



HAL
open science

Quand le temps du soignant rencontre les temporalités des personnes âgées vulnérables

Margaret Josion-Portail, Abdelmajid Amine, Audrey Bonnemaizon

► To cite this version:

Margaret Josion-Portail, Abdelmajid Amine, Audrey Bonnemaizon. Quand le temps du soignant rencontre les temporalités des personnes âgées vulnérables. Carnets de la Consommation, 2020, Consommation & Handicap, Volume 3. hal-02938922

HAL Id: hal-02938922

<https://hal.science/hal-02938922v1>

Submitted on 23 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Quand le temps du soignant rencontre les temporalités des personnes âgées vulnérables¹

Margaret Josion-Portail, Abdelmajid Amine, Audrey Bonnemaizon
Université Paris-Est Créteil
Institut de Recherche en Gestion (EA-2354)

Résumé

A rebours de la conception du temps envisagé dans les travaux de recherche en marketing comme « trait de personnalité » ou « ressource », cet article propose une réflexion sur le temps comme trait définitoire de l'usager âgé, et sur ses conséquences sur la délivrance du service de soin à ce public vulnérable. Nous mobilisons le concept de dyschronie (Alter, 2003) pour explorer les tensions créées par les décalages temporels soignant-patient dans un service de gériatrie aiguë et la façon dont les soignants les dépassent. Basés sur une étude qualitative menée en service gériatrique auprès de 16 personnels de santé, nos résultats mettent en évidence trois figures du patient âgé révélant ses temporalités spécifiques. Deux formes de dyschronies produites par les décalages entre les temporalités de l'organisation et celles des patients âgés sont mises au jour. Nous identifions enfin les tactiques déployées par le personnel de santé pour resynchroniser ces temporalités qui se percutent et dressons leurs implications à la fois pour l'organisation hospitalière, les personnels de santé et les patients.

Mots-clés

Relation de soins ; vulnérabilité ; patient âgé ; personnel soignant ; temps ; dyschronie.

Les auteurs remercient très sincèrement les trois relecteurs anonymes pour leurs commentaires constructifs ayant permis de faire progresser l'article.

¹ La recherche a été financée par une subvention du « Projet Exploratoire Premier Soutien PEPS 2016, UPE-CNRS ».

Introduction

Comme de nombreux pays développés, la France connaît aujourd'hui un vieillissement sans précédent de sa population ; parmi les 67,2 millions d'habitants dénombrés au 1^{er} Janvier 2018 par l'INSEE², plus de 13 millions sont âgés de 65 ans et plus. Au sein de ce groupe d'âge, les personnes âgées de 75 ans et plus constituent un sous-ensemble démographique important, dont le poids s'accroît régulièrement (9,2% de la population totale en 2018, versus 6,8% en 1998). Sous l'effet du vieillissement, les individus âgés sont progressivement confrontés à une diminution de leurs capacités physiques et cognitives, et à l'apparition de vulnérabilités qui nécessitent une prise en charge médicale. Selon la Haute Autorité de Santé³, près de trois millions de personnes âgées de 70 ans et plus sont ainsi hospitalisées une ou plusieurs fois chaque année, et représentent 29 % des séjours en service de soins aigus. Caractérisés par des pathologies multiples, les patients âgés (plus de 75 ans) présentent lors de leur admission des niveaux d'autonomie variés, qui ont une incidence importante sur le temps nécessaire à leur prise en charge par les soignants. En raison de leurs déficits physiques, cognitifs ou psychologiques, ils ne sont pas tous en capacité de réaliser seuls certaines tâches (prise de repas, de médicaments, toilette, etc.) que des patients plus jeunes effectuent sans assistance. Ce phénomène n'est pas sans conséquence sur la relation de soin, qui nécessite en effet de consacrer à ces patients un temps long, alors même que la pression temporelle, qui comprime le temps disponible des soignants, est de plus en plus forte dans les établissements de santé confrontés à des réformes visant à optimiser leur fonctionnement (Bertillot, 2016), et sous la contrainte d'effectifs en tension notamment depuis la mise en place de la loi relative aux 35 heures. Dans ce contexte, les personnels soignants sont soumis à des pressions générées par la nécessité d'effectuer les soins dans un temps contraint imposé par l'organisation tout en répondant aux besoins et en « faisant avec » des patients nécessitant un temps plus long de prise en charge. Cette relation de service sous contrainte temporelle avec ces publics présente une originalité par rapport aux interactions de service généralement étudiées dans la littérature marketing. Ces travaux, développés majoritairement dans des contextes marchands et avec des consommateurs « en capacité », s'intéressent en effet au temps consommé, à son évaluation subjective par le consommateur, et à ses conséquences sur sa satisfaction. De façon subsidiaire, le temps est également envisagé dans certains travaux comme un « trait de personnalité » (Lallement et Gourmelen, 2018) impactant de manière durable et a-contextuelle les comportements des individus dans différents contextes d'échange. La question de l'influence des temporalités de l'utilisateur lui-même sur la délivrance du service est ainsi passée sous silence.

