

ECOLE D'INFIRMIERS DE BLOC OPERATOIRE DE TOULOUSE  
REGION OCCITANIE



**UN AUTRE REGARD**

**ERIC BENECH**

**Sous la direction de Madame Chrystelle DARRIBET**

**Travail d'intérêt professionnel préparé en vue de l'obtention du diplôme d'Etat  
d'infirmier de bloc opératoire**

**Année 2017-2019**

## **Photographie de Tom Hussey**

[En ligne] : <https://www.tomhussey.com/PROJECTS/REFLECTIONS/14>

Image téléchargée en PDF :

<file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/tomhusseyWebsitePortfolio.pdf>

J'ai choisi cette photographie car elle représente à mes yeux le temps qui passe, la transmission, l'amour et l'image de soi. La scène se déroule dans un train ; deux femmes sont assises sur une banquette. La plus jeune tient le bras d'une femme plus âgée qui regarde son reflet dans la vitre extérieure. Ce que cette femme d'un certain âge contemple, c'est l'image d'une jeunesse passée mais toujours présente dans son cœur. Les images que nous percevons prennent forme en fonction des significations que nous leur donnons ; elles ne sont pas le reflet de la réalité mais de notre conception intérieure.

## Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, Madame Chrystelle Darribet, pour sa patience, pour m'avoir soutenu dans les moments de doute ; pour sa disponibilité, et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

J'adresse mes remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école d'Infirmier de Bloc Opératoire de Toulouse ainsi qu'à l'équipe du centre de documentation du PREFMS, pour toute la patience dont ils ont fait preuve durant mes recherches.

Je remercie mes très chers parents, ma sœur Dorothée et Charlotte pour leur soutien constant et leurs encouragements, et mes enfants pour tout le temps que je n'ai pas pu leur accorder.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers les Docteurs Martins et Chico-Guibert ainsi qu'à mes collègues de promotion qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche. Un grand merci à mes collègues du service de bloc opératoire de Moissac pour leur soutien constant et leurs sourires.

Enfin, je tiens à témoigner toute ma gratitude à Agathe, Andréas, Arlette, Béatrice, Nathalie, Jo et Axelle, Keke, Erichou, Benoit, Julie et Martial et Nath pour leur confiance et leur support inestimable.

POLE REGIONAL D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION

AUX METIERS DE LA SANTE (PREFMS)

74 Voie du TOEC

TSA 40031

31059 Toulouse Cedex 9

ECOLE D'INFIRMIERS DE BLOC OPERATOIRE

Téléphone : 0561324070

Mail : [eibo.sec@chu-toulouse.fr](mailto:eibo.sec@chu-toulouse.fr)

Je soussigné,

BENECH Eric

Promotion IBODE 2017/2019

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux Métiers de la santé (PREFMS), du bon usage des ressources utilisables dans le cadre des travaux individuels et collectifs.

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité.

Certifie n'avoir ni recopier ni utilisé sans le mentionner des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article, mémoire ou tout autre document, disponible en version imprimée et/ou électronique.

Déclare avoir pleinement conscience de ce qu'est le plagiat.

Déclare avoir pleinement conscience que conformément à l'article 6 du règlement intérieur de l'Ecole d'IBODE ; tout plagiat est assimilé à une fraude et peut impliquer la saisie du Conseil de Discipline.

Date : 16 janvier 2019

Signature :

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	1
1. LE CONSTAT ET LA QUESTION DE DEPART .....	3
2. LE CADRE CONTEXTUEL .....	6
2.1. Le bloc opératoire .....	6
2.1.1. Définition.....	7
2.1.2. Evolution de son organisation.....	7
2.1.3. Structure de coordination du bloc opératoire .....	7
2.2. Droits des patients .....	10
2.3. Le contexte professionnel .....	10
2.3.1. L’infirmier diplômé d’état .....	11
2.3.2. L’infirmier de bloc opératoire diplômé d’état.....	12
2.4. La population âgée .....	12
2.5. La démence .....	14
3. LE CADRE THEORIQUE.....	16
3.1. La vieillesse.....	16
3.1.1. Définitions .....	16
3.1.2. La vieillesse, phénomène récent.....	17
3.1.3. La vieillesse subjective et épreuve narcissique.....	18
3.1.4. La vieillesse dans notre société (plan sociologique) .....	18
3.1.5. Les effets du jeunisme.....	19
3.1.6. Voir la vieillesse autrement.....	21
3.1.7. Synthèse sur la vieillesse .....	24
3.2. Les représentations sociales .....	25
3.2.1. Origine du concept .....	25
3.2.2. Définition.....	26
3.2.3. Illustration d’une représentation .....	27
3.2.4. Composition des représentations sociales.....	28
3.2.5. Les principales fonctions des représentations sociales .....	29
3.2.6. Structure des représentations sociales .....	30
3.2.7. Transformation des représentations sociales .....	31
3.2.8. Synthèse .....	33

4. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE DE RECHERCHE.....	34
5. ENQUETE .....	35
5.1. Choix et construction de l’outil d’enquête.....	35
5.2. Population et service ciblé .....	35
5.3. Les résultats de l’enquête .....	36
5.3.1. L’analyse descriptive des entretiens .....	36
5.3.2. Analyse descriptive des interviewés .....	37
6. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS .....	38
7. LA VALIDATION DE L’HYPOTHESE .....	47
8. LIMITES .....	48
9. LES PROPOSITIONS .....	48
CONCLUSION .....	50
GLOSSAIRE .....	51
BIBLIOGRAPHIE .....	52
SOMMAIRE DES ANNEXES .....	58

# INTRODUCTION

Depuis l'histoire de l'humanité, notre société est en train de vivre un phénomène récent : la vieillesse. En effet, elle n'a jamais compté autant de sénior par rapport à sa population active. Cette tendance va continuer à augmenter dans les années futures<sup>1</sup>.

Le vieillissement de la population est devenu en France et dans le monde une priorité de santé publique. En 2050, une personne sur trois aura plus de 60 ans<sup>2</sup>. Cette tendance va s'accompagner d'une augmentation de pathologies liées à la vieillesse (maladies chroniques, dépendance fonctionnelle...). Notre système de santé va devoir anticiper les besoins en matière de soins et d'assistance vis-à-vis des futurs patients. Tous les services vont être impactés, et notamment les blocs opératoires où actuellement presque un patient sur deux est âgé.

Durant la formation initiale de l'école d'infirmier, nous avons été formés et sensibilisés à la prise en charge des personnes âgées, à la vieillesse et à ses pathologies. Cette formation nous a permis d'acquérir une posture de soignant afin de développer une pratique réflexive face à chaque situation. Cet apprentissage vient compléter notre propre univers composé de nos expériences passées, de nos valeurs, de notre éducation, de nos croyances, de nos peurs futures etc. c'est-à-dire de nos représentations. C'est en fonction d'elles que nous interagissons avec le monde extérieur en fonction de ce que nous sommes. Alors comment nous sommes-nous façonnés après des années de pratique dans un domaine ultra technique où nous devons savoir composer avec les notions de rentabilité, d'efficacité, d'organisation malgré une charge mentale parfois très dense ?

Que deviennent le soignant et l'humain que nous sommes dans un cadre où il nous est demandé d'être d'abord technicien et efficient devant une personne âgée qui heurte nos représentations et demande adaptation des techniques habituelles, temps et humanité ? C'est suite à une situation qui m'a questionné dans le cadre de mon travail au bloc opératoire que ce travail de recherche pour l'obtention du diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire tient son origine.

Dans un premier temps, notre démarche visera à présenter, sur un plan pratique, le contexte de soins lié à l'environnement du bloc opératoire et des patients âgés. Puis dans un second temps, nous développerons, sur un plan plus théorique, les concepts de vieillesse et de représentations sociales afin de comprendre pourquoi, en fonction de notre vécu, nous agissons différemment dans nos prises en charge avec les personnes âgées, qu'avec un adulte non âgé. Suite à cette partie théorique, une hypothèse de recherche sera formulée et nous tenterons, à travers une

---

<sup>1</sup> [En ligne]. [Consulté le 25 novembre 2018] Projections de population à l'horizon 2060. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>

<sup>2</sup> *Ibid*

enquête auprès des professionnels IBODE, d'évaluer sa pertinence. Les données obtenues nous permettront par la suite de proposer des perspectives d'évolution et d'élaborer un projet qui pourrait permettre d'améliorer nos pratiques professionnelles dans la prise en charge du patient âgé au bloc opératoire.



# **1. LE CONSTAT ET LA QUESTION DE DEPART**

Après avoir obtenu mon diplôme d'infirmier en 2008, j'ai débuté ma carrière dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) où trois patients âgés sur quatre étaient grabataires et certains présentaient des troubles démentiels.

La situation que je présente se déroule au bloc opératoire d'un hôpital. C'est la fin du programme et nous sommes deux équipes à attendre l'arrivée de deux patients.

Tout d'abord, le brancardier arrive avec une patiente, Mme A âgée de 22 ans pour une chirurgie de cholécystectomie sous cœlioscopie. L'équipe l'accueille avec le sourire; la check-list est faite avec rigueur, bienveillance et humour. La patiente semble détendue. Une fois les vérifications faites, l'équipe la conduit en salle opératoire pour l'installer.

Puis, le brancardier revient avec Mme M, une patiente âgée de 89 ans pour la pose d'un clou gamma gauche sur fracture per-trochantérienne. Madame M présente des troubles démentiels de type Alzheimer. Elle vient de s'arracher la perfusion et la sonde urinaire dans le service de chirurgie. A son arrivée au bloc, elle gémit et ne répond pas lorsque je lui demande son nom et son prénom. Je regarde alors son bracelet d'identification.

Nous sommes dans le sas d'accueil : une aide-soignante, deux collègues IDE jeunes arrivants, et moi-même. La check-list se fait essentiellement avec le dossier médical et selon la clinique de la patiente. Je m'interroge car je suis spectateur de cette situation. Je remarque que mes collègues discutent de la technique chirurgicale et de l'instrumentation du clou gamma à venir pendant que l'aide-soignante et moi-même enregistrons les données sur l'ordinateur. La patiente est dans son lit, seule.

L'anesthésiste nous demande d'installer rapidement Mme M en salle d'intervention afin d'avancer le programme et ne pas perdre de temps. Il lui injecte un hypnotique (kétamine) pour la calmer afin de pouvoir la transférer sur la table opératoire. Nous l'amenons en salle.

Une fois la patiente sur la table, j'ai une sensation de mal être, de ne pas avoir fait mon travail. Je me suis arrêté sur cette première impression de "*patiente âgée démente*" comme si je l'avais enfermée dans une case où j'oubliais sa singularité. Mais cette patiente est unique. Elle a son histoire, sa famille, ses souvenirs, et personne ne peut juger de sa valeur ou de son importance. Je ne connais rien d'elle en dehors des informations contenues dans son dossier médical. En tout état de cause, il me semble que les aspects matériels de l'intervention ont pris le pas sur la prise en compte des besoins de cette patiente et le respect de sa personne.

Cette situation se répète fréquemment en chirurgie traumatologique car nous recevons de nombreux patients âgés déments. Evidemment, la rigueur et la technique sont incontournables et

nécessaires au bon déroulement de l'intervention : toute erreur organisationnelle, logistique (de salle) ou opératoire, entraîne au mieux une annulation de l'intervention et au pire, des risques pour le patient.

En arrivant dans ce service, je me suis senti perdu. Je venais d'un service où la relation avec les patients était constante, évidente et primordiale. Au bloc opératoire la rigueur et les connaissances techniques peuvent avoir d'importantes conséquences pour le patient. Je me suis mis beaucoup de pression car prendre soins du patient passait d'abord pour moi par une préparation parfaite de l'intervention, relayant au second plan l'aspect humain du soin. L'enjeu était d'avoir une expérience suffisante pour me détacher de ces contraintes matérielles afin de me remettre à l'écoute des patients et de leurs besoins. C'est pour moi un idéal vers lequel il faut tendre.

La patiente a été prise en charge avec sécurité et rapidité ; l'opération s'est très bien déroulée. On pourrait considérer que son passage au bloc opératoire a atteint son objectif, c'est-à-dire l'ostéosynthèse de sa fracture. Cependant sa prise en charge a été humainement et éthiquement incomplète. Le fondement même de notre métier d'infirmier n'est-il pas « l'humain et ses besoins » ?

Suite à cette situation, je me suis posé le questionnement suivant :

-Questionnement en rapport au patient :

Qu'a ressenti la patiente lors de la prise en charge ?

A-t-elle compris ce qu'il se passait ?

S'est-elle sentie en sécurité ?

-Questionnement sur la prise en charge au bloc opératoire :

Comment est vécue la prise en charge des patients âgés déments par le personnel ?

Cette pathologie de démence, influe-t-elle sur la prise en soin du patient ?

La gériatrie est une discipline à part entière, y a-t-il des techniques pour impliquer d'avantage les soignants du bloc opératoire dans cette prise en soin ?

Qu'est ce qui fait que l'on doit impliquer davantage les soignants alors que le métier est basé sur le prendre soin et le soin personnalisé ?

Pourquoi certains soignants sont-ils impliqués avec les patients âgés, alors que d'autres ne le sont pas ?

Qu'est ce qui pourrait permettre aux soignants d'avoir une meilleure image des personnes âgées ? Est-ce une barrière ?

Que connaît-on de la vieillesse ? Que sait-on des personnes qui vivent ce moment de la vie ?

Qu'est ce qui permettrait un changement de considération à leur égard, dans ce milieu hyper technique qu'est le bloc opératoire ?

Qu'est ce qui peut faire barrière entre un patient et un soignant lors d'une prise en soin ?

Quelles représentations se font les soignants des patients âgés atteints de démence ?

Qu'est-ce qu'une représentation ? Peut-on la modifier ?

Sur la base de mon expérience et de mon observation, voici les constats que j'ai pu établir.

Tout ceci m'amène à poser la question suivante :

**« En quoi les représentations d'un infirmier de bloc opératoire sur les personnes âgées démentes influencent-elles sa prise en soins ? »**

## **2. LE CADRE CONTEXTUEL**

Afin de pouvoir répondre à cette interrogation, il me semble important de définir dans un premier temps le bloc opératoire et son organisation. Je présenterai ensuite les principaux acteurs de l'accueil des patients soit les infirmiers et les IBODE. L'étude de la démente et de ses spécificités permettra enfin de disposer d'une vision d'ensemble sur la question posée.

### **2.1. Le bloc opératoire**

Le bloc opératoire fait partie des lieux inconnus du grand public, il est souvent synonyme de peur, de mystère et de secret. *"Cet aspect secret du bloc opératoire entretient d'une part le mystère autour de la chirurgie, mais alimente d'autre part l'imaginaire des non-initiés<sup>3</sup> ».*

Le bloc est souvent comparé à une enceinte médiévale, lieu clos et synonyme de place forte, de forteresse imprenable. La réserve de matériel est appelée *"l'arsenal"*, on *"lutte"* contre l'infection et la douleur. Le chirurgien combat la maladie et on peut qualifier de champ de bataille une table opératoire en fin d'intervention. C'est un secteur de soins fermé pour assurer une asepsie progressive. *« Le terme "fermé" pour qualifier les locaux du bloc opératoire n'est pas trop fort, tant la difficulté d'accès au bloc opératoire est réelle »<sup>4</sup>.*

Au-delà de ces représentations, le bloc opératoire est multidisciplinaire et c'est la synergie des compétences de ses différents intervenants, qui permet d'offrir des soins de qualité aux patients<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> LABADIE, C., « Etude IBODE tous les traits d'une profession », *Interbloc*, janvier-mars 2014, numéro1, pages 59-62.

<sup>4</sup> *Ibid.* p60.

<sup>5</sup> SHARSHAR, S., ALAME, A., GAUDELET, D., « Le bloc opératoire de la nouvelle gouvernance hospitalière », *Interbloc*, Tome 26, numéro 4, décembre, 2007, pages 257-261.

### **2.1.1. Définition**

Selon le rapport de la Commission IX (Chirurgie – Anesthésiologie – Réanimation – Urgences), le **bloc opératoire** est « une enceinte dédiée à des actes invasifs réalisés quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises, pour assurer la sécurité des patients. <sup>6</sup> »

### **2.1.2. Evolution de son organisation**

Le bloc opératoire a évolué ces dix dernières années dans la perspective du plan hôpital 2007. Ce dernier a pour objectif de moderniser l'offre de soin par la création de pôles d'activités et de réduire le déficit hospitalier par la mise en place de la tarification à l'activité nommée T2A « qui vise à remplacer une logique de financement par les dépenses par une logique de financement par les recettes »<sup>7</sup>.

La T2A a permis une harmonisation et une transparence des dépenses de santé. Mais elle a demandé en contrepartie aux structures un devoir de rentabilité où tout doit être compté au plus juste, impactant directement le personnel et la qualité des soins.

Le bloc opératoire devient un « mini-pôle » d'activité fonctionnant de façon transverse avec les autres pôles (services), au sein d'un « réseau intra-hospitalier ».

*“Le bloc opératoire est un espace profondément ambivalent. Il incarne, d'une part, le progrès technique et scientifique le plus impressionnant dans l'histoire de la médecine, laissant le champ libre aux attentes et aux espoirs les plus audacieux, que la longue mémoire de l'humanité n'aurait jamais pu imaginer. D'autre part, il suscite chez le patient des craintes et des inquiétudes, à la mesure des attentes et espoirs que ce patient porte en lui.”<sup>8</sup>*

### **2.1.3. Structure de coordination du bloc opératoire**

Le bloc opératoire est un secteur à risque pour la sécurité des patients et des professionnels.

L'HAS classe ces risques par grandes familles, par exemple :

---

<sup>6</sup> [En ligne]. [Consulté le 1 mars 2018] Bloc opératoire. Disponible sur internet : <http://www.cclin-arlin.fr/nosopdf/doc09/0024616.pdf>

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> MAWARD, L., AZARD, N., « Etude comparative de l'anxiété » *Recherche en soins infirmiers*, numéro 78, septembre, 2004, pages 39.

### Risques associés aux soins :

- Risques infectieux : liés au patient, au personnel, à l'environnement, au processus opératoire, au post-opératoire immédiat ;
- Risques liés aux erreurs d'identités, de cotés, de procédures ...
- Risques organisationnels (liés à la planification/programmation de l'activité, à la gestion des ressources matérielles, à la gestion des ressources humaines, à la communication et au système d'information, au fonctionnement en équipe) ;
- Risques environnementaux et techniques air, eau, électricité, sécurité incendie, gaz médicaux, dispositifs médicaux, médicaments, déchets et linge ;
- Risques professionnels : risques liés aux manutentions de charge ou patients, risques biologiques, risques chimiques, risques psychosociaux<sup>9</sup>.

Afin d'orchestrer l'ensemble de l'activité du bloc opératoire, un personnel compétent et reconnu de tous permet de planifier, programmer et réguler l'ensemble de l'activité.

On distingue en particulier le responsable de bloc, le conseil de bloc, et la charte de fonctionnement du bloc.

### Le « chef » ou responsable du bloc opératoire :

Ce rôle revient la plupart du temps au cadre de santé. Il pilote le programme opératoire au quotidien, assure la coordination et le respect des règles de fonctionnement de la charte de bloc opératoire. Il dispose de l'ensemble des informations et a l'autorité pour garantir la mise en œuvre du programme et la sécurité des patients.

### Le conseil de bloc :

Le conseil de bloc est actif ; sa composition est représentative et un président est désigné. Il comprend au minimum un chirurgien, un anesthésiste, un cadre infirmier, un représentant de la direction de l'établissement, et le responsable du CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales). Peuvent encore y être associés le pharmacien responsable du service de stérilisation, un membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ainsi que différents

---

<sup>9</sup> [En ligne]. [Consulté le 27 mars 2018] Certification HAS. Disponible sur Internet : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/document\\_dinformation\\_bloc\\_certification\\_2015-04-07\\_14-43-14\\_24.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/document_dinformation_bloc_certification_2015-04-07_14-43-14_24.pdf)

experts à titre consultatif et à la demande (responsable pharmacovigilance, matériovigilance, biovigilance...) <sup>10</sup>.

Le conseil de bloc a pour mission de faciliter l'organisation du bloc. Il se réunit à périodicité définie.

#### La charte de fonctionnement du bloc :

Encore appelée « règlement intérieur » cette charte est une pièce maîtresse essentielle à l'organisation du bloc opératoire.

Elle vise à assurer la qualité et la sécurité des gestes pratiqués sur le plateau technique, en garantissant le respect des normes en vigueur et l'instauration de règles communes à l'ensemble des utilisateurs. Cette charte est comparable à un véritable texte de loi, connu et respecté de tous les acteurs du bloc opératoire.

Elaborée par le conseil de bloc opératoire selon la directive du 19 mai 2000, c'est l'outil de travail essentiel de ce conseil qui se charge de la faire respecter tout en la faisant évoluer et en l'adaptant en permanence <sup>11</sup>.

L'étude ENEIS 2009 a montré que les événements indésirables graves survenant pendant l'hospitalisation étaient le plus souvent associés à des actes invasifs, majoritairement des interventions chirurgicales. Les interventions chirurgicales représentent 64,8 % des événements indésirables graves totaux et 43,1 % des événements indésirables graves évitables. Dans cette étude, étaient considérés comme événements indésirables graves les événements associés à un décès ou à une menace vitale, susceptibles d'entraîner une prolongation de l'hospitalisation d'au moins un jour, un handicap ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation dans l'unité concernée par l'étude <sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> [En ligne]. [Consulté le 15 avril 2018] Circulaire n°DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé. Disponible sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-23/a0231614.htm>

<sup>11</sup> [En ligne]. [Consulté le 27 mars 2018] Certification HAS. Disponible sur Internet : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/document\\_dinformation\\_bloc\\_certification\\_2015-04-07\\_14-43-14\\_24.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/document_dinformation_bloc_certification_2015-04-07_14-43-14_24.pdf)

<sup>12</sup> MICHEL P, MINODIER C, MOTY-MONNEREAU C, LATHELIZE M, DOMECCQ S, CHALEIX M, *et al.*, « Sécurité du patient : Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats des enquêtes ENEIS », *Solidarité Santé*, 2012, numéro 24, pages 3-20.

## **2.2. Droits des patients**

Lorsqu'un patient entre dans un établissement de santé, ses droits lui sont assurés par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,<sup>13</sup> ainsi que par la charte du patient hospitalisé du 2 mars 2006 (affichée dans les endroits les plus fréquentés par les usagers).

Lorsque celui-ci arrive au bloc opératoire, c'est la charte de bloc qui détermine les règles de sécurité de sa prise en charge en évaluant au préalable le bon déroulement du planning opératoire pour diminuer au maximum les risques d'aléas<sup>14</sup>.

Tous les 4 ans, une procédure de certification des établissements de santé est conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS) avec pour objectif « *d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé* »<sup>15</sup>.

Enfin, le Développement Professionnel Continu (DPC) est devenu une obligation pour les infirmiers et les médecins depuis le 1er janvier 2013. L'objectif est « *l'enrichissement des connaissances et des compétences du personnel soignant afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, tout en prenant compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.* »<sup>16</sup>

## **2.3. Le contexte professionnel**

Dans un bloc opératoire, différentes spécialités peuvent se côtoyer comme les Agents des Services Hospitaliers (ASH), les brancardiers, les Aides-soignants (AS), les manipulateurs en radiologie, les infirmiers Diplômés d'Etat, les Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE), les Infirmiers Anesthésiste Diplômés d'Etat (IADE) et les professions médicales. Cependant, ce sont les infirmiers et les IBODE qui s'articuleront le plus autour du patient lors de son parcours au bloc opératoire.

---

<sup>13</sup> [En ligne]. [Consulté le 5 mars 2018] Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire : Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/1/27/AFSH1418637D/jo>

<sup>14</sup> Sharshar, S. Alamé, A. Gaudalet, D. (2007), *op.cit*, page 258.

<sup>15</sup> [En ligne]. [Consulté le 27 mars 2018] Certification HAS. Disponible sur Internet : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/document\\_dinformation\\_bloc\\_certification\\_2015-04-07\\_14-43-14\\_24.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/document_dinformation_bloc_certification_2015-04-07_14-43-14_24.pdf)

<sup>16</sup> [En ligne]. [Consulté le 5 mars 2018] La législation au cœur du Développement Professionnel Continu. Disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/formations/la-legislation-au-coeur-du-developpement-professionnel-continu-dpc.html>



### **2.3.1. L'infirmier diplômé d'état**

C'est un professionnel de santé qui s'est formé durant trois années réparties en 2100 h de formation théorique, et 2100h de stage clinique.

Cette formation lui permet d'acquérir dix compétences spécifiques et d'obtenir le grade de licence au diplôme d'état de soins infirmiers reconnu dans toute l'Union Européenne et permettant la poursuite d'études dans le domaine de la santé<sup>17</sup>.

Leur exercice est régi par un décret d'actes et d'activités (Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique) et soumis à un code de déontologie élaboré par l'Ordre national des Infirmiers (du 27 novembre 2016)<sup>18</sup>. Celui-ci développe le devoir d'humanité dans l'article R. 4312-3 et le devoir de non-discrimination dans l'article R. 4312-11. (Cf. Annexe 1).

De plus, selon l'article R. 4311-2 du code de la santé publique (CSP) :

*« L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation. Les soins préventifs, curatifs, palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils ont pour objet dans 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 ces composantes physiologiques, psychologiques, économique, sociale et culturelle. »*

Selon l'article R.4311-3 du CSP :

*« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. »*

L'infirmier diplômé pourra donc exercer les compétences développées lors de sa formation, c'est-à-dire un savoir-faire, un savoir être et des savoirs.

Cependant, lors de sa formation, si l'apprenant n'a pas eu l'opportunité d'aller en service de bloc opératoire, il n'aura pas reçu de notion, ni de formation concrète sur cette spécialité à part. Une fois diplômé, un infirmier peut directement travailler au bloc opératoire et pourra prétendre après 2 années d'expérience professionnelle à la formation IBODE.

---

<sup>17</sup> [En ligne]. [Consulté le 3 mars 2018] La formation du métier d'infirmier. Disponible sur internet : [https://ressources.campusfrance.org/catalogues\\_recherche/domaines/fr/noindex/soinsinfirmiers\\_fr.pdf](https://ressources.campusfrance.org/catalogues_recherche/domaines/fr/noindex/soinsinfirmiers_fr.pdf)

<sup>18</sup> [En ligne]. [Consulté le 3 mars 2018] Infirmier de bloc opératoire. Disponible sur internet : [www.infirmiers.com/votre-carriere/ibode/la-fonction-d-infirmiere-de-bloc-operatoire.html](http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ibode/la-fonction-d-infirmiere-de-bloc-operatoire.html)

### 2.3.2. L'infirmier de bloc opératoire diplômé d'état

L'infirmier de bloc opératoire diplômé d'état (ou IBODE) est avant tout un infirmier avec toutes les compétences qui lui sont propres, spécialisé suite à 18 mois d'études en école d'infirmier de bloc opératoire, ou par validation des acquis de l'expérience.

Il est polyvalent et expert en chirurgie.

Il peut assurer les fonctions de circulant, instrumentiste, aide opératoire ou assistant de chirurgie au sein du bloc opératoire et/ou secteurs associés. Il est garant du respect des règles d'hygiène et d'asepsie.

Il fait le lien entre le patient, l'équipe chirurgicale et anesthésique. Il est un maillon indispensable dans une équipe pluridisciplinaire.

**Il possède des compétences techniques et relationnelles sûres, lui permettant d'assurer une prise en charge holistique du patient, pendant la période pré, per et post opératoire.**

Il aide ce dernier à investir sa prise en soins et devenir acteur durant son parcours de soin. C'est un des pivots principaux avec l'infirmier anesthésiste de la gestion des risques au bloc opératoire.

Le 27 janvier 2015, le décret relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire définit les actes et activités que seuls les IBODE sont habilités à réaliser à condition d'avoir suivi une formation de 49 h pour ceux formés avant 2015<sup>19</sup>.

