; accepter de renoncer aux soins qu'ils avaient l'habitude de procurer et retrouver une place plus intime semblable à celle qu'ils occupaient avant la maladie : *« Ils peuvent aller aux animations, […] on fait des sorties ils peuvent venir. On a le repas, la cuisine, […] »*[53]. Avec l'institution, les familles peuvent à nouveau partager des moments de complicité et de simplicité qu'elles n'avaient peut-être plus l'habitude de partager avec le patient.

De par cette nouvelle place, l'aidant perd une certaine « emprise » sur son parent, et en particulier sur sa santé. Désormais, il n'est plus le seul à préparer le traitement, faire la toilette, etc.… : à présent, c'est un tiers étranger qui gère « la santé » de son parent âgé. D'une certaine façon, le soignant apparaît comme une barrière dans la relation aidant naturel/personne âgée.

Dès lors, avec l'entrée en institution, la famille craint que la relation privilégiée établie jusqu'alors se modifie au point de disparaître. Deux grands facteurs sont à l'origine de la modification de la relation privilégiée entre les aidants naturels et l'âgé : le lieu (l'institution) et l'arrivée d'un tiers triangulateur (le soignant).

Tout d'abord, le changement de lieu de vie apparaît comme le premier élément perturbateur de la relation privilégiée ; en effet, en entrant en institution, famille et personne âgée ne sont plus dans un endroit

[53] Annexe II – Entretien n°3

complètement intime qu'ils pouvaient considérer comme chez eux. Car en effet, même partie du domicile de leurs parents, les enfants adultes considèrent cet endroit comme chez eux, en tout cas bien souvent comme l'endroit dans lequel ils ont grandit donc qu'ils connaissent bien. Quant au conjoint, lui ne pourra plus partager un même lieu de vie commun avec sa moitié. L'institution implique aussi des contraintes en ce qui concerne l'intimité du résident : celle-ci est très fortement réduite. De manière générale, seule la chambre de la personne âgée représente un espace « intime », or, souvent, celle-ci est partagée avec un(e) autre résident(e) et ne doit pas être fermée à clé pour que le personnel soignant et institutionnel puisse y entrer à tout moment ! Cette perte de l'intimité rend ainsi plus difficile la conservation d'une relation privilégiée ; il est plus difficile pour la famille et l'âgé de parler et s'exprimer devant les autres, ces inconnus.

Ensuite, l'arrivée d'un tiers dans la prise en charge des soins modifie également la relation privilégiée aidants naturels/personne âgée. Comme par exemple la toilette, en général si les familles ne le demandent pas, elles ne peuvent pas assister à la toilette. Et plus généralement le soignant demande aux familles de sortir de la chambre pour effectuer les soins. A domicile, l'aidant naturelle principalement faisait lui-même les soins, donc il avait une proximité de « corps » avec son malade, il le touchait, le voyait dénudé… Comme nous l'avons dit plus haut, les familles sont conscientes des raisons qui les poussent à placer leur parent mais elles peuvent tout de même avoir du mal à accepter de perdre leur rôle. Comme l'explique l'une des infirmières lors de l'entretien n°2, une fille qui avait placé sa mère et qui gardait une certaine emprise sur sa mère malgré l'institution : « […] *elle nous imposait des choses pour sa mère.* »[54] Nous pouvons penser qu'elle n'arrive pas à trouver une autre place, à avoir une autre relation avec sa mère, surtout que sa mère commençait une maladie d'Alzheimer. La fille pouvait peut être alors avoir peur des relations qu'elle allait pouvoir avoir avec sa mère.

Cependant, les familles peuvent continuer de prodiguer certains des soins qui leur tiennent à cœur comme par exemple « *le mari qui venait faire*

[54] Annexe II – Entretien n°2

*manger sa femme* »[55], ou « *la fille d'une dame qui est contente de la coucher* »[56]… De cette manière, les familles gardent une certaine « emprise » (quoique réduite) dans la gestion des soins, et conserve ainsi la relation privilégiée. En laissant ces familles qui le souhaitent faire des soins, le soignant leur laisse une place ; certes, cette place est différente de celle qu'ils avaient à domicile, mais pas complètement puisqu'elle répond à leur demande, celle de continuer à gérer les soins. Toutefois, il nous faut aussi rappeler que c'est parce qu'il leur était devenu trop contraignant d'effectuer tous ces gestes et soins, que les familles ont eu recours au placement. Ainsi, il est important pour le soignant d'instaurer une rupture dans la prise en charge et ce, parce qu'il s'agit aussi du souhait de la famille aidante épuisée.

[55] Annexe II – Entretien n°2
[56] Annexe II – Entretien n°4

## 4.3 Le soignant

Le soignant est le troisième acteur de la relation triangulaire famille - soigné - soignant. Elément extérieur qui vient briser la relation duelle famille-soigné, nous pouvons nous demander si le rôle de tiers triangulateur du soignant est plutôt positif ou négatif ?

### 4.3.1 Positionnement infirmier face aux familles

Les soignants ont souvent conscience de la souffrance de la famille ainsi que de l'influence de leur prise en charge sur le moral de la famille. Dès l'entrée du patient en résidence, le soignant peut instaurer une relation d'aide avec la famille, un accompagnement approprié. Une des infirmières interrogées ajoute également que la prise en charge de la famille ne se fait pas uniquement à l'entrée du résident, mais aussi à des moments clé de la vie du patient et de la famille tels que l'éloignement d'un des parents, un décès… Lorsque les soignants et la famille ont réussi à créer des liens et à mieux se connaître, ces étapes sont plus facilement gérées. De plus, certains soignants ont plus d'affinités avec certaines familles ; ce sont donc ceux-ci que choisissent les familles pour confier leurs problèmes et en discuter.

#### 4.3.1.1 Importance de l'entrée

A la fin de l'entretien n°2, une infirmière a mis en évidence l'importance de l'entrée de la personne âgée dans la structure, ou plutôt, l'accueil qui lui ait fait par le soignant. C'est une question à laquelle nous n'avions pas pensé lors de l'élaboration de notre problématique, cependant, si cette infirmière le met autant en évidence, c'est qu'il s'agit sûrement d'un moment charnier dans la prise en charge de la personne et de sa famille. Selon cette infirmière : *« Si l'accueil s'est bien passé, souvent l'institution est bien acceptée. »*[57]. Pour compléter ces propos, nous pouvons aussi nous

[57] Annexe II – Entretien n°2

référer à la psychologue N. PIERRET lorsqu'elle écrit que : *« Lorsqu'une personne âgée entre en maison de retraite, ce n'est pas uniquement un sujet isolé qui est institutionnalisé mais aussi souvent le membre d'un système familial. Cette famille joue un rôle prépondérant dans la réussite de l'intégration du nouvel arrivant au sein de l'établissement. »*[58]. Ainsi, nous remarquons que l'entrée n'a pas seulement de l'importance pour le résident, elle en a aussi et surtout pour la famille.

Moment clé pour le patient mais aussi pour la famille. En se rendant disponible à ce moment là, le soignant montre son intérêt pour ces personnes. Il peut aussi montrer que la personne est attendue et qu'elle n'est pas seulement un nouveau patient. L'entrée en institution marque aussi l'entrée dans un lieu de vie et non pas dans un service standard. La personne âgée va y vivre pendant, souvent, une assez longue période et bien souvent jusqu'à son décès.

L'entrée est le début de la relation qui va se créer entre la personne âgée et le soignant mais aussi avec la famille. C'est la première impression qui va les marquer. On peut penser que si dès ce moment là, ils se sentent accueillit et rassurer alors ils peuvent d'ambler prendre confiance en les personnes qui les entourent. Mais si ils ont l'impression de déranger, de chercher à qui ils doivent s'adresser, comme nous le disions pour le langage, ils partent sur une mauvaise impression et non pas forcement envie de faire confiance à l'équipe.

*« L'admission constitue un moment particulièrement fort pour le futur résident, mais aussi pour son entourage et pour l'institution, dans la mesure où il conditionne la place de chacun des acteurs dans un processus complexe caractérisé par des intérêts divergents. »*[59] Dès cet instant que se passe l'entrée, l'accueil les places de chacun des parties vont en quelques sortent se décidé. Patient plutôt près ou pas à intégrer la structure ? La famille plutôt actrice de la prise en charge ou plus distante ? Soignant à l'écoute des besoins de chacun ou pas ? Bien sur cette liste est loin d'être

[58] PIERRET N. – « Le rôle de la famille en maison de retraite » - L'aide-Soignante – n°93 – Janvier 2008 – Pages 20 et 21
[59] DONNIO I. – « L'entrée en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendantes » - Gérontologie et Société – n°112 – Mars 2005 – page 80

complète, elle n’a pour but que de donner quelques exemples de ce qui peut être ressenties par chacun lors de la première rencontre.

L’entrée en institution est un vaste sujet : il mériterait à lui seul de constituer l’objet d’un Travail de Fin d’Etude. Voilà pourquoi nous n’en avons évoqué ici que les grandes lignes.

#### 4.3.1.2 Attitude soignante

##### 4.3.1.2.1 Expérience professionnelle

Dans ce type de structure que sont les services de longs séjours, les résidents restent souvent de nombreuses années avant de décéder. Ainsi le soignant, la famille et la personne âgée se côtoient bien souvent pendant une longue période. De nouveaux liens peuvent alors se créer, les relations peuvent évoluer et ne plus simplement rester à l'état de soignant/personne soignée.

En effet, comme l'explique une infirmière en répondant à la question sur le « bon positionnement », avec le temps, la relation avec la personne âgée et leur famille n'est plus la même : « *[…] tu t'attaches, tu fais des liens autres… »*[60].. Cependant, même si les liens qui nous attachent au patient deviennent plus profonds au fil des mois, il nous faut savoir mettre de la distance, notamment lorsque arrivera le moment de la mort.

La « bonne » distance nous semble difficile à trouver et ce, parce qu'elle doit sans cesse être réajustée en fonction des personnes, des évènements, des contextes… En tant qu'étudiante, ce travail nous a permis de nous rendre compte de l'importance de l'expérience professionnelle pour apprendre à gérer les situations de rapprochement avec les patients, sans aller jusqu'à penser à eux de retour à notre domicile. Seuls le temps et l'expérience permettent aux soignants de trouver la « bonne distance » qui protège de la souffrance.

##### 4.3.1.2.2 Remise en question du soignant

A la question : « *Quelle est votre conception du « bon positionnement » infirmier dans la relation famille/ personne âgée/ soignant ? »*, la plupart des infirmières ont mis en avant la notion d'écoute de la personne âgée et de sa famille. L'une d'entre elles (au cours de l'entretien n°4) a également parlé de la remise en question du soignant, et de

[60] Annexe II – Entretien n°3

l'objectivité qu'il devait avoir ; le soignant doit aussi savoir écouter ce qui est tu.

En ce qui concerne l'écoute, nous n'y reviendrons pas dessus car nous en avons déjà discuté auparavant. En ce qui concerne cependant la remise en question du soignant, nous pouvons dire que c'est en adoptant un tel comportement que le soignant permet de laisser le doute, admet qu'il ne sait pas tout et que son attitude et ses connaissances ne sont pas toujours « suffisamment bonnes ». De par ce comportement de remise en question, le soignant admet que l'erreur est possible et qu'il se doit de chercher régulièrement des stratégies pour éviter l'erreur (ou du moins, ne plus les recommencer).

En restant objectif, le soignant essaie de ne pas se fier aux apparences et à ses premières impressions. Il évite ainsi de rentrer dans des conflits déjà existant entre d'autres soignants et des familles, mais aussi entre la personne âgée et sa famille. Malgré tout, le soignant n'en reste pas moins un être humain chargé d'émotions et ne peut être totalement objectif.

L'objectivité et la remise en question sont deux comportements qui permettent aux soignants d'avoir un regard plus juste et critique sur les situations rencontrées et leur évolution. De cette façon, il est plus à même de les comprendre et de trouver des solutions lorsque ces situations sont problématiques.

C'est en travaillant en équipe et en s'observant lui-même que le soignant acquiert une certaine objectivité et apprend à se remettre en question. Mais pas seulement… Le fait de travailler autour de situations problématiques avec l'aide de données bibliographiques nous permet également de mieux appréhender une situation et acquérir plus d'objectivité ; c'est ce qu'il nous arrive actuellement avec la réalisation de notre Travail de Fin d'Etude.

### 4.3.2 Le soignant au sein de l'équipe

L'équipe peut être une ressource pour le soignant : elle lui permet d'exprimer ses difficultés, ses problèmes et ainsi lui permet d'être plus objectif. En effet, en extériorisant ses problèmes et sa pensée, le soignant décharge sur les autres ce qui fait incompréhension pour lui, le soulageant ainsi d'une partie de son mal-être et de ses émotions trop envahissantes pouvant entraver l'objectivité du soignant.