En s'appuyant sur les discours des personnels soignants sur leurs pratiques de soin, cet article propose une réflexion sur le temps comme « *trait définitoire* » de l'utilisateur âgé, et sur ses conséquences sur la délivrance du service de soin. En cela, il constitue une contribution originale par rapport aux travaux en marketing des services, qui mobilisent le temps essentiellement sous l'angle d'un « *temps ressource* » permettant l'évaluation d'une prestation, et non comme une donnée constitutive de la production du service lui-même. A l'appui d'une étude qualitative menée auprès de seize soignants d'un service de gériatrie en Ile de France, nous identifions tout d'abord l'existence chez ces soignants de représentations des patients âgés permettant de faire émerger leurs temporalités spécifiques. Dans un deuxième temps, nous rendons compte, grâce à la notion de *dyschronie* (Alter, 2000 ; 2003),

² Bilan démographique 2017, INSEE Première N° 1683, Janvier 2018.

³ Portail de la Haute Autorité de Santé, *Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées*, communiqué de presse, 27 octobre 2017.

des décalages entre les temporalités de l'organisation hospitalière et de ses soignants d'une part, et celles du patient âgé, d'autre part. En particulier, nos résultats mettent au jour des tactiques créatives et des dispositifs bricolés déployés par les soignants pour faire converger ces temporalités en vue de délivrer efficacement le service de soins.

Cet article est structuré en trois parties. A l'appui de travaux antérieurs, nous introduisons tout d'abord les concepts de temporalités, de vulnérabilité, et de dyschronie, structurants pour notre recherche, et proposons la notion de temps définitoire en tant que caractéristique consubstantielle des individus âgés imprégnant leurs interactions avec l'environnement. Nous présentons ensuite la méthodologie retenue pour étudier la relation de soins aux patients âgés du point de vue du personnel soignant. Enfin, nous présentons nos résultats et les discutons ; des préconisations sont formulées pour améliorer la prise en charge des patients âgés en milieu hospitalier en tendant à resynchroniser les temps de l'organisation et du patient.

Les registres du temps chez l'individu âgé vulnérable dans les contextes d'échange

Le temps comme « trait définitoire » de la personne âgée vulnérable

Les représentations du vieillissement oscillent aujourd'hui dans les sociétés occidentales entre une vision récente issue du « bien vieillir », élaborée au prisme des ressources et capacités restantes de la personne âgée (Welté, 2019), et une vision centrée sur la vulnérabilité de l'individu, en lien avec les déficits physiologiques et physiques qui surviennent avec l'avancée en âge. Le premier type de représentations positives de la vieillesse qui tend à se diffuser dans les travaux en marketing, insiste sur la possibilité d'un « vieillissement réussi » (Senges et al., 2014 ; Senegés, 2016). Si cette vision présente l'avantage de ne pas réduire le vieillissement à un phénomène dans lequel l'individu subit de façon passive le déclin physiologique et cognitif, elle charrie néanmoins une injonction au *bien vieillir* (Gron, 2016) qui fait peser sur les individus âgés une responsabilité importante dans la (non)préservation de leur santé et de leur bien-être. Le « bien vieillir désiré » risque alors de devenir une norme à suivre par l'individu âgé, qui s'impose quel que soit son niveau d'autonomie effectif, ou ses désirs propres. La deuxième représentation de l'individu âgé insiste sur ses fragilités, qui constituent des conséquences naturelles du vieillissement physiologique. Comme le rappelle De Jaeger (2008), le vieillissement (ou sénescence) peut se définir au plan physiologique comme « *une diminution de la réserve physiologique des organes et des systèmes composant notre organisme* ». Ce phénomène, qui débute dès l'entrée dans l'âge adulte, se caractérise par une diminution progressive des ressources fonctionnelles permettant à l'organisme de surmonter des situations difficiles comme la maladie. Les changements biologiques à l'œuvre avec l'avancée en âge ont notamment pour conséquence des pertes sensorielles (Guiot, 2006), qui se manifestent au niveau de la vision de près (à la cinquantaine), puis de la vision de loin (à partir de 70 ans), et de l'audition (au-delà de 75 ans pour les sons uniques, parfois plus tôt pour les sons multiples). Ils se traduisent également par des déficits au niveau de la capacité d'attention partagée ou des aptitudes à mener des raisonnements complexes (Lemaire et Bherer, 2005). Si les individus âgés ne sont pas tous égaux face au vieillissement physiologique et cognitif (processus de dégénérescence différentiel obéissant à des causes nombreuses ; génétiques, facteurs de risque comme le tabagisme, consommation excessive d'alcool, régime alimentaire inadapté, etc.), ils sont cependant soumis, à partir d'un âge avancé, à la survenance de plusieurs facteurs « complexes, dynamiques et insolubles », qui caractérisent les situations de vulnérabilité (Pavia et Mason, 2014). Cette vision par les « déficits » présentant la personne

âgée comme quelqu'un de fragile et de diminué concourt à poser de façon aiguë la question des temporalités des individus âgés et de leur influence sur les relations de service qui les impliquent. En effet, le processus de vieillissement et l'approche de la fin de vie s'accompagnent d'un ralentissement du temps consacré aux déplacements, à la réalisation de certaines tâches de la vie quotidienne, à la compréhension de l'environnement et, à l'inverse, possiblement d'une accélération de la détérioration des fonctions vitales lorsque les corps sont mis à mal par la maladie.