## 2.4. La population âgée

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter. La France compte aujourd'hui plus de personnes de plus de 60 ans que de moins de 20 ans. Le nombre de plus de 85 ans est d'environ 1.4 million et cette tendance va quasiment quadrupler d'ici à 2050<sup>20</sup>.

Il n'existe pas de définition précise de la "personne âgée". Il est communément admis qu'il s'agit d'une personne d'un âge avancé de plus de 60 ans.

Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur pour notre société.

---

<sup>19</sup> [En ligne]. [Consulté le 5 mars 2018] Quid de l'infirmier de bloc opératoire. Disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/ibode/infirmiere-de-bloc-operatoire-diplomee-etat-generalites.html>

<sup>20</sup> [En ligne]. [Consulté le 19 avril 2018] Grand âge et autonomie : les chiffres clés. Disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/grand-age-et-autonomie-les-chiffres-cles>

Dans le secteur de la santé, cette population est largement représentée car elle concerne presque un patient sur deux dans les blocs opératoires « **45 % des interventions chirurgicales en hôpitaux et cliniques concernent des personnes âgées dépendantes** »<sup>21</sup>.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, il y aura dans l'avenir une nette augmentation des patients âgés pris en charge dans les blocs opératoires.

La spécialité médicale dédiée aux personnes âgées est la gériatrie. Elle a vu le jour dans les années 50 avec les sociétés de gérontologie « l'international Association of Gérontologie », puis a évolué en 1988 avec l'apparition du métier de gériatre et les diplômes de capacité en gérontologie. C'est en 1996 que l'enseignement de la gériatrie sera rendu obligatoire en faculté de médecine.

Enfin, la circulaire de mars 2002 rend les structures gériatriques indispensables à tout hôpital général.<sup>22</sup>

Cependant, cette discipline souffre d'une crise de vocation. En effet, selon le Dr Trivalle « **c'est une médecine qui fait peur** »<sup>23</sup>, et chaque année de nombreux postes d'internes restent vacants alors que les demandes augmentent.

Comme le souligne un des derniers avis du Comité Consultatif Nationale d'Ethique (CCNE) « **en confiant la vieillesse uniquement dans le champ de la santé, la société réduit les adultes âgés, en raison de leur âge, à leurs difficultés et non à leur potentiel** »<sup>24</sup>.

Dans la formation initiale dispensée dans les IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), la gériatrie est enseignée au sein de différentes Unités d'enseignements (UE) comme l'UE 2.7, 4.1, 4.7 etc. et différents stages permettent une approche de cette discipline tout au long de la formation. L'école d'IBODE ne dispense pas d'enseignement propre à la gériatrie. Par conséquent, nos apports théoriques sur cette spécialité s'acquièrent durant les années d'IFSI ou lors de formations spécifiques complémentaires ou par notre propre expérience professionnelle.

La gériatrie est représentée par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie.

C'est une société savante qui réunit les compétences de la gériatrie et de la gérontologie. Son rôle est d'étudier tous les « *problèmes se rapportant à la gérontologie et à la médecine gériatrique, c'est à dire au vieillissement humain et à la sénescence, à l'avancée en âge et à la*

---

<sup>21</sup> [En ligne]. [Consulté le 12 mars 2018] Prise en charge chirurgicale des personnes âgées dépendantes : un challenge thérapeutique d'actualité. Disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr/prise-en-charge-chirurgicale-des-personnes-agees-dependantes-un-challenge-therapeutique-dactualite/3152923>

<sup>22</sup> [En ligne]. [Consulté le 9 avril 2018] Naissance et histoire de la gériatrie. Disponible sur internet : [https://idsg.typepad.com/idsg/naissance\\_et\\_histoire\\_de\\_.html](https://idsg.typepad.com/idsg/naissance_et_histoire_de_.html)

<sup>23</sup> [En ligne]. [Consulté le 12 juillet 2018] Crise des vocations en gériatrie. Disponible sur internet : [https://www.francetvinfo.fr/sante/senior/crise-des-vocations-en-geriatrie\\_2369381.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/senior/crise-des-vocations-en-geriatrie_2369381.html)

<sup>24</sup> [En ligne]. [Consulté le 10 juin 2018] Journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées : la SFGG monte au créneau : <https://sfgg.org/actualites/journee-mondiale-de-lutte-contre-la-maltraitance-des-personnes-agees-la-tribune-de-la-sfgg/>

*longévité, de favoriser les recherches et les travaux, de faire régulièrement le point sur les connaissances acquises dans toutes les disciplines concernées et de contribuer à leur diffusion »<sup>25</sup>.*

Elle fédère de nombreuses sociétés régionales françaises de Gériatrie et/ou de Gérontologie, la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) ainsi que des sociétés spécialisées telles que le Réseau d'Evaluation en Gériatrie de l'Activité des Thérapeutiques (REGATES) et la Société de Psychogériatrie de Langue Française.

La recherche en gériatrie reste déterminante pour l'avenir.

Dans sa "Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance", la Fondation Nationale de Gérontologie intitulait son article XII « **la recherche : une priorité et un devoir** ».

Cet article XII parle de recherches prioritaires dans les disciplines biomédicales, de santé publique, les sciences humaines et sociales, les sciences économiques et les sciences de l'éducation. Le but étant d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance afin de diminuer leurs souffrances et d'abaisser les coûts de leur prise en charge.

La population âgée est évidemment la plus touchée par les pathologies liées au vieillissement notamment par les maladies qui altèrent les fonctions cérébrales telles que les démences.

## **2.5. La démence**

La démence est un mot emprunté du latin "dementia" faisant correspondre deux notions : "mens" signifiant esprit et intelligence précédé du préfixe privatif "de".<sup>26</sup>

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la démence est un « *syndrome, chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une*

---

<sup>25</sup> [En ligne]. [Consulté le 22 novembre 2018] La société Française de Gériatrie et Gérontologie. Disponible sur internet : <https://sfgg.org/la-sfgg/qui-sommes-nous/presentation/>

<sup>26</sup> [En ligne]. [Consulté le 28 février 2018] La démence. Disponible sur internet : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/)

*détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagnée souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive. »<sup>27</sup>*

Ce n'est pas une maladie spécifique car plus de 100 maladies différentes peuvent perturber les fonctions cérébrales. La démence est donc un terme global, dans lequel on projette un ensemble de symptômes associés à des troubles cognitifs, limitant les capacités d'une personne.<sup>28</sup> Selon l'Institut de Veille sanitaire (InVS), la démence est l'une des principales causes de handicap et de dépendance chez les personnes âgées dans le monde. Dans l'état actuel des connaissances, cette maladie reste un processus irréversible pour lequel il n'existe aucun traitement curatif.

Les démences peuvent être classées en deux catégories, en fonction des processus impliqués :

- les processus neurodégénératifs qui représentent environ 70% des démences dont la maladie d'Alzheimer ;
- les atteintes vasculaires qui sont à l'origine de 20 à 30% des autres.<sup>29</sup>

Au niveau épidémiologique, la maladie d'Alzheimer et autres démences (MAAD) auraient touché un million deux cent mille personnes en France (2014).

Dans le monde, on compterait 50 millions de personnes atteintes de démence et on recenserait 10 millions de nouveaux cas par ans.<sup>30</sup>

Les MAAD ont des conséquences lourdes, tant sur l'entourage des personnes touchées (aidants, proches, familles...) que le système de soins et l'économie des pays.

Le coût de la démence dans le monde aurait été estimé à 818 Milliards de dollars (US) soit 1.1% du produit intérieur brut (PIB) mondial.<sup>31</sup>

Pour les personnes atteintes, les droits de l'homme sont impactés. Elles sont souvent privées de leurs libertés individuelles et de leurs droits fondamentaux. Dans certaines situations, l'entourage familial et soignant est amené à utiliser des moyens de contraintes physiques et chimiques malgré les textes règlementaires en vigueur pour le respect des droits des personnes.

---

<sup>27</sup> [En ligne]. [Consulté le 18 mars 2018] La démence selon l'OMS. Disponible sur internet : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

<sup>28</sup>[En ligne]. [Consulté le 18 mars 2018] Qu'est-ce que la démence. Disponible sur internet : <https://www.alz.org/fr/quest-ce-que-la-demence.asp>

<sup>29</sup> [En ligne]. [Consulté le 20 mars 2018] InVS : MAAD. Disponible sur internet : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences>

<sup>30</sup> [En ligne]. [Consulté le 18 mars 2018] La démence selon l'OMS. Disponible sur internet : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

<sup>31</sup> *Ibid.*

La démence est devenue une priorité de santé publique dans le monde. En 2017, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le *Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025*.<sup>32</sup>

Au bloc opératoire, il est essentiel d'être renseigné sur le type de pathologies associées qui touche les patients pris en charge pour rester dans une démarche holistique. Chaque type de démence aura une prise en charge spécifique.

### **3. LE CADRE THEORIQUE**

Dans le cadre de mon travail, je fais le choix d'approfondir mes recherches sur la personne âgée mais sans rentrer dans la pathologie démentielle.

Pour se faire, j'ai décidé de retenir le concept de la vieillesse. Je l'ai découvert lors de mes recherches, et j'ai pu prendre la mesure de toute la complexité qui y était rattachée. L'étude de ce concept m'a fait également réaliser toute l'importance que pourraient m'apporter ces connaissances dans mon activité professionnelle.

Pour poursuivre mon travail, j'ai choisi de retenir le concept des représentations car les représentations sont le fondement même de notre être et donc le socle de nos implications et de nos agissements face aux situations rencontrées. Ce concept fait l'objet de nombreuses études et recherches dans le monde, son aspect scientifique évolutif rend le sujet encore plus passionnant.

#### **3.1. La vieillesse**

##### **3.1.1. Définitions**

Etymologiquement, le mot « vieillesse » est dichotomique : la racine grecque 'presbutês' désigne le vieillard puissant, rempli de sagesse et d'expérience tandis que 'gerôn' désigne la décrépitude, l'homme crédule et le ridicule<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> [En ligne]. [Consulté le 18 mars 2018] La démence selon l'OMS. Disponible sur internet : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

<sup>33</sup> COLELLA, R., *Le paradoxe du vieillissement dans la société occidentale au XXIème siècle : inacceptable vieillesse, refus de la mort et désir d'immortalité*, Mémoire de recherche, Unité d'enseignement « anthropologie, Ethnologie et Sociologie de la santé » Université Claude Bernard-Lyon, page 4.

Le dictionnaire Larousse définit la vieillesse comme « *Dernière période de la vie, correspondant à l'aboutissement normal de la sénescence* »<sup>34</sup>

La vieillesse serait donc un état naturel de la vie, une suite logique, dont les représentations ont varié selon les époques et les cultures. D'où cette vision dichotomique, où elle a « *tantôt été assimilée à l'image de la sagesse, l'expérience, de savoir représentant l'apogée de l'homme en âge, tantôt comparée au déclin, à des créatures faibles, décrépées approchant le fatidique instant du trépas* »<sup>35</sup>.

Qu'en est-il de ce phénomène dans l'histoire ?

### **3.1.2. La vieillesse, phénomène récent**

La vieillesse est un phénomène récent. Dans les années 1800, l'espérance de vie n'était que de 30-37 ans. C'est à partir du XIX siècle, grâce aux progrès techniques, agricoles, scientifiques, chimiques, de l'éducation, des transports, l'hygiène collective et individuelle (...) que l'espérance de vie a commencé à croître.

La tendance s'est poursuivie au XX siècle avec les progrès de la médecine dans la lutte contre l'infection, la contagion, avec le développement de l'asepsie et de l'antisepsie puis dans les années 1980 avec l'amélioration de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires et les cancers.

Selon l'institut National des Etudes Statistiques et Economiques (INSEE), l'espérance de vie en France est d'environ 82 ans<sup>36</sup>.

Notre époque découvre un nouveau statut pour une nouvelle vieillesse qui se situe dans la tranche des 60-70 ans dite du "troisième âge" où la vieillesse est qualifiée d'"active" avec l'image du retraité qui profite du temps pour s'accomplir et qui aspire aux mêmes loisirs que les jeunes.

Le quatrième âge est qualifié de vieillesse "passive", de "la dépendance" et "de la fin de vie". Elle correspond aux individus de plus de 80 ans et a une connotation négative synonyme de déclin, de maladie et de tabou.

---

<sup>34</sup> BLOCH, H., CHEMAMA, R., DEPRET, E., et al. *Larousse grand dictionnaire de la psychologie*, Larousse-Bordas, Paris, 2000, 1062 pages.

<sup>35</sup> COLELLA, R., (2013), op.cit., page 6.

<sup>36</sup> [En ligne]. [Consulté le 25 novembre 2018] Projections de population à l'horizon 2060. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>

### 3.1.3. La vieillesse subjective et épreuve narcissique.

Le chercheur et maître de conférence Christian Helson rappelle que « *la personne âgée est toujours un autre que soi. Car la vieillesse est une aliénation. D'autant plus redoutable que nous y sommes tous promis. D'autant moins envisageable qu'elle contrarie nos idéaux d'autonomie et de maîtrise*<sup>37</sup>. »

Cet auteur dénonce le vieillissement certes sociologique et démographique, mais il met en évidence la notion subjective de la vieillesse en la décrivant comme un sentiment « *Etre vieux serait avant tout de se sentir vieux*<sup>38</sup> ». Il explique que nous pouvons vivre longtemps, avancer en âge durant de nombreuses années, sans nécessairement s'éprouver comme vieillissant. Ce vieillissement peut se ressentir à des âges très variables, dès lors que le sentiment de perte prédomine et étouffe le désir de vivre ou lorsque s'installe la dépendance qui prive le sujet de son pouvoir sur la vie et son utilité sociale. Il poursuit et explique que l'on peut « *avancer en âge jusqu'à 70, 80 et 90 ans, sans jamais se sentir vieux, ni même vieillissant.* »<sup>39</sup>

Par ailleurs, la vieillesse est inquiétante parce qu'elle transforme l'image de soi « *faisant peu à peu paraître étrange ce qui est au départ si familier, à savoir notre propre visage dans le miroir* »<sup>40</sup>, et rappelle l'importance fondatrice du stade du miroir que traverse le nourrisson pour accéder à la fonction du **Je**, c'est-à-dire à la conscience du **soi**. S'adapter à sa propre image altérée par le vieillissement serait avant tout, une épreuve narcissique.

« *J'ai des portraits de ma forme de vingt-cinq et de trente-cinq ans. Je les compare à ceux d'astéure : combien de fois ce n'est plus moi* » Montaigne

### 3.1.4. La vieillesse dans notre société (plan sociologique)

Il serait intéressant de comprendre la raison pour laquelle la vieillesse a dans son ensemble une connotation négative dans notre société occidentale.

Tout d'abord, la vieillesse peut apparaître comme problématique pour les collectivités d'un point de vue économique (charge de plus en plus lourde pour la société active), démographique, et de

---

<sup>37</sup> HELSON, C., *Accompagner le grand âge*, psycho-gérontologie pratique, Dunod, Paris, 2008, page 2.

<sup>38</sup> *Ibid.*, p.10.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p.11.

<sup>40</sup> *Ibid.*, p.18.



santé où l'âge constitue un ensemble de facteurs de risque ou de maladie tels que les pathologies démentielles et le cancer<sup>41</sup>.

Ensuite, si nous reprenons les dénominations lexicales, nous pouvons nous rendre compte qu'elles évoluent et dénoncent le tabou lié à la vieillesse.

L'utilisation du mot "*vieillesse*" est délaissée au profit du terme "*maturescence*", ou de "*sénior*".

Il est incorrect de désigner une vieille personne de "*vieux*" ou "*vieille*"; il est d'ailleurs souvent utilisé en leur absence. L'utilisation de "*personne âgée*" est préférée pour les désigner.<sup>42</sup>

Mais ce terme de "*personne âgée*" couramment utilisé est-il adapté ?

Au contraire, Christian Helson dénonce que le terme de personne est ambigu. « *Le grec persona désigne le masque du théâtre antique, à la fois du caractère de chaque personnage (character en anglais), et dissimulateur du visage du comédien. L'équivalent latin nemo signifie, quant à lui, « personne » au sens de l'absence, comme quand on dit « il n'y a personne ». Tour à tour masque qui montre ou cache et absence de toute présence, la notion de personne est équivoque. C'est pourquoi parler de personne âgée ne garantit pas que l'on respecte les vieillards.*<sup>43</sup> »

Enfin, nous pouvons nous rendre compte que le vocabulaire courant est teinté d'euphémisme, comme si nous voulions cacher la misère de ce que cela représente. Un tabou face à la pression sociale du "devoir faire jeune" qui émane des phénomènes d'âgisme et de jeunisme. Le jeunisme prend de plus en plus de place, mais quels sont ses effets ?

### **3.1.5. Les effets du jeunisme**

Selon le dictionnaire de Français Larousse, le jeunisme est « *une tendance à exalter la jeunesse, ses valeurs, et à en faire un modèle obligé* »<sup>44</sup> et l'âgisme une « *attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées* »<sup>45</sup>.

Cette volonté de rester jeune se manifeste depuis l'antiquité où la beauté a longtemps été caractéristique de la jeunesse comme nous le rappelle Rachel Collela<sup>46</sup> «*Nombres de poèmes,*

---

<sup>41</sup> ADAM, S., JOUBERT, S., MISSOTTEN, P., « L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheur ! », *Revue de neuropsychologie*, 2013/1 Volume 5, page 64.

<sup>42</sup> COLELLA, R., (2013), *op.cit.*, p.14.

<sup>43</sup> HELSON, C., (2008), *op.cit.*, p 5.

<sup>44</sup> [En ligne]. [Consulté le 28 avril 2018] Définition du jeunisme. Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jeunisme/44903?q=jeunisme#431879>

<sup>45</sup> [En ligne]. [Consulté le 28 avril 2018] Définition de l'âgisme. Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agisme/1666>

*d'histoires et d'œuvres d'art et d'ouvrages en littérature ont voué une exaltation et assimilé la jeunesse à la beauté. Les sociétés occidentales, à l'image de l'Antiquité grecque ou de la Renaissance, valorisent le beau. L'idéal de la beauté, la perfection dans la régularité des traits et la beauté dans la jeunesse des corps sont représentées par les jeunes ».*

Le culte du corps, de sa perfection et du "zéro défaut" est constamment présent dans notre société. Les publicités et les médias nous le rappellent à chaque instant, ne parlant de vieillesse que pour vanter les moyens de la combattre. Jean François Amadiou, sociologue et directeur de l'Observatoire des discriminations exprime dans son analyse sur la publicité que « *l'âge reste un véritable obstacle. Seule exception, l'âge associé à la notoriété : Jane Fonda, Sharon Stone, George Clooney...* »<sup>47</sup>

La publicité a pour mission de faire vendre en ne montrant que ce qui est beau, son rôle d'influence est capital. Le souci de l'apparence, de la beauté, de la minceur, de la santé constante, du dynamisme et de la performance entraîne par exemple l'engouement pour les cosmétiques, la chirurgie esthétique, les régimes minceurs et compléments alimentaires, les nouvelles technologies de type wii® (qui vous permettent de vous dépenser) ou encore les logiciels qui permettent de stimuler notre cerveau. L'objectif de toute publicité, toucher nos émotions.

Une enquête rend compte de cette vision négative : L'Eurobaromètre des statistiques de discrimination en Europe renvoie que l'âge est le facteur de discrimination le plus important, loin devant le sexe, l'origine ethnique ou la religion<sup>48</sup>.

Michel Houellebecq l'avait relevé : « *Dans le monde moderne, on pouvait être échangiste, bi, trans, zoophile, SM, mais il était interdit d'être vieux*<sup>49</sup> ».

Pour de nombreux auteurs, avoir peur de la vieillesse nous renvoie à la peur de notre propre mort. La vieillesse assimilée à la mort ne peut être que fuite. Les avancées de la médecine ont permis d'allonger l'espérance de vie, de remplacer des défaillances anatomiques et promettent aujourd'hui de donner l'espoir d'un recul de la mort voire d'une jeunesse éternelle.

La vieillesse est aujourd'hui considérée par de nombreux scientifiques comme un problème que l'on peut traiter.

---

<sup>46</sup> COLELLA, R., (2013), *op.cit.*, p.16.

<sup>47</sup> [En ligne]. [Consulté le 12 mai 2018] L'image du corps dans la publicité. Disponible sur internet : <https://www.toutpourlesfemmes.com/archive/limage-du-corps-dans-la-publicite>

<sup>48</sup> ADAM, S., JOUBERT, S., MISSOTTEN, P., « L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheur ! », *Revue de neuropsychologie*, janvier, 2013, Volume 5, page 64.

<sup>49</sup> HOUELLEBECQ, M., *La possibilité d'une île*, j'ai lu, Paris, 2005, page 198.

Les progrès de la biomédecine ont permis de développer la biotique (transdisciplinarité entre la biologie et l'informatique), symbole du transhumanisme<sup>50</sup> qui vise à créer une nouvelle espèce humaine quasi immortelle, remettant en cause l'avenir de l'espèce humaine, objectif de recherche du projet Calico mené par google<sup>51</sup>.

A l'inverse de ce discours scientifique qui tente de légitimer sa vision de pouvoir sur la vie et la mort, ne doit-on pas se demander ce que l'on doit comprendre de ce processus biologique et naturel ? Les religions aidaient autrefois à accepter ce phénomène sur la vie, et les hommes passaient beaucoup de temps à philosopher pour comprendre la raison de leur passage sur terre avant de remettre en cause les effets de la vie sur leur corps.

### **3.1.6. Voir la vieillesse autrement**

*« Les multiples deuils liés à l'avancée en âge sont des verrous qui sautent et ouvrent le cœur. On entre alors dans des niveaux de conscience de plus en plus profonds. Si l'on rentre chez soi, dans son intériorité, il n'y a plus de solitude, car on est relié au divin. »<sup>52</sup>*

Annick de Souzenelle

Nous avons vu précédemment que la vieillesse pouvait être vécue comme une crise existentielle. Pour les chinois, c'est une chance de mutation, l'hexagramme qui signifie "la crise" a un double sens : le chaos d'une part, la chance de l'autre.

La dimension psychologique et spirituelle de la vieillesse est vue par certains philosophes comme une impasse pour les pouvoirs publics. Le philosophe Robert Misrahi défend l'idée qu'une éducation au bien vieillir ne relève pas de la sphère privée de chacun, mais d'une politique de santé publique à l'heure où la France compte plus de 3000 suicides par an en France chez les plus de 65 ans.

Il parle d'une éducation à la vieillesse, l'occasion d'une véritable renaissance qui doit passer par le deuil de sa vie passée et une méditation sur sa mort à venir.

"Voir la vieillesse autrement" est aussi le thème d'une lettre lue et remise en main propre par une directrice d'hôpital à la députée de la Haute Garonne Monique Iborra lors d'un rapport sur la prise

---

<sup>50</sup> DE ROSNAY, J., PAPILLON, F., *Et l'homme créa la vie...La folle aventure des architectes et des bricoleurs du vivant*, LLL Les liens qui libèrent, Mayenne, 2010, page 17.

<sup>51</sup> [En ligne]. [Consulté le 30 avril 2018] Repousser les limites de la vieillesse, le nouveau projet de la Silicon Valley. Disponible sur internet : <https://www.happysilvers.fr/repousser-les-limites-de-la-vieillesse-le-nouveau-projet-de-la-silicon-valley/>

<sup>52</sup> Cité par : De Hennezel, M.,, *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller, Vieillir sans être vieux*, Robert Laffont, Paris, 2008, page 210.

en charge des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médicaux sociaux. Cette lettre exprime la manière dont il faudrait considérer les aînés, peut être comme "des œuvres d'arts". (Cf. Annexe 2).

Marie de Hennezel, écrivain, psychologue et psychothérapeute ayant travaillé pour le ministère de la santé avec François Mitterand sur la culture palliative, parle du "travail de vieillir" et le compare à un art.

Elle raconte que sur une île du Japon appelée Okinawa, ou région de la longévité pour l'Organisation Mondiale de la Santé, les personnes âgées sont considérées comme des porte-bonheurs. Des études ont montré qu'il y avait chez ces centenaires une « *conscience spirituelle élevée, l'attention au présent, une volonté de rester positifs dans les difficultés et de conserver leur optimisme. Ils ont cette faculté précieuse de ne pas se laisser abattre et de rebondir qu'on appelle le courage de vivre(...) ils sont heureux de vivre vieux, et ce bonheur les protège, bien évidemment de tout sentiment d'exclusion. Ils n'ont pas l'impression de représenter un poids pour la société, au contraire. Les vieux sont notre trésor* »<sup>53</sup>

Elle part du postulat que toutes les étapes de la vie sont nécessaires pour nous faire évoluer et nous permettre d'arriver à un épanouissement intérieur bien plus important que celui que nous avons connu dans notre jeunesse.

Dans la culture Indienne, la quête spirituelle est essentielle. Il y a un temps pour l'étude (brahmacarya), un pour les responsabilités familiales et enfin un pour le retrait du monde (sannyasa) entièrement tourné vers la quête spirituelle. Ainsi, selon le modèle normatif de la famille élargie, les fils mariés prennent en charge leurs parents devenus vieux et accomplissent leur "seva" (pratique et devoir religieux des enfants à l'égard de leurs parents, du fidèle envers sa divinité ou du disciple envers son maître, ainsi qu'à destination de catégories de population auxquelles il convient de venir en aide)<sup>54</sup>.

L'auteure a la conviction que "le cœur" ne vieillit pas, celui-ci n'est pas l'organe mais la capacité d'aimer et de désirer « *cette force inexplicable, incompréhensible, qui tient l'humain en vie, et que Spinoza a baptisé "connatus", l'intentionnalité vitale. Si le vieillissement biologique est*

---

<sup>53</sup> DE HENNEZEL, M., *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller, Vieillir sans être vieux*, Robert Laffont, Paris, 2008, page 16.

<sup>54</sup> MARTIN, F., « Les attentes des vieux jours. Lèpre, vieillesse et modes de prise en charge communautaires en Inde », *Autre part* 2010/1, numéro 53, p. 131-145.

*inéluçtable, si le corps change, l'homme intérieur n'est ni altéré, ni concerné par le vieillissement. Il continue à évoluer, à progresser.»<sup>55</sup>*

Car il est un art de développer de nouvelles facultés nous permettant de continuer à évoluer vers un chemin inconnu comme témoigne ce texte vieux de 2000 ans : « *Il ne suffit pas d'être attentif à son corps ; il faut davantage encore s'occuper de l'esprit et de l'âme. L'un et l'autre, en effet, risquent d'être éteints par la vieillesse comme la flamme d'une lampe privée d'huile* »<sup>56</sup>

L'auteure ajoute : « *d'un certain point de vue, c'est un naufrage, d'un autre c'est une croissance(...). Vieillissez, mais ne soyez pas vieux, c'est-à-dire ne soyez pas amers et désespérés. Vieillissez, ne vous opposez pas au réel, mais n'empêchez pas la vie d'accomplir son œuvre désirante, de faire jaillir du neuf, du nouveau, jusqu'à votre dernier souffle* »<sup>57</sup>.

Lorsque Marie de Hennezel parle du concept de travail, elle insiste sur l'effort de détachement et d'éveil. Faire le deuil de notre passé, et se réconcilier avec nous même, avec notre soi intérieur, accepter d'une certaine façon de diminuer sur un plan pour grandir sur un autre et avancer vers cette "jeunesse de cœur".

Un univers existe. Celui d'une rencontre intérieure, d'un état d'esprit différent et d'une nouvelle façon d'appréhender la vie. Le narcissisme cède sa place au lâcher prise et l'égo est doucement poli jusqu'à en devenir transparent.

La beauté est toujours là, elle tient à autre chose « *ce "quelque chose" est de l'ordre de l'émotion. C'est ce que l'on appelle le charme, une profondeur du regard, une expression des yeux, un éclat du sourire. Le charme ne vieillit pas. L'un et l'autre peuvent même gagner en profondeur et en intensité avec l'âge.* »<sup>58</sup>

La sexualité est présente mais teintée de douceur et de tendresse « *expérience de complétude, de communion, qui dépasse de loin le plaisir décharge (...) lorsque l'on vieillit, il semble de plus en plus évident que l'on ne tombe pas amoureux du physique de l'autre, mais de sa présence.* »<sup>59</sup>

Nous développons la faculté de nous émerveiller, de contempler et d'embrasser la vie.