Plusieurs infirmières expliquent que l'équipe reste souvent soudée et cohérente face aux familles afin d'éviter de se diviser et de perde son bénéfice d'objectivité. Pour rester soudées, les équipes utilisent surtout la parole et la discussion : *« On est soudé, on est cohérent, parce que c'est vrai que l'on parle beaucoup entre nous. »*[61]. En restant soudée face aux familles, l'équipe évite les conflits inter-équipe. Avant de donner entièrement crédit aux propos tenus par une famille, les membres de l'équipe soignante se concertent et ce, afin d'éviter les mal-entendus et les conflits. Naturellement, il ne s'agit pas ici pour nous de qualifier les familles de menteuses : seulement, quand l'affectif est mis en jeu, les impressions peuvent être faussées et les propos sortis de leur contexte peuvent être mal interprétés par celui qui les reçoit. Ainsi, il est préférable pour les soignants de d'abord parler entre eux des propos rapportés afin d'éclaircir la situation problématique et de lui donner la forme la plus vraie possible. Aucun des membres d'une même équipe ne perçoit une situation de la même façon, ainsi pouvoir parler ensemble d'une situation permet d'avoir une vision moins fermée et subjective de la situation.

Lors de notre travail d'entretiens, nous avons effectué deux entretiens dans le même service (entretiens n°3 et n°4) et, coïncidence ou non, les deux infirmières nous ont parlé de la même situation. Il a été amusant de constater combien ces infirmières ne percevaient pas tout à fait de la même façon cette même situation. Cependant, de manière générale, leurs explications sur la situation n'étaient pas opposées ; elles en avaient

[61] Annexe II – Entretien n°3

probablement déjà discuté en équipe et avaient acquis un regard commun de la situation. Dans le cas de cet exemple, le travail en équipe a consisté en une généralisation de l'agressivité ; ce n'est pas le soignant en tant que tel qui était visé par toute cette agressivité, mais plutôt l'institutionnalisation de la femme et la médecine représentées par le soignant.

Enfin, quand l'équipe n'arrive plus à gérer seule une situation, elle peut faire appel à des personnes extérieures du service afin de poursuivre sa quête de l'objectivité et ne pas tomber dans la maltraitance.

### 4.3.3 Souffrance face à l'agressivité des familles

Il peut arriver que l'équipe et la famille soient en désaccord, voire, en conflit de telle sorte que le soignant ressente de l'agressivité lors de ces échanges avec les familles. Comme le souligne l'exemple donné au paragraphe précédent, l'agressivité déployée par les familles envers un soignant ne vise pas nécessairement le soignant en lui-même ; souvent, c'est l'image et les symboles que représente le soignant qui sont visés. Mais l'agressivité est également un moyen pour les familles d'exprimer leur culpabilité, leur souffrance quant au placement de leur parent, leur difficulté à vivre certaines situations…

Cette souffrance familiale est souvent vécue de manière différente par le soignant ; même si cela lui est aussi difficile à supporter, le soignant ne ressent pas de la même façon l'agressivité déchargée par la famille et celle déchargée par un patient. En effet, la distance affective étant plus grande entre la famille du résident et le soignant, il est donc plus facile pour le soignant d'être objectif face au comportement de la famille et ainsi, plus apte à expliquer son agressivité et les causes de sa souffrance.

Cette agressivité de la part de la famille, une des infirmières l'explique en disant que : *« C'est le soignant qui tempère les émotions »*[62]. En fait, lorsque le soignant est agressé par la famille, celui-ci est considéré comme une sorte d'exutoire ; plutôt que de décharger son agressivité sur son parent âgé ou sur elle-même, la famille se protège et se sert du soignant pour canaliser ses émotions. D'autre part, même si : *« les soignants sont souvent démunis face aux situations conflictuelles. »*[63], il leur est plus facile de tolérer l'agression lorsque celle-ci vient des familles et ce, parce qu'en trouvant facilement la cause de l'agressivité des familles, le soignant se déculpabilise plus facilement.

---

[62] Annexe II – Entretien n°4

[63] ROGEZ E. – « Soignants/ Soignés/ Familles, des relations à construire » - Soins Gérontologie – n°54 – juillet/ Août 2005 – page 13

Même si ces conflits avec les familles sont plus facilement gérables et tolérables, il n'en demeure pas moins qu'ils ont des répercussions sur le soignant : une appréhension de venir travailler et de s'occuper de certaines personnes : « *Cela nous donnait plus envie de venir, […], on ne voulait plus faire de soirs ici.* »[64]. De plus, ces répercussions peuvent s'exprimer à travers la relation que le soignant entretient avec le résident : du fait du conflit avec la famille, le soignant instaure une plus grande distance entre lui et la personne âgée : *« J'avais l'impression d'être devenue limite insensible. »*[65]. Même si le but premier de la distance chez le soignant est de se protéger, instaurer une trop grande distance fait également souffrir car le travail devient dénaturé, désaffectivé, inhumain… et peut faire souffrir le patient. D'où l'importance que de pouvoir référer des problèmes d'agressivité entre soignant et famille auprès de l'équipe car celle-ci va pouvoir « débrouiller » la situation et amener chacun des partis à faire des compromis afin que chacun puisse se sentir le moins mal possible et répondre de la manière la plus satisfaisante aux besoins du patient.

Là encore, c'est en référant de ces problèmes à l'équipe et en acceptant les compromis, que le soignant accepte de remettre en question ses pratiques et donc, d'améliorer son approche de la personne âgée et de sa famille.

Après avoir décrit et mis en avant chacun des acteurs de la relation triangulaire, nous pouvons nous demander quels sont les enjeux de cette relation ? Et comment chacun peut-il trouver sa place ?

[64] Annexe II – Entretien n°3
[65] Annexe II – Entretien n°3

## 4.4 Synthèse de l'analyse

L'analyse de ces quatre entretiens ainsi que la mise en parallèle avec des propos de différents auteurs et le point de vue que j'ai pu acquérir au fils de mes lectures, mais aussi grâce à différentes expériences rencontrées lors de ma troisième année m'ont permis d'apporter un autre regard sur la question de départ.

Au terme de cette analyse, nous pouvons donc essayer de voir quels sont les éléments de réponses à cette question de départ qui était :

**En quoi l'attitude des familles ayant un parent âgé institutionnalisé peut-elle influencer le positionnement infirmier dans les soins ?**

Tout d'abord, nous avons pu constater que la personne âgée est considérée par le soignant comme une personne à part entière, nous pouvons donc ainsi dire qu'il s'agit d'un sujet unique, avec sa propre histoire de vie.

Ensuite, nous constatons aussi que chaque famille à son mode de fonctionnement, en fonction de son histoire, en fonction de ce qu'elle a pu vivre. Cela fait d'elle aussi une famille unique.

Quant au troisième acteur, le soignant, lui aussi est unique, par son vécu autant professionnel que personnel, il n'abordera pas une famille et sa personne âgée de la même façon.

Nous pouvons donc dire qu'une personne âgée unique, une famille unique et un soignant unique vont créer ensemble une relation unique. Cette relation sera triangulaire et chacun des personnages influencera le comportement des autres. Il faudra ainsi à chacun des acteurs et peut

être plus particulièrement au soignant s'adapter en fonction des personnes qu'il aura en face de lui.

L'une des autres notions clés à retenir de cette analyse est l'importance de l'expérience. En effet, nous avons pu nous rendre compte que l'expérience permettait de savoir s'adapter plus facilement et plus rapidement à chaque situation rencontrée et donc à chaque famille et personne âgée. Cette expérience le soignant peut l'acquérir notamment par la remise en question de ses pratiques et son objectivité face aux situations rencontrées.

Finalement la famille et le soignant ont un même objectif commun qui est de répondre aux besoins de la personne âgée. Ainsi en collaborant, ils pourront arriver ensemble à leur objectif.

Après avoir vu, l'aspect positif de la prise en charge du patient par sa famille. Il me semblerait pertinent, dans la continuité de ce travail, de chercher à savoir quel peut être l'impact psychologique sur la famille de cette prise en charge. Mais aussi comment le soignant peut réagir et se positionner quand la famille met en danger sa personne âgée.

# 5 Cheminement personnel

Lorsque j’ai écris mes situations pour ce travail de fin d’étude, c’est le comportement des filles par rapport à leur mère qui me posait question. Je cherchais à trouver leur motivation à agir de telle manière, et je trouvais d’une certaine façon qu’elle se surinvestissait. Je me demandais si elle avait confiance en l’équipe. Seulement en tenant ces propos, j’avais l’impression de les juger, et que quelque part cela ne me regardait pas forcement. Cependant, j’avais l’impression d’être gêné par leur comportement, sans vraiment savoir expliquer pourquoi. Il m’arrivait aussi d’avoir l’impression d’être la seule à en être « gêné ».

Par cette recherche, j’ai pu me rendre compte de différents choses. Tout d’abord, en étudiant ce qu’était une famille, j’ai pu mieux comprendre son fonctionnement et mettre en évidence que chaque système familial avait sa propre façon de fonctionner et était donc unique.

De plus, ce travail nous amène à réfléchir sur nos pratiques et plus généralement sur la pratique soignante. Lors des entretiens effectués, j’ai pris conscience que je n’étais pas la seule à parfois être gêné par le comportement d’une famille. La différence est que les professionnels arrivaient par différents moyens à gérer ce sentiment de malaise. Par le travail en équipe mais aussi par la remise en question de leur pratique et avant tout par leur expérience.

Aujourd’hui il me semble que c’est un des éléments clés qui me manquait lorsque j’ai vécu ces situations. En effet, l’une c’est passé lors de mon premier stage de première année et l’autre au cours de ma deuxième année. En arrivant au terme de ce travail et donc au terme de ma troisième année de formation, je vois la présence des familles dans les soins d’une autre manière.

Une des principales raisons de ma gêne de travailler devant ces familles était sûrement une peur d’être juger. Hors maintenant il me semble plutôt normal que les familles me jugent et ainsi pour certaine prenne confiance en moi. De plus, je ne comprenais pas forcement leur besoin de faire des soins à un membre de leur famille, car moi

personnellement je m’en sentais incapable, seulement soyons lucide, je n’ai que 22 ans, qu’en sera t’il qu’en j’en aurais 40, et que mes parents ne seront plus dans un bon état de santé ne nécessitant aucun soin.

# CONCLUSION

C'est avec beaucoup d'intérêt et de curiosité que j'ai réalisé ce travail de fin d'étude tout au long de cette année même si cela n'a pas toujours été facile.

Cette étude m'a enrichie et m'a permis d'évoluer sur le plan personnel et professionnel.

Bien qu'ayant choisi de faire cette recherche sur les services de gériatrie, je me suis assez vite rendu compte que je pourrais toujours tirer des éléments pour n'importe quel service dans lequel j'exercerais ma profession.

Tout d'abord parce que nous retrouvons les personnes âgées dans de nombreuses spécialités de la chirurgie, à la réanimation tout en passant par la médecine et aussi la psychiatrie. Mais aussi par le fait que cette relation triangulaire peut se retrouver à tous les âges de la vie.

En tant que futur professionnel, j'ai l'impression que part ce travail de fin d'étude j'ai pu faire évoluer mon regard ainsi que mon positionnement infirmier, tout en étant consciente qu'il ne fera qu'évoluer tout au long de ma carrière en fonction des personnes et des situations que je vais rencontrer.

Par ce travail, j'ai pu avoir une ébauche de comment transformé le vécu en expérience…

# 6 ANNEXES

## 6.1 Annexe I : Guide d'entretien

**Objectifs :**

Connaître différents types d'approches (attitudes) que peut avoir une famille face à l'institutionnalisation d'un parent.

Connaître le ressentie du soignant face à la famille.

Avoir une approche de comment font différents soignants pour trouver leur place près du patient et de la famille.

- En quelle année avez-vous eu votre Diplôme d'état ?
  - Depuis combien de temps exercez-vous dans votre service ?
  - Pouvez me décrire brièvement votre service ? (âge, durée de séjour, pathologies…)
- Comment percevez/qualifiez-vous une personne âgée ?
  - Et lors de son entrée en institution ?

- Comment percevez/qualifiez-vous la famille (mari, enfants) qui accompagne la personne âgée ?

- Avez-vous été gênée par l'attitude d'une famille vis à vis de leur parent ?
  - Vis à vis de vous ?
  - Pouvez vous me parler de cette situation ?
  - Identifiez vous les causes de cette situation ? (attitudes, comportement, aspect physique ou psychologique…)

- Lors de la situation évoquée, quels comportements avez-vous adoptés, de façon individuelle ?

- Cette situation a t'elle influencé votre attitude, votre positionnement dans les soins, avec la personne âgée par la suite ?
  - Avec sa famille ?

- Quel comportement avez-vous adoptez en équipe ?

- Quelle est votre conception du « bon positionnement » de l'infirmier dans la relation famille/ Personne âgée/ Soignant ?

- D'après vous, quelles sont les conditions pour que chacun en institution trouve une place dans les soins ?

- Voudriez vous rajouter quelque chose sur le thème ?