En partant de la catégorisation des travaux consacrés au temps dans le champ du marketing qui distingue deux macro-conceptions (Lallement et Gourmelen, 2018), le temps « ressource » et le temps « trait de personnalité », nous proposons, au regard de la singularité des temporalités de la population avancée en âge, un registre complémentaire mais différent du temps, en l'occurrence le temps « définitoire ». Ce dernier renverrait au temps comme élément *constantiel de l'individu entrant dans le grand âge*, résultant d'un ensemble d'altérations naturelles et progressives des ressources physiques et cognitives. Il s'agit ainsi d'une sorte de caractéristique « embarquée » lors de l'avancée en âge, qui préside aux choix et comportements de la personne âgée dans de nombreux compartiments de sa vie au quotidien. Contrairement au temps trait de personnalité, défini comme un temps subjectif caractérisé par « un rapport qu'entretient chaque individu avec le temps, qui ne nécessite pas d'événement externe pour se manifester » (Lallement et Gourmelen, 2018), le temps comme « trait définitoire » est, lui, adossé à une étape avancée du cycle de vie des individus. Il ne constitue pas un facteur invariable affectant de manière durable et a-contextuelle leurs comportements, mais se révèle à l'entrée en âge avancé et affecte les temporalités et le rapport au temps des personnes âgées dans différentes situations d'échange et d'interactions sociales du fait-même du vieillissement.

Dans certains contextes comme celui de l'hôpital, et en particulier celui de la gériatrie aiguë, lieu dédié à la prise en charge des patients âgés de 75 ans et plus mais aussi lieu de fin de vie plus courant que le domicile à l'approche de la mort (Pennec et al., 2015), le temps comme « trait définitoire » de la personne âgée vulnérable devient problématique en matière de gestion des soins. En effet, il vient se juxtaposer aux tensions du temps (comme ressource ou comme trait de personnalité) enchâssées naturellement dans les relations de service du fait du désalignement des ressources et des perspectives temporelles des partenaires de l'échange. Par conséquent, la question du rôle du temps « définitoire » de l'utilisateur, aux côtés du temps comme ressource et comme trait de personnalité, sur la délivrance du service de soins semble pertinente à soulever dans le cas de la population des patients âgés.

Les vulnérabilités du patient âgé, un catalyseur du temps dans la relation de soins

De nombreuses disciplines de la gestion ont abordé la question du temps et de ses effets dans les organisations (Alter, 2000 ; Thoemmes et De Terssac, 2006 ; Peigné, 2011), notamment concernant l'activité de soins. Le temps est en effet indissociable du soin et traverse l'ensemble des activités des soignants et leurs interactions avec les usagers (Dickason, 2018). Comme le montre Loffeier (2015) dans sa recherche menée en maison de retraite, le temps mesuré constitue un indicateur central de gestion de l'activité, le temps passé à la toilette des résidents, comme d'autres tâches planifiées, faisant l'objet d'une « moyenne plus ou moins explicite » dans l'établissement étudié. Plusieurs travaux récents se sont centrés sur le temps comme ressource intra-organisationnelle de l'activité de soin, avec un premier volet autour de la question de l'ajustement des temporalités de l'organisation aux temps du soin. La recherche de Couilliot, Vassy et Leboul (2011) concernant la prise en charge des patients en fin de vie a

notamment mis en évidence le rôle des ruptures de temporalités organisationnelles dans les activités de soin, en traitant des conséquences des discontinuités d'équipe et des problèmes de transmission d'informations sur la prise en charge des patients. Les travaux de Bracq-Leca et Pitel-Buttez (2012) ont, eux, mis au jour les difficultés relatives à l'articulation du temps du soin dans des établissements non hospitaliers, au travers de l'étude de soins psychologiques – qui nécessitent une prise en charge longue – dans des établissements pénitentiaires pour mineurs, qui constituent des structures à durée de séjour courte. La recherche de Bertezene et Dubrion (2017) a, quant à elle, identifié le manque de temps comme facteur majeur expliquant la faible implication des médecins généralistes dans les réseaux de santé en gérontologie.