De nombreux octogénaires témoignent de cette faculté à voir la vie avec curiosité et béatitude. S'ennuyer me paraît impossible raconte un homme sur un banc à notre écrivaine : « *C'est le temps de chanter, de danser, de jouer, tant que cela est possible. Le temps de s'émerveiller de la nature qui sera encore là quand on n'y sera plus, de jouir du soleil qui sera encore là quand il ne nous chauffera plus, de profiter des petits-enfants qui seront encore là quand on n'y sera plus. Ecoute encore ! Un moment vient dans la vie, plus ou moins tôt pour chacun où la priorité*

---

<sup>55</sup> De Hennezel, M., (2008), *op.cit.*, p12.

<sup>56</sup> *Ibid.*, p.132.

<sup>57</sup> De Hennezel, M., (2008), *op.cit.*, p21.

<sup>58</sup> *Ibid.*, p.172.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p.173.

*sera de cultiver son jardin intérieur, de labourer plus profond, lui arracher ses fruits inédits. A l'exemple du moine ou de la moniale, d'un sage en solitude, de ces vieux du village en conversation tranquille sur le banc adossé à l'église. Il n'y a rien qui ressemble à de la désertion ni au vide. C'est seulement un plus être "intérieur" dans un moins faire "extérieur".»<sup>60</sup>*

En vivant cette étape, non seulement nous pouvons apprendre et découvrir un nouveau regard sur la vie et notre spiritualité, mais nous transmettons aussi à notre entourage quelque chose de précieux.

### **3.1.7. Synthèse sur la vieillesse**

La vieillesse est un concept stable et complexe, à la fois parce qu'il est objectif avec ses attributs, mais aussi parce qu'il est subjectif avec une représentation qui a toujours été ambivalente et évolutive au cours de l'histoire. Dans notre société occidentale, la vieillesse est vue de façon négative, écrasée par l'étau du jeunisme et de la performance.

Les personnes vieillissantes vivent des changements physiques et physiologiques, ils doivent tenter de s'adapter en développant des stratégies compensatoires pour rester actifs, continuer à exister et **avoir une place** dans notre **société**. Cette place est primordiale, car elle leur attribue un **rôle** et une **utilité**. C'est à chacun de nous, avec cette prise de conscience de leur en attribuer une.

Plutôt que d'être valorisée par les bienfaits qu'elle apporte à notre société, la vieillesse est souvent associée à la dépendance, et à la mort. L'augmentation de la population vieillissante entraîne des dépenses pour la société.

La vieillesse est globalement vue comme un état, sans pour autant dégager de notions positives. Pourtant, une évolution des mœurs est en train d'apparaître. Les personnes s'ouvrent de plus en plus sur leur être intérieur, à leur spiritualité en utilisant les disciplines telles que le yoga, la méditation, la sophrologie (...), et demandeuses de se découvrir autrement. Peut-être que l'on assistera dans les prochaines années à la naissance de formations sur le vieillir positif comme l'on assiste aujourd'hui à des formations sur la pensée positive (pour toucher son inconscient).

C'est à nous soignant de faire ressortir ces choses positives dont nous avons conscience. Nous devons avoir ce regard imaginatif, un peu comme les photographies de Tom Hussey, où l'on voit une personne d'un certain âge et son reflet qui le représente en pleine force de l'âge. Nous devons valoriser la vie sous toutes ses formes afin de mettre de la lumière là où certains patients ont oublié qu'elle existe.

---

<sup>60</sup> *Ibid.*, p.210.

Les soignants que nous sommes sont teintés par ce phénomène socialement et culturellement construit. Nous sommes donc enclins à avoir une image proche de celle de notre société.

Dans notre profession d'IBODE, il y a donc une importance capitale à ce que nos représentations diffèrent de celles cultivées dans le schéma ambiant sociétal. Depuis notre entrée à l'école d'infirmier nous avons eu un apport théorique et pratique en faveur des personnes âgées nous donnant une vision et participant à nos représentations actuelles.

L'importance que celles-ci ont dans notre activité professionnelle est donc déterminante.

J'ai donc choisi de travailler sur le concept des représentations sociales pour comprendre quel impact elles peuvent avoir sur notre quotidien professionnel.

## **3.2. Les représentations sociales**

C'est un concept qualifié de transdisciplinaire ou nomade, il est au carrefour de nombreuses disciplines telles que la sociologie, la psychologie, la philosophie, l'anthropologie, etc.

Selon C.Bonardi "*elles touchent tous les aspects et tous les domaines de la vie sociale ; elles agissent jusque dans les recoins intimes de la vie des individus, et matérialisent également les relations entre vie publique et vie privée*<sup>61</sup>".

### **3.2.1. Origine du concept**

D'après le dictionnaire étymologique de la langue Française, le substantif "représentation" a été emprunté au dérivé latin *repraesentare* vers 1250. Celui-ci désigne le fait de rendre présent, reproduire. Le terme *repraesentatio* désigne "l'action de mettre sous les yeux", "tableau".<sup>62</sup> Dans l'antiquité, d'après Platon et Plotin le terme de représentation appartient avant tout au domaine de l'esthétique.<sup>63</sup>

C'est le sociologue Emile Durkheim qui introduira le concept de représentation collective (1895,1898) dans son article "Représentations individuelles et représentations collectives".

---

<sup>61</sup> BONARDI, C., ROUSSIAU, N., *Les représentations sociales*, DUNOD, Paris, 2014, page 7.

<sup>62</sup> BLOCH, O., VON, W., et al, *Dictionnaire étymologique de la langue française*, Presses Universitaire de France, quadrige, Paris, 2004, page 548.

<sup>63</sup> BLAYE, M., ABEL, O., AIRUT, J.-P., *Dictionnaire des concepts philosophiques*, In Extenso, Larousse, CNRS éditions, 2006, 879 pages.



Son analyse sera reprise en 1961, par le psychologue social et historien des sciences Serge Moscovici. Il élaborera une théorie sur les "représentations sociales", qui fera l'objet de nombreuses études<sup>64</sup>.

### 3.2.2. Définition

La multiplicité des travaux, les différents types d'approches en fonction de leur discipline font qu'il est difficile de dégager une définition commune à ce concept.

D'après le dictionnaire des concepts philosophiques, le terme de représentation désignerait « *l'acte par lequel l'esprit se rend présent à quelque chose* ».

La philosophe Kantienne redéfinit le "représenté" comme le caractère unificateur des deux modes de connaissance que sont l'intuition et la pensée.

« *Si mon rapport au monde passe par le biais de la représentation, comme condition de pensée, c'est l'accès à la vérité qui se joue dans l'interrogation de cette notion.* »<sup>65</sup>

Selon D. Jodelet (1989), les représentations sociales constituent « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Egalement désignée comme "savoir de sens commun" ou encore "savoir naïf", "naturel", cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique* »<sup>66</sup>.

Selon ABRIC (1988) la représentation est « *le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* ». « *La représentation est donc un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation. Elle est déterminée à la fois par le sujet lui-même (son histoire, son vécu), par le système social dans lequel il est inséré, et par la nature des liens que le sujet entretient avec ce système social* »<sup>67</sup>

Selon Rouquette, « *la représentation n'est pas un objet stable ou un système clos, mais une configuration absorbante, essentiellement dynamique capable d'intégrer des informations*

---

<sup>64</sup> [En ligne]. [Consulté le 4 juin 2018] Définition de représentation sociale. Disponible sur internet : [http://www.toupie.org/Dictionnaire/Representation\\_sociale.htm](http://www.toupie.org/Dictionnaire/Representation_sociale.htm)

<sup>65</sup> BLAYE, M., ABEL, O., AIRUT, J.-P., (2006), *op.cit.*

<sup>66</sup> JODELET, D., ABRIC, J.-C., BOUCHER, L., et al, *Les représentations sociales*, Presses Universitaires de France, Paris, 2003, page 53.

<sup>67</sup> JODELET, D., ABRIC, J.-C., BOUCHER, L., et al, (2003), *op.cit.*, p.206.



*nouvelles en les reliant de manière spécifique à des informations mémorisées, mais également de dériver des opinions particulières d'attitudes déjà installées.*<sup>68</sup> »

Je comprends donc que les représentations sociales (RS) sont un processus dynamique pouvant évoluer pour chacun de nous en fonction des situations que nous rencontrons. Ayant été très théorique, je choisis à présent une situation pour illustrer ce qu'est une RS.

### **3.2.3. Illustration d'une représentation**

Voici un exemple pour illustrer une représentation :

*« Imaginons, pour commencer, un paysage : devant nos yeux un lac bleu, des montagnes, en arrière-plan quelques arbustes et juste ce qu'il faut de verdure, fleurs et rochers pour créer, selon un tableau idyllique, un paysage de carte postale ou un insupportable cliché. Une telle conclusion suppose un jugement, implique que quelqu'un contemple ce paysage et en fasse son profit de la manière qui lui paraîtra la plus adaptée. Prenons pour jouer ce rôle, un poète : il retranscrira notre paysage suivant son inspiration du moment, son humeur et ses "états d'âmes", ses expériences de vie ou ses convictions intimes. Sonnet, ode ou vers libres en donneront une vision attrayante ou en demi-teintes, mais forcément à la fois très personnelle et empreinte de désirs tout humains, et, encore, destinée à d'autres, contemporains ou pourquoi pas générations futures. Tel est le contrat liant notre homme. S'il était peintre, il agirait de même quoique sur un support autre. Mais qu'il opte alors pour la copie fidèle, se rattache à un courant d'inspiration (pointilliste, impressionniste, ou modern art), ou réponde au besoin de "faire original", le tableau obtenu par la destination et l'intention sera forcément autre chose que le paysage initial : tout ou partie de l'homme, des sentiments et réflexions inspirés par cette vision paysagère passeront dans sa production qui, comme celle de notre poète, aura vocation à être diffusée, connue/reconnue par d'autres.*

*L'acte de re-création artistique tel que posé ici est acte de re-présentation (et de représentation).*

*Il prend source dans un **objet réel**, extérieur, figure dans le même temps une vision intérieure, devient enfin **objet social**, de devoir être proposé à d'autres individus, lesquels ne manqueront pas de prendre position à leur tour : l'objet, apprécié ou décrié, deviendra objet de débats, de discussion ou conflits, **objet d'enjeu social** en un mot.»<sup>69</sup>*

---

<sup>68</sup> RENARD, E., ROUSSIAU, N., « Transformation des représentations sociales et persuasion (modèle ELM) : les effets de la crédibilité de la source », Bulletin de psychologie, mars, 2007, numéro 489, page 219.

<sup>69</sup> BONARDI, C., ROUSSIAU, N., (2014), *op.cit.*, p.9-10.

Dans la vie quotidienne, lorsque nous interagissons dans une situation qui met en action ce processus de représentation, nous retrouvons trois aspects caractéristiques et interdépendants des représentations que décrit D. Jodelet, c'est-à-dire :

- **un mode de communication** (code pour échanger, nommer et classer les parties de leur monde),
- **une dynamique de re-construction du réel** (la dynamique communication-représentations permet incessamment de reconstruire la réalité quotidienne),
- **la maîtrise de l'environnement** (les représentations permettent de se situer dans son environnement et de le maîtriser).<sup>70</sup>

Après avoir vu le processus de représentation en action, il serait intéressant de voir de quoi il se compose et quelles sont ses fonctions, comment elles nous poussent à évoluer, à nous adapter individuellement et socialement.

### **3.2.4. Composition des représentations sociales**

Nous avons vu dans les différentes définitions qu'une représentation est un **ensemble d'idées, d'images, d'informations, d'opinions, d'attitudes** (...) qui s'articule autour d'un **système cognitif** dépendant d'un **objet social** (phénomène, événement, personne, groupe...) et de l'individu (groupe) qui l'exprime et la construit. Selon Moscovici<sup>71</sup>, le système représentationnel possède trois dimensions liées à :

- **un ensemble d'informations**. Ce sont les connaissances que l'on a sur l'objet de représentation.
- **une attitude générale** qui va permettre au sujet ou au groupe de se positionner de façon positive ou négative par rapport à l'objet de la représentation.
- **un "champ de représentation"** qui est la structure qui permet d'organiser, d'articuler, et de hiérarchiser toutes les données d'informations.

Ces trois dimensions forment une dynamique qui permet à l'être humain de s'approprier la réalité, et de passer d'une chose nouvelle à une chose familière.

Les représentations sociales ont donc des fonctions qui **caractérisent notre façon d'être sur nos connaissances, nos attitudes et notre capacité à nous adapter aux nouvelles données**.

---

<sup>70</sup> *Ibid.*, p.21.

<sup>71</sup> [En ligne]. [Consulté le 8 mars 2018] Psychologie sociale. Disponible sur internet : [http://www.psychologie sociale.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=104&Itemid=28](http://www.psychologie sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=28)

### 3.2.5. Les principales fonctions des représentations sociales

Leurs principales fonctions sont multiples. Elles « *servent aux individus à expliquer, à comprendre et à avoir des actions concrètes et cohérentes sur le réel (fonction de savoir). D'une certaine façon, elles orientent les pratiques sociales et les discours idéologiques des sujets et de leurs groupes d'appartenance. On peut dire que les représentations prescrivent des pratiques dans la mesure où elles précèdent et déterminent le déroulement d'une action, et sont conditionnées par l'évolution des pratiques dans une société. Cette fonction d'orientation dépend non pas des caractéristiques objectives de la réalité, mais de la représentation que l'on a (Abric, 1987). La fonction identitaire des représentations s'entend, elle, en termes de cohésion groupale. En tant que produit collectif (...).Elles lui donnent une identité, donc lui permettent (ainsi qu'aux individus qui en sont membres) de justifier après coup leurs comportements (fonction de justification). Enfin, les représentations préparent l'individu à l'action et suscitent un ensemble d'attentes normatives. Ceci parce que les représentations sont **organisées** et constituées de connaissances qui vont **prescrire** au sujet des conduites d'un certain type, **conduites** qui sont socialement normées (Guimelli, 1994), c'est-à-dire attendues de l'individu par la société. »<sup>72</sup>*

En lien avec mon sujet, je retiens particulièrement la notion d'attitude et les différentes fonctions qui permettent aux individus d'interagir entre eux (par des comportements et des actions concrètes), de comprendre et d'expliquer les pratiques sociales qui régissent les relations intra et intergroupes. Je poursuis les travaux d'Abric (1994) qui rappelle que « *le comportement des individus ou des groupes dans diverses situations est déterminé par les significations qu'ils accordent aux situations via quatre composantes de leur représentation de la situation : la représentation de soi, de la tâche, des autres, du contexte.* »<sup>73</sup>

Il démontre que les comportements des sujets ou des groupes ne sont pas déterminés par les caractéristiques objectives de la situation mais par la représentation de cette situation.

Les travaux de Rateau (2000) mettent en évidence les liens étroits existant entre les attitudes et les représentations sociales en montrant que « *la remise en cause d'un élément central d'une représentation entraîne un changement d'attitude des sujets*<sup>74</sup> ».

---

<sup>72</sup> BONARDI, C., ROUSSIAU, N., (2014), *op.cit.*, p.25.

<sup>73</sup> [En ligne]. [Consulté le 5 août 2018] Approche psychosociale des représentations et des pratiques d'enseignement. Disponible sur internet : <https://journals.openedition.org/tfe/825>

<sup>74</sup> [En ligne]. [Consulté le 5 août 2018] Effets de l'activation d'une représentation sociale par l'attitude : étude expérimentale. Disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00631626/document>

### 3.2.6. Structure des représentations sociales

#### A) La théorie du noyau central (NC)

En s'appuyant sur les travaux de Moscovisci sur le noyau figuratif, Abric reprend cette notion et utilise le terme de "noyau central" ou "noyau figurant".

C'est le noyau dur, l'élément fondamental, le cœur de la représentation. Il détermine à la fois sa signification et son organisation. On peut l'imaginer comme le système solaire, avec le noyau central représentant le soleil et un système périphérique qui gravite autour (planètes).

Il a deux fonctions :

- génératrice : *« il est l'élément par lequel se crée ou se transforme la signification des autres éléments constitutifs de la représentation. Il est ce par quoi les éléments de la représentation prennent un sens, une valence<sup>75</sup> (valeur) ;*

- Organisatrice : *« C'est le noyau central qui détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il est en ce sens l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation<sup>76</sup> ».*

#### B) Le système périphérique (SP)

Sous la dépendance du noyau central, il a comme fonctions :

- une fonction de régulation : il régule l'information nouvelle de l'environnement ;
- une fonction de défense : le SP protège le NC de l'environnement extérieur et gère les nouveaux "chocs" liés aux nouveautés extérieures, Flament l'appelle le "pare-choc" du NC ;
- une fonction de concrétisation : adapte pour l'individu, les éléments de la représentation d'une situation X.

Flament (1994) considère les éléments périphériques comme des schèmes qui décryptent les situations telle une grille de lecture.

Cette théorie a été largement validée par de nombreuses études. Cependant de nombreuses recherches sont en cours pour déterminer les relations entre le NC et le SP.

Nous souhaiterions comprendre comment une représentation peut évoluer ou se transformer. Nous avons vu que pour changer une attitude il fallait remettre en cause un élément central.<sup>77</sup>

---

<sup>75</sup> JODELET, D., ABRIC, J-C., BOUCHER, L., et al, (2003), *op.cit.*, p.215.

<sup>76</sup> BONARDI, C., ROUSSIAU, N., (2014), *op.cit.*, p. 88.

<sup>77</sup> [En ligne]. [Consulté le 5 août 2018] Effets de l'activation d'une représentation sociale par l'attitude : étude expérimentale. Disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00631626/document>

Dans notre profession, comment pourrions-nous permettre à des soignants d'acquérir des représentations positives (théorie sur la vieillesse) afin que leurs attentions et leurs attitudes privilégient la prise en soin des personnes âgées ? Nous allons pour cela nous pencher sur la manière dont nos représentations (notre savoir, agissant sur nos actes) peuvent se transformer.

### 3.2.7. **Transformation des représentations sociales**

En lien avec notre sujet, nous allons tenter de comprendre une étude menée par Roussiau et Renard sur la « *transformation des représentations sociales et persuasion* » qui traite des influences du champ des communications et de la sphère comportementale sur la transformation des représentations<sup>78</sup>.

Premièrement, le rôle de la communication entraîne un processus d'influence sur la représentation.

Lorsque le message est persuasif (que la source est fortement crédible), le sujet motivé ou capable de traiter correctement le contenu d'un message, son jugement se construira sur « *la qualité intrinsèque des arguments, selon un traitement « **central** »*. *L'attitude adoptée, en suite à ce mode de traitement, sera stable dans le temps, permettra de prédire d'éventuels comportements futurs, et sera peu sensible aux contre arguments* ». <sup>79</sup>

Inversement, si le sujet, n'est pas ou peu motivé, et/ou capable de traiter les arguments présentés « *son jugement va, alors, s'orienter vers des indices annexes. Il empruntera, dans ce cas, la voie « **périphérique**<sup>80</sup> »*. *L'attitude adoptée sera, par conséquent, peu stable, peu prédictive des comportements futurs et ne résistera pas à une contre persuasion*».

Encore, c'est au bout d'un mois que la crédibilité s'estompe lié à un « *effet dormeur* », selon (Hovland et weiss (1951)) sauf si l'on rappelle aux sujets l'identité du communicant (origine de la source).

Utiliser une source fortement crédible est un moyen très efficace pour changer les opinions, les attitudes et les représentations sociales. Le rappel de la crédibilité de la source semble être quasi-systématique pour qu'il puisse y avoir un changement durable, autrement dit, la source permet un impact persuasif. Cela ne serait pas nécessaire pour les individus impliqués par le thème ou l'objet de la persuasion.

---

<sup>78</sup> RENARD, E., ROUSSIAU, N., (2007), *op.cit.*, p.214.

<sup>79</sup> *Ibid.*, p.214.

<sup>80</sup> *Ibid.*, p.215.

La "crédibilité de la source" est l'une des techniques les plus utilisées dans le champ de la persuasion car elle va déclencher un traitement de type périphérique et ainsi induire des modifications importantes.

Deuxièmement, au niveau de la sphère comportementale, cette étude montre que les pratiques sociales impliquent des transformations plus importantes que la communication. Leur conclusion rejoint l'étude de Grize, Vergès et Silem (1987), les « *pratiques sociales impliquent des transformations plus massives, elles peuvent potentiellement s'attaquer directement à la centralité, ce qui semble être un peu moins le cas pour les paradigmes de la « communication*<sup>81</sup> ».

Pour Moliner (1998, p63) c'est un « *ensemble de conduites finalisées par et pour des groupes sociaux* »<sup>82</sup>

Pour terminer sur les transformations représentationnelles, des études sur la dissonance cognitive (Festinger 1957) et sur l'engagement (Kiesler, 1971 ; Beauvoir et Joules, 1981) démontrent que la **pratique d'un acte qui s'avère contraire à ses convictions** déclencherait un « *processus de rationalisation, de modifications comportementales et cognitives.*<sup>83</sup> »

Le fait de faire un acte contre ses propres convictions entraînerait une justification inconsciente de l'acte et un changement cognitif.

La transformation des représentations sociales fait l'objet de nombreuses recherches.

Nous avons vu que les RS caractérisent les individus et leur façon d'interagir dans la société de façon individuelle et collective.

La communication sous toutes ses formes (de savoir, d'information, de jugements nouveaux) peut engendrer chez un individu intéressé une modification ou un changement de représentation.

Selon Trognon et Larrue, (1988), la communication est indissociable de la représentation.

Les pratiques sociales auraient, d'après les études des transformations représentationnelles, un effet supérieur encore à ceux de la communication, en agissant comme moteur principal des changements.

---

<sup>81</sup> RENARD, E., ROUSSIAU, N., (2007), *op.cit.*, p.222.

<sup>82</sup> BONARDI, C., ROUSSIAU, N., (2014), *op.cit.*, p.102.

<sup>83</sup> *Ibid.*, p.107.

### 3.2.8. Synthèse

Dans la vie de tous les jours, nous nous caractérisons par nos représentations (opinions, jugements, valeurs, connaissances, attitudes, croyances etc.) qui sont une addition de nos histoires (éducations, expériences...) passées et qui nous permettent de réagir et d'adapter nos réactions dans la vie quotidienne. Nos RS sont composées et structurées par un noyau central et par un système périphérique qui permettent de filtrer l'information et d'engager ou non un processus de transformation ou de changement de la représentation.

Au bloc opératoire, nous agissons en fonction de ce que nous sommes et avons la capacité d'évoluer en fonction des informations rencontrées. Elles peuvent être interindividuelles, intergroupes et se propagent essentiellement par les processus de communication et des pratiques sociales.

L'étude de ce concept nous a permis de comprendre que nous pouvons faire évoluer les RS chez des individus d'un même groupe social (les soignants d'un bloc opératoire) par rapport à un objet (les personnes âgées).

C'est en fonction des représentations que les soignants ont des personnes âgées que nous pourrions nous permettre de réfléchir et de proposer une manière d'aborder ce processus par une éventuelle formation théorique (communication avec crédibilité de la source) ou par une formation théorique agrémentée d'une « pratique sociale ». Cette possible simulation permettrait aux différents soignants de se mettre à la place de ceux qu'ils soignent.

Pour étayer notre sujet, nous pouvons profiter de cette citation de Mireille Balahoczky, concluant le travail d'Intérêt professionnel IBODE de B. Castang Audabram de la promotion 2010/1012 s'intitulant « Tout simplement » travaillant sur l'accompagnement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer au bloc opératoire :

*« La connaissance de la personne âgée, la compréhension du processus de vieillissement et la maîtrise de l'approche positive modifient les représentations et les attitudes du soignant. Loin de développer une perspective étroite et faussée qui relierait la vieillesse à l'institutionnalisation, à la maladie et à la déficience, au contraire, il s'implique avec émotion, les interactions avec la personne âgée sont teintées d'admiration, d'espoir, de respect et de perspectives existentielles<sup>84</sup>. »*

---

<sup>84</sup> [En ligne]. [Consulté le 10 avril 2018] Le grand âge, un défi pour l'individu et la société, Image du grand âge : impact des représentations sociales sur les soins et l'accompagnement, page 16. Disponible sur internet : <https://www.aqg-quebec.org/pixms/uploads/serve/ckeditor/balahoczky.pdf>

## **4. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE DE RECHERCHE**

J'ai commencé mon travail de recherche en posant la question de départ suivante :

**« En quoi les représentations d'un infirmier de bloc opératoire sur les personnes âgées démentes influencent-elles sa prise en soins ? »**

Les différentes lectures que nous ont apportées le cadre conceptuel sur les concepts de la vieillesse et des représentations sociales, ainsi que notre expérience personnelle nous permettent de dire :

L'IBODE peut voir évoluer ses attitudes dans la prise en soins des personnes âgées suite à l'apport d'une formation théorique et d'une simulation basée sur le vécu des personnes âgées lors de leur arrivée au bloc opératoire. Nous pouvons donc proposer l'hypothèse suivante :

**« Sensibiliser les IBODE par une formation théorique et une simulation sur le vécu des patients âgés permet de modifier leurs représentations lors de leur prise en soins. »**



## **5. ENQUETE**

### **5.1. Choix et construction de l'outil d'enquête**

Nous faisons le choix d'utiliser l'entretien semi-directif pour réaliser cette enquête auprès des professionnels IBODE car nous souhaitons obtenir un recueil de données à caractère qualitatif. Les professionnels ainsi que les éléments du recueil de données resteront anonymes.

Nous construisons notre questionnaire d'entretien avec sept questions principales. Celle-ci sont construites de telle manière que l'interviewé puisse répondre librement, avec des questions de relance pour recentrer l'entretien (Cf. annexe 3). Chacune des questions nous permet d'explorer des thèmes préétablis, afin de réaliser par la suite une analyse par thème et par question.

### **5.2. Population et service ciblé**

Nous sollicitons les IBODE de bloc opératoire de 4 structures différentes de la région Occitanie, du secteur public, privé, universitaire et périphérique. Cela nous permet d'avoir un échantillon le plus représentatif possible de la profession. Le choix des spécialités concerne volontairement des disciplines différentes comme la chirurgie viscérale, orthopédique et services polyvalents.

Enfin, nous choisissons de nous intéresser à la catégorie professionnelle infirmière avec pour population cible celle des IBODE. Cela nous permet d'avoir une idée sur la prise en charge des personnes âgées au bloc opératoire par des personnes spécialisées de la discipline.

Pour mener les entretiens sur le terrain nous avons pris soin, conformément aux règles éthiques, de formuler une demande d'autorisation d'enquêter à la direction des soins des établissements concernés. (Annexe 4).

Après avoir reçu l'autorisation d'enquêter, nous avons contacté les IBODE des blocs concernés pour fixer un rendez-vous.

Les entretiens ont été réalisés dans un bureau, un lieu calme propice à l'échange.

Le principe d'anonymat et de confidentialité a été précisé dès le début des échanges et chaque entretien a pu être enregistré après accord des personnes à des fins de retranscriptions.

Nous avons tenté de faire preuve d'écoute active afin de laisser toute latitude possible à l'expression du vécu et de l'expérience personnelle de chaque personne rencontrée.

### **5.3. Les résultats de l'enquête**

#### **5.3.1. L'analyse descriptive des entretiens**

Entretiens	Nombre de mots	Nombre de lignes	Durées
IBODE N°1	2130	149	14min49sec
IBODE N°2	1707	126	11min
IBODE N°3	903	70	7min13sec
IBODE N°4	1822	128	12min35sec
IBODE N°5	971	78	9min30sec
IBODE N°6	1133	90	9min16sec
IBODE N°7	1716	118	14min34sec
IBODE N°8	1237	92	10min38sec
IBODE N°9	1041	78	9min21sec
IBODE N°10	2633	174	15min

Figure n°1 : Caractéristiques des entretiens

Le fait que les IBODE interviewés aient une expérience ou non de service et qu'elles soient de différentes spécialités chirurgicales a entraîné une consistance et une durée d'entretiens différente, allant de 7 à 15 minutes environ.