## 6.2 Annexe II : Retranscription des Entretiens

### Entretien n°1 : Infirmière diplômée depuis 5 mois

Elève : « En fait, on va juste commencer par une petite présentation, en quelle année avez- vous eu votre diplôme d'Etat ? »

Infirmière : « Le 22 novembre 2007, juste là, il y a 5 mois. »

Elève : « Depuis quand travaillez-vous dans votre service ? »

Infirmière : « Depuis le 23 novembre, le lendemain de mon diplôme. »

Elève : « Est-ce que vous pouvez me décrire brièvement le service, la durée de séjour, le type de séjour ? »

Infirmière : « Donc il y a des personnes qui viennent pour un long séjour, des personnes qui viennent, c'est pas en post-op, mais ils vont bien souvent, et là ils viennent pour récupérer un peu d'une prothèse de hanche, d'une rééducation…»

Elève : « Comment percevez-vous, qualifiez-vous une personne âgée ? »

Infirmière : « Comment je perçois une personne âgée ? C'est une personne avant tout, qui a une histoire, un vécu…Donc il faut bien le prendre en compte dans la prise en charge. Avant tout comme une personne normale… sauf qu'elle a une histoire qu'il faut bien prendre en compte. »

Elève : « Et lors de son entrée en institution ? Qu'est ce qui peut changer ? Est-ce que votre regard change sur la personne âgée ? »

Infirmière : « Du fait qu'elle rentre en institution ? Qu'elle soit plus à domicile ? Je dirais que c'est …, au contraire c'est pas notre regard qui doit

changer, on doit avoir le même regard que si la personne était à domicile et justement c'est à nous de l'aider à faire une bonne entrée dans le service, parce qu'en plus elle aura forcement un peu moins de visite qu'à domicile… L'aider à prendre ses repères, elle a perdu des habitudes qu'elle avait à domicile, c'est plutôt à nous de l'aider. Et je dirais pas que notre regard change, au contraire, nous on est là pour l'accueillir pour l'entourer et pour la rassurer. »

Elève : « Comment qualifiez-vous la famille qui accompagne la personne âgée ? Qualifier/percevoir la famille de la personne âgée ? »

Infirmière : « Comment je la qualifie ? Elle est très importante la famille, la famille est très importante parce qu'elle aide aussi la personne à faire son entrée dans la structure, elle est là pour la rassurer, lui dire qu'elle sera toujours là, que s'il y a un souci on l'appelle… Et, la famille elle fait le lien entre la structure et la personne âgée et puis nous. C'est comme un petit cercle, il y a besoin de tous les acteurs pour que tout se passe bien. La famille est là pour nous aider à connaître mieux la personne âgée, elle va nous donner des petits détails, des petites habitudes. Tout ça, va faciliter l'intégration de la personne dans la structure. Enfin, l'intégration entre guillemets parce que ce qui y est bien c'est quand il retourne à domicile. »

Elève : « Avez-vous déjà été gênée par l'attitude d'une famille vis à vis de leur parent ? »

Infirmière : « Euh, oui une fois. En fait, tu vois là aussi ça rentre dans le vécu, l'histoire de la personne. La personne était apparemment très agressive et autoritaire avec sa famille, ses enfants et ses petits-enfants, et une fois quand ils sont venus lui rendre visite, ils étaient hyper agressifs avec elle. Parce qu'en fait, c'est une personne qui chute souvent, donc qui se fait des plaies, qui se blesse et tout… La personne elle veut absolument cacher à sa famille ses plaies, ses chutes. Et, elle se faisait carrément gronder entre guillemets par sa petite-fille et sa fille qui lui criaient dessus. Donc moi je me suis dit, c'est pas possible de crier sur sa maman comme ça, c'est déjà

difficile d’être là si en plus la seule relation qu’elle a avec sa famille c’est,… c’est des cris. Enfin, moi je ne comprenais pas. Et en fait, après la famille nous a expliquée pourquoi. Et en fait, cette personne a toujours été autoritaire, et ils ont toujours eu des relations comme ça même en dehors de la structure, hyper conflictuelle, …Mais bon c’est choquant de voir ça. »

Elève : « Quel comportement de façon individuelle avez-vous adopté par rapport à cette situation ? Qu’est ce que vous avez fait ? »

Infirmière : « Nous en fait pas grand chose, seulement écouter la famille pour ce qu’ils avaient à nous dire sur cette situation. Parce que nous, on ne peut pas non plus intervenir dans leur relation qu’ils ont eu pendant toute une vie, donc on ne peut pas changer ça, il faut qu’on accepte en fait, et on cherche à comprendre forcement parce que c’était assez gênant mais bon… »

Elève : « Avez-vous été gênée par l’attitude d’une famille par rapport à vous ? »

Infirmière : « …, oui une fois mais c’était au téléphone. Enfin bon c’est un patient, euh…c’est le mari d’une patiente en fait, qui en appelant, il m’a appelé et puis il m’a dit "je voudrais des nouvelles de ma femme, elle m’a dit que ça va pas du tout "…Et bon ni bonjour, ni rien du tout. Enfin on était en plein dans les soins, et il a du appeler une quinzaine de fois, mais le téléphone était là, quand on est dans les soins on n’a pas toujours le téléphone, et le téléphone ne passe pas là bas, enfin bref…et oui du coup ça m’a gênée, il ne dit même pas bonjour, enfin…il est tellement angoissé de pas avoir de nouvelles de sa femme, sa femme souvent elle répond pas au téléphone, elle veut pas lui parler, donc là aussi c’est assez difficile. Donc lui quand il nous a au téléphone, il est un petit peu agressif, mais bon c’est comme ça, nous on doit le prendre comme ça, même si c’est un petit peu difficile, même si ça nous dérange un petit peu. »

Elève : « Et ces situations que vous m'avez racontées, est-ce qu'elles ont influencé votre attitude, votre positionnement dans les soins par rapport à la personne âgée ? »

Infirmière : « Non, non non, pas du tout, et même c'est plutôt par rapport aux familles, mais après avec le patient on doit être comme on est avec tous, même si on a une relation un peu plus difficile avec les parents, ou le mari. Non, après avec la personne, enfin c'est ce que je pense, on n'a pas à …changé notre comportement avec la personne même si … »

Elève : « Et avec la famille ? Est-ce que votre comportement a changé ? »

Infirmière : « Non plus, non, on doit toujours être à l'écoute, bien poli, enfin tout ce qu'on a appris à l'école, tout ce qu'on est nous, même si on se fait un peu agresser. C'est vrai que sur le coup c'est super dur à encaisser, il faut l'encaisser quand on vous crie, ben oui le monsieur il me criait un peu après, j'étais pas bien contente …Parce que quand j'ai décroché j'ai dit « Bonjour », et lui il a…, enfin j'ai redit bonjour après, parce que…, pour calmer un petit peu le jeu voilà. Enfin, non c'est vrai qu'il faut que l'on reste naturel avec les patients, faut être souriant même si la famille est un peu dure à gérer des moments, oui…. C'est vrai que c'est dur à accepter ça, quand on n'a pas de…, enfin moi je sors de l'école, mais bon ça vient, ça vient…. »

Elève : « Quel est votre conception du « bon positionnement » infirmier dans la relation famille, personne âgée et soignant ? »

Infirmière : « Donc avec l'équipe ? »

Elève : « En fait, l'infirmier, comment il peut bien se positionner par rapport à sa relation avec la famille, la personne âgée, en fait les 3 acteurs. Il y a la famille, le soignant et la personne âgée, qu'est ce que le bon positionnement en fait ? »

Infirmière : « Alors là, je sais pas s'il y a une règle d'or sur le bon positionnement. Je pense qu'il faut être à l'écoute de la famille qui peut bien nous aider pour la prise en charge. Donc comme je disais tout à l'heure, en nous disant des petites habitudes qu'il avait avant, et puis la famille quand elle vient rendre visite au patient, elle peut se rendre compte de choses, que nous on se rend pas forcement compte, comme on connaît pas la personne depuis longtemps…Eux ils se connaissent depuis…, enfin toute leur vie avec la famille, donc je pense qu'il faut bien être à l'écoute du patient de la famille aussi. Notre positionnement…, enfin c'est notre travail d'être à l'écoute, de prendre en compte tout ce qu'ils nous disent, tous les petits détails qui pourraient nous sembler insignifiants, il faut vraiment tout prendre en compte. Voilà, donc bien écouter le patient, enfin le patient c'est un travail de tous les jours, et la famille on aurait peut être tendance…, à moins l'écouter, alors qu'elle connaît le patient bien mieux que nous. C'est vrai qu'on est là tous les jours, on le voit, on croit peut être bien le connaître, mais la famille le connaît mieux que nous c'est évident. »

Elève : « Et d'après vous, quelles sont les conditions pour que chacun en institution, trouve sa place dans les soins ? C'est à dire autant la famille, le soignant, et le patient ? »

Infirmière : « Les conditions pour que chacun trouve sa place ? Donc la famille et le patient ? »

Elève : « Oui et le soignant aussi. Parce que, ce qui change par rapport à avant, quand il était à domicile, si vous voulez la famille elle pouvait faire des choses, après est-ce qu'en institution elle peut les faire ? Ou est-ce que le soignant, il lui prend sa place ? »

Infirmière : « …le soignant déjà il prend sa place par rapport à l'équipe aussi…Et puis, la famille après elle prendra sa place naturellement, si nous on est à son écoute. C'est vrai que si elle vient nous aborder pour nous parler de son papa ou de sa maman, si nous, on n'est pas à l'écoute, elle va avoir du mal à trouver sa place, après elle va aller voir d'autres soignants.

Donc elle va aller voir les aides-soignants, les ASH, enfin les autres personnels…Et oui, tout ça oui, c'est une histoire d'écoute en fait… Et le patient, il prendra sa place dans la structure s'il est lui-même bien entouré par sa famille, s'il est accompagné, si nous on l'est bien présent pour le rassurer, lui expliquer les heures des soins, comment ça se passe pour les repas, pour l'installation en chambre aussi, c'est très important, et si l'équipe est bien autour du patient, si on est bien là, si on est bien présent, je pense qu'il trouvera sa place rapidement. Voilà, oui voilà, c'est une histoire de présence et d'écoute. »

Elève : « Enfin, est ce que vous voudriez rajouter quelque chose sur le thème, que je n'aurais pas abordé ? »

Infirmière : « …sur l'entrée ? Oui je sais pas…Vraiment c'est que la famille est très très importante pour une entrée en structure, parce que la personne, enfin ça dépend si elle avait déjà été hospitalisée avant, mais bon surtout en gériatrie, là c'est surtout du long séjour, donc forcement la personne va rester assez longtemps. Au début, c'est hyper important que la personne prenne bien ses repères, qu'elle se sente bien accueillie, entourée, il faut créer une atmosphère où elle se sente à l'aise, lui créer une ambiance familiale, pour qu'elle retrouve ses repères assez facilement, vraiment que l'on soit présent, à l'écoute, il faut créer une relation de confiance avec le patient…Donc il faut bien se présenter, la famille c'est très important qu'elle soit là, c'est elle qui va nous guider sur les petites habitudes, tout ce qu'on pourra faire, nous, pour rendre plus facile son accueil et son entrée dans la structure. »

**Entretien n°2 : Infirmière diplômée depuis 5 mois et 12 ans d'aide soignante**

Elève : « En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'Etat ? »

Infirmière : « En novembre 2007. »

Elève : « Et combien de temps avez vous exercez le métier d'aide-soignante ? »

Infirmière : « Avant d'être infirmière, j'ai fait 12 ans aide-soignante en gériatrie. »

Elève : « Cela fait combien de temps que vous êtes dans votre service ? »

Infirmière : « Et bien, cela fait depuis novembre, donc cela va faire 5 mois. »

Elève : « D'accord, est-ce que vous pouvez me décrire brièvement votre service ? »

Infirmière : « Alors, c'est de la gériatrie, c'est une grande maison…On a une centaine de résidents, dépendants et des gens moins dépendants. Il y a des gens qui ont des problèmes psychiatriques aussi, donc c'est très varié… »

Elève : « D'accord, c'est du long séjour en fait ? »

Infirmière : « Il y a du long séjour mais il y a aussi des personnes valides, qui arrivent à faire leurs soins d'hygiène seules et ils viennent prendre leurs repas. »

Elève : « Comment percevez-vous, qualifiez-vous une personne âgée ? »

Infirmière : « …Alors, une personne âgée, …, c'est une personne qui arrive à la fin de sa vie et qui va rencontrer plusieurs difficultés, qui va devoir

s’adapter à des changements dans son corps, aussi bien au niveau physique que psychique. »

Elève : « Et lors de son entrée en institution ? »

Infirmière : « Alors, l’entrée en institution, c’est souvent…, lorsqu’elle,…, la personne est en perte d’autonomie, qu’elle a besoin d’aide. Donc parfois la famille subvient à ses besoins momentanément, et puis quand la famille ne peut plus, et bien souvent on place la personne, pour qu’elle reçoive toute cette aide. »

Elève : « Et en majorité c’est souvent une décision de la famille ou de la personne elle-même ? »