Un second type de travaux s'est focalisé sur les tensions temporelles vécues par les soignants et leurs conséquences sur le soin. Dickason (2018) s'est ainsi intéressée au rôle du temps dans le travail émotionnel des soignants, montrant notamment comment la compression du temps alloué aux soins par l'organisation pouvait amener ces derniers à se montrer sélectifs parmi les demandes des patients à satisfaire, et à privilégier la dimension fonctionnelle du soin, en négligeant les autres aspects de la relation soignant-patient, pourtant tout aussi importantes. Gaudart et Thébault (2012) ont, eux, étudié le rôle des tensions temporelles vécues par les aides-soignantes et les infirmières dans la qualité des activités de transmission des savoirs professionnels entre les « anciens » et les « nouveaux » en milieu hospitalier, et donc sur la continuité de la qualité du soin dans le temps. Enfin, Villate et al. (2014) ont mis en évidence les difficultés à créer les conditions d'émergence du *kairos*, temps qualitatif qui permet aux soignants d'*agir à propos* pour l'annonce et l'accompagnement des patients en fin de vie, dans un univers hospitalier dominé par les logiques de rendement et du temps comprimé. Comme en témoignent ces recherches récentes, le temps du soin a principalement été étudié en tant que ressource du point de vue de l'organisation (allocation de la ressource-temps aux personnels, organisation des continuités inter-équipes) ou du soignant (pression temporelle amenant à faire des choix dans ses pratiques), sans lien avec les temporalités des patients eux-mêmes. Nous proposons dans cette recherche de combler ce gap en explorant les tensions à l'œuvre entre le temps des soignants et les temporalités des patients âgés, mais aussi les ajustements déployés pour faire converger ces temporalités et fluidifier, *in fine*, la dispense de soins. Pour ce faire, nous mobilisons le concept de dyschronie proposé par Norbert Alter (2000, 2003), pour analyser les pratiques de soins sous l'angle des interactions d'acteurs enchâssées dans des temporalités spécifiques non synchrones.

Le concept de dyschronie, un révélateur des tensions de temporalités dans la relation de soins

Inspiré par le concept de dysfonction issu de la sociologie nord-américaine (i.e. Merton, 1936, 1940) puis de la sociologie des organisations française (Crozier, 1963), Alter propose la notion de *dyschronie* pour analyser la nature du changement dans les organisations contemporaines, qui se caractérisent « *par la permanence du changement et les conflits de temporalité que cette permanence engendre. Le caractère continu du changement amène à créer des structures de travail et des règles de gestion toujours provisoires et expérimentales* » (Alter, 2003, p. 493). Ces conflits de temporalités ou dyschronies génèrent un ensemble de dysfonctionnements liés à des rencontres non synchrones entre des éléments de l'organisation n'évoluant pas au même rythme. Quatre grandes catégories sont distinguées au sein des organisations. La première fait référence aux dyschronies liées à la *programmation de la durée des activités*, qu'Alter (2003) illustre par l'exemple de la mise en place du « juste



à temps » dans une organisation, qui redéfinit les relations entre l'atelier et les services commerciaux. Des éléments de coopération informelle échappent dans un premier temps aux organisateurs, les corrections prises retardent le développement de systèmes d'information nécessaires à la production des données et au suivi nécessaire à la mise en œuvre du juste à temps, et ont pour conséquence une moindre efficacité commerciale du dispositif. La seconde catégorie concerne les dyschronies liées à *l'incompatibilité de deux changements* qui s'avèrent antagonistes. Alter (2003) prend l'exemple de la mise en œuvre d'une politique de certification (qui requiert de la part des opérateurs un investissement temps dans la définition et la mise en œuvre des procédures) qui se heurte à celle du « juste à temps » (qui nécessite une flexibilité importante de ces mêmes équipes pour répondre aux urgences des services commerciaux). Le troisième type de dyschronies concerne celles liées à *la concurrence des procédures*, qui répondent à des temporalités différentes ; des actions correctives urgentes demandées par les services commerciaux sont parfois prioritaires au détriment des opérations de maintenance préventive du matériel ; celles-ci se retrouvent décalées dans le temps, faisant courir un risque accru d'apparition de problèmes nécessitant de nouvelles actions correctives. Enfin, la dernière catégorie identifiée concerne les dyschronies liées à *la valeur du temps* ; les services responsables de la planification et du contrôle considèrent la durée nécessaire à l'appropriation et à l'apprentissage de la nouveauté comme inefficace et inefficace, car elle est coûteuse et retarde l'atteinte des objectifs. Nous proposons d'étendre l'usage de ce concept au-delà des conflits entre éléments intra-organisationnels (contexte originel) pour embrasser les tensions temporelles enchâssées dans les interactions entre l'organisation [et ses acteurs] d'une part et les usagers-patients, considérés comme un partenaire de l'échange, d'autre part. Typiquement, nous mobilisons la dyschronie pour éclairer les relations de service au patient âgé en milieu hospitalier, dans lesquelles les temporalités des soignants (induites par les règles en vigueur à l'hôpital) rencontrent et/ou percutent les temporalités de l'utilisateur âgé vulnérable, et en particulier son « temps définitoire ». En tant qu'organisation, l'hôpital se caractérise par l'intégration de nouvelles règles de gestion (réduction du temps de travail, augmentation de la productivité, tarification à l'activité notamment) qui concourent à une forme d'accélération du temps qui met sous tension les personnels de santé, et notamment ceux en contact direct avec les patients. Cette tension se révèle de manière encore plus singulière dans les services de gériatrie aiguë qui sont confrontés aux temporalités plurielles des patients âgés (75 ans et plus) vulnérables. Ces services apparaissent ainsi comme des espaces privilégiés d'observation des dyschronies à l'œuvre dans la relation de soins entre personnels soignants et patients âgés et de la manière dont les acteurs de l'organisation hospitalière les appréhendent et les résolvent.