### 5.3.2. Analyse descriptive des interviewés

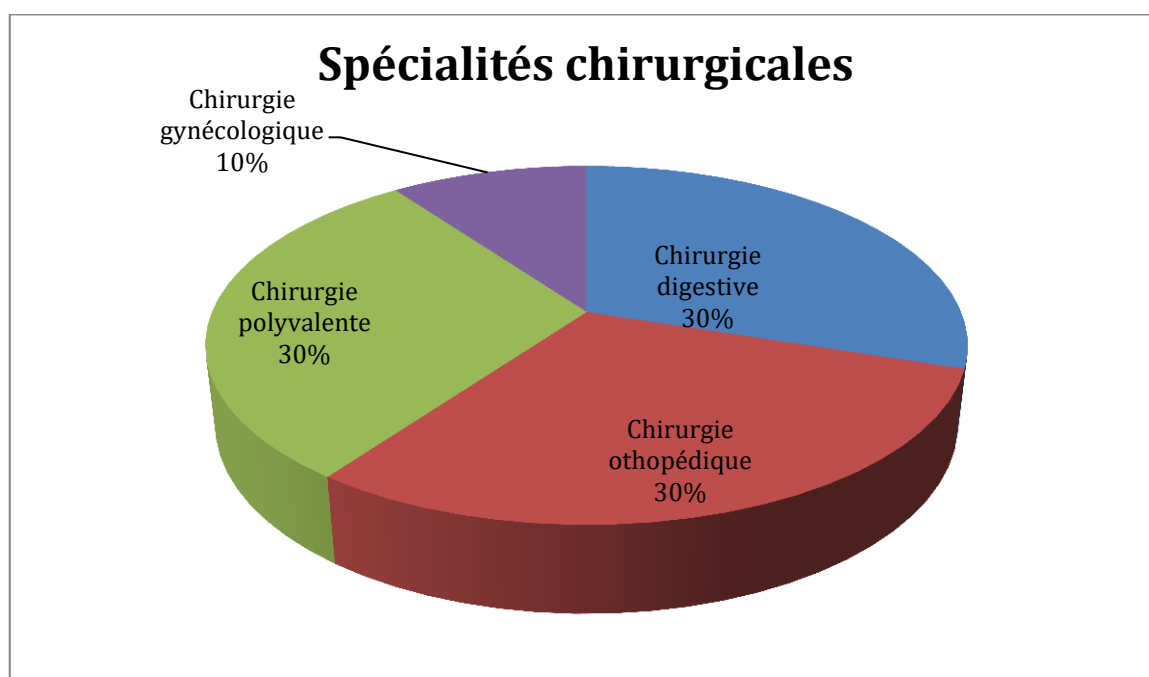


Figure n°2 : Pourcentages des spécialités exercées par les IBODE interviewés.

Entretiens	Age	Date d'obtention du DE	Années d'exercices au bloc opératoire	Année d'obtention du DE IBODE	Pratique dans les services
IBODE N°1	36 ans	2005	5 ans	2017	Médecine Gériatrie Urgence Réanimation
IBODE N°2	34 ans	2008	6 ans	2015	Chirurgie
IBODE N°3	36 ans	2005	12 ans	2012	Chirurgie
IBODE N°4	43 ans	1999	18 ans	2014	Dialyse
IBODE N°5	30 ans	2009	9 ans	2015	Non
IBODE N°6	42 ans	1999	19 ans	2012	Non

IBODE N°7	46 ans	1996	20 ans	2001	Chirurgie
IBODE N°8	29 ans	2010	8 ans	2018	Non
IBODE N°9	44 ans	1998	17 ans	2011	EHPAD Pool Service
IBODE N°10	37 ans	2004	14 ans	2015	Non

Figure n°3 : Age, expérience infirmier et IBODE

En ce qui concerne les interviewés, il y a une différence non négligeable en terme d'âge puisqu'il varie de 29 à 46 ans. Certains ont été formés avec l'ancienne réforme et deux avec la nouvelle après 2009. On observe une grande diversité d'année d'obtention du diplôme d'état d'infirmier allant de 1996 à 2010, ainsi que des années d'obtention du diplôme d'IBODE allant de 2001 à 2018. Cet échantillon d'entretien permet d'obtenir des résultats venant de professionnels ayant une expérience Infirmière et IBODE différente.

## **6. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS**

Pour cette analyse, nous allons mettre en avant les thèmes de chaque question, tenter de les analyser et de les croiser avec les concepts explorés. Pour en faciliter la lecture, des tableaux ont été créés afin de rassembler les différentes réponses par thème. (Annexe 5).

### Thème 1 : Définition de la vieillesse

Au sein des IBODE, la quasi-totalité des personnes ont répondu que la vieillesse était une avancée en âge, comme étant une « *étape* », « *chemin* », « *continuité* », « *parcours* », « *stade* », « *fin* », « *processus* » de la vie. Ces réponses nous rapportent au concept de la vieillesse car elles reprennent la définition du Larousse.

Ensuite, trois d'entre eux énoncent cette notion subjective qu'est la vieillesse. Ils expriment la notion de « *vieillesse psychologique* », qu'évoque C.Helson lorsqu'il parle de la vieillesse non pas comme « *être vieux* », mais comme « *se sentir vieux* ».

Ils la décrivent en parlant de vieillesse psychique et de vieillesse physique comme l'IBODE N°2 « *vieillesse psychologique, on peut tomber sur des personnes qui ont 40 ans et qui ont un corps qui est plus âgé du double quoi* ».

Pour continuer avec cette notion subjective, les IBODE N°1, N°2, et N°4 parlent aussi de deux sortes de vieillesse comme décrite dans la définition étymologique. La vieillesse peut être soit bien vécue et synonyme d'expérience, soit subie et synonyme de déclin.

Par exemple, l'IBODE N°2 parle de « *pour moi il y a 2 genres de vieillesse* », l'IBODE N°4 exprime que « *des gens qui sont vieux en âge mais qui sont jeunes dans leur tête et inversement* ».

On retrouve cette dichotomie avec trois autres IBODE qui citent le mot « *expérience* » comme synonyme de vécu et apporte cette notion valorisante de la définition tandis que l'IBODE N°8 la définit plus comme l'autre face de la dichotomie en l'associant à la maladie et la fin de vie « *on développe certaines maladies et c'est plutôt la fin de la vie on va dire* ».

**Chaque IBODE a cité les termes que nous retrouvons dans la définition du Larousse. Les notions subjectives et dichotomiques n'ont seulement été développées que dans quatre entretiens. Le thème suivant va me permettre de voir si les professionnels adaptent leur définition à ce qu'ils imaginent sur le vécu des personnes âgées.**

## Thème 2 : Perception de la personne âgée

Cette question sur la perception nous a permis d'apprécier l'idée que se font les professionnels IBODE des personnes âgées et ainsi de voir s'ils se sont projetés et mis à leur place.

En ce qui concerne la perception et le ressenti des personnes âgées, il y a deux idées qui se dégagent.

La première traite de la notion de subjectivité évoquée par le chercheur C.Helson.

Les IBODE N°1, 6, 7, 8 répondent que cela dépend de l'état dans lequel nous sommes physiquement, psychologiquement (personnalité), de l'environnement social (accompagné) et de la culture dont nous sommes issus. Cela peut donc varier en fonction de son état, tel un sentiment positif, accepté, avec des facultés intellectuelles indemnes et inversement.

Les IBODE N°1 et 7 pensent que cela dépend de la personne et sa conception de la vie. L'IBODE n°1 approfondit sa réponse en évoquant la vision que l'on a de la vie, son attitude philosophique « *ça dépend de ça donc de l'acceptation des années qui passent* », « *dans certaines cultures la vieillesse c'est euh l'accomplissement* ».

Nous retrouvons ici la notion de culture et de personnalité comme celles citées par M. de Hennezel lorsqu'elle rapporte l'image qu'ont les centenaires à Okinawa pour eux-mêmes et leur peuple. La culture a ici un rôle déterminant dans la vieillesse car elle donne une signification et un état d'esprit afin d'appréhender cette étape. La vieillesse peut être acceptée en fonction de la façon dont on peut la voir afin qu'elle devienne une étape à son accomplissement.

Les cinq autres ont répondu en énonçant un ressenti plutôt défavorable. En ce qui concerne leurs facultés physiques « *enfermé dans un corps qui n'est pas forcément ce qui reflète euh notre esprit* », « *sur la pente descendante en train de, en train de voir les facultés qui diminuent* » mais aussi psychologique « *on se sent rejeté* », « *qu'on se sent comme un poids pour les gens qui nous entourent* », « *cherche son utilité* ». Ces idées rejoignent là encore les propos de C.Helson lorsqu'il parle de la vieillesse en tant qu'épreuve narcissique en transformant l'image que l'on a de soi.

De plus, nous percevons la dominance de pessimisme sociétale où nous ressentons la vieillesse comme un poids, un fardeau une idée penchée vers le négatif car celle-ci est à l'inverse de ce que prône la société télé médiatique du jeunisme.

**Lors de ces entretiens, deux IBODE ont eu du mal à se projeter avant de répondre, laissant un grand temps de silence.**

**Une personne a parlé du "du vieillir autrement" et quatre autres la visualisent en fonction de l'état physique et psychique dans lequel est la personne âgée.**

**Enfin les cinq derniers l'appréhendent de façon plus pessimiste comme le fait de porter et de subir le poids des années.**

**Ces idées sont représentatives de ce que nous avons pu tirer de la littérature sur le concept de la vieillesse. Les avis divergent avec une dominante représentative pessimiste de la société. Une seule personne nous parle de la vieillesse comme d'une continuité et un accomplissement. C'est une notion quasi transparente dans la littérature.**

**La réalité du terrain est donc transposable aux écrits de la littérature.**

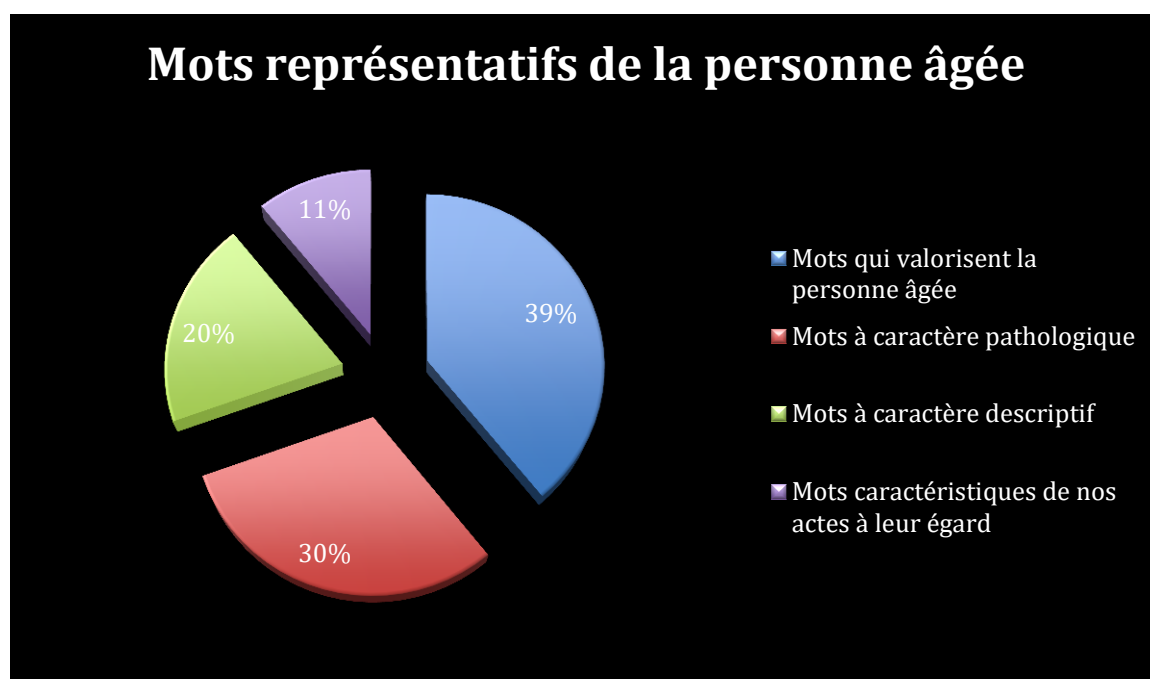
### Thème 3 : Représentation/perception de la personne âgée

Afin de comprendre comment les professionnels interrogés perçoivent et se représentent la personne âgée, nous leur avons demandé de nous donner cinq mots représentatifs de la personne âgée.

Afin de traiter les différentes données, nous avons décidé de classer les mots en fonction de leur symbolique.

Quatre personnes ne sont pas arrivées à donner 5 mots. Les IBODE N°2 et 5 en ont donné 3 et les IBODE N°3 et 6 ont donné 4 mots. Cette question a suscité de nombreux silences et temps d'attente. Les IBODE N°9 et 10 en ont donné 6.

Sur un total de 46 mots au lieu de 50 initialement prévus :



Sur un total attendu de 50 mots, quatre IBODE ont été mis en difficulté et le tableau a donc été effectué sur un total de 46 mots :

Sur ce total :

- 39% des mots donnent une représentation valorisante, avec le mot *expérience* cité 5 fois ainsi que les mots « *maturité* », « *famille* » et « + » cités 2 fois chacun. Lors des entretiens, nous avons ressenti le vécu et le passé des interviewés. Tous ont été accompagnés au cours de leur vie par leurs grands-parents et des proches dits âgés.

- 30% des mots ont eu une représentation liée à une pathologie ou un état défavorable comme les mots « *démence* », « *solitude* », « *handicap* », « *perte de mobilité* », « *fracture du col* »,

« *maladie d'Alzheimer* »...etc. Ce qui nous renvoie au concept de la vieillesse dans sa vision négative de la vieillesse en occident démontré avec l'eurobaromètre des statistiques de discrimination en Europe.

- 20% des mots ont un caractère descriptif de leur physique ou de leur situation tels que les mots « *cheveux blanc* », « *rides* », « *retraite* », « *peau fragile* »...etc. Les mots font écho aux définitions de la vieillesse car les IBODE parlent « *d'état physique* », « *physiologique* » et ils viennent illustrer cet état physique exprimé dans les définitions.

- 11% des mots prononcés expriment l'attitude qu'il faudrait adopter avec la personne âgée telle que la bienveillance, la bienveillance, la douceur et le respect.

**Ces différents mots sont un reflet des représentations que se font ces différents professionnels de la personne âgée. Il y a une très légère dominance des mots à connotation positive avec 39% contre 30% de mots à connotation négative.**

**Ces mots font partie de la conception, de l'image, de l'opinion, du vécu et de l'histoire donc de la réalité que sont les personnes âgées pour les interviewés à ce moment précis. Cette question nous permet de croiser les deux concepts que sont la vieillesse et les représentations sociales. Les silences ont été importants et le manque de mots des quatre IBODE peut traduire un manque d'inspiration, d'intérêt, ou de connaissance sur le sujet.**

#### Thème 4 : Identifier s'il existe une prise en charge spécifique lors de l'accueil

Ce thème nous permet de creuser un peu plus dans la prise en soins des personnes âgées. Lors de l'accueil, les interviewés détaillent le déroulement de la check-list. Cependant nous découvrons que huit IBODE parlent de communication verbale et non verbale. C'est en effet la communication et le « *langage* », « *le discours* », « *le canal* », et le moyen de le mettre en place et de « *s'adapter en fonction de la personne* » qui revient fréquemment dans les entretiens. La spécificité de la prise en charge serait donc basée sur la **communication** afin que les patients puissent comprendre la situation et ce qui va être fait, répondre aux questions et pouvoir poser les leurs afin d'être mis en confiance. Nous constatons que les professionnels l'utilisent comme le socle du soin qu'est l'accueil.

Dans les concepts retenus, nous n'avons parlé de communication que lorsqu'elle joue un rôle déterminant dans le processus des représentations sociales. Au vu des entretiens, la communication est un concept important, et il aurait été intéressant de le développer si nous



avons dû choisir un troisième concept. C'est une piste qu'il serait intéressant de retenir afin de comprendre l'impact qu'elle pourrait avoir dans le soin avec les personnes âgées.

### Thème 5 : Identification des attentes de la personne âgée

Les professionnels IBODE identifient les attentes des personnes âgées de plusieurs façons :

Tout d'abord, les IBODE n°1, 3, 6 et 8 répondent que les attentes sont identiques que celles des autres patients reçus au bloc opératoire. *« envie d'être pris en soins comme n'importe qui, de pas être relégués au second plan parce que c'est des vieux entre guillemet », « comme tous les autres patients », « qu'elle ne veut pas avoir de prise en charge différente à un autre patient », « s'attend à recevoir la même prise en charge qu'une personne jeune ».*

Ensuite les IBODE n°2, 4, 7, 9 et 10 identifient leurs attentes en utilisant des noms, des adjectifs, des verbes et des locutions tels que : *« délicatesse », « de l'attention », « empathie », « attitude sécurisante », « confiance », « du temps », « soient en sécurité », « du respect », « aimable », « compétence », « de les rassurer », « d'être considéré », « être une personne à part entière », « qu'on leur explique », « respecte leur passé », « être à l'écoute », « une prise en charge globale et holistique », « qui les prenne en tant qu'individu et qui respecte autant leur intimité que leur pudeur que leur passé, que leurs déficits et leurs troubles éventuels ».*

Enfin, les IBODE n°1, 5 et 7 sont ambigus car ils ne trouvent pas de différence au premier abord mais ils décrivent par la suite que les attentes diffèrent *« Pas différentes mais pour moi fin, la personne âgée en demande peut être plus qu'un plus jeune », « les besoins sont euh plus raccourcis si on reste dans la pyramide là de Maslow »*

**Cette question permet de m'apercevoir que les avis divergent.**

**Quatre IBODE pensent que les personnes âgées n'ont pas d'attentes spécifiques et qu'elles doivent être traitées comme tout le monde. Les différents interviewés pensent qu'en ne faisant pas de différences avec elles, elles ne seront pas traitées comme des « vieux » mais considérés comme les personnes plus jeunes. Les considérer comme tout le monde, ferait d'elles, des personnes normales sans différences. C'est l'idée que nous avons ressentie lors de ces entretiens.**

**Cinq IBODE ont décrit les attentes en donnant des mots synonymes de protection, de bienveillance, de sécurité et de prendre soins. Ils ont été énoncés avec considération et expérience. Si nous regardons le tableau figure 3, les IBODE 2, 4, 7, 9 ont exercé dans un**

**autre service que le bloc opératoire et la n°10 a une expérience en bloc opératoire de 14 ans.**

### Thème 6 : Différence de besoin avec une personne jeune

Pour les IBODE 1, 5, 7 et 10 les besoins des personnes âgées seraient différents des personnes jeunes par rapport à leurs besoins physiologiques : *« la personne âgée en demande peut être plus qu'un de plus jeune », « besoins sont euh plus raccourcis si on reste dans la pyramide là de Maslow », « pas le même besoin quand on est jeune que quand on est ... », « des attentes différentes d'un adulte parce que d'une part (...) leurs déficits, leurs troubles et même parce que le vieillissement naturel ils mettent un peu plus de temps à comprendre à entendre et à engranger une somme d'information ».*

Ces professionnels parlent de besoins différents. En effet nous n'aurons pas les mêmes attitudes face à des personnes qui peuvent avoir un ou des déficits. Il faudra s'adapter, envisager des stratégies pour répondre aux besoins des personnes que nous avons en face. Cependant même s'ils sont une majorité au bloc opératoire, les personnes âgées ne sont pas la seule catégorie de population qui ont des déficits et des besoins différents. Une part de réponse se trouve peut-être dans les réponses des IBODE n°6 et 9 lorsqu'ils disent que chaque patient doit être considéré et avoir une prise en charge adaptée : *« chaque patient a une prise en charge adaptée, mais c'est pas l'âge qui va faire, qui doit faire la différence », « c'est d'être considérée, (...) c'est primordial être une personne à part entière ».*

**Les avis sont différents, comme peuvent l'être les attentes des personnes âgées. En effet, chaque personne a peut-être répondu selon ce qu'elle attendrait pour elle-même. Chaque personne est différente et a donc des attentes et des besoins différents.**

### Thèmes 7 : Formation spécifique à la personne âgée et savoir si acquis par formation ou par l'expérience

Nous avons vu que dans les blocs opératoires 45% des patients étaient âgés et dépendants. Nous pouvons donc considérer qu'un patient sur deux pris en charge au bloc opératoire est une personne âgée dépendante.

Lors des entretiens, nous avons pu constater qu'aucun IBODE n'a eu de formation spécifique concernant de près ou loin la population âgée. L'IBODE N°6 parle de *« quotidien »* comme

formation de terrain, lui permettant de se remettre en question pour améliorer ses pratiques et son expérience.

Pour l'ensemble des professionnels interrogés, leur dernière formation date de l'IFSI. Elle concerne le module de gériatrie pour 9 des interviewés et de l'UE pour une d'entre eux avec la nouvelle réforme. De plus se rajoutent les différents stages effectués lors de la formation infirmière.

Les recherches effectuées dans le domaine des représentations sociales nous amènent à comprendre l'importance de cette formation gériatrique dispensé à l'IFSI tant elle peut influencer et déterminer nos représentations de la personne âgée.

Les dix professionnels interrogés ont une moyenne d'année d'obtention du diplôme d'état d'infirmier de 14,7 ans. La plus ancienne a 22 ans de diplôme d'état d'infirmier et la plus jeune, 8 ans.

Cette formation est donc la dernière qu'ils aient eue, et sur laquelle ils puissent s'appuyer dans leurs activités professionnelles.

Nous avons pu voir que nos représentations ont une fonction de savoir, d'orientation, d'identification et de justification. Elles déterminent une partie de nos attitudes et de notre comportement face à une situation. Nous ne vivons pas nos formations de la même façon et si nous refaisons allusion au dernier avis du CCNE, apprendre la géronto-gériatrie dans le domaine de la santé ne serait pas de réduire les adultes âgés à leurs difficultés et non à leur potentiel.

Pour certains professionnels, les représentations ont été façonnées lors de cette formation puis ont évolué par la suite comme le rappelle Rouquette lorsqu'il définit les représentations comme système dynamique capable d'intégrer des informations nouvelles.

Nous remarquons que la dernière formation en rapport avec les personnes âgées date de leurs années d'IFSI, formation basée sur les patients âgés avec toutes les physiopathologies qui en résultent.

#### Thème 8 : Besoins complémentaires de formation ou d'information et les intérêts d'une formation, pour l'acquisition de connaissances sur la vieillesse et la personne âgée

Sur l'ensemble des entretiens, nous constatons que l'ensemble des IBODE sont intéressés pour avoir un apport théorique par la formation afin de « *sensibiliser un peu les professionnels* », « *prise de conscience collective et reconsidérer plus la personne humaine* », « *remettre à niveau les formations pour le personnel de bloc opératoire sur la prise en soins des personnes âgées* », « *améliorer le comportement de chacun(...) l'implication personnelle et professionnelle* ».

Les intérêts d'une formation sont multiples. Tout d'abord elle apporterait des connaissances sur la vieillesse comme le soumet l'IBODE n°7 qui a 22 ans d'exercice infirmier « *parce qu'un petit rappel, on les a eu il y a longtemps il faudrait ouvrir le tiroir* », ainsi que sur le prendre soins.

Ensuite, elle permettrait de sensibiliser les professionnels comme le souligne l'IBODE n°1 en faisant le parallèle avec les formations ou les besoins sont différents comme la pédiatrie ou la psychiatrie par exemple.

Enfin elle apporterait une prise de conscience collective afin que l'implication des professionnels puisse évoluer.

Dans l'ensemble des entretiens nous pouvons retenir qu'une formation théorique pourrait être bénéfique pour 7 professionnels sur 10.

De plus, les interviewés seraient très motivés d'associer cette formation à des situations de simulation. C'est en se mettant à la place des patients, de l'autre côté de la barrière que l'on est le plus à même de réaliser et de prendre conscience de nos actes et de leurs incidences.

Les IBODE ont décrit la simulation comme « *ça permet de s'immerger et de voir concrètement ce qu'on fait de bien ou pas bien* », « *pourrait être une expérience enrichissante et les gens pourraient peut-être prendre conscience* », « *ça permettrait de se rendre compte déjà de la violence des gestes qu'on fait* », « *c'est malheureusement en étant dans la même situation que les gens se rendent compte et je suis pas sûr qu'ils apprécient beaucoup comment ils sont traités* ».

**Les représentations sociales sont à l'origine de notre façon d'interagir avec notre environnement. Nous avons constaté que pour les transformer, il fallait passer par une communication avec crédibilité de la source ainsi que par les pratiques sociales, assimilées dans ma recherche à la simulation.**

**Les différents professionnels ont mesuré l'impact des changements que pourraient permettre une formation basée sur la simulation. De plus ils accueilleraient de façon positive dans leur service cette proposition de formation.**

Lors de la question 8, les professionnels ont eu l'occasion de s'exprimer sur ce sujet. Nous retenons pour ceux qui l'ont fait, que c'est une priorité pour ces spécialistes des blocs opératoires de s'adapter et de prendre en soins de façon personnalisé chaque patient quel qu'il soit. Ils rajoutent qu'il serait intéressant de travailler sur ce type de formation afin de voir évoluer nos représentations sur la personne âgée dans un contexte de population vieillissante.

La réalisation de ces 10 entretiens au sein des IBODE sur les différents thèmes, nous a permis de nous rendre compte que les connaissances sur la vieillesse et sur la personne âgée sont plus empreintes par l'expérience personnelle que par les formations passées.

Encore, qu'une formation basée sur la simulation permettrait de sensibiliser les professionnels par une remise en question de leurs actes quotidiens en touchant directement leurs propres représentations sur le ressenti des patients. La finalité de cette formation ne profiterait donc pas seulement aux personnes âgées mais à l'ensemble des patients pris en soins. Ces recherches nous ont permis d'élaborer des pistes afin de créer un projet qui pourrait être testé au sein des blocs opératoires.

Cependant, afin de valider l'hypothèse de départ, il reste indispensable de tester cette formation (pratique et théorique) et d'avoir un retour d'expériences des professionnels sur les effets de cette formation à court et long terme.

## **7. LA VALIDATION DE L'HYPOTHESE**

Au sein de ce chapitre, nous devons confronter notre hypothèse aux différents résultats que nous avons obtenus. Cette confrontation permet de valider ou d'infirmer cette hypothèse.

Cette étude s'est faite avec la rencontre d'IBODE dans différents établissements de la région. Nous avons tenté de comprendre la place qu'occupent les représentations sociales dans notre quotidien par rapport à nos acquis, et la façon de les transformer.

Suite aux résultats de l'enquête et aux apports des différents entretiens, nous pouvons considérer que l'hypothèse « **Sensibiliser les IBODE par une formation théorique et une simulation sur le vécu des patients âgés permet de modifier leurs représentations lors de leur prise en soins** » est partiellement validée.

J'utilise l'adverbe partiellement car il manque une étude pratique de terrain qui permettra de valider cette hypothèse dans sa totalité. A savoir que cette étude a été faite sur un échantillon de 10 personnes et nous ne pouvons par conséquent généraliser ces résultats.

## **8. LIMITES**

Ce travail de recherche peut être considéré comme une aventure rythmée de découvertes et d'avancées mais aussi de doutes et de moments de solitude. J'ai rencontré de nombreuses difficultés à commencer par la retranscription de mes idées ; par l'interruption à plusieurs reprises dans la recherche et l'écriture, par la complexité de traduire des articles scientifiques rédigés en langue étrangère et dans la synthèse des informations retenues tant les contenus étaient riches.

Ce sujet aurait pu prendre divers axes, les deuils ont été difficiles à faire et m'ont demandés du temps.