Infirmière : « Je trouve que souvent c’est la famille, mais il faudrait que ce soit la personne elle-même, c’est mieux. Il ne faut pas que ça se fasse trop vite, il faut que les gens réfléchissent, en parlent plusieurs fois. Ou par exemple, par rapport à la personne, si elle a déjà des connaissances de gens qui sont déjà en institution, qu’elle les ait rencontrés, qu’elle ait discuté, pour voir comment ça va être après, qu’elle puisse bien choisir le lieu, pas n’importe quelle institution, que ce soit adapté à ses problèmes à elle… Et puis pas loin aussi de la famille, il ne faut pas lâcher la famille. »

Elève : « Concrètement, dans votre quotidien, est-ce que cela se fait vraiment ou c’est une faible partie des gens ? »

Infirmière : « C’est vrai que cela ne se fait pas toujours, parce qu’il n’y a pas toujours de la place près de la famille, du lieu où ont vécu les personnes, où il y a toutes leurs attaches. Le problème c’est pour trouver des places, donc le mieux oui, c’est d’attendre mais c’est pas toujours ce qui est fait. »

Elève : « Comment percevez-vous, qualifiez-vous la famille qui accompagne la personne âgée ? Plutôt la famille proche, c’est à dire le conjoint et les enfants. »

Infirmière : « Comment je les qualifie ? …Alors, souvent, ils sont très anxieux, ils peuvent être en souffrance, parce que placer quelqu'un ce n'est pas toujours évident, … Ils ont besoin d'être rassurés, c'est des gens qu'il faut écouter…»

Elève : «Avez-vous déjà été gênée par l'attitude d'une famille vis à vis de leur parent ? »
Infirmière : « …Oui, oui, oui, alors ça c'est arrivé justement. C'était en maison de retraite avec une personne qui débutait une maladie d'Alzheimer. Et ce qui était gênant, c'était l'emprise de la famille par rapport à cette personne. On était très très embêté parce qu'elle nous imposait des choses, pour sa mère. Et c'est vrai qu'il aurait peut être fallu agir différemment que comme on l'a fait. C'est à dire voir pourquoi elle faisait ça, en discuter avec elle. Mais c'est vrai que c'était très pénible, de savoir qu'avec cette famille, il fallait faire comme ça, comme ça, et elle dirigeait un petit peu tout le monde. »

Elève : « Et est-ce que vous avez réussi à identifier les causes de cette situation ? »

Infirmière : « Alors, oui,..., enfin moi après. En fait, c'est qu'elle était vraiment en souffrance, et il y avait une histoire de pouvoir qui s'était instaurée avant l'entrée en institution. Et la fille était devenue la mère, et là, elle plaçait son bébé, elle voulait que nous les soignants fassent comme elle elle l'entendait. Elle prenait un peu sa mère comme un bébé, enfin pas comme un bébé, mais un petit peu. C'est elle qui décidait de tout, alors que cette personne continuait à émettre des choix, elle avait envie, je me rappelle : de s'habiller comme ça, sa fille disait « Ah, non, non, demain elle va aux anniversaires, vous l'habillez comme ça ! ». Alors, là c'était la bagarre, donc après cela faisait que l'équipe en avait marre et surtout on se disait «oh lala, moi je m'occupe pas de cette dame, si les autres veulent s'en occuper tant mieux, parce qu'après j'aurais affaire à la fille qui va ronfler, et on va perdre du temps à discuter. » ».

Elève : « Et, pourquoi cette fille a t’elle placé sa mère du coup ? »

Infirmière : « Parce qu’elle ne pouvait plus prendre en charge sa maman à la maison. C’était trop difficile. »

Elève : « Elle n’arrivait pas à se rendre compte ? »

Infirmière : « Elle se rendait compte que sa mère était en perte d’autonomie, mais elle voulait pas admettre qu’elle était quand même capable de faire des choix. Et elle croyait qu’elle devenait dépendante complètement, alors que non, elle avait des moments où elle était…. Pour certaines choses elle était dépendante et pour d’autre chose elle était capable de dire : « Aujourd’hui j’ai envie de boire ça et pas ça, aujourd’hui j’ai envie d’aller à la fête, aux anniversaires, ou j’ai pas envie. ». Et la fille « Pourquoi, maman, n’est pas allée aux anniversaires ? », « Ben en fait, elle avait pas envie, elle ne voulait pas. ». »

Elève : « Et lors de cette situation évoquée, quels comportements avez-vous adoptés de façon individuelle ? »

Infirmière : « …Et bien on a peut être pas fait le bon choix, …on est resté assez l’équipe d’un coté, à mon avis et la famille de l’autre. On ne s'est pas assez concerté tous ensemble, il aurait peut être fallu mieux en discuter pour qu’on se mette tous d’accord ensemble. »

Elève : « Et du coup la situation s’est-elle réglée ? »

Infirmière : « En fait, je suis partie du service ! Mais c’est vrai que ça reste toujours un peu, parce que la famille on peut pas la changer complètement, on aurait pu améliorer peut être, on aurait pu, enfin… ça s’est tassé un petit peu après. »

Elève : « Avez-vous déjà été gênée par l’attitude d’une famille vis à vis de vous ? »

Infirmière : « …, non, …, peut être en général les familles qui ne viennent pas nous parler, les familles qui nous parlent pas du tout, ça c'est plus embêtant parce qu'on a besoin de les connaître. Oui le plus gênant c'est ça, ceux qui ne viennent pas du tout. »

Elève : « Et en quoi c'est gênant ? Pourquoi c'est gênant ? »

Infirmière : « Parce qu'il y a un manque, après la personne âgée à envie de discuter, de dire : « Ah, il y a mon petit-neveu qui est venu » ou quelqu'un de la famille, et on peut pas bien discuter parce que l'on ne les connaît pas. Ils ne se sont pas présentés. On ne sait pas à qui on a faire. Et puis des fois, ils nous apportent des informations concernant la personne, pour mieux la connaître, c'est important. »

Elève : « On va peut être revenir à la première situation que vous m'évoquiez, dans laquelle vous me disiez que la fille avait beaucoup d'emprise sur sa mère. Est-ce que cette situation a influencé votre attitude, votre positionnement dans les soins par rapport à la personne âgée ? Du coup comme vous disiez que vous ne vouliez plus vous en occuper … »

Infirmière : « Sur le coup voilà c'est ce qui s'est passé…, on se défilait un petit peu.

Mais aujourd'hui moi, …, maintenant je vois les choses différemment quand je pense à cette situation. Si ça se reproduisait tout de suite je pourrais mieux agir, parce que j'y ai réfléchi. Je dirais « On se voit à plusieurs » parce que la structure était petite, donc quand la famille venait, et bien elle voyait parfois une aide soignante, parfois deux maximum. Donc je pense que d'abord on en parlerait en équipe, et puis après, avec la famille et l'équipe et avec la surveillante aussi, le médecin…Pour améliorer les choses, pas laisser traîner, pas laisser s'envenimer, parce qu'après c'est plus difficile de revenir en arrière si on attend. »

Elève : « Et est-ce que votre positionnement a changé par rapport à la famille ? »

Infirmière : « J'ai fait une étude sur les familles, je comprends mieux les familles, la souffrance qu'il y a derrière un placement, la culpabilité, tout ce qu'elles ont vécu qui remonte et … Maintenant je le comprends bien oui, qu'il y a beaucoup de chose, et …La famille tant qu'on la voit en étant soignant, on a une certaine idée, et puis une fois : qu'on l'a étudiée comme je l'ai fait, ou que l'on s'est trouvé nous dans la situation inverse à l'hôpital…Et que une personne de notre famille est prise en charge, et bien là tout bascule, on ne voit plus les choses de la même façon du tout, c'est dingue, c'est impressionnant. »

Elève : « Est-que vous pourriez m'expliquer un petit peu ? »

Infirmière : « C'est à dire, nous on connaît notre personne âgée, en l'occurrence je parle de mes grands-parents. On connaît notre personne âgée, on connaît son vécu, ses habitudes et tout d'un coup elle va se retrouver prise en charge dans un établissement de santé, où,…, euh. Par exemple, mon grand-père ne prenait pas de douche, il se lavait à la main, parce qu'il était asthmatique et les douches l'étouffaient, et quand il s'est retrouvé là bas, il a fallu le doucher, le laver tous les jours, lui mettre de l'eau de Cologne dans les cheveux, les cheveux tiré à l'arrière…Enfin, des choses qui…Oui l'hygiène c'est très important, mais on était moins à l'écoute de la personne, et là cela nous a touché parce que c'était notre famille. Et quand on est soignant et qu'on arrive dans un établissement où l'on voit faire cette hygiène et tout on dit « Oui, oui, c'est vrai c'est important l'hygiène. » Mais on oublie la personne en elle-même, l'être humain qu'il y a derrière, et son vécu et ses habitudes et voilà… Il ne faut pas oublier tout cela. »

Elève : « Et donc du coup, cette expérience vous a-t-elle fait changer votre regard… »

Infirmière : « Oui, oui, oui, mais ça met longtemps à changer. »

Elève : « Quelle est votre conception du bon positionnement infirmier dans la relation famille, soignant et patient ? »

Infirmière : « Etre à l'écoute de tous, et prendre le temps, parce que souvent, on a une charge de travail qui est énorme et on a l'impression que si on discute avec la personne âgée, on perd notre temps alors que non, pas du tout. C'est une impression qui reste malgré tout, et le bon positionnement, c'est qu'il faut d'abord écouter chacun et puis prendre des décisions, …, pas aller trop vite, pas tout de suite donner son point de vue. Il faut d'abord prendre le point de vue de chacun, la famille, la personne âgée, celui de l'équipe puis après en discuter, comme ça on est bien positionner ! »

Elève : « Et quand par exemple par rapport à une famille qui peut paraître surinvestie comme la fille par exemple qui vous impose des choses…Comment vous en tant que soignant vous pourriez vous positionner ? Quels sont les éléments qui feraient que vous arriveriez à bien vous positionner ? »

Infirmière : « Le relationnel, pour essayer de comprendre derrière cette attitude ce qu'il y a, parce qu'elle est très inquiète, là il y a une grosse inquiétude, une grosse souffrance, il faut essayer de la rassurer, … C'est ce que l'on doit faire nous, de comprendre, oui, leur vécu, et tout doucement faire en sorte, en expliquant que nous sommes là pour l'aider cette famille, pour prendre une partie de ce qu'elle faisait, pas tout, mais une partie. Donc maintenant elle peut se reposer, qu'elle peut être tranquille, qu'elle peut voir certaines choses avec sa mère, et, …, de façon à ce qu'elle laisse ce qui est à notre charge, et après elle sera peut être plus reposée. Mais il faut bien surtout qu'elle soit rassurée, surtout rassurée, qu'elle lâche un petit peu l'emprise qu'elle a pour sa maman, et celle qu'elle a sur l'équipe. »

Elève : « Et comment est-ce que vous feriez pour décider de votre rôle et puis du sien ? Où est la limite ? »

Infirmière : « Et bien tout ce qui est soins d'hygiène et puis aussi tous les soins dits techniques, surveillance, des choses du rôle infirmier et aide-soignant. Et c'est tout ce qui est décision, voilà elle, elle a pris tout ce qui est décision et il faut qu'elle nous en laisse un peu, parce que l'institution est là aussi pour gérer certaines choses donc, …Il y a certaines choses qu'elle peut faire, mais c'est vrai qu'il y a pas vraiment une grosse limite. Cela dépend aussi de l'investissement des familles, qui veulent s'investir, alors à ce moment là il faut qu'elle demande à l'équipe : « Qu'est-ce que je peux faire, je voudrais faire plus pour ma maman, qu'est-ce que je peux faire sans vous empiéter ? » par exemple. Euh, je pense à une chose, parce que ça se passe dans la maison où je suis. C'est un mari qui venait faire manger sa femme, dans le service où les gens sont dépendants, et, ça s'est instauré très lentement, et personne s'en est vraiment aperçu, on l'a laissé faire, et puis même on allait lui servir une soupe… Et bon c'est vrai qu'il partageait un moment avec sa femme qui était très bien, tous les soirs il venait. Le problème, on s'en est mieux aperçu au moment où une autre famille commençait à faire pareil. Et c'est là qu'on s'est dit « Ou lala stop on ne peut pas », donc il a fallu repartir en arrière parce qu'on ne pouvait pas laisser faire trop de chose. L'institution, il y a des règles, on est obligé de suivre certaines règles et on ne peut pas laisser empiéter les familles non plus. Mais bon il faut l'expliquer. »

Elève : « Donc du coup ce monsieur ne donne plus à manger à sa femme ? »

Infirmière : « Et non, et là j'ai su qu'il était en train de faire de l'eczéma, et je pense qu'il y a un lien. Mais bon… »

Elève : « Mais en fait pourquoi vous ne vouliez plus qu'il donne à manger à sa femme ? Parce que tout le monde le faisait ? »