Méthodologie

Cette recherche a été menée dans le cadre d'un projet⁴ portant sur la gestion des parcours de soins des patients âgés entre leur domicile et les différents services d'un centre hospitalier universitaire (CHU) d'Ile de France. Précédée d'entretiens informels avec les chefs de service ayant permis l'accès au terrain, la collecte des données a été conduite de juin à octobre 2016 auprès des professionnels de santé d'un service de gériatrie de cet établissement. La participation des personnels soignants à l'étude s'est opérée sur la base du volontariat. Les patients de ce service sont âgés de 75 ans et plus, polypathologiques et confrontés à des vulnérabilités et déficiences tant physiques que psychiques. Seize entretiens semi-directifs

⁴ Les auteurs remercient l'Université Paris-Est et le CNRS pour le financement de cette recherche.

d'une durée moyenne de cinquante minutes ont été menés de jour et de nuit dans cette unité gériatrique auprès du personnel de santé en relation directe et quotidienne avec le corps des patients âgés (10 infirmiers et 6 aides-soignants).

Après retranscription, les données textuelles ont fait l'objet d'une analyse de contenu par codage fondée sur des aller-retours entre les données recueillies et les interprétations des chercheurs nourries par leurs lectures (Miles et Huberman, 1994). Nous avons commencé par identifier dans les discours recueillis les éléments en lien avec les temporalités des soignants et des patients âgés qui se logent dans la relation de service de soins. Le processus de codage a permis ensuite d'organiser les données épurées en catégories de sens, avant de les mettre en relation et de monter en théorisation pour construire des thèmes. L'analyse des données collectées a été menée selon une procédure de double codage qui a permis de stabiliser les catégories de sens et les thèmes assurant la fiabilité des résultats. La catégorisation opérée a permis de caractériser les tensions de temporalités vécues par le personnel de santé dans le cadre de sa pratique de soins et d'identifier les tactiques de résolution de ces tensions mises en place par les soignants.

En complément de ces entretiens formels, notre présence au sein de ce service gériatrique a permis de fréquents échanges avec deux cadres infirmières qui ont facilité l'organisation de l'accès des chercheurs aux informants. Ces éléments sont venus enrichir notre compréhension du milieu spécifique de la gériatrie hospitalière, de l'organisation des relations soignants-patients âgés et de la place et des ressorts de la dimension temporelle (urgence, cadence, rythme, pression temporelle, mais aussi lenteur, discontinuité, report, etc.) dans la performance de la relation de soins gériatriques au quotidien.

Résultats

L'analyse des discours des soignants fait d'abord ressortir trois représentations distinctes, mais non mutuellement exclusives, des patients âgés adossées à des temporalités particulières de ces usagers vulnérables. Ensuite, les pratiques de soin dans lesquelles ces figures des patients vulnérables sont incarnées révèlent des phénomènes de dyschronie, qui résultent des tensions entre le temps du patient et le temps contraint de l'organisation des soins. Enfin, des stratégies de « resynchronisation » mises en place par les soignants afin de pouvoir impliquer les patients âgés dans la relation de service, et mener à bien leur mission de délivrance du service de soins, sont mises en évidence.

Les temporalités du patient âgé au prisme des représentations des soignants

Trois figures du patient âgé émergent dans les discours des soignants et révèlent des temporalités singulières qui le caractérisent : le patient ancré dans le passé, le patient lent, et le patient instable. Ces figures ne constituent pas des représentations figées, ni mutuellement exclusives des patients âgés ; selon les contextes d'interaction de soin ces derniers peuvent être associés à l'une et/ou l'autre, dans la mesure où elles relèvent de registres différents d'ordre psychologique ou comportemental.