Il aurait été intéressant pour enrichir ce travail de pouvoir faire des entretiens avec les personnes âgées ayant déjà eu une prise en charge au bloc opératoire afin de recenser leurs expériences vécues et leurs attentes.

## **9. LES PROPOSITIONS**

Lorsque je retournerai dans mon établissement, je souhaiterais tout d'abord partager ce travail avec mes collègues du bloc opératoire et ma cadre de service qui est très investie dans l'amélioration des pratiques professionnelles pour l'amélioration de la prise en charge du patient. Je voudrais pouvoir les informer lors d'une réunion de service formelle afin de présenter mon Travail d'Intérêt Professionnel et détailler les différentes étapes qui m'ont amené à l'idée d'une formation théorique et de simulation.

Ensuite, j'envisagerais de rencontrer lors d'un entretien, le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins de mon établissement sur la plus-value que pourrait apporter une démarche de projet basée sur une formation aux infirmiers et IBODE alliant la théorie et la simulation. Je présenterais l'importance de travailler sur la considération des soignants envers les patients âgés. Les objectifs seront d'atteindre et de faire évoluer les représentations des soignants par un apport théorique associée à une simulation qui projettera le soignant dans la peau d'un patient âgé et vivant une situation d'hospitalisation du service de chirurgie au bloc opératoire.

Il serait intéressant de développer cette démarche de projet en créant un groupe de travail qui pourra compter des professionnels du bloc opératoire, des membres de la Commission des Usagers (CDU) ou d'autres personnes intéressées. Je souhaiterais que cette démarche puisse être

intégrée au compte qualité de l'établissement sur la prise en charge des patients en vue de la certification V2020, afin de faciliter son organisation.

Enfin, je voudrais aboutir à la création d'un outil de formation théorique/simulation qui pourra être testé au sein du service du bloc opératoire afin d'observer l'impact qu'elle aurait auprès des professionnels du bloc dans leur pratique quotidienne sur la prise en charge des patients.

## CONCLUSION

Après avoir choisi notre situation de départ, il était difficile d'imaginer où cela nous mènerait. Ce travail offre la possibilité d'évoluer personnellement et professionnellement car il est fait de découvertes et de nombreuses rencontres plus riches les unes que les autres. Toutes les investigations ont été bénéfiques dans l'apport de connaissances sur ce sujet mais aussi dans le développement des capacités d'analyse et de synthèse.

Suite au cadre contextuel, notre questionnement nous a conduit à explorer les concepts de la vieillesse et des représentations sociales. Tous deux ont été une réelle surprise de par leur richesse et de par l'importance qu'ils occupent dans notre société. Lors de l'enquête, nous avons pu nous rendre compte de l'intérêt que pouvait susciter ces recherches auprès des professionnels. Il serait intéressant que ce travail puisse être développé et testé sur le terrain en tant que démarche de recherche afin de valider concrètement notre hypothèse.

En s'inscrivant dans une dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles et dans une démarche qualité, ce projet théorique pourrait par la suite se concrétiser par une formation théorique-simulation auprès des professionnels en s'inscrivant pourquoi pas dans le cycle d'une formation initiale ou encore faire partie du développement personnel continu.

Ce travail nous a permis d'avoir une autre perception de ce que peuvent vivre les patients dans leur vieillesse en nous projetant dans notre propre devenir. Au bloc opératoire, c'est souvent la check-list qui nous amène à la rencontre du patient. Synonyme de sécurité face aux risques, faire vivre ce projet au sein des blocs opératoires pourrait donner une autre dimension humaine dans la pratique de chacun. Qu'il soit question de patients âgés ou de patients ayant une autre particularité mettant en jeu les représentations des soignants, il est primordial que l'humanité soit le cœur de nos actions afin de toujours garder "**un autre regard**".



## GLOSSAIRE

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CCNE : Comité Consultatif National d’Ethique

CDU : Commission des Usagers

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CSP : Code de la Santé Publique

DPC : Développement Professionnel Continu

ENEIS : L’Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins

FNG : Fondation Nationale de Gérontologie

HAS : Haute Autorité de Santé

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d’Etat

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d’Etat

IDE : Infirmier Diplômé d’Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

INSEE : Institut National des Etudes Statistiques et Economiques

MAAD : Maladie d’Alzheimer et Autres Démences

NC : Noyau Central

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

REGATES : Réseau d’Evaluation en Gériatrie de l’Activité des Thérapeutiques

RS : Représentations Sociales

SP : Système Périphérique

T2A : Tarification à l’Activité

UE : Unités d’Enseignements

## **BIBLIOGRAPHIE**

### Ouvrages :

- ASSOUN, P., DE HENNEZEL, M., et al., *Comment accepter de vieillir ?*, Les éditions de l'atelier, Paris, 2003, 96 pages.
- BIANQUIS, I., LE BRETON, D., MECHIN, C., *Usages culturels du corps*, L'HARMATTAN, Paris, 1997, 241 pages.
- BLAYE, M., ABEL, O., AIRUT, J.-P., *Dictionnaire des concepts philosophiques*, In Extenso, Larousse, CNRS éditions, 2006, 879 pages.
- BLOCH, H., CHEMAMA, R., DEPRET, E., et al., *Larousse grand dictionnaire de la psychologie*, Larousse-Bordas, Paris, 2000, 1062 pages.
- BLOCH, O., VON, W., et al, *Dictionnaire étymologique de la langue française*, Presses Universitaire de France, quadrige, Paris, 2004, 682 pages.
- BONARDI, C., ROUSSIAU, N., *Les représentations sociales*, DUNOD, Paris, 2014, 221 pages.
- COELHO, P., *L'alchimiste, j'ai lu*, Paris, 1994, 190 pages.
- DE BEAUVOIR, S., *La vieillesse*, Gallimard, Paris, 1970, 604 pages.
- DE HENNEZEL, M., *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller, Vieillir sans être vieux*, Robert Laffont, Paris, 2008, 240 pages.
- DE ROSNAY, J., PAPILLON, F., *Et l'homme créa la vie...La folle aventure des architectes et des bricoleurs du vivant*, LLL Les liens qui libèrent, Mayenne, 2010, 297 pages.
- DETAMBEL, R., *Le syndrome de Diogène, éloge des vieillesse*, Actes sud, Arles, 2007, 328 pages.
- DOISE, W., CLEMENCE, A., LORENZI-CIOLDI, F., *Représentations sociales et analyses de données*, Presses Universitaires de Grenoble, 1992, Grenoble, 261 pages.
- HELSON, C., *Accompagner le grand âge, psycho-gérontologie pratique*, Dunod, Paris, 2008, 230 pages.
- HOUELLEBECQ, M., *La possibilité d'une île, J'ai lu, Paris*, 2005, 447 pages.
- JODELET, D., ABRIC, J.-C., BOUCHER, L., et al., *Les représentations sociales*, Presses Universitaires de France, Paris, 2003, 447 pages.
- RIZZO PARSE, R., *L'humain en devenir, nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*, De Boeck, Paris, 2003, 160 pages.

- ROUQUETTE, M-L., *Sur la connaissance des masses, Essai de psychologie politique*, Presses universitaires de Grenoble, Grenoble, 1994, 221 pages.
- VILLA, F., *La puissance du vieillir*, Presses universitaires de France, Paris, 2010, 248 pages.

### Articles et revues :

- ADAM, S., JOUBERT, S., MISSOTTEN, P., « L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheur ! », *Revue de neuropsychologie*, 2013/1 Volume 5, pages 64-65.
- ADAM, S., JOUBERT, S., MISSOTTEN, P., « L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheur ! », *Revue de neuropsychologie*, janvier, 2013, Volume 5, pages 62-66.
- BAGUET, G., « Un temps pour vieillir », *Esprit* 2008/1, Cairn, janvier, pages 6-10.
- BESSET, C., BECOULET, N., « La pratique clinique à la lumière d'une réflexion philosophique : comment le concept de banalité du mal décrit par Hannah Arendt interroge notre responsabilité professionnelle... », *Médecine palliative-Soins de support-Accompagnement-Ethique*, Science Direct, Elsevier Masson, 2015, pages 341-345.
- CAILLARD, L., PAPAS, A., NION, N., et al., « L'accompagnement postopératoire immédiat de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer », *Interbloc tome XXX*, octobre-décembre 2011, numéro 4, pages 257-259.
- CREPIN, S., ANDREY, D., « L'accueil de la personne âgée au bloc opératoire », *Interbloc tome XXX*, octobre-décembre, 2011, numéro 4, pages 253-254.
- HESBEEN, W., « Système de soins et saveur soignante, un travail d'humanité », *Soins*, décembre, 2006, numéro 711, pages 92-95.
- LABADIE, C., « Etude IBODE tous les traits d'une profession », *Interbloc*, janvier-mars, 2014, numéro 1, pages 59-62.
- MARTIN, F., « Les attentes des vieux jours. Lèpre, vieillesse et modes de prise en charge communautaires en Inde », *Autre part*, 2010/1, numéro 53, pages 131-145.
- MAWARD, L., AZARD, N., « Etude comparative de l'anxiété » *Recherche en soins infirmiers*, numéro 78, septembre, 2004, pages 35-58.
- MICHEL, P., MINODIER, C., MOTY-MONNEREAU, C., LATHÉLIZE, M., DOMECCQ, S., CHALEIX, M., et al., « Sécurité du patient : Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats des enquêtes ENEIS », *Solidarité Santé*, 2012, numéro 24, pages 3-20.

- RENARD, E., ROUSSIAU, N., « Transformation des représentations sociales et persuasion (modèle ELM) : les effets de la crédibilité de la source », *Bulletin de psychologie*, mars, 2007, numéro 489, pages 211-224
- SHARSHAR, S., ALAME, A., GAUDELET, D., « Le bloc opératoire de la nouvelle gouvernance hospitalière », *Interbloc*, Tome 26, numéro 4, décembre, 2007, pages 257-261.
- TOMCZYK, M., VIALARD, M-J., BELOUCIF, S., « Représentations : pour une indispensable rigueur méthodologique en éthique médicale » *Ethique et santé*, 2017, numéro 14, pages 231-237.

### Mémoires :

- CASTANG AUDABRAM, B., *Tout simplement*, Travail d'Intérêt Professionnel IBODE, accompagnement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer au bloc opératoire.  
Ce document peut être consulté au centre de documentation du Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé (PREFMS).
- COLELLA, R., *Le paradoxe du vieillissement dans la société occidentale au XXIème siècle : inacceptable vieillesse, refus de la mort et désir d'immortalité*, Mémoire de recherche, Unité d'enseignement « anthropologie, Ethnologie et Sociologie de la santé », 2013, Université Claude Bernard-Lyon, 89 pages.
- [En ligne] [Consulté le 17 mars 2018]  
<http://www.laboratoireanthropologieanatomiqueetdepaleopathologiedelyon.fr/MEMOIRE%20%202013%20COLELLA%20TEXTE.pdf>

### Sitographie :

- [En ligne]. [Consulté le 11 janvier 2018] Le bloc opératoire. Disponible sur internet : [http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/bloc\\_op%C3%A9ratoire/11600](http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/bloc_op%C3%A9ratoire/11600)
- [En ligne]. [Consulté le 28 février 2018] La démence. Disponible sur internet : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/)
- [En ligne]. [Consulté le 1 mars 2018] Ortolang : Bloc opératoire. Disponible sur internet <http://www.cnrtl.fr/definition/bloc>

- [En ligne]. [Consulté le 1 mars 2018] Bloc opératoire. Disponible sur internet : <http://www.cclin-arlin.fr/nosopdf/doc09/0024616.pdf>
- [En ligne]. [Consulté le 2 mars 2018] Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V Disponible sur internet : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>.
- [En ligne]. [Consulté le 3 mars 2018] La formation du métier d'infirmier. Disponible sur internet : [https://ressources.campusfrance.org/catalogues\\_recherche/domaines/fr/noindex/soinsinfirmiers\\_fr.pdf](https://ressources.campusfrance.org/catalogues_recherche/domaines/fr/noindex/soinsinfirmiers_fr.pdf)
- [En ligne]. [Consulté le 3 mars 2018] Infirmier de bloc opératoire. Disponible sur internet : [www.infirmiers.com/votre-carriere/ibode/la-fonction-d-infirmiere-de-bloc-operatoire.html](http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ibode/la-fonction-d-infirmiere-de-bloc-operatoire.html).
- [En ligne]. [Consulté le 5 mars 2018] La législation au cœur du Développement Professionnel Continu. Disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/formations/la-legislation-au-coeur-du-developpement-professionnel-continu-dpc.html>
- [En ligne]. [Consulté le 5 mars 2018] Quid de l'infirmier de bloc opératoire. Disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/ibode/infirmiere-de-bloc-operatoire-diplomee-etat-generalites.html>
- [En ligne]. [Consulté le 5 mars 2018] **Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire** : Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/1/27/AFSH1418637D/jo>
- [En ligne]. [Consulté le 6 mars 2018] Comment perçoit-on la vieillesse en France aujourd'hui ? Disponible sur internet : <http://www.info-seniors.com/info-article/2/30/180/comment-percoit-on-la-vieillesse-en-france-aujourd-hui.html>
- [En ligne]. [Consulté le 6 mars 2018] La France à l'épreuve du grand âge. Disponible sur internet : [http://www.lemonde.fr/economie/article/2016/01/20/la-france-a-l-epreuve-du-grand-age\\_4850612\\_3234.html](http://www.lemonde.fr/economie/article/2016/01/20/la-france-a-l-epreuve-du-grand-age_4850612_3234.html)
- [En ligne]. [Consulté le 8 mars 2018] Psychologie sociale. Disponible sur internet : [http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=104&Itemid=28](http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=28)
- [En ligne]. [Consulté le 12 mars 2018] Prise en charge chirurgicale des personnes âgées dépendantes : un challenge thérapeutique d'actualité. Disponible sur internet :

<https://www.silvereco.fr/prise-en-charge-chirurgicale-des-personnes-agees-dependantes-un-challenge-therapeutique-dactualite/3152923>

- [En ligne]. [Consulté le 18 mars 2018] La démence selon l’OMS. Disponible sur internet : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- [En ligne]. [Consulté le 18 mars 2018] Qu’est-ce que la démence. Disponible sur internet : <https://www.alz.org/fr/quest-ce-que-la-demence.asp>
- [En ligne]. [Consulté le 20 mars 2018] MAAD. Disponible sur internet : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences>
- [En ligne]. [Consulté le 27 mars 2018] Certification HAS. Disponible sur Internet : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/document\\_dinformation\\_bloc\\_certification\\_2015-04-07\\_14-43-14\\_24.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/document_dinformation_bloc_certification_2015-04-07_14-43-14_24.pdf)
- [En ligne]. [Consulté le 9 avril 2018] Cours IFSI, tout savoir sur le vieillissement. Disponible sur internet : [www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-tout-savoir-sur-veillissement.html](http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-tout-savoir-sur-veillissement.html)
- [En ligne]. [Consulté le 9 avril 2018] Naissance et histoire de la gériatrie. Disponible sur internet : [https://idsg.typepad.com/idsg/naissance\\_et\\_histoire\\_de\\_.html](https://idsg.typepad.com/idsg/naissance_et_histoire_de_.html)
- [En ligne]. [Consulté le 10 avril 2018] Le grand âge, un défi pour l’individu et la société, Image du grand âge : impact des représentations sociales sur les soins et l’accompagnement, page 16. Disponible sur internet : <https://www.aqq-quebec.org/pixms/uploads/serve/ckeditor/balahoczky.pdf>
- [En ligne]. [Consulté le 15 avril 2018] Circulaire n°DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé. Disponible sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-23/a0231614.htm>
- [En ligne]. [Consulté le 19 avril 2018] Grand âge et autonomie : les chiffres clés. Disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/grand-age-et-autonomie-les-chiffres-cles>
- [En ligne]. [Consulté le 20 avril 2018] Suicide des personnes âgées : des chiffres qui inquiètent. Disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr/suicide-des-personnes-agees-des-chiffres-qui-inquietent/3150304>
- [En ligne]. [Consulté le 28 avril 2018] Définition du jeunisme. Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jeunisme/44903?q=jeunisme#431879>

- [En ligne]. [Consulté le 28 avril 2018] Définition de l'âgisme. Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agisme/1666>
- [En ligne]. [Consulté le 30 avril 2018] Repousser les limites de la vieillesse, le nouveau projet de la Silicon Valley. Disponible sur internet : <https://www.happysilvers.fr/repousser-les-limites-de-la-vieillesse-le-nouveau-projet-de-la-silicon-valley/>
  - [En ligne]. [Consulté le 6 mai 2018] La vieillesse. De quoi avons-nous peur ? Disponible sur internet : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/199>
  - [En ligne]. [Consulté le 12 mai 2018] L'image du corps dans la publicité. Disponible sur internet : <https://www.toutpourlesfemmes.com/archive/limage-du-corps-dans-la-publicite>
  - [En ligne]. [Consulté le 4 juin 2018] Définition de représentation sociale. Disponible sur internet : [http://www.toupie.org/Dictionnaire/Representation\\_sociale.htm](http://www.toupie.org/Dictionnaire/Representation_sociale.htm)
  - [En ligne]. [Consulté le 5 juin 2018] La notion de représentation sociale. Disponible sur internet : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/recherche/La-notion-de-representation>
  - [En ligne]. [Consulté le 10 juin 2018] Journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées : la SFGG monte au créneau : <https://sfgg.org/actualites/journee-mondiale-de-lutte-contre-la-maltraitance-des-personnes-agees-la-tribune-de-la-sfgg/>
  - [En ligne]. [Consulté le 12 juillet 2018] Crise des vocations en gériatrie. Disponible sur internet : [https://www.francetvinfo.fr/sante/senior/crise-des-vocations-en-geriatrie\\_2369381.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/senior/crise-des-vocations-en-geriatrie_2369381.html)
  - [En ligne]. [Consulté le 18 juillet 2018] Psychologie sociales : les représentations sociales. Disponible sur internet : <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/theories/normes/20-les-representations-sociales>
  - [En ligne]. [Consulté le 5 août 2018] Approche psychosociale des représentations et des pratiques d'enseignement. Disponible sur internet : <https://journals.openedition.org/tfe/825>
  - [En ligne]. [Consulté le 5 août 2018] Effets de l'activation d'une représentation sociale par l'attitude : étude expérimentale. Disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00631626/document>
  - [En ligne]. [Consulté le 22 novembre 2018] La société Française de Gériatrie et Gérontologie. Disponible sur internet : <https://sfgg.org/la-sfgg/qui-sommes-nous/presentation/>
  - [En ligne]. [Consulté le 25 novembre 2018] Projections de population à l'horizon 2060. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>

## **SOMMAIRE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Article R. 4312-3 et Article R. 4312-11

Annexe 2 : Lettre « écrite, lue et remise à la députée de la Haute Garonne Monique Iborra

Annexe 3 : Courrier de demande d'autorisation d'enquête

Annexe 4 : Questionnaire

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien n°1

Annexe 6 : Retranscription de l'entretien n°10

Annexe 7 : Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 2

Annexe 8 : Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 3

Annexe 9 : Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 4

Annexe 10 : Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 5

Annexe 11 : Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 6

Annexe 12 : Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 7

Annexe 13 : Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 8



# **Annexe 1**

## **Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie infirmiers**

### « Section 1 »

#### « Devoirs généraux »

« Art. R. 4312-3.-L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches.

« Le respect dû à la personne continue de s'imposer après la mort.

### « Section 2 »

#### « Devoirs envers les patients »

« Art. R. 4312-11.-L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale.

« Il leur apporte son concours en toutes circonstances.

« Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge. une réunion sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

## Annexe 2

### Lettre écrite, lue et remise en main propre par une directrice d'hôpital à la députée de la Haute Garonne Monique Iborra

Madame, Monsieur,

A ce jour, je suis considéré comme une charge, une question pour laquelle il n'y a pas de solution, un corps abimé, usé vers lequel on n'a pas envie de se projeter, une population qui a des économies et qui peut encore faire des efforts.

*Qui suis-je ?*

Madame, Monsieur,

Je ne peux que vous remercier de vous être saisi de ce " problème" et trouver la bonne équation pour le résoudre en sollicitant les professionnels de terrain pour comprendre la réforme qui devait simplifier la précédente.

Tout est tellement intellectualisé, tout est tellement rendu compliqué, alors que c'est si simple...

Merci à vous de faire que votre rapport ne reste pas lettre morte comme celui de vos prédécesseurs en 2010.

Merci à vous de vous être saisi de notre accompagnement à la fin de notre vie.

Tous les professionnels ont commentés les finances, le fonctionnement, tout cela est très technique, cela a son importance et, j'en suis sûre, vient servir l'essentiel : notre accompagnement.

Parce que c'est de cela dont on parle, n'est-ce pas ? De cet être humain qui a des valeurs, qui dans sa jeunesse "volée" s'est battu pour des acquis sociaux dont tout le monde profite aujourd'hui.

Oui, j'ai en moyenne 85 ans, vous pouvez calculer ! : La sécu, c'est moi, la retraite, c'est moi, la protection sociale, le droit du travail, le respect de l'humain, les valeurs de la république : c'est moi.

Enfin la libération et la reconstruction de la démocratie de l'après-guerre, c'est moi. J'ai œuvré, j'ai travaillé, j'ai cotisé pour qu'aujourd'hui je sois oublié, considéré comme un problème, une charge, un paquet à manutentionner, à étudier pour trouver les meilleures solutions d'optimisation afin que cela coûte le moins cher possible à la société.

Mais en fait ! La société, c'est moi, c'est vous et nous !

*Est-ce que le problème ne serait pas ailleurs ?*

Et si nous considérions autrement les choses et si nous entreprenions de revoir le monde économique autrement...

*Si je suis la voix de la sagesse, ne me regarderais-tu pas autrement ?*

Si mes rides, mon visage tanné, mon corps affaibli seraient le Graal vers la libération matérielle vers laquelle nous devrions tous aspirer.

*Est-ce que cela ne changerait pas les choses ?*

Eduquons-nous à accepter de vieillir dès la naissance et tu me regarderas autrement quand je serais vieux.

Et si j'étais finalement " rentable" parce que pour s'occuper de moi, la société va investir dans l'emploi, *est-ce que cela changera ton regard ?*

Le travail est la base de toute la construction de notre système démocratique, étatique et de solidarité.

Je suis donc intéressant !

Alors, changeons la culture de tous dans les foyers : oui clamons le ! : Le vieillard est une aubaine pour tous.

Et si j'étais la culture, l'œuvre d'art dans laquelle vous auriez envie d'investir. N'attendez pas que je meurs pour prendre soin de moi !

Respectez-moi comme une œuvre d'art au musée du Louvre.

L'œuvre d'art est exposée parce qu'on est fier de la culture, de l'histoire, et de la trace qu'elle nous apporte. Elle est protégée par des systèmes de sécurité parce qu'elle a de la valeur. Elle est entretenue, réparée, reconstituée par des professionnels qualifiés. Elle bénéficie de pièces climatisées pour maintenir son état et permettre sa conservation.

Finalement, madame, Monsieur, et si l'investissement pour nous les aînés était valorisé comme si nous étions une œuvre d'art, n'aurions-nous pas une place privilégiée dans la société ?

Les personnes n'auraient plus peur de vieillir, n'utiliseraient plus tous les artifices nuisibles à leur santé physique et mentale, n'auraient plus envie de ré-animer à tout prix, parce que vieillir c'est aussi mourir.

Que d'économie d'échelle au réel sur la santé : je vous le dis, Madame, Monsieur, je suis une opportunité qu'il faut saisir pour aimer l'être humain que vous êtes à travers moi, pour vivre intensément la vie à travers la sagesse que je vous renvoie.

Merci à toi qui saura entendre et porter le respect de la vie tout simplement.

Pour les aînés,

Directrice d'hôpital

## **Annexe 3**

### **Courrier de demande d'autorisation d'enquête**

Benech Eric  
Pôle Régional d'Enseignement et de  
Formation aux Métiers de la Santé (PREFMS)  
Ecole d'Infirmiers de Bloc Opératoire  
74 voie du TOEC  
TSA 40031  
31059 Toulouse Cédex 9

Toulouse, le 29/8/2018

Madame,

Je suis infirmier diplômé d'état et actuellement étudiant à l'école d'infirmiers de bloc opératoire de Toulouse, au sein de la promotion 2017-2019. Dans le cadre de la validation de mon diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire (IBODE), je suis amené à rédiger un Travail d'Intérêt Professionnel Individuel (TIPI) dont le thème concerne la considération et la prise en charge des patients âgés au bloc opératoire.

Je souhaite réaliser une enquête sur le terrain par des entretiens semi-directifs auprès d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat, travaillant dans vos services. Ces entretiens, dont vous trouverez un exemplaire ci-joint, seront réalisés auprès des personnes volontaires, de manière individuelle tout en respectant leur anonymat. Par la suite, l'analyse des données récoltées serviront uniquement pour mon TIP et permettront d'approfondir ma réflexion.

Je vous remercie par avance par le temps et l'attention portée à ma demande.

Dans l'attente d'une réponse, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

E.Benech

## Annexe 4

### Questionnaire des entretiens semi-directifs

Etudiant à l'école d'Infirmiers de Bloc Opératoire du CHU de Toulouse dans la promotion 2017-2019, j'effectue un travail d'intérêt Professionnel sur le thème de la personne âgée au bloc opératoire. Celui-ci est réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire. Pour cela, je fais le choix d'interroger des IBODE, afin d'affirmer ou d'infirmier mon hypothèse.

Je précise au préalable, que tous les entretiens seront enregistrés avec l'accord des personnes interrogées, en leur garantissant anonymat et confidentialité. Leur contenu me servira à confronter mon cadre théorique avec la réalité du terrain.

1) Quel est votre parcours professionnel ?

Thèmes ciblés :

- Ancienneté dans la profession du métier d'infirmier et d'IBODE.
- Expérience en service et au bloc opératoire.

Questions de relance :

- A) Vous avez combien d'ancienneté dans ce service ?
- B) Depuis quand êtes-vous diplômé ?

**(Thème : Imprégnation au sujet, identifier la population interrogée, leur ancienneté et leur expérience antérieure)**

2) Qu'est-ce que pour vous (définition) la vieillesse ?

Thèmes ciblés :

- Définition de la vieillesse.
- Etat des acquis sur le sujet.

**(Thème : Vieillesse)**

3) Donnez-moi 5 mots qui représentent pour vous, la personne âgée (grabataire) ?

Donnez une justification pour chaque mot.

Thèmes ciblés :

- Représentation/perception de la personne âgée.

**(Thème : Les représentations sociales : Identifier la représentation de la personne âgée)**

4) Quelles sont selon vous les attentes d'une personne âgée lors de sa prise en charge au bloc opératoire ?

Sont-elles différentes d'une personne jeune ?

Thèmes ciblés :

- Identification des attentes de la personne âgée.

- Différence de besoins par rapport à une personne jeune.

Relance :

- a) Si oui, pourquoi ?
- b) Si non, pourquoi ?

**(Thème : les représentations des besoins de la personne âgée)**

- 5) Quand vous accueillez une personne âgée, comment procédez-vous ?

Thèmes ciblés :

- Accueil de la personne âgée.
- Prise en charge spécifique.

Relance :

- A) Avez-vous le sentiment, d'agir différemment avec les personnes âgées qu'avec les autres patients plus jeunes ?
- B) Que pensez-vous de cette prise en charge ?

**(Thème : La vieillesse et les représentations sociales (Prise en charge) : Identifier s'il existe une prise en charge spécifique)**

- 6) Avez-vous eu une/des formation(s) spécifique(s) à la prise en soin des personnes âgées ?

Thèmes ciblés :

- Formation spécifique à la personne âgée.
- Savoir si acquis par formation ou par l'expérience.
- Etat des acquis d'une formation

Relance :

- A) si oui : de quand date-t-elle ? Quel type de formation ? Maîtrisez-vous encore son contenu ?  
Formation continue ou individuelle ?

**(Thème : Formation : Identifier les connaissances spécifiques à la personne âgée)**

- 7) Que pourrait-on vous apporter, selon vous, pour améliorer leur prise en charge dans votre service ?