Infirmière : « Et bien après les familles allaient toutes venir faire manger et on s'en sortirait plus. Il y a des règles et c'est vrai que là il y avait une petite dérogation sans qu'on le fasse vraiment exprès. Et on ne peut pas, il y a des

choses qu'on ne peut pas faire en institution, il y a des obligations. Par exemple, ils doivent tous manger au même moment, on peut pas leur dire : « Ah ben vous vous mangez à six heures, vous vous aimez bien regarder ça à la télé, ben vous venez manger après. » C'est tout le monde vient manger en même temps et il y a des soignants qui les aident à manger. A ce moment là, si vraiment il voulait, c'est ce qu'il fait aujourd'hui, il vient pour le goûter. Alors pour la collation, il lui donne à manger, il y a pas de souci, c'est différent. Mais le moment du repas, c'est un moment où tous les pensionnaires sont ensemble. Il y a aussi le problème que ça peut créer pour d'autres pensionnaires qui sont tout seuls, euh, la tristesse « Et moi, je suis toute seule, on s'occupe pas de moi ». »

Elève : « En fait, je l'ai déjà posé cette question, mais d'après vous quelles sont les conditions pour que chacun en institution trouve une place dans les soins ? »

Infirmière : « Il faut discuter, il faut voir tous ensemble et puis suivant la demande de la famille, suivant la demande de la personne âgée, on voit, il y a une réflexion qui s'établit, mais il faut pas agir vite, il faut bien en parler, se concerter. »

Elève : « Et est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter sur la thématique ? »

Infirmière : « Oui, l'accueil. En institution, l'accueil est très très important, dans d'autre chose aussi, mais c'est très important. C'est mieux s'ils peuvent venir d'abord visiter, que ça se passe doucement et que les soignants se libèrent à ce moment là, quand les familles viennent visiter avec la personne. Il faut vraiment, même si on fait quelque chose d'important, il faut s'arrêter et prendre le temps de recevoir. L'accueil c'est de là que va découler tout le reste. Et si l'accueil s'est bien passé, souvent l'institution est bien acceptée. Il faut bien que les familles connaissent les soignants, qu'il y ait quelque chose qui s'établit, une relation, c'est hyper important. Ils se sentent beaucoup mieux rassurés, tranquilles, tout se passe mieux. Et pas hésiter à revenir et

dialoguer, et réajuster, et dire que tout le temps on peut revenir et dire « Jusqu'à présent on faisait comme ça et maintenant étant donné ceci, étant donné cela, je pense qu'il serait mieux de… ».»

Elève : « Et juste une question qui me vient comme cela, on a parlé des familles plutôt surinvesties et les familles absentes ? Est-ce que vous faites des choses particulières pour ces résidents, ou pour cette famille là ? Est-ce que votre prise en charge est différente par rapport aux résidents dont la famille est plus présente ?»

Infirmière : « S'il n'y a pas de famille de présente, on n'essaie pas de les joindre ni au téléphone. C'est délicat parce qu'on ne sait pas ce qui s'est passé, on ne sait pas pourquoi ça se passe comme ça, et on ne peut pas non plus aller creuser, c'est pas notre travail. Si la personne âgée nous demande, à la limite on peut faire quelque chose mais là c'est délicat…. On avait un grand-père à un moment donner qui s'était disputé avec toute sa famille et c'est vrai que l'on ne pouvait rien faire…»

**Entretien n°3 : Infirmière diplômée depuis 5 ans**

Elève : «En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'Etat ? »

Infirmière : « En 2003. »

Elève : « Et depuis combien de temps travaillez-vous dans votre service ? »

Infirmière : « Depuis 2004, je tournais comme V.S (volante de sécurité) et donc depuis 2005. »

Elève : « Et est-ce que vous pourriez me décrire brièvement le service ? »

Infirmière : « Donc en fait c'est un long séjour, c'est des personnes qui viennent, qui ne peuvent pas rentrer chez elles, qui ne peuvent pas non plus aller dans une maison de retraite non médicalisée, et qui sont vraiment dans un état…Disons que même une maison de retraite médicalisée ne les accepterait pas. Se sont des personnes très dépendantes. »

Elève : « Comment percevez-vous, qualifiez-vous une personne âgée ? »

Infirmière : « …, Bonne question… En fait, à l'école on m'avait donné un poème, je trouvais que c'était tout à fait ça. C'était une dame qui écrit, en fait, que si tu veux, tu l'as voit vieille mais en fait, elle a eu une vie avant d'être comme ça, elle a eu des enfants, elle s'est mariée, elle a travaillé, elle a tout un vécu, et que toi tu la vois vieille, mais en fait en dedans elle est encore jeune, elle a encore des espérances, des choses…Et c'est vrai qu'ici c'est ça un peu. C'est vrai que nous on voit…, enfin il ne faut pas se contenter que du physique, parce que tu peux paraître vieux mais rester un peu jeune … Par moment, ils te font de ces réflexions, tu dis « Oui ! » (Rire). En fait, voilà, je sais pas si cela répond tout à fait à ta question ? »

Elève : « Si si, et lors de son entrée en institution, est ce que…Enfin comment vous percevez la personne âgée quand elle entre en institution ? Quand elle est placée en fait. Est-ce que ça change ? »

Infirmière : « En fait, travailler ici ça relativise vachement les choses. Ils sont quand même très âgés, …, enfin très âgés…, parce qu'ils ont tous au moins 90 ans on va dire. Ca va de 85 ans jusqu'à 100 ans. Du coup, c'est vrai que quand je croise une personne âgée dans la rue, je la trouve jeune, en fait par rapport à ici. Et c'est vrai qu'ici, ils sont dépendants, ils ont besoin de nous, mais en fait, tu te rends pas compte qu'ils sont si vieux, parce que par moment ils sont étonnants. Alors là on a un monsieur qui a 99 ans, et il faut juste l'aider à se lever, sinon la toilette il arrive à la faire tout seul. Des choses comme ça, quand il t'aide pour la toilette, pour se lever, c'est des choses, tu dis « A 99 ans, je sais pas comment je serais. » C'est vrai que quand tu le vois tu dirais pas qu'il est si vieux ! »

Elève : « Comment percevez-vous, qualifiez-vous la famille qui accompagne la personne âgée ? »

Infirmière : « Tu as bien choisi ton service ! Parce que chez nous, enfin, comment te dire en restant diplomate ? Passé un moment, on s'est demandé si les familles ne venaient pas chez nous exprès, parce que nous avons eu des familles très très difficiles, très exigeantes. On a eu beaucoup de soucis par rapport à cela. Je sais pas si c'était une question de confiance, ou d'autres choses…Mais aussi on avait un médecin qui n'osait pas trop s'affirmer au début, et les familles sont devenues très envahissantes. C'est presque eux qui décidaient si on enlevait une perfusion ou pas, et c'est vrai que petit à petit on a repris notre rôle, et c'est vrai que maintenant c'est plus les accompagnants. Parce qu'avant on était plus dans…, je dirais pas le conflit mais ils étaient là, nous on était là (montrant 2 côtés opposés de la table). Maintenant on est plus vraiment…, on les accompagne, ensemble, il y a la personne âgée et nous on est autour sans barrière, sans conflit. Parce que c'est vrai que ça on l'était, même avec ces familles qui étaient envahissantes, qui étaient « chiantes » excuse-moi le mot, c'était au moment

où la personne allait vraiment mal, en fait que du coup, là on avait vraiment un accompagnement, même eux, en fait on avait plus vraiment ce conflit, il passait en second. On était vraiment tous axé sur la personne. A un moment donné même, cela ne nous donnait plus envie de venir, ne plus vouloir venir bosser, on ne voulait plus faire des soirs ici. Tellement c'était… »

Elève : « Et donc justement avez-vous déjà été gênée par l'attitude d'une famille vis-à-vis de leur parent ? »

Infirmière : « Oui, en fait on a une dame là, c'est la plus jeune dame du service. Je te disais qu'on avait des patients qui ont entre 85 ans et 100 ans, mais on a une dame qui est entrée ici elle avait 66 ans. Mais elle a eu un souci du coup elle ne peut plus rester chez elle, et maintenant c'est une dame qui est très raide et qui ne mange plus avec nous. Si tu veux on arrivait plus à lui donner, parce qu'elle sert tellement la bouche que nous on s'est refusé à faire du forcing, à donner à la seringue. Mais son mari lui, lui donne à la seringue, il lui a cassé les dents et maintenant si tu veux il continue de lui donner à la seringue. Il arrive à deux heures et demi, il repart à 20h, et de deux heures et demi à 20h, il la bourre, il la bourre, il la bourre…C'est un truc très dur à vivre. En plus maintenant, elle sort la langue, et je me demande comment elle fait pour ne pas tomber, elle est violacée…, tu sais elle sert. Et l'autre jour, c'est ce que je disais à mes collègues, son mari était en train de forcer pour lui rentrer de nouveau la langue, et c'est tout des choses que l'on a du mal à gérer. Oui ça c'est gênant bien sûr, enfin pour moi et aussi pour toute l'équipe, à tel point qu'on a fait venir les soins palliatifs. La psychologue des soins palliatifs pour prendre en charge, parce que même lui du coup il a accepté de voir la psychologue. Mais elle nous a dit « C'est très très dur ». Parce qu'en fait lui si tu veux, c'est comme la plupart des gens, dès que tu arrêtes de donner à manger, il n'y a plus de sens à la vie. »

Elève : « Et est-ce que vous arrivez à identifier les causes de cette situation ? »

Infirmière : « Et bien, comme je te disais déjà pour lui s'il ne lui donne plus à manger, elle n'est plus en vie sa femme, elle va mourir, surtout que là elle nous a fait…, enfin elle est pas dénutrie, parce qu'on lui fait de l'albumine tout ça, mais elle nous a quand même fait une escarre, donc c'est pas très bon non plus. Et du coup, pour lui l'escarre c'est qu'il faut encore plus lui donner à manger, il faut faire attention, du coup c'est vrai que c'est pas très facile. Parce que pour lui sa femme, elle a des soucis depuis bien avant, c'est une maladie évolutive, mais apparemment elle a eu une anesthésie qui s'est mal passée, et du coup lui il s'est braqué sur ça, et quand nous on lui dit quelque chose, il a toujours un doute sur ce qu'on peut lui dire. Il n'a pas confiance, s'il pouvait la reprendre à la maison, il la reprendrait. »
Elève : « Et du coup, quels comportements de façon individuelle avez-vous adoptés ? »

Infirmière : « En fait, ce n'est même pas individuel, parce que dans ces cas là tu ne peux pas agir tout seul. T'es obligé d'agir en équipe. Après justement on s'est vu en équipe. Moi je sais que j'avais eu du mal à vivre un autre épisode, c'était une dame qui avait un pied nécrosé, et c'est vrai que du coup après ça, j'avais attendu vraiment le dernier moment, j'étais vraiment mal mal mal, et heureusement on a un médecin qui est bien, qui avait vu et j'avais pu en parler. Et du coup, quand ça s'est reproduit là, on était mal, quand j'ai senti le mal de mes collègues du coup j'ai dit « Moi j'aimerais bien en parler », ils étaient d'accord, donc on a fait une réunion de service avec les médecins et le cadre, pour voir ce que l'on pouvait faire, puisque au fond on n'avait pas envie de rentrer dans la chambre. En plus si tu veux la dame, donc malgré qu'elle ait 38°5, il voudrait qu'on la lève. Tu vois c'est des choses pour lui…Donc là on est arrivé à un consensus de l'équipe, où on a dit « Nous on ne peut pas gérer, faut faire venir quelqu'un d'autre. » Donc on a fait venir les soins palliatifs, et en fait, on a eu une réunion avec les soins palliatifs, ils nous ont dit « Nous on va proposer ça, ça, ça, est-ce que ça vous irait ? », ils l'ont proposé après au mari qui a accepté. Donc en fait, c'est surtout au niveau des levés qu'on a pu agir, puisqu'on la lève à 14h30 et on la couche à 17h30. Parce qu'avant elle était levée à 11h le matin jusqu'à 20h le soir. Donc sachant qu'elle est dans une position qui paraît très

inconfortable, dans le fauteuil le coussin anti-escarre n'agit pas beaucoup. Donc c'est vrai que sans aide extérieure ce n'est pas simple. »

Elève : « Est-ce que vous avez senti que cette situation avait influencé votre positionnement dans les soins par rapport à la personne âgée ? Par exemple quand le mari n'était pas là est-ce que vous étiez quand même réticente d'aller vers sa femme ? Ou c'était surtout quand son mari était là ?»