Le patient ancré dans le passé. Les patients âgés apparaissent comme attachés à une époque révolue, et se singularisent par des discours et des habitudes relevant d'un autre temps (« *Ils sont dans leur petit monde, avec leurs habitudes* », Infirmière 4). Certaines pathologies particulières peuvent concourir à les faire apparaître comme figés dans le passé (« *Aussi notre esprit peut s'arrêter à un moment précis de la vie, je parlais des patients atteints de la*



pathologie d'Alzheimer, leur esprit s'arrête à une époque et ils croient qu'ils sont toujours dans cette époque », Aide-soignant 2) ou désorientés sur le plan temporel, confrontés à des difficultés pour suivre la séquence des soins (« Il y en a qui perdent un peu leurs repères spatiotemporels ; du coup, ils vont voir un médicament, ils vont dire « et bien non ça je l'ai déjà eu. C'est celui du soir » », Infirmière 8). Ces comportements sont susceptibles (i) d'allonger la délivrance du soin car ils nécessitent une présence plus longue des soignants à leur chevet pour les écouter, négocier et les convaincre de coopérer à la dispense du traitement (« voilà, j'ai mis les médicaments sur la table, vous n'oubliez pas de les prendre. On repasse à côté, on jette un petit coup d'œil...si ce n'est pas pris et bien on sait que (...) il faut vraiment... rester avec lui pour prendre les médicaments », Infirmière 8), voire parfois (ii) de perturber l'organisation des soins qui se traduit par des retards, voire un bousculement, dans le planning initial des tâches (« on avait une patiente qui nous suivait constamment pour nous demander les traitements alors qu'on lui avait déjà donnés », Infirmière 9).

Le patient lent. La cadence d'administration des soins en vigueur à l'hôpital implique une participation quasi instantanée des patients aux sollicitations des soignants (prendre son repas, prendre un médicament, se positionner pour la toilette, etc.). Dans le cas des patients âgés, une telle réactivité n'est pas toujours envisageable : la participation des patients âgés est au mieux fortement décalée dans le temps du fait de leur plus grande lenteur, voire impossible en raison de carences physiques ou cognitives importantes (« Parce que prendre un médicament, le mettre là et lui dire : « vous prenez cela » et je m'en vais, cela je peux le faire (...) et je vais gagner du temps. Mais au final le médicament je ne sais pas s'il est pris », Infirmière 3). Le temps apparaît comme une notion centrale dans les descriptions du patient âgé par les soignants (« Tous les patients ont besoin d'écoute. Mais la personne âgée, il faut prendre du temps », Aide-soignant 1 ; « Il faut aussi pouvoir accepter et prendre en compte la lenteur de la personne », Infirmière 7).

Le patient instable. Les patients âgés se caractérisent aussi par un état de santé qui peut varier très rapidement. Leurs temporalités s'en trouvent ainsi bousculées et pendulaires, rendant quasiment imprévisible toute anticipation ou projection de l'évolution de la relation de soins (« Nous, on a des gens âgés qui sont stables qui, cinq minutes après, ne le sont plus parce qu'ils décompensent », Infirmière 3). La dégradation rapide de leur état peut avoir des conséquences graves pouvant conduire au décès (« Ce qui peut être un peu difficile c'est quand on voit les personnes, qu'elles étaient bien, qu'effectivement d'un seul coup elles se sont dégradées et que d'un seul coup, d'un seul, c'est le décès derrière », Infirmière 7).

Ces trois représentations des patients âgés incarnent le registre du temps comme « trait définitoire » de ces publics vulnérables, entendu comme un facteur consubstantiel à l'avancée en âge de ces malades. Il les inscrit plus dans le passé qu'il ne les projette dans l'avenir en raison de la perception de leur finitude imminente ; les ralentit dans leurs gestes et leurs réactions en raison de la diminution de leurs réserves physiologiques et de leurs aptitudes cognitives ; et enfin, fragilise fortement leur état général de santé qui peut subitement changer et s'aggraver de manière imprévisible.

Ces temporalités spécifiques et paradoxales (entre lenteur structurelle et rapidité potentielle de la dégradation de l'état de santé) créent des exigences particulières en matière de suivi et d'alerte permanente faisant écho à la notion de « qui-vive organisationnel » (Orvain, 2014). L'administration des soins est ainsi imprégnée d'une tension entre des normes professionnelles, façonnées par une logique gestionnaire, et un cadre réglementaire plaçant



le patient au cœur des dispositifs de soins et de prise en charge⁵. Le secteur hospitalier constitue en effet depuis plusieurs années un « laboratoire des démarches de rationalisation gestionnaire » (Bertillot, 2016), qui se caractérisent par la mise en place d'indicateurs de performance économique et d'instruments de tarification à l'acte (T2A), lesquels permettent d'attribuer les dotations aux établissements en fonction du nombre d'actes médicaux effectués. Ces indicateurs soumettent les professionnels de soins à des cadences élevées, les obligeant à intégrer une culture de la productivité dans la réalisation de leurs tâches quotidiennes. Ce temps contraint de l'administration des soins impose un rythme soutenu dans un contexte de ressources limitées, qui vient percuter la nécessité de prendre le temps de « faire avec » les ressources résiduelles des patients âgés, voire avec leur absence, en vue d'assurer une dispense efficace des soins : « *Je n'ai pas...je n'ai pas toujours ce temps-là [le temps de l'échange], parce que...je ne vais pas vous mentir, ici c'est très intense* », Aidesoignant 4.