Thèmes ciblés :

- Besoins complémentaires de formation ou d'information.
- Intérêt d'une formation, pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée.
- Proposition d'un outil pour l'apport de connaissances.
- Avis sur la proposition d'une formation théorique.
- Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation.

Relance :

- A) Estimez-vous qu'une formation théorique vous permettez d'améliorer votre pratique ?
- B) Et d'une formation basée sur la simulation ?

**(Thème : Formation théorique/simulation : Identifier s'ils estiment qu'un apport de formation leur serait utile)**

8) Avez-vous quelque chose à rajouter ?

**Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à cet entretien**

## Annexe 5

### Retranscription de l'entretien n°1

Entretien N°1 – IBODE N°1 - Hop publique 36 ans – 14 mn49sec – 149 lignes – 2130 mots

#### **Question N°1 : Quel est votre parcours professionnel ?**

*« Je suis infirmière depuis 2005 et IBODE depuis quasiment un an »*

*-D'accord*

*-Avant d'être au bloc opératoire, j'ai travaillé dans de nombreux services, de médecine essentiellement, j'ai travaillé un an et demi en gériatrie et ensuite j'ai terminé par des services d'urgences et de réanimation.*

#### **(Relance) Combien de temps avez-vous travaillé en service de médecine ?**

*« En service de médecine je dirais euh... au moins 2 ans, un peu plus de 2 ans, ensuite j'ai travaillé en réanimation je suis partie pendant 1ans et demi en gériatrie et je suis revenue en réanimation, donc médecine deux ans à peu près »*

#### **(Relance) Cela fait combien de temps que vous travaillez au bloc ?**

*« Au bloc, ça fait 5 ans »*

*-Très bien, donc je vais vous poser une 2<sup>ème</sup> question, alors*

#### **Question N°2 qu'est-ce que pour vous la vieillesse ?**

*« Alors pour moi la vieillesse c'est un état physique, un état combiné à un état psychique, c'est-à-dire que quand on devient vieux, qu'on a un certain âge, on a de nombreuses années de vie derrière nous et...à côté de ça, quand on est vieux aussi, on a une expérience de vie, un vécu énorme, donc voilà la vieillesse ça m'évoque voilà ces deux états là, un état physique et un âge je dirais et un état psychique lié à un vécu, une expérience importante. »*

#### **(Relance) D'accord,...donc à votre avis, comment on peut se sentir quand on est vieux ?**

*« Alors là comment on peut se sentir, je dirais que ça dépend vraiment des personnalités, parce qu'il y a des gens pour qui vieillir ne pose aucun problème et il y a des gens qui ont beaucoup d'appréhension quant à cet état-là, et qu'au fur et à mesure des années, ils l'acceptent plus ou moins bien, je dirais que ça dépend de l'acceptation des années qui passent, de comment on l'accepte, comment on le vit, je dirais que ça dépend aussi de notre état physique parce que quand on vieillit et qu'on est en bonne santé, qu'on a pas de problèmes particuliers, on vit bien quoi, on continue à avoir des activités, à voir du monde, à avoir une vie sociale, on le vit mieux et ça dépend aussi je dirais de l'entourage, de ce que l'on associe à la vieillesse, de notre culture, parce que dans certaines cultures, la vieillesse c'est l'accomplissement ce n'est pas une fatalité c'est logique, une étape logique obligatoire qu'on accepte très bien et même c'est quelque part une reconnaissance parce que dans certaines cultures, je sais que la personne âgée a la place de leader, de commandant, de personne qui détient un peu le savoir. Cela dépend de tout ça à mon sens. »*

#### **Question N°3 Alors, donnez-moi 5 mots qui représentent pour vous la personne âgée ?**

*« Expérience, vécu, après je vais quand même être réaliste et malheureusement utiliser un mot à connotation négative mais je dirais quand même dégradation parce que dégradation des capacités physiques, des capacités parfois intellectuelles, et je crois que suis à trois mots...vieillesse, vieillesse, je dirais temps, le*



*temps qui passe et ancien, avec toute la connotation respectueuse que je mets derrière ce mot, pour moi l'essentiel c'est un ancien c'est quelqu'un à qui l'on doit beaucoup de respect, ne serait-ce que par rapport à toute sa vie, à tout ce qu'il a pu vivre, et tout ce qu'il a pu, qu'il a dû surmonter... »*

**Question N°4 : D'accord, on passe encore à une autre question donc : Quelles sont selon vous les attentes d'une personne âgée lors de sa prise en charge au bloc opératoire ?**

*« Alors je pense qu'elle attend de nous, comme tous les autres patients, d'ailleurs, finalement qu'on la prenne en soins, pas qu'on la traite d'ailleurs comme un patient lambda, dans le sens où avec un patient lambda, on lui expliquera ce qu'on fait, on se présentera, on demandera de se présenter. Le piège avec la personne âgée, c'est ou bien de dénigrer la personne ou de tomber dans l'enfantillage, donc je pense qu'elle attend de nous voilà le juste milieu, ni d'être pris pour un enfant, parce que des fois on a tendance à parler fort, à infantiliser et d'autres fois on aurait tendance peut être à "squeezer" un peu toute cette étape. Avec un adulte moins âgé on prendra plus de précautions, de pincettes. Non je pense que l'essentiel, c'est qu'on prenne la personne âgée en soins comme n'importe qui, de ne pas la reléguer au second plan, parce que c'est une personne âgée et en même temps ne pas la prendre pour une démente sénile parce qu'elle a un certain âge. »*

**(Relance) D'accord donc ses attentes sont différentes d'une personne jeune ?**

*« Oui, parce que je pense qu'une personne jeune, enfin je ne sais pas comment le formuler mais, une personne jeune pour elle ça coule de source qu'on va l'accueillir, qu'on va lui faire ceci, cela, .. Je ne trouve plus mon mot.... Alors que pour une personne âgée, pas avec tout le monde évidemment... il y a des gens biens avec certaines personnes, il y a cet effort supplémentaire à faire pour aller peut être recueillir les informations sur la façon dont la personne sera prise en charge, la personne âgée. »*

**Question N°5 : D'accord, donc quand vous accueillez une personne âgée, comment procédez-vous ?**

*« Très honnêtement comme je procéderai avec n'importe quel patient, à la différence que bien évidemment si c'est une personne âgée démente, ou qui a des troubles cognitifs, je m'adapterai bien sûr, si je vois que l'interrogatoire est impossible parce qu'elle est dans un autre univers et quelle est "déconnectée" de la réalité, j'adapterai mon langage... je ne pousserai peut être pas les informations à l'extrême, je me contenterai par exemple de l'identité et d'utiliser ensuite le dossier pour faire un recueil de données, après si c'est une personne qui présente toutes ses facultés mentales elle sera accueillie comme n'importe quel patient. Je me présente, je lui demande de se présenter, je lui parle de l'intervention, je lui demande si elle a des questions particulières. Et à la différence si c'est une personne âgée, et ça n'implique que moi, dans la mesure du possible et si la personne a envie d'en parler, j'aime beaucoup parler de son vécu, de son expérience, de sa vie, soit on parle de ses antécédents, s'il y en a, et du coup, de fil en aiguille on finit par parler de sa vie privée, soit on part d'emblée sur sa vie, son histoire, les personnes âgées ont toujours quelque chose de sympa à raconter mais ce n'est pas toujours le cas. »*

**Question N°6 : D'accord, donc est ce que vous avez eu une ou des formations spécifiques pour la prise en soins des personnes âgées ?**

*« A l'IFSI oui moi je suis de l'époque où on avait l'enseignement en modules et on avait un module entier "personne âgée " où l'on parlait des pathologies et peut être de l'approche de la personne âgée qui est un*

*peu différente. Oui à l'IFSI on l'a un peu évoqué, on va dire, j'aurais aimé un peu l'approfondir davantage mais cela a quand même été évoqué. En revanche j'avoue qu'à l'école d'IBODE ...pas du tout, ça n'a pas fait l'objet d'un enseignement, ni même d'une discussion, d'un échange, non je le déplore, mais non, on en a pas parlé. »*

**Est-ce que vous avez été entouré étant plus jeune de personnes âgées ?**

*« Ah oui absolument, j'ai malheureusement perdu ma mamie il n'y a pas longtemps, du coup j'ai quand même été amenée à les côtoyer, ma mamie, mon papi, des personnes âgées, mon voisin et j'ai côtoyé des personnes âgées pendant ma formation, pardon ma carrière puisque pendant un an et demi j'étais en service de long séjour. »*

*-D'accord,*

*-Voilà*

**Question N°7 : Que pourrait-on vous apporter pour améliorer leur prise en charge dans votre service ?**

*« Je dirais que la prise en charge est vraiment personnelle, cependant je pense qu'il faudrait sensibiliser un peu les professionnels. Déjà nous en tant qu'IBODE peut être en parler, ne serait-ce qu'avoir un échange pendant la formation, en parler, voir un petit peu le retour qu'ont les gens sur les différents lieux d'exercices. Et ensuite sur le terrain je dirais sensibiliser, voir les personnes. Très honnêtement j'ai déjà vu dans mon expérience professionnelle des prises en charge de personnes âgées qui m'ont fortement déplues, des gens qui n'avaient pas envie de prendre en soin et qui disaient "oh encore un vieux, pourquoi on le laisse pas crever" etc....donc avec ces personnes-là qui sont très réfractaires qui ont un problème dans la prise en charge de la personne âgée, il faudrait essayer de savoir pourquoi? Qu'elles peuvent en être les raisons? Est-ce que c'est des valeurs personnelles, est-ce que c'est du transfert? Est-ce qu'elles ont peur de quelque chose? Est-ce parce qu'on ne leur a jamais apporté de contenu théorique, de sensibilisation? Je dirais oui au fait d'apporter une sensibilisation au même titre qu'on sensibilise sur la prise en charge de la personne "psychiatrique" je ne sais pas enfin atteinte de pathologies psychiatrique pour être plus correcte, et apporter une prise en soins de la personne âgée, pour malgré tout même si je disais tout à l'heure que je vais prendre en soins comme n'importe quel patient, je pense finalement qu'il faut une attention toute particulière, et une attention un peu plus importante parce que il me semble que la personne âgée peut se sentir plus vulnérable, de par la vision déjà que la société a de la personne âgée et qui voit un peu la personne âgée comme une charge. Voilà »*

**(Relance) : Estimez-vous qu'une formation théorique pourrait vous permettre d'améliorer votre pratique, formation théorique basée sur la vieillesse et la personne âgée ?**

*« Ah oui complètement, comme je vous dis, parce qu'on est tous faits de représentations, on peut se faire des représentations fausses, partir d'à priori, je pense que c'est le genre de chose qu'on peut effacer ou atténuer ou en tout cas apporter des pistes de réflexion en apportant une formation théorique. Comme je vous le disais tout à l'heure encore une fois je refais le parallèle prendre en soins le patient atteint de pathologie mentale, ça s'apprend, on l'apprend alors pourquoi pas la personne âgée qui est différente, voilà, on*

*apprend bien la pédiatrie, la prise en soins de l'enfant, je ne dis pas que la personne âgée est un enfant mais je dis qu'elle a des besoins un peu différents quand même de la personne adulte. »*

**(Relance) : Et d'une formation basée sur la simulation ?**

*« Oui pourquoi pas je ne suis pas contre au contraire, être immergée dans la situation est la meilleure façon de voir comment on réagit à la situation et ce que l'on peut mettre en place pour palier à certains dysfonctionnements, qu'on aurait pu toucher du doigt dans ces simulations, je trouve que oui bien sûr ça permet de s'immerger et de voir concrètement ce qu'on fait "bien" ou "pas bien". »*

**Question N°8 : D'accord, bon vous avez quelque chose à rajouter ?**

*Oui, je dirais que c'est un sujet intéressant et la formation dont vous parlez serait vraiment bien aussi pour modifier les représentations qu'on a de la personne âgée et parce que, je pense que le fond du problème est là, il faut arrêter de les "vivre" comme une charge, oui, c'est quelque chose qu'il faut travailler, voilà tout.*

## Annexe 6

### Retranscription de l'entretien n°10

Entretien N°10 – Clinique semi Public/privée – 174 lignes – 2633 mots

**Question N°1 : Bonjour, je vais commencer mon entretien en te demandant quel est ton parcours professionnel ?**

*« Alors je suis IDE depuis 2004, IBODE depuis 2015 j'ai travaillé neuf ans dans un bloc opératoire d'une clinique polyvalente, bloc polyvalent, un an dans une clinique du sport et ça fait trois ans et demi que suis donc à X qui est une structure semi-public/semi-privée au bloc opératoire toujours, je n'ai travaillé qu'au bloc opératoire ».*

*- Très bien, merci.*

**Question N°2 : Qu'est-ce que pour toi la vieillesse si tu devais me donner une définition ?**

*« Processus biologique irréversible, voilà qui touche tout un chacun évidemment et ... avec une prise en charge particulière liée à cet état. Voilà »*

**Question N°3 : Donne-moi 5 mots qui représentent pour toi la personne âgée et justifies les si tu en ressens le besoin ?**

*« Qui caractérisent la personne âgée ? Respectueuse parce que on leur doit le respect c'est des personnes qui ont été jeunes et qui peuvent être en très bonne santé, vulnérables parce qu'effectivement quand on les voit au bloc opératoire c'est parce qu'elles ont eu un problème donc elles sont vulnérables, enrichissant parce que c'est des personnes qui aiment bien décrire leur parcours de vie qui ont toujours des choses à raconter de manière générale. J'en ai dit un, deux, trois, qu'est-ce que je peux te dire comme autre mot je dirais douceur et bienveillance parce que dans la prise en charge je trouve que, après c'est de manière générale, mais les personnes âgées ont besoin quand même de douceur qu'on soit bienveillant, qu'on soit à leur écoute et prendre du temps, voilà ça fait six quoi, 5, 4, ça fait 4 ? et qu'est-ce que je peux te dire d'autre, technicité parce qu'on est quand même au bloc opératoire et malgré un abord relationnel qui va être bienveillant et holistique, la prise en charge qui va être de cette manière-là, il y a quand même de la technicité parce que je parle toujours de manière générale, pour moi à mon sens quand je dis personne âgée au bloc opératoire c'est souvent de l'orthopédie donc il y a quand même de la technicité autour de leur prise en charge. »*

**- Hum, très bien donc ces 5 mots représentent la personne âgée pour toi ?**

*- Oui*

*- Très bien*

**Question N°4 : Qu'elles sont selon toi les attentes d'une personne âgée lors de sa prise en charge au bloc opératoire ?**

*« Je dirais qu'ils attendent de l'empathie, de la bienveillance, du temps parce que après c'est de manière générale bien sûr j'ai beaucoup d'affection et d'empathie pour eux mais la plupart si je dois faire une généralité ils réclament quand même un peu plus de temps parce que soit ils sont un peu plus diminués au*

*niveau cognitif, ou ils ne sont pas appareillés, ils n'y voient pas très bien, je dirais qu'ils attendent un peu plus de temps qu'un adulte ou toute personne en bonne santé parce qu'ils sont pour la plupart diminués, il y a des fois où ils vont très bien, bien sûr mais ceux qui sont un peu plus diminués ils ont besoin à mon sens de plus de temps pour bien les prendre en charge. Qu'est-ce qu'ils pourraient attendre ? de l'empathie, de la bienveillance, de l'écoute, du respect parce qu'il y en a qui ont tendance parce qu'il y a des personnes âgées qui ont des troubles cognitifs, qui sont un peu démentes, à être un peu moins respectueux, je mets toujours de l'importance à leur prise en charge et peu importe leur problème, leur déficit et leur trouble, je pense que c'est une prise en charge qui est globale et holistique je pense qu'ils attendent ça vraiment. Une prise en charge qui les prenne en tant qu'individu et qui respecte autant leur intimité que leur pudeur, que leur passé, que leur déficit et les troubles éventuels qu'ils peuvent avoir et je pense vraiment qu'ils doivent s'attendre à ça. »*

**D'accord très bien donc ces attentes sont différentes d'une personne jeune ?**

*« Oui tout à fait, parce que c'est ce que je te disais il y a des personnes âgées qui vieillissent très bien et qui ont des attentes comparables à des adultes. Mais pour côtoyer beaucoup de personnes âgées dans mon entourage personnel et dans mon entourage professionnel, même si elles sont en très bonne santé et si elles sont très âgées, elles ont quand même des attentes différentes d'un adulte parce que c'est ce que je te disais, de par leur déficit, leur trouble et même en raison du vieillissement naturel, elles mettent un peu plus de temps à comprendre, à entendre et à engranger une somme d'informations, je pense que la prise en charge à leurs yeux est différente d'un adulte. »*

*-Très bien d'accord*

**Question N°5 : Quand tu accueilles une personne âgée comment tu procèdes ?**

*« Alors je me présente toujours en disant mon prénom, pas mon nom, ma fonction, après je m'adapte à la personne âgée, il y a des personnes âgées qui ont besoin de contact physique donc si je sens qu'une main commence à se tendre, pas de soucis je leur donne la mienne et je m'approche d'elles pour avoir une relation vraiment d'égal à égal parce que dans le bloc opératoire où je travaille elles arrivent debout ou allongées et on met une grande importance au fait d'avoir une relation d'égal à égal entre le temps où on les accueille et le temps où on les installe. Donc si elles sont debout je me mets à leur niveau quitte à me baisser un petit peu et quand elles sont allongées très facilement effectivement soit je m'assoie à côté d'elles ou je me penche pour que vraiment on soit face à face parce que si elles ont un problème auditif, qu'elles n'ont plus leur appareil, qu'elles puissent lire sur mes lèvres et me comprendre plus facilement et si elles ont un problème de vue de m'identifier plus facilement parce qu'elles m'auront à côté. Après comment je procède? Je leur explique le plus calmement possible ce que je vais faire, et pas en disant "on" parce que je trouve que c'est indéfini pour elles, ça peut leur mettre le stress. Si elles veulent que je leur explique les choses parce qu'il y en a qui sont demandeuses et d'autres pas du tout, si elles sont très demandeuses sur la prise en charge pour la suite je leur explique comment on va procéder avec mon collègue, si elles ne sont pas du tout demandeuses, je les guide et je les accompagne mais sans rentrer dans les détails parce qu'elles ne m'ont rien demandé. Et après qu'est-ce que je fais de particulier? Non après je fais très attention comme avec tous les patients à leur intimité, à leur pudeur, au respect des informations personnelles, de pas les*

*communiquer à tout le monde, je leur demande si elles ont des questions, si elles ont des choses qu'elles ont mal compris et voilà. »*

**Question N°6 : As-tu eu une ou des formations spécifiques à la prise en soins des personnes âgées ?**

*« Non, je n'ai pas eu de formation spécifique, j'ai juste eu un petit chapitre, j'ai la formation gestes et postures il y a à peu près deux ans je dirais et effectivement il y avait un chapitre sur les personnes âgées, sur la manière dont il fallait les manipuler par rapport à cette formation gestes et postures leur prise en charge plus ou moins spécifique sous cet angle là mais après je n'ai jamais eu de formation et c'est bien dommage. »*

*- C'était une formation continue ?*

*- Oui c'était dans le cadre de la formation continue.*

*- Et tu maîtrises encore le contenu de cette petite formation que tu as eue ?*

*- Les grands axes, honnêtement les grands axes et pas les détails, voilà donc c'était la formation en deux mots gestes et postures au bloc opératoire par rapport au patient, par rapport à nous, par rapport à l'équipe pour comment manipuler les patients, comment nous tenir pour éviter les problèmes de dos et tout ça, les troubles musculo-squelettiques et par rapport à la personne âgée je me rappelle qu'il y avait un petit encart dessus sur la manière de les manipuler que effectivement ils ont la peau plus fragile, ils ont des troubles plus souvent que les adultes, des troubles cognitifs, des déficits et que par conséquent il faut les manipuler de manière plus spécifique et douce.*

*- D'accord*

**Question N°7 : Que pourrait-on apporter, selon toi, pour améliorer leur prise en charge au bloc opératoire ? Qu'est-ce qu'on peut apporter aux équipes ?**

*« Bien peut être des transmissions un peu plus ciblées tu vois par exemple préciser si la personne âgée entend bien ou pas, si elle a des appareils ou pas quand elle descend au bloc opératoire, parce que si elle a des lunettes ou pas, si elle peut les amener ou pas et ça au moins ça m'éclairerait au lieu de leur demander est-ce que vous voyez bien ? D'un coup d'œil je verrais "entend bien", "voit bien ou pas" s'il y a des troubles cognitifs parce que forcément ma prise en soins sera différente, je vais plus m'appuyer sur le dossier si la personne ne peut pas me répondre ou la mettre mal à l'aise si elle a des troubles cognitifs, des pertes de mémoire. Je m'appuierai plus sur le dossier que sur sa parole pour ne pas la mettre en défaut ou la mettre mal à l'aise parce que c'est déjà un moment difficile au bloc donc je n'ai pas envie d'accentuer ce malaise. Après effectivement ça me servirait par exemple pour quelqu'un qui a une démence ou une pathologie de type Alzheimer, ça me servirait de savoir à quoi la raccrocher par exemple. Est-ce qu'il y a toujours quelque chose qui les raccroche ? donc raccrocher à quelque chose pour la rassurer ou quitte à faire venir comme on le fait des fois, une personne ressource. La personne ressource peut les accompagner jusqu'à la porte du bloc opératoire et dans ces cas là je vois d'un coup d'œil, c'est "tchecké" et voilà, ça c'est fait. Je perds moins de temps et les informations sont collectées et je peux me concentrer plus sur le patient plutôt que de rester pendant dix minutes sur le dossier alors que la personne est en attente et même si elle a un trouble cognitif ou qu'elle a une pathologie dégénérative au moins elle voit que je m'occupe d'elle. Moi j'aimerais bien avoir ce genre de support franchement et ça serait chouette. »*

- D'accord

**(Relance) : Est-ce que tu penses qu'une formation théorique pourrait te permettre d'améliorer tes pratiques ?**

« Tout à fait, toutes les études, je ne les ai pas en tête, toutes les études disent que la population est vieillissante et que forcément je crois que c'est en 2050 il y aura je crois 60% de personnes de plus de 65 ans un truc comme ça. Enfin bref on va "tchecker" mais on va avoir de plus en plus de prise en soins de patient qui sont âgés alors après je ne sais pas troisième âge, quatrième âge quelle est la différence? mais des patients de plus en plus âgés et donc oui c'est une nécessité du fait que la population est vieillissante d'avoir une prise en soins qui est différente quoi qu'on en fasse la prise en soins est différente d'un adulte. Donc oui, à mon avis c'est nécessaire d'avoir des formations, d'avoir des supports théoriques et pratiques pour avoir et améliorer notre prise en charge de ces patients. »

**(Relance) : Et d'une formation basée sur la simulation ? J'entends par simulation le fait d'être mis à la place de la personne c'est-à-dire avec plus ou moins de handicaps en lui faisant faire le parcours d'un service de chirurgie jusqu'au bloc opératoire à la salle d'intervention.**

« Oui ça serait super à mon sens parce que je pense qu'il y a beaucoup de gens qui comprennent enfin beaucoup de professionnels qui peuvent comprendre certains problèmes en y étant confrontés. Moi par exemple je suis sourde unilatérale, je comprends les personnes âgées, la façon dont il faut s'exprimer avec elles parce que j'ai la même pathologie. Donc ça change ma façon de faire si tu veux si les patients sont appareillés, je ne vais pas leur crier dans les oreilles parce qu'au bloc je me rends compte qu'ils n'ont pas leurs appareils. Je sais en raison de mon problème personnel comment il faut se confronter à eux. Et à mon sens il y a beaucoup de professionnels, il y a beaucoup de gens qui marchent comme ça dans la théorie de l'apprentissage en faisant en pratique les choses, ils vont mieux comprendre les choses qu'en ayant un cours magistral par exemple. Donc j'avais vu ça pendant mes études d'IBODE j'avais vu qu'il y avait des simulations qui existaient, alors c'est des poids je crois que tu mets aux poignets, à toutes les articulations, des lunettes qui te font simuler d'avoir 85 ans que tu es arthrosique et que tu as des problèmes de santé. Et j'avais trouvé ça vraiment bien et je pense que cela se faisait au niveau de l'IFSI, ou de l'école d'aide-soignant. Il faisait marcher les élèves avec cet appareillage pour simuler la condition physique d'une personne de 85 ans arthrosique avec des prothèses et j'avais trouvé ça vraiment très bien et dommage que nous n'ayons pas accès à cela les IDE ou bien les IBODE parce que ça nous permettrait de mieux comprendre leur état physique grâce à cette simulation. Je pense donc que les théories de l'apprentissage ça passe souvent par de la simulation et non pas par des cours magistraux et théoriques et il faut pratiquer à mon sens plutôt que d'observer. »

- Et bien très bien.