Infirmière : «… Au début oui, même quand il n'était pas là. Parce que, j'ai des collègues qui quand elles savaient qu'il fallait la lever, et tout, et bien c'est vrai qu'elles s'excusaient. Elles disaient « On est désolé mais on est obligé de vous lever. » ou des choses comme ça… Parce que la dame elle ne nous répond pas mais on pense qu'elle nous entend, mais on en est pas sur non plus. Mais c'est vrai que du coup il y avait un malaise même quand il n'était pas là. Moi je sais que j'ai pris énormément de recul par rapport à cela et du coup c'est vrai moi j'avais l'impression d'être devenue limite insensible. Tu vois de rentrer dans la chambre,…, passer un temps t'avais l'impression…, tu vas à l'usine c'est pareil quoi, c'était un soin, …, pour pas ressentir les choses, tu mets ta barrière, tu mets une barrière tellement grosse, tu t'éloigne tellement que du coup, et bien tu dis « Bonjour », tu fais le strict…en fin ce que tu dois faire et puis tu pars quoi. Mais ce n'est pas simple, pas simple non plus dans l'équipe. »

Elève : « Et du coup, c'est vraiment les soins palliatifs qui vous ont aidé à améliorer la situation ? »

Infirmière : « Oui, vraiment, parce qu'en fait du coup… Nous en fait le souci c'était qu'il était en conflit avec nous quoi qu'on lui proposait, puis de toute manière comme nous a dit la psychologue, ça sera un éternel insatisfait. Donc même maintenant, sa femme on la lève à 14h30, mais il faut que ce soit la première levée à 14h30, c'est à dire qu'avant de commencer notre change, on la lève à 14h30. Et à 17h30, il faut que ce soit la dernière couchée. Voilà sinon ça ne va pas. En fait, il a fixé des règles. Et là avec l'été qui arrive, lui il va vouloir se décaler sur 20h, et quoi qu'il arrive, comme je

disais la dernière fois même avec 38°5…, et bien il suffit qu'on ne la lève pas d'une journée et le truc redevient comme avant quoi… On est sur un équilibre très fragile. Du coup, faut trouver le juste milieu. Mais c'est pas facile avec lui parce que,…, en plus si tu veux si c'est toutes les familles qui font un peu comme ça, c'est à dire : « Telle équipe fait ça, telle équipe fait ça… » On est une équipe dans l'ensemble mais on fonctionne par équipe de trois. Et en fait « Ah vous faites comme-ci, vous faite comme-ça, mais les autres ils font ça… » Donc du coup ils essaient de te mettre en défaut par rapport à une autre équipe. »

Elève : « Et c'est parce que vous parlez beaucoup entre vous que vous arrivez à rester cohérents ? »

Infirmière : « Oui en fait on est soudé, on est cohérent, parce que c'est vrai que là on parle beaucoup entre nous, parce que si tu parles pas c'est clair que ça ne va pas aller. Et puis des fois ils arrivent même à te mettre le doute. Puis bon, comme j'ai dit ce matin à une patiente « Mes collègues font comme si, moi je faisais comme ça, il y a plusieurs manières de faire une chose et ce n'est pas pour autant que c'est faux ». On a chacune nos façons de travailler, après c'est dans les propos qu'il faut rester cohérent. Il suffit que tu dises un truc, ils s'y engouffrent très rapidement. Mais bon je me dis que je serais peut être pareille si c'était mes parents. »

Elève : « Quelle est votre conception du « bon positionnement » de l'infirmier dans la relation famille/ Personne âgée/ Soignant ? »

Infirmière : « …le bon positionnement… par rapport à la personne âgée c'est un peu compliqué, c'est vrai que l'on nous en parle à l'école et c'est vrai qu'ici, j'ai connu des patients qui étaient là depuis 2003, une dame qui vient de décéder cette semaine, justement, et bien c'est vrai que tu t'attaches. C'est vrai que maintenant on en a moins, parce que c'est des gens…On a à peu près deux décès tous les mois. Donc il reste quinze jours à peu près donc ça fait lourd…Et c'est vrai que donc tu n'as pas le même positionnement, parce qu'après quand c'est une personne comme cette

dame, que j'ai connu en 2003, mais elle était là depuis bien avant… C'est vrai tu t'attaches, tu fais des liens autres…En plus, j'ai été enceinte, je viens d'accoucher l'année dernière, et tout le monde à vu mon petit, je leur ai amené mon petit…Tu vois, c'est comme un peu une prolongation de la famille, normalement on ne devrait pas, mais bon quand j'étais enceinte, ils étaient tellement gentils, c'était par exemple à midi « Mais asseyez-vous, vous avez pas mangé, c'est pas bien pour le bébé ! » Tous, même les familles, ils étaient adorables, le soir quand je donnais les cachets, si j'étais toute blanche, vite on m'apportait la chaise pour m'asseoir ! Et c'est vrai que ça c'est une chose que tu as avec les familles que tu connais, tu crées des liens. Puis maintenant on l'a moins, parce qu'ils restent quinze jours, un mois. C'est vrai que ce n'est pas les mêmes…Disons que l'on reste beaucoup plus Infirmier, Famille, en fait, ou on apporte plus des données infirmiers, au niveau des soins, plus professionnel, avec ces gens là, même avec les patients. Enfin avec les patients tu arrives quand même à plaisanter parce que tu les vois tous les jours, au contraire des familles. Les familles on les voit surtout sur nos soirs, et ici on ne fait que 7 soirs par mois. Mais c'est vrai que nous on commence notre week-end le samedi et on le finit le mardi. Et après nos autres soirs on les commence le mercredi, donc le samedi généralement et le mercredi c'est très lourd parce qu'en fait tu as toutes les familles qui t'arrêtent à toutes les chambres, pour savoir « Comment va Papa ? Comment va ma maman ?… Qu'est ce qui s'est passé ?»Tout des choses comme ça, et puis en plus tu as ceux avec qui tu as crée des liens de confiance qui te disent « Alors comment va le petit ? », ça dépend. Parce que c'est vrai que j'ai une autre collègue qui était enceinte en même temps que moi et qui a accouché 2 mois avant moi. Et c'est vrai que l'on n'a pas du tout la même façon de voir les choses, c'est à dire que moi ça ne me gênait pas que les gens, les familles soient gentilles avec moi quand j'étais enceinte. Elle, je sais pas…, elle était plus en distance que moi. Et c'est vrai que les familles lui en ont énormément fait baver, et les patients non, ils étaient un peu comme avec moi… Et c'est vrai qu'elle par contre ils n'ont pas vu son petit, je leur ai envoyé un faire-part pour les patients et elle ne l'a pas fait non plus… Après je veux dire, tu as des gens qui aussi n'ont pas de famille, et c'est une façon de leur dire la vie continue, et puis moi j'adore

quand elles me parlent de mon petit ! C'est un long séjour, mais ce n'est pas pour autant qu'ils arrêtent de vivre, et qu'il faut qu'ils arrêtent de rire, que ça soit terne. Comme je te disais la dame que je connaissais depuis 2003, elle vient de décéder que maintenant, c'est pas parce que tu rentres ici que tu vas décéder dans le mois. Il y a de la vie quand même, et il y a un monde extérieur, ils le voient à la télé mais bon parfois la télé c'est pas toujours très gai… Et puis oui les faire participer sur une manière sociale. C'est dur après de se positionner de dire ben non moi je suis là voila. Par contre après c'est clair que, il faut mettre des barrières aussi. Comme tu vois la dame, on s'est attaché, elle est décédée, mais ça ne m'est pas arrivé comme cela m'est arrivé pour mes premiers décès de rentrer chez moi en pleurant. Après c'est vrai que tu prends des distances avec l'expérience. »

Elève : « D'après vous, quelles sont les conditions pour que chacun en institution trouve une place dans les soins ? C'est à dire autant la famille, que le patient, que le soignant. »

Infirmière : « Les conditions…Déjà il faut autant que la famille nous fasse confiance, que l'on fasse confiance à la famille. Et qu'il n'y ait pas aussi de conflit entre la famille et le patient. Parce que cela nous est arrivé et du coup si tu veux tu as la famille qui dit « Ca il ne faut pas le dire au patient parce que nous on nous l'a dit mais il est pas au courant, donc il ne faut pas lui dire. » Ou alors tu as le patient qui te dit « Ben non, ça il ne faut pas le dire à ma famille ». C'est le genre de truc que généralement tu gaffes, c'est obligé. Se faire confiance les uns et les autres. Parler, et être clair dans ce que l'on dit, parce que souvent on ne se rend pas compte mais nous avons un discours très professionnel. Et l'autre jour cela m'est arrivé avec une dame, je lui expliquais que sa mère avait un fécalome et qui avait de la diarrhée, alors elle me dit « Je ne comprends pas pourquoi si elle est constipée, pourquoi elle a de la diarrhée ? » Je lui expliquais et elle ne comprenait pas pourquoi en plus je lui redonnais un lavement. Et c'est vrai qu'elle ne m'a pas dit sur le coup qu'elle n'avait pas compris, et puis c'est le lendemain…Et du coup, en fait on a un langage … et je leur dis souvent n'hésitez pas à poser des questions, parce que c'est vrai que pour nous il y a des choses tellement

logiques, à faire ça, que c'est vrai que même par rapport à la famille ou au patient, tu penses pas parfois à expliquer. »

Elève : « Et qu'est-ce que vous mettez en place pour que la famille se sente bien intégrée dans les soins ? Qu'elle réussisse à trouver sa place dans l'institution ? »

Infirmière : « Ca s'est un truc…En fait, le souci c'est surtout au long terme. En fait, au début, tu viens visiter le service avec le parent qui va être là, après tu leur explique un peu comment ça fonctionne pour qu'ils prennent des repères, parce que sinon tu te laisses un peu déborder, ils te disent « En bas, ils faisaient comme ci, comme ça », parce que souvent ils viennent du service de court séjour. Et puis après il faut qu'ils apprennent à te connaître, que tu apprennes à les connaître un petit peu, parce que tu peux pas non plus tout leur laisser faire, parce que c'est vrai qu'après ils viennent souvent pour nous dire « Mon papa, je le trouve pas comme d'habitude » ou des choses, c'est vrai que nous il y a des choses qui peuvent nous échapper. Et eux, en fait, ils peuvent te donner des trucs, parce que nous on ne voit pas les choses sous le même angle. Ils peuvent aussi surtout participer quand la personne est en fin de vie, et en fait ils font les soins de bouche, on leur laisse faire les soins de bouche. Et puis ils peuvent aller aux animations aussi, ils peuvent participer, quand on fait des sorties ils peuvent venir. On a le repas, la cuisine, ils peuvent venir aussi, enfin ils peuvent venir pratiquement pour toutes les animations sauf pour l'arthérapie parce que c'est de la thérapie quoi. Il y a une dame qui participait avec sa mère, mais elle était tellement envahissante là bas que ça perturbait complètement sa mère, elle ne faisait plus rien comme d'habitude. Donc du coup on a décidé : plus de famille en arthérapie, il faut que la thérapie soit efficace. Parce que c'est vrai que c'est des choses…Comme tu vois une fois pour la peinture, on avait une dame, elle peignait tout en blanc, puis on lui a dit, mais elle disait « J'aime bien, j'aime bien… ». Puis en discutant avec elle, on s'est aperçu que son mari était plâtrier. Donc du coup le blanc, c'est des choses… Puis enfin, je pense que c'est surtout une question de confiance… »

Elève : « Est-ce que vous avez déjà été gêné par l'attitude d'une famille vis à vis de vous ? »

Infirmière : «Oui, toujours avec le même Monsieur. Il a des enfants qui sont dans le même registre que lui et en fait, il y a une fois où ma collègue qui était enceinte à fait un malaise le matin, donc du coup comme c'était le week-end on s'est retrouvé à trois. Et chez nous le souci…, enfin les gens demandent…, quand tu travailles la semaine et que tu viens voir tes parents le week-end, tu aimerais bien les sortir. Et du coup, ben eux, ils s'attendent à ce qu'ils soient levés, et là mes collègues du coup avaient commencé à lever des personnes puis quand elle a fait son malaise, elles n'ont plus levé personne parce qu'après tu ne peux pas les recoucher. Et ce jour là aussi, il y avait une infirmière pour deux étages, alors que normalement il y en a une par étage le soir. Et du coup, le fils de ce monsieur a commencé à s'énerver, et à bousculer ma collègue en lui disant « Mais c'est inadmissible ! » et puis il la bousculé en ayant des paroles très dures. En disant que de toute manière, on est payé pour ça, qu'on était des faignantes parce qu'on les avait pas levés… C'est des choses après, c'est la chef qui est intervenue carrément, parce qu'après ils ont fait intervenir la cadre d'astreinte, le directeur d'astreinte. Parce que toutes les familles se sont mis à « gueuler » les unes après les autres, c'était terrible quoi. Et derrière on a eu une réunion avec le directeur et les familles. Qui a franchement pas servi à grand chose, mais bon. »

Elève : « Et comment vous arrivez à expliquer ce comportement ? Pourquoi les familles réagissent comme ça ? »