De surcroît, les contraintes d'organisation du personnel et les conditions de passation de service (équipes de jour succédant aux équipes de nuit par exemple), qui pèsent sur la qualité de transmission des informations - notamment contextuelles - sur les patients (y compris celles délivrées par les proches), entrent en tension avec la variabilité de l'état de santé de ces derniers, qui nécessitent une continuité dans la collecte et la diffusion des informations les concernant entre les membres du staff médical pour que les équipes qui se succèdent soient en mesure d'agir rapidement et efficacement : « *[Les transmissions] C'est...oral. Après, une fois qu'elle a fini et qu'elle s'en va, c'est à nous aussi de vérifier ce qui est noté à l'écrit parce qu'il peut y avoir des oublis entre...la garde et la nuit* », Infirmière 10. « *Et, sur les trois secteurs, on tourne en fonction de nos jours de repos. En plus...enfin, des fois, on est...par exemple, moi hier j'étais du matin. Aujourd'hui, je me retrouve d'après-midi, il est possible qu'hier j'ai pris en charge un côté et qu'aujourd'hui j'ai un autre côté (...). Donc, il y a des fois on n'a pas du tout de...de continuité...de suivi de ce point de vue-là. On est beaucoup amené à...à faire une prise en charge au jour le jour quoi. (...) Et bien du coup, il y a certaines informations qui se perdent, des informations que, des fois, les...les familles nous donnent à l'arrivée...des informations sur le patient qui...qui vont améliorer la prise en charge, qu'on n'a pas forcément...le temps ou le...ou on ne pense pas forcément à se redire en transmission inter-équipe* », Infirmière 1.

De ces tensions de temporalités, nous dérivons deux types de dyschronies en référence à la catégorisation d'Alter (2003) : celles mettant en tension *la programmation cadencée de la durée de l'administration des soins et le temps long/lent des patients âgés*, et celles résultant de l'incompatibilité entre *les dispositifs de coordination des personnels soignants et l'instabilité de l'état du patient âgé dans le temps*.

Face à ces distorsions de temporalités, les soignants développent des tactiques créatives de resynchronisation des temporalités qui leur permettent de produire le service de soin malgré ces tensions et contraintes, que nous présentons dans la suite de nos résultats.

⁵ On fera notamment référence à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui fait de l'usager des dispositifs de l'action sociale et médico-sociale l'acteur central de la rénovation de ce secteur de santé. Elle réaffirme un certain nombre de droits préexistants en matière civile comme le droit au respect de la vie privée, de l'intimité, de la dignité et de l'intégrité physique et morale, et en consacre de nouveaux relatifs au choix, à l'information et aux décisions de la personne quant à son projet de vie actuel et futur. Elle sollicite désormais sa participation la plus active possible aux décisions, dispositifs et mesures d'accompagnement et de prise en charge qui la concernent, sur lesquels elle doit pouvoir, selon son état, exercer ses choix ou donner son consentement.



Les tactiques de « resynchronisation » du temps court de l'organisation avec le temps long/lent des patients

Face à la difficulté de faire coïncider le rythme des sollicitations liées au temps long/lent des patients (ou « temps trait définitoire » dans la mesure où la lenteur devient consubstantielle à l'ensemble des compartiments de la vie de la personne avancée en âge) et le temps-ressource des soignants (ou « temps durée » renvoyant à la cadence minutée correspondant à chaque acte dispensé) contraint par une organisation qui compte son temps, les soignants mettent en œuvre plusieurs tactiques pour « resynchroniser » la relation et gagner en efficacité dans l'administration des soins tout en préservant le bien-être du patient :

1/ Ralentir le rythme des soins. La première tactique consiste à ralentir le rythme des soins, pour s'adapter à la temporalité du patient, quitte à ne pas respecter la cadence préconisée par l'organisation hospitalière (« *Les autres, ils font ce qu'ils veulent. Mais moi je le prends. Je prends le temps. Parce que j'estime que quand on a 20 ans et quand on a 80 ans, on n'a pas la même vitesse* », Aide-soignant 1 ; « *Un jour il y a un médecin qui m'a dit : 'tu as vu, tu prends deux heures pour faire ton tour'. Je lui ai dit 'pas de problème, après maintenant tu fais le tour avec moi et tu me dis où je suis lente'* », Infirmière 3).

2/ Echanger pendant les soins. Une seconde tactique mise en œuvre par les soignants consiste à optimiser le temps en faisant coexister administration de soins et échanges avec les patients âgés sur des aspects non forcément liés au soin ou à la maladie de sorte à dédramatiser l'acte de soin (« *On communique énormément avec le patient mais en faisant autre chose en même temps* », Infirmière 8). L'échange avec les patients pendant la dispense des soins s'avère indispensable à leur prise en charge thérapeutique (« *Le fait de les écouter, de savoir leurs peurs, leurs attentes, enfin c'est important* », Aide-soignante 5).