**Question N°8 : Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?**

« Non, mais je pense que ton sujet est un très bon sujet parce que effectivement c'est ce qu'on disait pendant l'entretien, la population elle est vieillissante donc il va être plus d'actualité que jamais ton sujet. Je trouve que malheureusement il y a beaucoup de personnes âgées qui ne sont pas bien prises en charge au bloc opératoire de par leur pathologies dégénératives ou leur troubles cognitifs parce qu'il y a une sorte d'a

*priori qui se crée et qui fait qu'il n'y a pas de relation possible avec elles, qui fait que c'est bien dommage que les personnes ne soient pas prises en soins de la manière dont elle devraient l'être et c'est très bien justement que tu essayes de faire bouger les choses et qu'il y ait des supports et des choses qui bougent et voilà on leur doit le respect ce sont des adultes avant nous et oui je pense que c'est très bien. »*

*- Et bien merci d'avoir répondu à mes questions.*

*-Avec plaisir*



## Annexe 7

**Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 2**

<b>Entretien IBODE N°1</b>	
<b>Thèmes ciblés</b>	<b>Eléments de réponse</b>
Définition de la vieillesse	<p>L.17-20 « <i>la vieillesse c'est un état physique, et un état combiné à un état psychique, c'est-à-dire quand on devient vieux, qu'on a un certain âge, on a nombreuses années de vie derrière nous et...à côté de ça, quand on est vieux aussi, on a une expérience de vie, un vécu énorme (...)</i> »</p> <p>L.21 « <i>un état physique et un âge, je dirais un état psychique lié à un vécu, une expérience importante</i> »</p>
Perception de l'état des personnes âgées	<p>L.24-27 « <i>ça dépend vraiment des personnalités, parce qu'il y a des gens pour qui vieillir ne pose aucun problème et il y a des gens qui ont beaucoup d'appréhension quant à cet état-là, et qu'au fur et à mesure des années, ils l'acceptent plus ou moins bien</i> »</p> <p>L.27-37 « <i>ça dépend donc de l'acceptation des années qui passent, de comment on l'accepte, comment on le vit, je dirais que cela dépend aussi de notre état physique parce que lorsque l'on vieillit, qu'on est en bonne santé et qu'on a pas de problèmes particuliers, on le vit bien, on continue à avoir des activités, à voir du monde, à avoir une vie sociale, on le vit mieux et ça dépend aussi je dirais de l'entourage, de ce qu'on associe à la vieillesse, de notre culture, parce que dans certaines cultures la vieillesse c'est l'accomplissement, ce n'est pas une fatalité c'est logique, une étape logique obligatoire qu'on accepte très bien et même c'est quelque part une reconnaissance parce que dans certaines cultures, je sais que la personne âgée a la place de leader, de commandant, de personne qui détient un peu le savoir, ça dépend de tout ça à mon sens.</i> »</p>
<b>Entretien IBODE N°2</b>	
Définition de la vieillesse	<p>L.12-17 « <i>Alors pour moi il y a 2 genres de vieillesse, c'est très personnel comme réponse, je pense qu'il y a la vieillesse physiologique, on peut tomber sur des personnes qui ont 40 ans et qui ont un corps qui semble avoir le double, qui n'ont pas une bonne hygiène de vie, qui ne sont pas très soigneuses, qui se laissent aller et puis a contrario on peut tomber sur des personnes de 80 ans qui sont en bon état physiologique, et puis il y a la vieillesse psychique</i> »</p> <p>L.17-20 « <i>Il y a des personnes âgées qui vieillissent et qui sont très dynamiques, qui ont toute leur tête, qui font beaucoup d'activités, et a contrario des gens qui sont un peu plus jeunes qui sont beaucoup plus renfermés, pour moi il y a 2 genres de vieilleses.</i> »</p>
Perception de l'état des personnes âgées	<p>L.36 « <i>Je vous dirais ça dans 40 ans</i> »</p> <p>L38-44 « <i>Je pense qu'on peut se dire que le temps est vite passé selon la vie qu'on a vécue, se remémorer des moments, je pense qu'on est plus à regarder dans le rétroviseur que devant soit, quand même parce que la vie est derrière nous. Je pense que cela ne doit pas être facile tous les jours de se voir sur la pente descendante, ce n'est pas le cas pour tout le monde, de se rendre compte que les facultés diminuent, ça peut être cognitif ou physique. Mais à côté de ça, cela peut être aussi prendre conscience de la chance d'y être arrivé</i> »</p> <p>L46-49 « <i>prendre aussi du temps et se rendre compte qu'on peut être fier de ce qu'on a pu réaliser selon ce que l'on a vécu. Pour ma part j'ai une famille donc voilà, j'aurais vu évoluer ma famille avec fierté, j'espère, voilà un regard avec beaucoup de recul sur la vie et sur un</i></p>

	<i>aspect néfaste côté physique et sympa côté intellectuel je pense. »</i>
<b>Entretien IBODE N°3</b>	
Définition de la vieillesse	L.10-11 « <i>la vieillesse c'est quand on prend de l'âge, après à partir de quel âge? je ne saurais pas le dire, mais c'est plus on avance dans le temps, plus on est vieux »</i>
Perception de l'état des personnes âgées	L43 « <i>différent »</i> L.45-47 « <i>on se sent rejeté parce que je pense que l'on doit se dire qu'il y a plein de choses que l'on ne peut plus faire, on est enfermé dans un corps qui n'est pas forcément ce qui reflète notre esprit et comment on aurait envie d'être. »</i>
<b>Entretien IBODE N°4</b>	
Définition de la vieillesse	L.23-26 « <i>on pense à l'âge, voilà après je pense que c'est plus par rapport à une philosophie c'est-à-dire qu'il y a des gens qui sont vieux en âge mais qui sont jeunes dans leur tête et inversement... Voilà nous ici quand on dit vieux c'est une personne âgée. »</i>
Perception de l'état des personnes âgées	L.30-32 « <i>je pense que quand ils arrivent ici c'est qu'ils sont forcément malades ou en tout cas qu'ils ont subi un traumatisme donc, ils se sentent peut être en infériorité, en tous cas diminués. »</i>
<b>Entretien IBODE N°5</b>	
Définition de la vieillesse	L.9-10 « <i>C'est un stade de la vie comme l'adolescence c'est voilà, c'est la fin du parcours d'une vie mais ça peut durer un certain temps. »</i>
Perception de l'état des personnes âgées	L.12-13 « <i>Je pense qu'on se sent comme un poids pour les gens qui nous entourent et qu'on veut déranger le moins possible. »</i>
<b>Entretien IBODE N°6</b>	
Définition de la vieillesse	L.9 « <i>Une étape de notre vie. »</i>
Perception de l'état des personnes âgées	L.11-13 « <i>Je ne sais pas (rire).. »</i> L.15 « <i>Moi à mon âge je ne me sens pas âgé donc je ne peux pas te dire ce que l'on peut ressentir »</i> - <i>D'accord, ce n'est pas évident.</i> - <i>Ca veut dire quoi âgé? A partir de quel âge? Je ne sais pas</i> L17-19 « <i>ça dépend de son état psychologique, ça dépend de son état physique, de ses antécédents, ça dépend de beaucoup de choses, donc moi aujourd'hui je ne peux pas te dire ce que l'on ressent »</i>
<b>Entretien IBODE N°7</b>	
Définition de la vieillesse	L11-12 « <i>comment définir la vieillesse ? c'est un chemin de vie...rempli d'expériences négatives, positives, avec parfois une dissociation corps et esprit. »</i>
Perception de l'état des personnes âgées	L14-19 « <i>Ça c'est une personne dépendante, on ne sait pas ce que c'est qu'être âgé, on peut être âgé à soixante ans, comme tu peux être âgé à 80 ans, mais ne pas avoir une pleine forme physique. Il y a la forme physique et psychologique aussi qui est importante, donc comment peut-on se sentir? Le poids des années peut être, physiquement ça c'est sûr, mais après intellectuellement ou psychologiquement tu peux être très bien jusqu'à la fin de tes jours. »</i>
<b>Entretien IBODE N°8</b>	
Définition de la vieillesse	L.10-11 « <i>Alors pour moi ce serait le fait qu'on prenne de l'âge et du coup qu'on développe certaines maladies et c'est plutôt la fin de la vie on va dire. »</i>
Perception de l'état des personnes âgées	L.27-31 « <i>je pense que ça dépend de l'état dans lequel elles sont, si elles présentent des maladies, de l'environnement social, si elles ont encore de la famille, un mari ....Mais je pense quand même qu'on peut se sentir plutôt diminué, enfin en moins bonne forme qu'on a pu l'être auparavant et puis on peut aussi se sentir seul, justement si on n'a pas de famille, pas de proche, personne autour de nous. »</i>

<b>Entretien IBODE N°9</b>	
Définition de la vieillesse	L14-17 « <i>c'est une continuité de la vie, c'est devenir vieux un petit peu avec toute son expérience et "ses valises", puis après c'est physiquement être de plus en plus diminué.</i> »
Perception de l'état des personnes âgées	L20-22 « <i>Alors ya deux écoles, il y a la réalité ou la personne âgée se sent de plus en plus diminuée physiquement, de moins en moins autonome et cherche son utilité également et la deuxième école euh non moi je le vois plutôt comme je viens de te le décrire.</i> »
<b>Entretien IBODE N°10</b>	
Définition de la vieillesse	L10-11 « <i>Processus biologique irréversible, voilà qui touche tout un chacun évidemment et ... avec une prise en charge particulière liée à cet état</i> »
Perception de l'état des personnes âgées	

## Annexe 8

### Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 3

<b>Entretien IBODE N°1</b>	
<b>Thème ciblé</b>	<b>Eléments de réponse</b>
Représentation/perception de la personne âgée	L.39 « <i>l'expérience, ...le vécu, »</i> L.40-41 « <i>un mot à connotation négative mais je dirais quand même dégradation parce qu'il y a une dégradation des capacités physiques, des capacités parfois intellectuelles »</i> L.42-43 « <i>le temps qui passe et ancien avec toute la connotation respectueuse que je mets derrière »</i> L.44-45 « <i>un ancien c'est quelqu'un à qui l'on doit beaucoup de respect, ne serait-ce que par rapport à toute sa vie, à tout ce qu'il a pu vivre, et tout ce qu'il a pu et qu'il a dû surmonter... »</i>
<b>Entretien IBODE N°2</b>	
Représentation/perception de la personne âgée	L.25-27 « <i>c'est pour moi 70 ans, voilà pour moi c'est la frontière où l'on s'arrête à un âge avancé, je considère que c'est une vraie personne âgée à 70 ans, que ce soit physiologique, je pense qu'à 70 ans quand même tu commences à sentir le poids des ans »</i> L.28-32 « <i>la démence parce que malheureusement c'est ce qui arrive, c'est une pathologie que l'on voit souvent chez les personnes âgées, qui je pense arrive avec l'âge, l'impotence, dans le sens où en avançant dans l'âge, physiquement on a quand même les capacités qui diminuent, physiques, respiratoires... donc voilà, il me manque 2 mots (silence), j'ai du mal à vous les trouver... »</i>
<b>Entretien IBODE N°3</b>	
Représentation/perception de la personne âgée	L.14 « <i>Sagesse, handicap, cinq, les grands parents, la maladie, Alzheimer... »</i>
<b>Entretien IBODE N°4</b>	
Représentation/perception de la personne âgée	L.37 « <i>Je dirais retraite, rides, cheveux blancs, maturité et expérience. »</i>
<b>Entretien IBODE N°5</b>	
Représentation/perception de la personne âgée	L.16-18 « <i>La maturité par l'expérience qu'ils ont eue tout au long de leur vie, les conseils pour les erreurs qu'ils auront faites, les leçons de la vie, l'empathie parce qu'ils sont plus à même de comprendre certaines situations... »</i> L.21 « <i>Euh... je ne sais pas...je »</i>
<b>Entretien IBODE N°6</b>	
Représentation/perception de la personne âgée	L.24-25 « <i>« l'expérience, la peau fragile, 5 mots? la personne âgée 5 mots? fracture du col (rire) 5 mots, je ne sais pas, j'en ai déjà 3 c'est déjà pas mal (rire). »</i> L.27 « <i>Mais après je ne sais pas, bienveillance aussi, voilà tu en as 4, c'est déjà pas mal (rires) »</i>
<b>Entretien IBODE N°7</b>	
Représentation/perception de la personne âgée	L.22-23 « <i>l'expérience, la famille, cinq? la transmission, la solitude aussi parfois parce que ça va aussi de pair »</i> L.25 « <i>la pugnacité !!»</i> L.27-28 « <i>Oui, quand même, parce que pour vivre longtemps il faut se donner les moyens aussi, donc je pense que c'est ça. »</i>
<b>Entretien IBODE N°8</b>	
Représentation/perception de la personne âgée	L.14-15 « <i>On va dire dépendance, maladie, démence, perte de mobilité et médicaments. »</i>
<b>Entretien IBODE N°9</b>	
Représentation/perception	L.26-29 « <i>je dirais l'expérience, le travail, comment je pourrais dire</i>

de la personne âgée	<i>ce mot-là? l'empathie, bienveillant, donc j'en ai trois, la famille et fardeau. Fardeau parce que c'est quand tu deviens âgé, tu deviens un fardeau voilà tu as toute ta vie sur tes épaules. »</i>
<b>Entretien IBODE N°10</b>	
Représentation/perception de la personne âgée	<p>L.14-19 « <i>Respectueuse, parce qu'on leur doit le respect ce sont des personnes qui ont été jeunes et qui peuvent être en très bonne santé. Vulnérable parce qu'effectivement quand on les voit au bloc opératoire c'est parce qu'elles ont eu un problème donc elles sont vulnérables. Enrichissant parce que ce sont des personnes qui aiment bien décrire leur parcours de vie et qui ont toujours des choses à raconter de manière générale »</i></p> <p>L.20-23 « <i>Je dirais douceur et bienveillance parce que dans la prise en charge je trouve de manière générale que les personnes âgées ont besoin quand même de douceur qu'on soit bienveillant, qu'on soit à leur écoute et que l'on prenne du temps »</i></p> <p>L.24-28 « <i>Technicité parce qu'on est quand même au bloc opératoire et malgré un abord relationnel qui va être bienveillant et holistique, la prise en charge va être quand même de la technicité parce que je parle toujours de manière générale, pour moi à mon sens quand je dis personne âgée au bloc opératoire c'est souvent de l'orthopédie donc il y a quand même de la technicité autour de leur prise en charge »</i></p>

## Annexe 9

### Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 4

<b>Entretiens IBODE N°1</b>	
<b>Thèmes ciblés</b>	<b>Eléments de réponse</b>
Identification des attentes de la personne âgée.	<p>L.49-51 « <i>comme tous les autres patients, d'ailleurs, finalement je pense qu'elle attend de nous qu'on la prenne en soins, mais qu'on ne la traite pas comme un patient lambda</i> »</p> <p>L.50-56 « <i>le juste milieu, ne pas être prise pour un enfant, parce que parfois on a tendance à parler fort, à infantiliser la personne âgée</i>»</p> <p>L.60-62 « <i>elle a envie d'être prise en soins comme n'importe qui, ne pas être reléguée au second plan parce que c'est des "vieux" et en même temps ne pas être prise pour une démente sénile parce qu'elle a un certain âge</i> »</p>
Différence des besoins par rapport à une personne jeune	L.64-68 « <i>oui parce que je pense que pour une personne jeune(...) ça coule de source qu'on va l'accueillir, qu'on va lui faire ceci, cela, (...) alors que pour une personne âgée(...), il y a cet effort supplémentaire à faire pour aller peut être recueillir les informations sur la façon dont la personne sera prise en charge</i> »
<b>Entretiens IBODE N°2</b>	
Identification des attentes de la personne âgée.	<p>L.52 « <i>Beaucoup d'attentions, beaucoup de délicatesse</i> »</p> <p>L.53-59 « <i>Elle a beaucoup de craintes déjà par rapport à l'hôpital en général et par rapport au bloc opératoire encore plus, parce que je pense que dans sa tête ça doit évoquer peut être ...la mort. J'emploie un terme un peu fort mais je pense c'est une crainte que beaucoup de personnes âgées ont. Il faut avoir beaucoup d'empathie, une attitude sécurisante, attentionnée et faire attention justement à leurs déboires physiques parce que ce sont des personnes plus fragiles que les patients qu'on peut prendre en charge plus fréquemment au bloc.</i> »</p>
Différence des besoins par rapport à une personne jeune	<p>L.62-63 « <i>Je pense qu'il y a des côtés qui sont similaires parce qu'il soit jeune ou moins jeune, un être humain a le droit aux mêmes prestations</i> »</p> <p>L.64-70 « <i>ça dépend de l'état psychologique dans lequel ils arrivent, (...) parce que moi je me dis personnellement si je me projette, si je dois aller au bloc à 40 ans ou à 80 ans, je préfère y aller à 80 ans à choisir, j'ai plus de choses à faire à 40 ans qu'à 80 ans, donc je ne sais pas, c'est difficile de répondre et, je pense qu'on a tous le droit aux mêmes attentes et aux mêmes attentions.</i> »</p>
<b>Entretiens IBODE N°3</b>	
Identification des attentes de la personne âgée.	L.17 « <i>Je pense qu'elle ne veut pas avoir de prise en charge différente d'un autre patient</i> »
Différence des besoins par rapport à une personne jeune	L.21 « <i>pour moi elles ne sont pas différentes.</i> »
<b>Entretiens IBODE N°4</b>	
Identification des attentes de la personne âgée.	L.41-43 « <i>qu'elle ait affaire à des jeunes qui soient aimables en tout cas au premier abord, des gens compétents, voilà, être aimable, être compétent sentir qu'elle peut avoir confiance en nous, se sentir rassurée</i> »
Différence des besoins par rapport à une personne jeune	<p>L.45-46 « <i>Non, je crois que quand ils arrivent ici ils sont tous à peu près dans le même état d'esprit</i> »</p> <p>L.47-50 « <i>ce qu'ils attendent c'est que l'on soit aimable, que l'on</i></p>

	<i>fasse preuve de compétences et de confiance, de les rassurer qu'ils se sentent, qu'ils soient surtout en sécurité parce qu'ils arrivent dans un milieu qu'ils ne connaissent pas forcément, ça angoisse toujours un peu d'aller vers quelque chose qu'on ne connaît pas »</i>
<b>Entretiens IBODE N°5</b>	
Identification des attentes de la personne âgée.	<i>L.29-30 « Pas différentes mais pour moi, la personne âgée est plus en demande peut être qu'un patient plus jeune »</i>
Différence des besoins par rapport à une personne jeune	<i>L.32 « Et plus sensible à ça en tout cas »</i>
<b>Entretiens IBODE N°6</b>	
Identification des attentes de la personne âgée.	<i>L.30 « La même que pour une personne jeune »</i>
Différence des besoins par rapport à une personne jeune	<i>L.32-34 « Comme pour un enfant, je veux dire que c'est pas l'âge qui va engendrer une prise en charge différente, normalement. Mais chaque patient a une prise en charge adaptée, mais ce n'est pas l'âge qui va faire, qui doit faire la différence »</i>
<b>Entretiens IBODE N°7</b>	
Identification des attentes de la personne âgée.	<i>L.33-34 « même les jeunes ont besoin qu'on leur explique donc je ne vois pas la différence » L.34-36 « prendre bien soins de leur corps, ils ont souvent froid, mal, donc respecter leur passé aussi dans ce qu'ils ont vécu, dans ce qu'ils sont ou leur présent » L.38-40 « peut-être ils ont des bulles rétrécies, donc arriver à bien définir d'emblée je pense que les besoins sont plus raccourcis si on reste dans la pyramide de Maslow » L.41-42 « je pense qu'il faut cibler d'avantage avec eux »</i>
Différence des besoins par rapport à une personne jeune	<i>L.40-41 « on n'a pas les mêmes besoins quand on est jeune que lorsque l'on est plus âgé..., » L.42-44 « Les jeunes faut le faire aussi mais ce n'est pas les mêmes peut être revoir les cibles d'accueil pour la personne âgée mais de là à déterminer l'âge de la personne âgée c'est autre chose »</i>
<b>Entretiens IBODE N°8</b>	
Identification des attentes de la personne âgée.	<i>L.19-23 « Une personne âgée s'attend à recevoir la même prise en charge qu'une personne jeune donc c'est-à-dire la gestion du stress, si elle a des douleurs, qu'elles soient prises en compte dans ses déplacements, qu'elle soit accueillie comme une autre personne et après je pense que suivant son état psychologique et physique, il se peut suivant les personnes, qu'elle soit prise en charge différemment par l'équipe »</i>
Différence des besoins par rapport à une personne jeune	<i>L.24-25 « j'essaie de me mettre à la place d'une personne âgée, j'aimerais être prise en charge comme tout autre personne, un enfant ou un adulte »</i>
<b>Entretiens IBODE N°9</b>	
Identification des attentes de la personne âgée.	<i>L.34-36 « c'est d'être considérée, la considération, c'est primordial être une personne à part entière, elle a besoin d'être rassurée parce qu'elle ne sait pas trop où elle va »</i>
Différence des besoins par rapport à une personne jeune	<i>L.36-37 « la différence avec une personne jeune, pour moi il n'y en a pas »</i>
<b>Entretiens IBODE N°10</b>	
Identification des attentes de la personne âgée.	<i>L.34 « qu'ils attendent de l'empathie, de la bienveillance du temps » L.36-39 « ils réclament quand même un peu plus de temps parce qu'ils sont soit un peu plus diminués au niveau cognitif, ou ils ne sont pas appareillés, ils n'y voient pas très bien, je dirais qu'ils attendent un peu plus de temps qu'un adulte ou toute personne en</i>

	<p><i>bonne santé parce qu'ils sont pour la plupart diminués »</i></p> <p><i>L.42-44 « de l'écoute, du respect parce qu'il y en a qui ont tendance, parce que ce sont des personnes âgées qui ont des troubles cognitifs, qui sont un peu démentes, à être un petit peu moins respectueux. »</i></p> <p><i>L.46-49 « une prise en charge qui est globale et holistique (...)</i>  <i>Qu'on les prenne en tant qu'individu et que l'on respecte autant leur intimité que leur pudeur, que leur passé, que leur déficit et les troubles éventuels qu'ils peuvent avoir. »</i></p>
<p>Différence des besoins par rapport à une personne jeune</p>	<p><i>L.51 « Oui tout à fait »</i></p> <p><i>L.55-58 « des attentes différentes d'un adulte parce que d'une part c'est ce que je te disais, leur déficit, leur trouble et même parce qu'en raison du vieillissement naturel ils mettent un peu plus de temps à comprendre, à entendre et à engranger une somme d'informations, je pense que la prise en charge à leurs yeux est différente d'un adulte »</i></p>



## Annexe 10

### Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 5

<b>Entretien IBODE N°1</b>	
<b>Thèmes ciblés</b>	<b>Eléments de réponse</b>
Accueil de la personne âgée	<p>L.74-75 « <i>comme je procéderai avec n'importe quel patient, à la différence que bien évidemment si c'est une personne âgée démente, ou qui a des troubles cognitifs</i> »</p> <p>L.77-79 « <i>j'adapterai mon langage... je ne pousserai pas peut être la recherche d'informations à l'extrême, je me contenterai par exemple de l'identité et d'utiliser ensuite le dossier pour faire un recueil de données</i> »</p> <p>L.81-88 « <i>je me présente, je lui demande de se présenter, je lui parle de l'intervention, je lui demande si elle a des questions particulières. Et avec une personne âgée, et ça n'implique que moi, dans la mesure du possible et si la personne a envie d'en parler, j'aime beaucoup parler de son vécu, de son expérience, de sa vie, soit on parle de ses antécédents et de fil en aiguille on finit par parler de sa vie privée, soit on part d'emblée sur sa vie, son histoire. Les personnes âgées ont souvent quelque chose de sympa à raconter, mais ce n'est pas toujours le cas</i> »</p>
Prise en charge spécifique	L.80 « <i>elle sera accueillie comme n'importe quel patient</i> »
<b>Entretien IBODE N°2</b>	
Accueil de la personne âgée	L.73-81 « <i>Déjà j'essaie de regrouper les autres membres de l'équipe, que l'on soit ensemble et que l'on ait une prise en charge globale. J'y vais toujours sans le masque, j'arrive souriant, chaleureux, j'essaie de la rassurer, d'instaurer une relation de confiance dès le premier contact, de la mettre en confiance, de la rassurer, de lui demander comment ça va, de voir si elle est algique déjà avant qu'on fasse quoi que ce soit, après je procède aux étapes de la check-list une fois que j'ai essayé de tisser un premier lien relationnel et puis j'essaie de m'adapter à ses ressources si c'est quelqu'un d'âgé, qui est sourd, qui est dément. il faut adapter la communication en fonction de la personne que l'on a en face de soi. »</i>
Prise en charge spécifique	<i>Elle doit être individualisée</i>
<b>Entretien IBODE N°3</b>	
Accueil de la personne âgée	L.23-26 « <i>Je lui demande si elle entend bien, si elle n'entend pas bien, je vais me mettre à côté pour parler à son oreille, valide ou pas valide d'ailleurs il faut essayer de trouver un moyen de communiquer, mais déjà savoir si elle est capable d'entendre ce que l'on lui dit. Je me rapproche d'elle. »</i>
Prise en charge spécifique	L.28-29 « <i>Non parce que si c'était une personne sourde plus jeune en tout cas moi j'aurais fait la même chose. »</i>
<b>Entretien IBODE N°4</b>	
Accueil de la personne âgée	L56-59 « <i>Déjà je me présente, je dis qui je suis, je dis mon prénom, je lui demande si elle sait un peu ce que l'on va lui faire, si elle a eu des explications ou pas. Si elle demande j'essaie de la renseigner en fonction de ce qu'elle sait, voilà j'essaie de la sécuriser, de lui expliquer comment ça va se passer, lui dire qu'elle est en sécurité, qu'elle soit rassurée de lui apporter du réconfort, de la sécurité. Ensuite je vais lui demander si elle a des questions, je vais essayer d'y répondre, après on rentre dans le processus professionnel donc il y a l'interrogatoire à l'arrivé au bloc opératoire voilà. »</i>
Prise en charge spécifique	L.62 « <i>il y a forcément une différence parce que déjà tu ne parles pas</i>

	<p>des mêmes sujets »</p> <p>L.63-64 « d'adapter la communication par rapport... à leur âge, par rapport à leur métier, à leur façon de vivre »</p> <p>L.64-69 « on ne va pas avoir les mêmes intérêts quand tu parles avec une personnes âgée ou avec une personne jeune, après la base reste la même parce que tu expliques ce qui va se passer, comment ça va se passer, où elle est, ce qu'on va lui faire , après si tu sens que la personne est un peu stressée, tu vas essayer de parler d'un sujet qu'elle aime bien, donc ça ne sera pas forcément les mêmes sujets »</p> <p>L.75-77 « Après on n'a pas forcément le même discours avec quelqu'un de jeune ou quelqu'un de plus âgé »</p>
<b>Entretien IBODE N°5</b>	
Accueil de la personne âgée	L.35-39 « <i>je me présente avec mon prénom parce que je trouve important de pas avoir juste une fonction avec l'étiquette d'infirmière de bloc sur le front et après je pense que du coup je suis plus tactile avec les personnes âgées qu'avec les personnes plus jeunes, j'ai plus tendance à leur prendre la main ou à leur caresser le bras, chose que ne je fais pas forcément avec les autres. »</i>
Prise en charge spécifique	L.35 « <i>au départ pas différemment d'une personne plus jeune »</i>
<b>Entretien IBODE N°6</b>	
Accueil de la personne âgée	L.36-42 « <i>premier contact, je vais comprendre son état en fait, ses antécédents, effectivement la personne âgée si elle a des problèmes auditifs je vais m'adapter à elle en fait, je ne vais pas me contenter de regarder le dossier. Il faut rentrer en contact avec elle, essayer de communiquer et adapter la prise en charge, c'est ça, c'est important, (...) je ne suis pas quelqu'un qui fait des "chichis", en fait j'essaie d'aller à l'essentiel dans la qualité et être assez efficace »</i>
Prise en charge spécifique	L.33-34 « <i>chaque patient a une prise en charge adaptée, mais ce n'est pas l'âge qui va faire, qui doit faire la différence »</i>
<b>Entretien IBODE N°7</b>	
Accueil de la personne âgée	L.46-57 « Je me présente déjà, après voir s'ils entendent ou s'ils voient, ça c'est important donc tu trouves le canal de communication donc s'ils n'entendent pas tu t'approches d'eux, s'ils ne voient pas tu leur expliques le déroulement de l'intervention, tu prends connaissance de leurs antécédents, pourquoi ils sont là et puis l'environnement familial, comment dire la... ce qu'ils ont vécu, pourquoi ils sont là (...) prendre en compte s'ils sont seuls, pas seuls, s'ils sont accompagnés, la famille (...) bien les couvrir ça c'est sûr, c'est un élément important pour moi le froid parce que j'ai toujours froid donc c'est important et puis après tout leur expliquer, répondre à leurs questions s'ils en ont, induire une communication de sorte qu'ils puissent poser des questions s'ils en éprouvent le besoin, et après l'écoute, l'accueil, voilà je sais pas. On le fait peut être naturellement je n'en sais rien, voilà. »
Prise en charge spécifique	L.60 « Je pense, il me semble que oui. » L.62-64 « Ce n'est pas la même chose, ce n'est pas les mêmes besoins, les mêmes ressentis, les mêmes vies, le même vécu, il y a plein de choses à prendre en compte voilà. »
<b>Entretien IBODE N°8</b>	
Accueil de la personne âgée	L.33-39 « Je me présente, je lui pose toutes les questions relatives à sa sécurité, l'identité-vigilance, ce pour quoi elle est là, Est-ce qu'elle est bien à jeun.... Puis je lis aussi le dossier médical ou la feuille d'anesthésie qui me permettront de voir les pathologies et je m'assure de poser toutes les questions nécessaires pour assurer sa sécurité pour la suite de la prise en charge. Si elle a des questions, je réponds à ses questions, si elle a besoin d'être rassurée je ferai tout ce que je peux pour la rassurer. »
Prise en charge spécifique	L.25 « j'aimerais être prise en charge comme toute autre personne, un

	enfant ou un adulte »
<b>Entretien IBODE N°9</b>	
Accueil de la personne âgée	L.39-46 «Je fais mon accueil carrément bien, je lui souris, je me présente déjà je lui explique où elle se trouve et après je vais lui demander son identité, pourquoi elle est là, est-ce qu'elle a besoin qu'on lui explique quelque chose, et après est-ce qu'elle a besoin qu'on la rassure, qu'on la touche, en fait je lui demande quelles sont ses attentes, si elle est bien, si elle a besoin qu'on la réchauffe, qu'on la couvre voilà, on lui explique le déroulement de son passage au bloc et au niveau des transferts. On va lui expliquer comment ça va se passer parce que c'est une personne qui risque d'avoir peur lors du transfert, ou mal donc je vais m'occuper d'elle : la protéger. »
Prise en charge spécifique	L.36-37 « la différence avec une personne jeune, pour moi il n'y en a pas »
<b>Entretien IBODE N°10</b>	
Accueil de la personne âgée	L.61-82 « Alors je me présente toujours en disant mon prénom, pas mon nom, en disant mon prénom ma fonction, après je m'adapte à la personne âgée, il y a des personnes âgées qui ont besoin de contact physique donc si je sens qu'une main commence à se tendre, pas de soucis je leur donne la mienne et je m'approche d'elles pour avoir une relation vraiment d'égale à égale, parce que dans le bloc opératoire où je travaille elles arrivent debout ou allongées et on met une grande importance au fait d'avoir une relation d'égale à égale entre le temps où on les accueille et le temps où on les installe (...) ou bien je me penche pour que vraiment on soit face à face parce que si elles ont un problème auditif, qu'elles n'ont plus leur appareil, il faut que les personnes âgées puissent lire sur mes lèvres et me comprendre plus facilement. Si elles ont un problème de vue elles peuvent m'identifier plus facilement parce qu'elles m'auront près d'elles. Après comment je procède? Je leur explique le plus calmement possible ce que je vais faire, et pas en disant ON parce que je trouve que c'est indéfini pour elles, ça peut leur mettre le stress. Si elles veulent je leur explique les choses, parce que il y en a qui sont demandeuses et d'autres pas du tout Si elles sont très demandeuses sur la prise en charge pour la suite je leur explique comment on va procéder avec mon collègue. Si elles ne sont pas du tout demandeuses, je les guide et je les accompagne mais sans rentrer dans les détails parce qu'elles ne m'ont rien demandé (...) après je fais très attention comme avec tous les patients à leur intimité, à leur pudeur, au respect des informations personnelles, de pas les communiquer à tout le monde, je leur demande si elles ont des questions, s'il y a des choses qu'elles ont mal compris et voilà. »
Prise en charge spécifique	