Infirmière : « Souvent, ils ont du mal à le vivre mais là ils sont dans un hôpital, et ils voient ça comme une maison de retraite. On est l'hôpital, donc nous…, enfin des animations il y en a des choses que l'on fait aussi, mais en fait ils sont surtout là parce qu'ils ont besoin de soins médicalisés. Donc nous, …, le but c'est que l'on fasse leur toilette, s'il y a des pansements, faire les pansements, les choses comme ça, et eux ils voudraient plus. Que l'on soit…, ils sont 29, et ils ne comprennent pas que sur 29 patients…, il faudrait

toujours rester avec leur père ou leur mère pour faire ça, pour tous. Sauf que le souci tu peux pas, ou alors voilà ils trouvent qu'il y a pas assez d'animations, et c'est vrai, c'est dur …Enfin pour la personne c'est dur de se retrouver placer en long séjour surtout quand c'est dans une chambre à deux lits, parce que partager la vie de ta femme ou de ton mari ce n'est pas la même chose. Et après c'est tout aussi la culpabilité des familles, quand tu dois placer ton père ou ta mère. Nous on a eu une dame qui a fait la « gueule » à sa fille parce qu'elle l'avait placé, et un autre monsieur qui avait dit à sa fille « Tu me placeras jamais, promets-le moi ! » sauf qu'il a fait une grosse décompensation respiratoire, il ne pouvait pas rester chez lui. Surtout ça s'est renouvelé ici, et sa fille elle nous a dit « Mais vous vous rendez compte, il serait resté à la maison, il serait mort. » sauf que c'est des choses, quand tu es dans la colère, quand tu n'as pas envie tu te rends pas compte et ça fait beaucoup culpabiliser les familles, et puis qui c'est qui se retrouve en face ? Tu peux pas dire à ton père, ou à ta mère des choses donc souvent c'est nous qui ramassons. Donc en général tu ne réponds pas, il y a même des fiches de violences carrément, parce que parfois c'est arrivé loin. Avant que j'arrive dans le service, il y avait des trucs… Par exemple quand ils n'étaient pas levés, il y avait des accusations de maltraitance… ça a été très loin. Mais c'est vrai qu'en même temps je les comprends. Je me rappellerais toujours, on a une dame qui est décédée maintenant. Et en fait c'était en été, et normalement son jour de coucher c'était le mercredi, on avait instauré un jour de coucher, parce qu'à 105 ans tu peux pas te lever tous les jours. Et en fait, c'était en plein été où il faisait bien chaud, et on a la clim que dans la salle à manger, et la dame m'a demandé si on pouvait pas la lever malgré son jour de coucher et la mettre dans la salle à manger. Et ça c'est des trucs, c'est à double tranchant, c'est à dire que c'est jour de coucher, si tu laisses passer ça et bien après derrière tu donnes ça et ils veulent ça. Donc après ils peuvent te redemander, mais en même temps moi j'étais pas contre. Et moi j'ai dit pour le bien-être elle sera quand même mieux dans son fauteuil avec la clim. Que dans son lit à transpirer comme pas possible. Donc c'est vrai qu'après en expliquant correctement les choses, en disant à la dame « ben oui c'est vrai que là il fait chaud, je suis d'accord avec vous pour que votre maman aille en salle à manger. Mais ça

sera pas tout le temps. Elle a un jour de repos qu'il faut quand même conserver. » Faut bien expliquer, c'est pour ça que je te disais notre discours, il va être cohérent mais la personne en fasse de toi, elle ne va pas comprendre, parce que nous on a un regard professionnel, on réfléchit en professionnel. Mais eux, ils réfléchissent en famille, du coup c'est pas les mêmes objectifs, et puis après essayer de trouver un compromis qui aille aux deux. »

Elève : « Est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter sur le thème ? »

Infirmière : « Non, non, merci, je sais pas si j'ai bien répondu ? Mais je pense que tout s'apprend avec l'expérience, et puis je pense que quand tu as une famille tu ne peux pas occulter la famille non plus. Voilà. »

**Entretien n°4 : Infirmière diplômée depuis 10 ans, 3 ans d'expérience en gériatrie**

Elève : « En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'état ? »

Infirmière : « En 1998. »

Elève : « Et depuis combien de temps exercez-vous dans votre service ? »

Infirmière : «Cela fait un an, et deux ans en V.S. où je venais sur le service de façon ponctuel, quand j'étais sur le roulement de volante de sécurité. »

Elève : « Et vous étiez déjà en gériatrie ? »

Infirmière : « Oui, oui, tout à fait, cela fait trois ans de gériatrie on va dire, et un an dans ce service posé. »

Elève : « Comment percevez-vous, qualifiez-vous une personne âgée ? »

Infirmière : « Alors, d'un point de vue infirmier, de prise en charge… Alors là maintenant pour le long séjour, ce sont des personnes qui arrivent avec des poly-pathologies déjà, où en long séjour on accueille les gens souvent en perte d'autonomie, parfois en accompagnement de fin de vie, de plus en plus sur le service. On accueil des gens d'un grand âge maintenant, souvent les entrées se font après 80 ans, au quatrième âge, contrairement à ce que l'on avait il y a quelques années. En long séjour, on bascule de plus en plus dans un accompagnement, où il y a de plus en plus de médical, puisqu'il y a maintenant des tas d'autres prises en charge sur les personnes qui gardent encore une petite autonomie qui sont mises pour les garder à domicile le plus longtemps possible, donc c'est vraiment chez nous des gens qui nous arrivent qui ne peuvent plus rester à domicile soit d'un point de vue purement médical, soit d'un point de vue perte d'autonomie ou isolement social. »

Elève : « Comment percevez-vous, qualifiez-vous la famille qui accompagne la personne âgée ? »

Infirmière : « Alors, c'est vrai qu'au départ quand on accueille la personne, c'est souvent une famille qui se sent très démunie ; qui a un petit peu du mal a accepté d'être obligé de placer la personne âgée, de la sortir de son cadre, de ses petites habitudes. Même si souvent les gens sont tout à fait conscient d'un point de vue pathologique qu'ils les mettent en sécurité, qu'il a besoin de tout ça, c'est toujours un moment de deuil et d'accompagnement difficile quand même dans un premier temps. Et après, c'est vrai que l'on a différents versants, on a parfois des familles qui restent dans cette attitude de deuil difficile, d'acceptation de l'institution difficile, où il faut accompagner dans ce sens, où petit à petit il faut leur laisser une place dans la prise en charge, arriver à les faire prendre confiance en l'équipe, avoir aussi leur place au sein de l'équipe. Et parfois on a des gens au contraire qui d'emblée ont pris la décision, souvent quand la personne âgée elle-même est déjà prête quelque part, et qui arrive dans une logique d'accompagnement, où on les sent très actifs dans les activités, où les prises en charge sont complémentaires de celles du service donc c'est vrai que l'on a un petit peu tout. Mais c'est vrai qu'on a quand même une grosse notion d'accompagnement des familles, que ce soit lors de la prise en charge à l'entrée, que soit lors des décès, lors de l'accompagnement aussi, où on a quand même la chance en long séjour de garder les personnes un peu plus longtemps que dans un service classique, où il y a une relation qui se crée avec l'équipe et une connaissance, où là lors d'un accompagnement, c'est vrai qu'on arrive à faire un travail tout à fait correct avec la famille puisque parfois on est les personnes référentes, et on arrive à expliquer les deuils…Même les étapes d'après parfois on arrive à les conseiller dans ce sens là. Puisque que la relation s'était déjà établie dans les mois précédents avec la connaissance de l'équipe. »

Elève : « Avez-vous été gênée par l'attitude d'une famille vis à vis de leur parent ? »

Infirmière : « Alors oui, ça peut arriver, on a parfois…on y met toujours un sens mais c'est vrai qu'il faut pas le cacher, c'est vrai que l'on peut avoir de l'agressivité, des familles qui n'arrivent pas à passer les étapes de deuils, des choses comme ça, elles le gèrent avec leurs émotions, avec leurs façons de fonctionner. Donc oui parfois on a des réactions d'agressivités, on est parfois entre guillemets les « mauvais soignants », ceux qui ne savent pas faire. Surtout au début, les personnes qui ne sont pas prêtent à mettre leurs parents en institution, où il y a aussi cette dimension de culpabilité qu'ils ont à gérer par rapport à la mise en institution et où souvent c'est le soignant qui tempère les émotions. »

Elève : « Et est-ce que vous auriez une situation à me raconter justement où ça à été difficile pour vous l'attitude de la famille par rapport à leur parent? »

Infirmière : « Alors oui mais pas par rapport aux parents. Moi j'ai une situation qui m'a interpellée quand je suis arrivée dans le service, c'était par rapport à l'époux qui était on va dire pas prêt du tout à accepter la perte d'autonomie de son épouse. C'est vrai que c'est une dame qui est relativement jeune, puisqu'elle a 70 ans. Donc qui malheureusement perd de plus en plus de son autonomie et très rapidement depuis quelques années. Elle est arrivé il y a 4 ans, apparemment elle marchait, maintenant c'est une dame qui n'a plus du tout d'autonomie, qui n'arrive même plus à déglutir. C'est vrai que ce monsieur n'accepte pas que l'on n'arrive pas à alimenter sa femme de façon normale, et ou parfois à la seringue ils font un peu du forcing… quitte à blesser la bouche. Donc cela m'avait un peu choqué, on en avait parlé, il y avait l'équipe de soins palliatif qui était intervenue, du coup pour à la fois nous soutenir nous puisqu'ils ont une psychologue, parce qu'on se sentait assez mal, même au moment de la toilette. C'est une dame qui est très raide et du coup il y avait des spasmes qui étaient induits lors des toilettes, il y avait des choses difficiles, et une non-acceptation d'une prise en charge médicale. Le mari refusait tout traitement pour cette patiente de peur qu'elle soit plus endormie, et c'est vrai que ça c'était difficile. On se sentait nous maltraitant quelque part dans cette prise en charge, en tous cas pas au top. Et petit à petit les choses ont avancé, lui-même a été rencontré par

l’équipe des soins palliatifs, par la psycho. Il a accepté dans un premier temps d’être pris en charge par la psycho dans des entretiens informels, après petit à petit c’est devenu plus formel, ça avance un petit peu. Et là on est sur une période je dirais pas d’acceptation, parce que l’on n’en est pas encore là, mais on va dire où on commence à avoir une certaine sérénité et on arrive à trouver des compromis. Nous bon on arrive à laisser l’alimentation que le soir, mais du coup on privilégie des périodes de repos, mais en même temps des périodes de sorties qui étaient importantes pour lui, en lui laissant surtout sa prise en charge à lui, parce que c’est trop important et en même temps, nous en arrivant à négocier des temps de repos qui nous paraissaient essentiels pour cette dame. Donc ça avance petit à petit mais oui il y a des situations qui sont à travailler à très longs termes. C’est surtout ça. »

Elève : « Et est-ce que vous arrivez à identifier les causes de cette situation, ou de ces situations en générales ? Qu’est-ce qui fait que ça se passe pas comme ça… ? »

Infirmière : « Alors dans ce cas précis, apparemment il y a eu tout un non-dit autour du début de la pathologie de cette dame. La famille n’a pas eu toutes les explications médicales qu’ils souhaitaient, ou ils ne les ont pas entendus, je n’ai pas tous les éléments. Et du coup ils sont restés quelque part sur une relation de non-confiance par rapport à tout ce qui touchait au médical, les médecins n’avaient pas dit la pathologie, enfin pour eux… du coup les autres soignants ne diraient pas la vérité, et du coup on était sur une relation de base qui était faussée. Petit à petit il fallait rétablir cette relation de confiance, cette relation de vérité. On a eu la chance aussi qu’il y ait eu un changement de médecin dans le service, un changement de surveillante, donc là aussi l’équipe a bien bougé. Et petit à petit le fait d’avoir le regard de personnes nouvelles, qui n’avaient pas connu du tout l’avant, a permis de faire basculer la situation. Mais c’est sur qu’il y a sûrement eu un manque d’explication à un moment qui a fait qu’il y avait certes ce déni, mais ce déni avait une cause. »

Elève : « Lors de la situation évoquée, quels comportements avez-vous adoptés de façon individuelle ? »

Infirmière : « Alors moi c'est vrai que j'ai eu un peu de chance parce que j'arrivais dans l'équipe, donc c'était beaucoup plus facile de rester objective, de rester avec un regard nouveau. C'est vrai que j'essayais de me protéger un petit peu, je me disais que j'allais me faire ma petite idée à moi et voir l'attitude qu'il fallait adopter un petit peu. C'est vrai que je crois qu'avec un peu d'écoute, un peu d'empathie on arrive à faire avancer les choses. On a besoin aussi de prouver des choses, j'ai du me positionner en tant qu'infirmière. C'était quelqu'un qui allait jusqu'à nous regarder une perfusion, qui n'avait même pas confiance quand nous posions une perfusion : « Est-ce que la petite nouvelle sait faire ? » Et quelque part, il était là ce monsieur, moi je l'ai invité à me regarder travailler, et c'est vrai que du coup on a établi petit à petit une relation de confiance. Et du coup, il voit qu'on ne fait pas des choses dans son dos, et je crois que c'est ce qu'il avait besoin d'établir comme relation. Etre aussi à l'écoute, je crois c'est important. Quand je suis arrivée, il y avait je crois aussi un ras le bol de l'équipe, et je ne sais pas d'où cela venait, et ça ne m'appartient pas. Mais c'est vrai qu'il n'y avait plus d'écoute, il y avait une relation qui s'était coupée entre l'équipe et ce monsieur. Et du coup, son agressivité était vécue comme une agressivité envers le soignant, et non pas un mal être de sa part. Et petit à petit, on est arrivé ; alors peut être parce que nous n'étions pas épuisées par cette situation, on a eu la chance d'être 6 personnes nouvelles sur l'équipe ; de pouvoir du coup pousser les choses, expliquer que c'était du mal être cette agressivité, que ce n'était pas envers nous qu'il en avait… Et c'est vrai que ça a fait avancer les choses, parce que j'ai eu aussi la chance dans mes expériences antérieures de gestion de famille et ça aide. »

Elève : « Cette situation a-t-elle influencé votre attitude, votre positionnement dans les soins, avec la personne âgée ? »

Infirmière : « …pas forcement, non parce que je m'y attendais, quand on vient en gériatrie on sait qu'on aura des situations conflictuelles à gérer, on

sait qu'on aura une gestion de famille à avoir, qu'on aura les accompagnements. Non, je pense que du moment que l'on reste ouvert, à l'écoute, non, je crois pas. »

Elève : « Et par rapport à son mari ? Est-ce que vous trouvé que votre attitude n'était pas la même qu'avec une autre famille ? »

Infirmière : « Je pense qu'on n'accompagne pas un mari comme on accompagne un fils ou une fille. C'est pour ça que c'était aussi une situation à part. »

Elève : « Est-ce que vous avez déjà été gênée par une famille vis à vis de vous ? Par un comportement qu'elle avait par rapport à vous professionnel ? »

Infirmière : « …, gênée c'est peut être un peu fort, mais interpellée. On revient quand même sur cette relation de confiance, sur cette méfiance, sur cette surveillance un petit peu. On sait que les familles souvent se sentent coupables, il y a une relation difficile, surtout quand les enfants eux n'arrivent plus à s'occuper des parents, donc quelque part « Est-ce que nous on va y arriver ? », c'est sous-entendu quelque part. Et on doit être des soignants du coup à la pointe, ils nous demandent beaucoup, on n'a pas le droit à l'erreur, chose qui est tout à fait normal, et on sent oui, que cette relation ne vient pas d'emblée, qu'il faut faire le maximum pour la personne, avec malgré toutes les contraintes du service. Ca c'est vrai, comme parfois les après-midi qu'on est une seule infirmière, et qu'il y a deux aides-soignantes, qu'il faut faire un peu attendre quelqu'un, faut peut-être oser dire pourquoi on a fait attendre. Parfois oui ça peut créer des petites tensions, il faut essayer de désamorcer tout ça. Mais oui, des fois il y a des choses de cet ordre là, alors certes nous en tant que personne on a l'impression de faire au maximum qu'on peut avec les moyens qu'on peut, mais du coup des moments ça peut déranger un petit peu… »

Elève : « Quelle est votre conception du « bon positionnement » infirmier dans la relation famille/ personne âgée/ soignant ? »

Infirmière : « Je crois que c'est déjà l'objectivité, dans un premier temps, toujours la remise en question de ses pratiques, toujours entendre ce qu'on peut entendre quand il y a des tensions, entendre la demande que l'on a en face, entendre le mal être, l'empathie une fois de plus. C'est vrai que l'on a aussi des poly-pathologies, donc ça veux dire prise en charge de la personne dans sa globalité et là c'est l'avantage de la gériatrie par rapport à d'autres services. Et quand je dis ça, je pense en particulier prendre soin de la personne d'un point de vue psychologique, tenir compte de ce quelle était cette personne, puisque qu'on a des gens qui ont toute une histoire, et une histoire longue derrière eux, avec une personnalité, avec tout ça…Essayer de tenir compte au maximum de leurs habitudes de vie aussi, donc ça c'est vraiment l'essentiel, et puis continuer à faire vivre on va dire, avec tout ce que ça implique. »

Elève : « Et ma question c'était aussi dans la sens, pour la famille qu'est ce que vous faites pour qu'elle se sente intégrée ? »

Infirmière : « Alors sur le service, je dirais que chaque famille trouve un peu…, quand je parlais d'habitudes de vie c'est un peu ça, il y en a quelque-uns qui viennent aider aux repas. Pour d'autres personnes, on essaie de les préparer pour que quand ils sont là ils puissent les emmener faire un petit tour, on a parfois simplement des prises en charge dans les chambres, des moments où ils sont présents, là où il y a des moments d'échanges, donc leur aménager des petits coins un petit peu à eux. Parfois on arrive aussi…, je pense à l'épouse d'un monsieur qui est elle aussi atteinte d'une pathologie mais qui est encore à domicile, quand il y a une sortie resto et bien elle est invitée avec, ça leur permet d'avoir un cadre. Un autre monsieur qu'on accompagne vers son amie qui est placée dans une autre résidence… Des petites choses, des petits gestes, le coup de fil qu'on arrive à accompagner pour que le lien continue d'exister, la relation bien sur au téléphone pour donner des nouvelles notamment pour les gens qui ne vont pas très bien. Je

pense à quelqu'un et malheureusement la fille est en Bretagne en train d'accompagner une naissance d'un petit enfant, et qui se partage entre la grand-mère d'un côté et les petits-enfants de l'autre et qui a besoin de l'essentiel et à nous de faire le lien. Donc oui, c'est une relation de trio soignant, famille, personne soignée… Si on veut que ça fonctionne oui il faut… »

Elève : « D'après vous, quelles sont les conditions pour que chacun en institution trouve une place dans les soins ? »

Infirmière : « Alors c'est vrai, chacun c'est les familles, les aides-soignantes, l'infirmier, c'est aussi les équipes de bénévoles que l'on a la chance d'avoir, ils donnent un bon coup de main, je pense aussi aux animatrices, et aux brancardiers qui participent aux sorties resto sans eux on les aurait pas…. C'est vrai que c'est tout le réseau que l'on a à coté. Tout part du projet de soins, projet de vie surtout, puisque l'on a les deux en long séjour. Et c'est vrai que si on pose un projet de vie assez pertinent, où on arrive à dégager les besoins de la personne dans leur globalité, mais que ça soit pas que du médical, que du psychologique, mais aussi les habitudes de vie et tous les besoins de la vie quotidienne, le besoin d'avoir un resto, d'avoir une sortie à l'extérieur et de continuer à vivre …en ameutant tout les intervenants autour, je pense à la podologue quand elle vient, je pense à la coiffeuse, toutes ces petites choses, ces petits plus de la vie. »

Elève : « Et je pense aussi plus au niveau des soins à proprement dit, des soins d'hygiène, est-ce que la famille peut intervenir ? En quoi peut-elle peut intervenir ? »

Infirmière : « Alors on arrive autour des toilettes assez peu, on a peu de demande à ce niveau, par contre le jour où on a une demande je pense que ça serait possible. On a eu sur une fin de vie des gens qui voulaient faire la dernière toilette, mais jusqu'à présent je ne l'ai pas encore vécu. Par contre au niveau du nursing, on arrive à voir, je pense à la fille d'une dame qui parfois est contente de la couché le soir, c'est vrai que la dame était aussi de

la profession avant, pour elle c'est important que sa maman soit couchée, soit bordée, elle a besoin de ça, on a des petits gestes comme ça dont on a besoin, oui pourquoi pas. »

Elève : « Par rapport à une famille qui n'est pas très présente, est-ce que vous mettez des choses en place ? »

Infirmière : « Alors on essaie quand même qu'il y ait toujours un lien qui soit préservé. Après c'est vrai qu'on ne force pas trop les choses, on laisse la décision à la famille. Parfois c'est un peu difficile pour la personne âgée, qui demanderait plus de présence, nous on est plus dans la proposition, après on ne peut pas se permettre…, on essaie de conseiller, d'amener la petite relation qui… Mais des moments ça marche ou ça marche pas. C'est vrai que c'est des choses que l'on pourrait encore plus travailler mais bon là pour le moment on n'est pas sur des choses aussi pointues. »

Elève : « Est-ce que vous auriez quelque-chose à ajouter sur le thème, que je n'aurais pas abordé ? »

Infirmière : « … c'est vrai que l'on a parlé de la globalité de la gériatrie, on a parlé de la relation famille qui est importante, peut être de la spécificité des longs séjours, on a un peu évoqué, autour de ce qui est lieu de vie. On reste quand même un lieu de vie avant tout, même si on est de plus en plus un lieu de soin, avec la chance de quand on fait un accompagnement d'avoir la possibilité d'intervenants extérieurs. Je pense aux soins palliatifs qui viennent en situations aiguës, je pense à la psychologue qui vient aider les patients à passer ce cap, parler de la mort ou à parler de choses qui sont importantes pour eux. On a quand même différents intervenants, des gens par l'arthérapie arrivent à faire exprimer des gens avec leur Alzheimer à travers la poterie. C'est vrai qu'il y a des dimensions hors service, on ne tourne pas qu'en interne mais sur l'extérieur aussi. On travail avec des moyens. Chaque personne âgée trouve quelque-chose qui correspond à ses besoins à un moment donné. On a l'aide kiné qui vient faire l'activité physique à un petit groupe une fois par semaine. On essaie nous-mêmes de monter des ateliers,

là on a monté un atelier massage/toucher, j’ai une collègue qui a monté un atelier groupe de parole journal. Là aussi c’est important cette dimension de suivre l’actualité, c’est pas parce qu’il rentre dans l’institution qu’on va les enfermer… cette dimension d’ouverture. Donc voilà un petit peu… »

# Bibliographie

- **Livres**

BAWIN-LEGROS B – *Sociologie de la Famille* - Paris, Bruxelles, Edition De Boeck Université, 1996, 192 pages.

HESBEEN W. - *Prendre soin à l'hôpital* - Paris Inter Editions MASSON ,1997,195 pages.

GINESTE Y, PELLISSIER J – *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux* – Editions Armand Colin, Paris, 2007 – 319 pages.

GUILLAUMOT P.- *Le sujet âgé, ses proches, ses soignants*. - Ramonville Saint-Agne, Editions Erès, 2006. - 150 pages.

KEROUAC S, *La Pensée Infirmière : Conceptions et Stratégies*, Laval (Québec), Editions Maloine, 1994, 162 pages.

OREM D.E- *Soins Infirmier : Les Concepts et la Pratique* - Paris, Editions Maloine, 1987, 359 pages.

- **Périodiques**

BILLE M. – « L'Entrée en institution » - *Gérontologie et société* – n°112 – 2005 - page 58

BLOT S.- « Prendre Soins en Gériatrie »- *Soins Gérontologie*- n°58, Mars/Avril 2006, pages 44 et 45.

BOON A.- « Gériatrie ! Vous avez dit gériatrie ? » - *Soins Gérontologie* - n°45 – Janvier/Février 2004 – pages 38 et 39

DONNIO I. – « L'entrée en établissement d'hébergement » - *Gérontologie et Société* – n°112 2005 – page 73, 78

ECHELARD M.F- « Le conseil de vie sociale, une nouvelle place pour les familles et les résidents » - *Soins en Gérontologie* - n°54 Juillet/ Août 2005 - page 29

LE METAYER V.- « Le vécu des soignants face à la dépendance » - *Revue Hospitalière de France* – n°5 Septembre/ Octobre 1994 - page 403

MASSON P.-« La prise en compte de l'aidant naturel dans les soins en service de médecine physique et de réadaptation » - *Perspective Soignante*- n°29, Septembre 2007, pages 80, 81.

NOEL - HUREAUX E., « Un concept polysémique : l'autonomie »- *Recherche en soins infirmier,* n°78, Septembre 2004, page 59 à 69.

PIERRET N. – « Le rôle de la famille en maison de retraite » - *L'aide-Soignante* – n°93 – Janvier 2008 – Pages 20 et 21

ROGEZ E. – « Soignants/ Soignés/ Familles, des relations à construire » - *Soins Gérontologie* – n°54 – juillet/ Août 2005 – page 13

SEBAG-LANOE R.- « La Souffrance dans le Grand âge » - *Objectif Soins* - n°142, Janvier 2006, page 29

- **Dictionnaire**

Le Petit Larousse 1998

- **Internet**

**www.wikipedia.fr**

**www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/les-types-d-etablissements.htm**

- **Cours**

Cours Françoise PENEL, module GERIATRIE, Approche psychosocial de la vieillesse et du vieillissement, 04/09/2007

# Famille- Personne âgée- Soignant
## Une Relation Triangulaire

Actuellement la population est vieillissante, il n'est pas rare que nous ayons à prendre en charge des personnes âgées. Hors une personne âgée n'est souvent pas seul, sa famille l'accompagne.

Cette réflexion a pour but de tenter de voir comment le soignant, la famille et la personne âgée peuvent trouver leur place dans une institution.

Chaque personnage étant unique, chacun influence les autres acteurs. Par son expérience professionnelle, le soignant sera comment gérer ces situations.

Ce travail m'a permis d'essayer de voir comment transformer le vécu en expérience…

Mots Clés :

Personne âgée, Famille, Soignant, Relation triangulaire, Gériatrie