## Annexe 11

### Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 6

<b>Entretien IBODE N°1</b>	
<b>Thèmes ciblés</b>	<b>Eléments de réponse</b>
Formation spécifique à la personne âgée	L.91-93 « à l'IFSI oui moi je suis de l'époque où on avait l'enseignement en modules et on avait un module entier "personne âgée" où l'on parlait des pathologies et peut être de l'approche de la personne âgée qui est un peu différente »
Savoir si acquis par formation ou par l'expérience	L.93-95 « à l'IFSI on l'a un peu évoqué, on va dire, j'aurais aimé un peu l'approfondir davantage mais cela a quand même été évoqué »
Etat des acquis d'une formation	
<b>Entretien IBODE N°2</b>	
Formation spécifique à la personne âgée	L.86-88 « Non hormis les modules que j'ai pu connaître à la formation d'IBODE ou à la formation d'infirmier, je n'ai jamais eu de formation spécifique dans mon travail concernant la prise en charge des personnes âgées. »
Savoir si acquis par formation ou par l'expérience	L.92-93 « c'est l'expérience après qui fait qu'on arrive à se situer je pense par rapport aux personnes que l'on a en face de soi aussi »
Etat des acquis d'une formation	
<b>Entretien IBODE N°3</b>	
Formation spécifique à la personne âgée	L.32-33 « Non, je n'ai pas eu de formations particulières, à l'école d'infirmière on a étudié la vieillesse, la prise en soins du patient âgé, les déplacements. » L.83 « Le processus classique, ce que l'on t'apprend à l'école d'infirmier et à l'école d'IBODE »
Savoir si acquis par formation ou par l'expérience	
Etat des acquis d'une formation	
<b>Entretien IBODE N°4</b>	
Formation spécifique à la personne âgée	L.80-81 « non moi j'ai suivi le processus normal c'est-à-dire comme toi, aller à l'école d'IBODE et voilà, pas de formation spécifique par rapport à la personne âgée. »
Savoir si acquis par formation ou par l'expérience	
Etat des acquis d'une formation	
<b>Entretien IBODE N°5</b>	
Formation spécifique à la personne âgée	L.42-44 « Non, jamais, à part à l'école d'infirmière, mais enfin, c'était sur la personne âgée en général, ce n'était pas sur l'accueil au bloc opératoire, cela concernait plus les maisons de retraite ou les services qu'au bloc. »
Savoir si acquis par formation ou par l'expérience	L.47-48 « Non il y avait quand même une grosse part de prise en soins des personnes âgées avec l'attitude à avoir mais, non la formation n'était pas que médicale »
Etat des acquis d'une formation	

<b>Entretien IBODE N°6</b>	
Formation spécifique à la personne âgée	L.47-48 « <i>Non pas de formations spécifiques, j'ai fait un mémoire sur la bientraitance au bloc opératoire</i> »
Savoir si acquis par formation ou par l'expérience	L.52-53 « <i>Oui et à mon quotidien aussi, tu essaies toujours de te remettre en question et d'améliorer tes prises en charge et voilà l'expérience c'est important aussi</i> » L.54-56 « <i>une remise en question c'est important, ce n'est pas parce que tu fais ça depuis 20 ans que tu dois bâcler et te contenter de quelques informations sur une feuille d'anesthésie ou une feuille de programmation</i> »
Etat des acquis d'une formation	
<b>Entretien IBODE N°7</b>	
Formation spécifique à la personne âgée	L.67-69 « <i>Pas du tout, mais après c'est juste ce que je fais passer, ce que j'essaie d'être en tant que professionnelle c'est parce que j'ai vécu avec mes grands-parents, j'avais une relation très forte avec ma grand-mère</i> »
Savoir si acquis par formation ou par l'expérience	L.70-74 « <i>mais je me suis aperçue que les besoins n'étaient pas les mêmes pour les personnes âgées, donc on ne fonctionne pas pareil (...) j'y pense souvent ne serait-ce même que pour faire passer les patients d'un brancard à un autre, quand on leur demande à 80 ans de passer du brancard sur la table d'opération. Déjà que cela a été difficile de vivre la même expérience à mon âge</i> »
Etat des acquis d'une formation	
<b>Entretien IBODE N°8</b>	
Formation spécifique à la personne âgée	L.42 « <i>Pas du tout, non</i> » L.44-45 « <i>Après je pense que c'est personnel, moi je me comporte avec les gens comme j'aimerais qu'on se comporte avec moi donc je ne vois pas pourquoi faire une différence</i> » L.49-50 « <i>Après je ne vois pas à ma connaissance de formations qui existent, en tout cas spécifiques à l'accueil au bloc opératoire, ça ne me dit rien.</i> »
Savoir si acquis par formation ou par l'expérience	
Etat des acquis d'une formation	
<b>Entretien IBODE N°9</b>	
Formation spécifique à la personne âgée	L.50-53 « - Voilà, sinon c'était à l'école d'infirmière? - Ah bien oui bien sûr !! - Oui c'est la base bien sûr, après si j'ai eu une formation complémentaire? Non.
Savoir si acquis par formation ou par l'expérience	L.49 « <i>Non, la seule formation que j'ai eue c'est sur le tas à la cure médicale</i> »
Etat des acquis d'une formation	
<b>Entretien IBODE N°10</b>	
Formation spécifique à la personne âgée	L.85-86 « <i>Non je n'ai pas eu de formation spécifique, j'ai juste eu un petit chapitre, j'ai eu la formation "gestes et postures" il y a à peu près deux ans</i> » L.88-89 « <i>mais après je n'ai jamais eu de formation et c'est bien dommage</i> »
Savoir si acquis par	L.91 « <i>c'était dans le cadre de la formation continue</i> »

formation ou par l'expérience	
Etat des acquis d'une formation	

## Annexe 12

### Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 7

<b>Entretien IBODE N°1</b>	
<b>Thèmes ciblés</b>	<b>Eléments de réponse</b>
Besoin complémentaire d'une formation ou d'information	L.109 « <i>il faudrait sensibiliser un peu les professionnels</i> »
Intérêt d'une formation pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée	L.117-121 « <i>essayer de savoir pourquoi, quelles peuvent en être les raisons, est-ce que c'est des valeurs personnelles? est-ce que c'est du transfert? Ils ont peur de quelque chose, c'est parce qu'on ne leur a jamais apporté de contenu théorique, de sensibilisation, donc moi je suis favorable au fait d'apporter une sensibilisation au même titre qu'on sensibilise sur la prise en charge de la personne "psychiatrique"»</i> L.122-127 « <i>apporter une prise en soins de la personne âgée même si je disais tout à l'heure que je vais la prendre en soins comme n'importe quel patient, je pense finalement qu'il faut une attention toute particulière, et une attention un peu plus importante parce qu'il me semble que la personne âgée peut se sentir plus vulnérable, ne serait-ce que par la vision déjà que la société a de la personne âgée, qui la voit un peu comme une charge</i> »
Outils pour l'apport de connaissances	
Avis sur la proposition d'une formation théorique	L.131-134 « <i>Ah oui complètement, comme je vous dis, on est tous faits de représentations, on peut se faire des représentations fausses partir d'a priori, je pense que c'est le genre de chose qu'on peut effacer ou atténuer ou en tout cas apporter des pistes de réflexion en apportant une formation théorique</i> » L.136-139 « <i>ça s'apprend, on l'apprend alors pourquoi pas la personne âgée qui est différente, voilà, on apprend bien la pédiatrie, la prise en soins de l'enfant, je ne dis pas que la personne âgée est un enfant mais je dis qu'elle a des besoins un peu différents quand même de la personne adulte.</i> »
Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation	L.141-145 « <i>Je ne suis pas contre au contraire, être immergée dans la situation est la meilleure façon de voir comment on réagit et ce que l'on peut mettre en place pour palier à certains dysfonctionnements, qu'on aurait pu toucher du doigt dans ces simulations. Je trouve bien sûr que cela permet de s'immerger et de voir concrètement ce qu'on fait "bien" ou "moins bien".</i> »
<b>Entretien IBODE N°2</b>	
Besoin complémentaire d'une formation ou d'information	
Intérêt d'une formation pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée	L.103-108 « <i>-Il faudrait une prise de conscience collective et reconsidérer plus la personne humaine parce que c'est vrai qu'au bloc on a l'habitude de se focaliser beaucoup sur la technique. C'est cela qu'il faudrait le plus améliorer et c'est une prise de conscience collective qu'il faudrait pour se recentrer sur l'intérêt un peu primaire, voilà on est là pour soigner des gens et pas pour faire des interventions, je pense que c'est ça qu'il faut qu'on arrive à faire passer comme message.</i> »
Outils pour l'apport de connaissances	

Avis sur la proposition d'une formation théorique	L.111-115 « <i>Non, parce que je pense que c'est de la prise de conscience en fait et qu'on a beau donner des formations aux gens, si les gens se focalisent sur les formations et sur la technique ça ne changera rien. Je pense que c'est vraiment une façon de voir le soin et je ne suis pas sûr qu'une formation aiderait beaucoup, à mon avis c'est juste la perception du soin que chacun a en fait.</i> »
Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation	L.119 « <i>« Oui, cela pourrait être une expérience intéressante »</i> L.121-125 « <i>Oui cela pourrait être intéressant effectivement d'avoir des boules Quiès dans les oreilles et des lunettes avec une vision un peu floue, du poids sur le corps pour se rendre compte de ce que c'est un déficit moteur et cognitif, cela pourrait être intéressant, c'est vrai, c'est à essayer, ça pourrait être une expérience enrichissante et les gens pourraient peut-être prendre conscience que pour les personnes âgées c'est difficile</i> »
<b>Entretien IBODE N°3</b>	
Besoin complémentaire d'une formation ou d'information	L.36-38 « <i>Je pense qu'il faut faire pareil pour tout le monde, il ne faut pas dire parce qu'il est plus âgé je vais le traiter différemment. Je pense que lorsque j'aurai 80 ans je n'aurai pas envie qu'on me traite différemment de quelqu'un de plus jeune</i> »
Intérêt d'une formation pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée	L.55 « <i>Je ne pense pas que ce soit la formation qui améliorera les pratiques</i> »
Outils pour l'apport de connaissances	
Avis sur la proposition d'une formation théorique	L.59-62 « <i>La formation ce serait plus de réfléchir sur le fait qu'un jour on va vieillir et qu'on sera nous aussi enfermé dans un corps qui n'a plus la possibilité de faire ce qu'on a envie, c'est plus comment on va voir les choses.</i> »
Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation	L.66-71 « <i>Et bien je pense que ça permettrait de se rendre compte déjà de la violence des gestes qu'on fait où le moindre geste peut être douloureux, même chez quelqu'un de jeune mais encore plus chez quelqu'un d'âgé. On manipule, on bouge des gens et on ne se rend pas compte des fois qu'on peut faire mal. S'identifier à la personne qu'il y a sur la table c'est important aussi pour se rendre compte que chaque chose que l'on fait doit être réfléchi et posée.</i> ».
<b>Entretien IBODE N°4</b>	
Besoin complémentaire d'une formation ou d'information	L.94 « <i>je pense que la communication c'est important</i> » L.96-97 « <i>après si effectivement il doit exister des formations, pourquoi pas</i> »
Intérêt d'une formation pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée	L.97-100 « <i>je me demande est-ce que l'on doit faire la différence entre les gens jeunes et les gens âgés? Justement déjà, le fait de se former, de parler à une personne âgée ou à une personne moins âgée est-ce que ce n'est pas déjà faire une différence?</i> »
Outils pour l'apport de connaissances	
Avis sur la proposition d'une formation théorique	
Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation	L.109-115 « <i>C'est quelque chose qui peut être bénéfique, de se mettre à la place des autres, c'est une expérience qui est certainement bénéfique parce qu'au moins là tu te rends compte de ce qu'on peut vivre de l'autre côté de la barrière, parce que nous sommes en tant que soignant du bon côté de la barrière, enfin si je peux parler ainsi, même si c'est pas tout le temps facile, c'est certainement plus facile que d'être du côté du soigné. Effectivement faire des exercices de simulations, où tu te retrouves de l'autre côté de la barrière je pense que ça peut avoir un intérêt certain</i> »



<b>Entretien IBODE N°5</b>	
Besoin complémentaire d'une formation ou d'information	
Intérêt d'une formation pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée	L.54-57 « <i>Déjà peut être, de remettre à niveau les formations pour le personnel de bloc opératoire sur la prise en soins, sur la prise en soins des personnes âgées parce que je pense qu'il y a des oublis et qu'il faut des remises à niveau, après je pense que c'est important de pas infantiliser les personnes âgées</i> »
Outils pour l'apport de connaissances	L.58-60 « <i>peut-être faire des audits pour que les gens aient en face d'eux l'image qu'ils renvoient aux personnes âgées, parce que c'est vrai qu'on n'a jamais de retour et du coup je ne suis pas sûre que les gens se rendent compte de comment ils sont perçus.</i> »
Avis sur la proposition d'une formation théorique	L.63-66 « <i>Une partie oui, parce que je pense qu'il faut avoir des mots sur la façon de faire aussi parce que, parfois les gens ont besoin d'avoir un support écrit pour juste pour se rappeler des choses. C'est plus dans la pratique qu'on change les choses et qu'on s'aperçoit des choses.</i> »
Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation	L.72-74 « <i>Ce serait le mieux je pense pour que les gens changent leur comportement, c'est malheureusement en étant dans la même situation que les gens se rendent compte, et je ne suis pas sûr qu'ils apprécient beaucoup, comment ils seront traités</i> »
<b>Entretien IBODE N°6</b>	
Besoin complémentaire d'une formation ou d'information	
Intérêt d'une formation pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée	L.64-66 « <i>« Il y a plein de choses à améliorer déjà le comportement de chacun est à améliorer, après l'implication aussi, l'implication personnelle et professionnelle mais bon c'est propre à chacun. »</i>
Outils pour l'apport de connaissances	
Avis sur la proposition d'une formation théorique	L.69-70 « <i>Pourquoi pas, peut être que certaines personnes ont besoin de ça, c'est possible.</i> »
Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation	L.77-83 « <i>ça peut améliorer, après moi ce qui me dérange c'est la simulation de la personne âgée. Ça peut être aussi la simulation de la personne handicapée, mais aussi d'une personne de mon âge ou du tien. Cela peut être bien, la simulation c'est la formation du 21<sup>ème</sup> siècle (rires) c'est vraiment ce qui se fait de plus en plus la simulation mais pourquoi pas, pour mettre les personnes dans des situations particulières et voir leurs ressentis, et oui bien sûr ça peut être bien, mais peut-être pas spécifique à la personne âgée mais à un patient du bloc opératoire.</i> »
<b>Entretien IBODE N°7</b>	
Besoin complémentaire d'une formation ou d'information	
Intérêt d'une formation pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée	L.96-99 « <i>Tous les changements qui peuvent intervenir au niveau physiologique, tous les changements qui peuvent exister au niveau de la personne âgée, cela peut modifier et faire prendre conscience de beaucoup de choses.</i> »
Outils pour l'apport de connaissances	L.95-96 « <i>je ne sais pas peut être faire des formations ou expliquer un petit peu ce qui se passe quand on vieillit</i> »
Avis sur la proposition d'une formation théorique	L.101-103 « <i>Je pense que ce serait bien d'apporter des connaissances parce qu'un petit rappel ne ferait pas de mal sur nos acquis, pourquoi pas?»</i>

Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation	L.110-112 « <i>Pourquoi pas, ça peut être enrichissant, c'est à tester, cela ne me déplairait pas à la rigueur, mais pas toute une journée</i> » L.113-114 « <i>ça peut être sympa, et apporter certaines choses, je valide</i> »
<b>Entretien IBODE N°8</b>	
Besoin complémentaire d'une formation ou d'information	
Intérêt d'une formation pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée	L.59-61 « <i>Je pense à une formation sur les pathologies parce que lorsque l'on se retrouve devant des personnes atteintes d'Alzheimer, de démence, parfois on ne sait pas comment se comporter</i> » L.67-68 « <i>Je pense qu'une connaissance sur les pathologies serait utile et comment faire face à ces pathologies pour la prise en charge de ces personnes âgées</i> »
Outils pour l'apport de connaissances	
Avis sur la proposition d'une formation théorique	L.70 « <i>Oui</i> »
Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation	L.79-81 « <i>d'une personne démente enfin je pense que c'est très particulier comme pathologie, du coup moi je dirais plus en travaillant sur le terrain et en étant confronté à ce genre de patient plutôt qu'en se mettant à leur place</i> »
<b>Entretien IBODE N°9</b>	
Besoin complémentaire d'une formation ou d'information	L.56-60 « <i>je ne sais pas trop ce que l'on pourrait apporter, après c'est assez individuel, c'est par rapport à la relation qu'on peut avoir avec la vieillesse parce que ça fait peur ou pas. Souvent les collègues ou les personnes peuvent très bien ne pas avoir cette relation avec la personne âgée parce que ce miroir leur fait peur.</i> »
Intérêt d'une formation pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée	L.64-66 « <i>pour moi ça coule de source, une personne est une personne, on n'a pas à se demander si c'est une personne âgée ou si c'est une personne jeune, il faut considérer la personne que tu as en face de toi. Voir si elle a un problème psychiatrique ou si ça va, c'est la base en fait.</i> »
Outils pour l'apport de connaissances	L.63 « <i>des formations sur la personne âgée, sur les prises en charge des personnes</i> »
Avis sur la proposition d'une formation théorique	
Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation	L.71-74 « <i>ça se serait pas mal, ça serait même très bien, parce que souvent on se rend pas compte effectivement des difficultés que peuvent avoir les gens dans la mobilité. Mais bon c'est pareil, c'est dans l'empathie, c'est se mettre à la place de la personne. Mais souvent c'est une confrontation qui fait que effectivement on réagira différemment, ça c'est sûr</i> »
<b>Entretien IBODE N°10</b>	
Besoin complémentaire d'une formation ou d'information	
Intérêt d'une formation pour l'acquisition de connaissance sur la vieillesse et la personne âgée	
Outils pour l'apport de connaissances	L.104-113 « <i>peut-être des transmissions un peu plus ciblées tu vois par exemple préciser si la personne âgée entend bien ou pas, si elle a des appareils ou pas quand elle descend au bloc opératoire, si elle a des lunettes ou pas, si elle peut les amener ou pas. Au moins ça m'éclairerait au lieu de leur demander est-ce que vous voyez</i> »

	<p><i>bien ? D'un coup d'œil je verrais "entend bien", "voit bien ou pas" s'il y a des troubles cognitifs parce que forcément ma prise en soins sera différente, je vais plus m'appuyer sur le dossier si la personne ne peut pas me répondre ou la mettre mal à l'aise si elle a des troubles cognitifs, des pertes de mémoire. Je m'appuierais plus sur le dossier que sur sa parole pour pas la mettre en défaut ou ne pas la mettre mal à l'aise parce que c'est déjà un moment difficile au bloc donc je n'ai pas envie d'accentuer ce malaise»</i></p> <p><i>L.118-121 «La personne ressource peut les accompagner jusqu'à la porte du bloc opératoire et dans ces cas-là je vois d'un coup d'œil c'est "tchecké" et voilà, ça c'est fait. Je perds moins de temps, les informations sont collectées et je peux plus me concentrer sur le patient plutôt que de rester pendant dix minutes sur le dossier »</i></p>
Avis sur la proposition d'une formation théorique	<p><i>L.128-136 « (...), toutes les études disent que la population est vieillissante et que forcément je crois que c'est en 2050 qu'il y aura 60% de personnes de plus de 65 ans un truc comme ça (...) donc oui c'est une nécessité du fait que la population est vieillissante d'avoir une prise en soins qui est différente, quoi qu'on fasse la prise en soins est différente d'un adulte. Donc à mon avis c'est nécessaire d'avoir des formations, d'avoir des supports théoriques et pratiques pour avoir une bonne prise en charge de ces patients »</i></p>
Avis sur la proposition d'une formation basée sur la simulation	<p><i>L.141-143 « ça serait super à mon sens parce que je pense qu'il y a (...) des professionnels qui peuvent comprendre certains problèmes en y étant confrontés. »</i></p> <p><i>L.158-160 « oui je pense que les théories de l'apprentissage ça passe souvent par de la simulation et non pas par des cours magistraux et théoriques et il faut pratiquer à mon sens plutôt que observer »</i></p>

## Annexe 13

### Tableaux d'analyse thématique par question et par thème de la question 8

<b>Entretien IBODE N°1</b>	
<b>Thème ciblé</b>	<b>Eléments de réponses</b>
Eléments à rajouter	L.147-150 « <i>que c'est un sujet intéressant et la formation dont vous parlez serait vraiment bien aussi pour modifier les représentations qu'on a de la personne âgée et parce que, je pense que le fond du problème il est là, il faut arrêter de les voir comme une charge, c'est quelque chose qu'il faut travailler</i> »
<b>Entretien IBODE N°2</b>	
Eléments à rajouter	
<b>Entretien IBODE N°3</b>	
Eléments à rajouter	
<b>Entretien IBODE N°4</b>	
Eléments à rajouter	L.118-131 « <i>je pense qu'en fonction des civilisations, les personnes âgées sont vues différemment. Effectivement dans notre civilisation en tout cas dans la civilisation européenne on a plus tendance à voir la personne âgée en fait comme une personne inactive. A partir du moment où tu es à la retraite on ne te voit plus comme une personne active. Tu prends d'autres civilisations, moi par exemple je peux te parler de la civilisation en Afrique par exemple les personnes âgées sont vues comme une source d'expérience, de pouvoir de sagesse, tu vois parce ce qu'elles ont vécu, elles peuvent apporter beaucoup de choses à ceux qui n'ont pas encore vécu autant qu'elles. C'est surtout par rapport à ça que la personne âgée est vue différemment en fonction des civilisations. Je pense que l'on pourrait aussi faire un travail par rapport à "comment est vue la personne âgée dans les autres civilisations?" cela pourrait aussi nous apporter quelque chose dans notre milieu où l'on se dit qu'une personne âgée n'est pas qu'une personne inactive, quelqu'un qui ne peut plus rien apporter.</i> »
<b>Entretien IBODE N°5</b>	
Eléments à rajouter	
<b>Entretien IBODE N°6</b>	
Eléments à rajouter	L.85-88 « <i>juste ce que je t'ai dit tout à l'heure, qu'elle soit âgée ou pas, la prise en charge elle doit être une priorité pour les IBODE au bloc, c'est surtout ça, l'accueil, la communication et la prise en charge, ce n'est pas que des interventions, les patients sont des êtres humains c'est ça qui est important.</i> »
<b>Entretien IBODE N°7</b>	
Eléments à rajouter	L.116-117 « <i>J'espère que je vais bien vieillir et que j'aurai face à moi quand je serai au bloc opératoire dans quelques années des gens qui seront avertis concernant la prise en charge de la personne âgée.</i> »
<b>Entretien IBODE N°8</b>	
Eléments à rajouter	L.84-90 « <i>Je pense que c'est important de prendre toutes les personnes comme elles sont et d'essayer dans la mesure du possible de les prendre en charge de la même manière. Bien sûr s'il y a des spécificités physiques ou autre, il faut en prendre compte, mais ce n'est pas parce qu'une personne ne peut pas communiquer avec nous qu'il n'y a pas d'autres moyens de le faire. Je pense que c'est important de toujours prendre en charge les personnes comme elles sont. On ne peut pas se dire on ne peut pas discuter avec cette personne âgée, tant pis je m'en vais et puis quand on la rentrera en salle, on l'endormira et puis voilà.</i> »
<b>Entretien IBODE N°9</b>	
Eléments à rajouter	L.76 « <i>je crois que j'ai tout dit, qu'une personne est une personne...</i> »

### Entretien IBODE N°10

Eléments à rajouter	<p>L.163-172 <i>«je pense que ton sujet est un très bon sujet parce qu'effectivement c'est qu'on disait pendant l'entretien, la population est vieillissante donc il va être plus d'actualité que jamais ton sujet. Je trouve que malheureusement il y a beaucoup de personnes âgées qui ne sont pas bien prises en charge au bloc opératoire en raison de leurs pathologies dégénératives ou de leurs troubles cognitifs parce qu'il y a une sorte d'a priori qui se crée et qui fait qu'il n'y a pas de relation possible avec les personnes âgées. C'est bien dommage qu'elles ne soient pas prises en soins de la manière dont elles devraient l'être et c'est très bien justement que tu essayes de faire bouger les choses et qu'il y ait des supports et des choses qui bougent. On leur doit le respect, elles étaient adultes avant nous et je pense que c'est bien.»</i></p>
---------------------	--

Eric Benech – Résumé de Travail d'Intérêt Professionnel  
Formation professionnelle d'infirmier spécialisé en bloc opératoire  
Sous la Direction de : Chrystelle Darribet : Directrice des soins

## **UN AUTRE REGARD**

Le vieillissement de la population est devenu en France et dans le monde une priorité de santé publique. En 2050, une personne sur trois aura plus de 60 ans. A partir d'une situation, l'intérêt de ce travail a été de comprendre pourquoi il y avait une différence de considération des patients âgés lors de leur prise en charge au bloc opératoire. Ceci nous a amené à nous poser la question de départ suivante :

**« En quoi les représentations d'un infirmier de bloc opératoire sur les personnes âgées démentes influencent-elles sa prise en soin ? »**

Les concepts de la vieillesse et des représentations sociales ont été choisis pour nous aider à mieux comprendre ce qui nous influence en tant qu'humain et soignant dans nos pratiques quotidiennes avec les personnes âgées. Ces recherches nous ont conduites à poser l'hypothèse suivante :

**« Sensibiliser les IBODE par une formation théorique et une simulation sur le vécu des patients âgés permet de modifier leurs représentations lors de leur prise en soins. »**

Pour approfondir cette hypothèse de recherche, nous avons créé un outil d'enquête permettant d'effectuer des entretiens semi-directif auprès de dix IBODE de spécialités différentes dans des hôpitaux et clinique de la région Occitanie. L'analyse de ces témoignages nous a permis de nous rendre compte de l'intérêt que pouvait susciter ce travail auprès des professionnels et de la plus-value qu'aurait une formation basée sur des apports alliant "la théorie" à la "simulation" dans l'amélioration des pratiques professionnelles.

**Les mots clés :** IBODE – Considération – Vieillesse – Patient âgé – Représentations sociales – Communication avec crédibilité de la source – Simulation.