3/ Moduler la cadence. La troisième tactique consiste à adapter la cadence d'administration des soins en fonction des caractéristiques des différents patients. Il s'agit en l'occurrence de compenser la lenteur nécessaire des actes de soins avec les patients les plus vulnérables par une cadence d'administration plus soutenue avec les patients âgés plus en capacité et pouvant davantage participer à la relation de soins (« *... Et puis tous les patients ne demandent pas le même temps* », Aide-soignant 1).

4/ Différer les soins non urgents. La quatrième tactique identifiée consiste à différer les soins lorsque le patient est réticent ou s'oppose à la dispense de soins à un moment donné : (« *Si avant de partir je n'ai pas réussi à faire la toilette (...) je reporte à plus tard, je réessaie. (...) Il n'a pas envie tout de suite mais tout à l'heure peut-être qu'il voudra* », Aide-soignant 6 ; « *Moi, j'essaie eh bien une prise de sang (...) la personne va me dire non. Je vais essayer de parlementer en expliquant pourquoi. Si au bout de 10 minutes elle dit non, je m'en vais (...) je reviens une demi-heure après et bien cela va mieux* », Infirmière 3).

5/ Fournir des repères temporels aux patients. Une dernière tactique consiste à fournir des repères temporels au patient, à l'aide de dispositifs visuels qui jouent le rôle de mémoire externe activant leur reconnexion au temps de dispense des actes de soin (« *Oui et bien en fait, ils sont attachés au petit planning qu'on affiche toutes les semaines. Donc ils savent chaque jour à quelle heure ils ont la kiné* », Infirmière 8).

Les dispositifs de « resynchronisation » du temps discontinu des équipes soignantes avec la variabilité de l'état de santé des patients âgés



Les équipes soignantes se relaient au cours de la journée et de la nuit auprès des patients, et ne sont pas toujours en charge du même secteur de soins, ni des mêmes patients (« temps non-coordonné »), ce qui conduit à une déperdition d'informations entre personnels de santé faute de fluidité dans la transmission des données patients (« *en termes d'organisation, on a trois secteurs, dans notre service, donc du coup, on change tout le temps régulièrement de secteur* », Aide-soignant 2). Ces changements sont donc autant de discontinuités de service sources de dyschronies. Des dysfonctionnements peuvent ainsi survenir en raison de l'évolution non synchrone de l'état du patient qui peut changer rapidement (« temps variable » du patient correspondant à des détériorations rapides et imprévisibles de son état de santé) et des tours de soins nécessairement freinés par le morcellement des contacts soignants-patients. Deux principaux dispositifs sont mis en place par les soignants en vue de réaligner, avec plus ou moins de réussite, ces différentes temporalités.

1/ S'appuyer sur les transmissions écrites et orales. Face à ces risques de décalage temporel, les soignants s'appuient sur les transmissions écrites qui permettent le suivi et le partage entre les membres du staff médical des informations-clés de l'état de santé des patients collectées à l'admission, relayées par les transmissions orales entre soignants et suppléées par les informations recueillies au cours des interactions avec les patients et leurs familles. Ces dispositifs, certes utiles, ne sont cependant pas toujours suffisants pour conserver la trace de leurs habitudes de vie et pour capter l'évolution (i.e. dégradation), parfois rapide, de leur situation de santé durant leur séjour (« *On ne peut pas se permettre de regarder tous les dossiers écrits de tous les patients ... quand on est en sous-effectif, on peut avoir un côté [du service] qui arrive à douze patients, en plus de la prise en charge paramédicale et médicale, on ne peut pas se permettre de relire ... dans le livret d'accueil, on demande comment ils occupent leur temps libre (...) mais après on ne se le retransmet pas oralement à chaque fois ; du coup, il y a certaines informations qui se perdent, (...) qu'on n'a pas forcément le temps ou qu'on ne pense pas à se redire en transmission inter-équipes* », Infirmière 1).

2/ Participer aux réunions de staff. Un second dispositif mis en place par le personnel soignant à l'hôpital, mais actuellement en perte de vue, permet de « resynchroniser » les différentes équipes en charge du même patient : il s'agit des réunions régulières de staff, qui rassemblent médecins, aides-soignants et infirmiers (« *pour la connaissance du patient, c'est très enrichissant. Surtout que le médecin, lui, il résume du coup rapidement l'hospitalisation du patient* », Infirmière 1). Les contraintes liées au passage aux 35 heures et la charge de travail des soignants ne permettent toutefois plus leur tenue régulière, ni la présence de l'ensemble des membres du personnel de santé par manque de temps notamment (« *Moi, j'aimais bien. Après c'est vrai qu'au niveau charge de travail, cela nous bloque une heure dans le travail* », Infirmière 8).

Tableau 1. Dyschronies dans la relation de soins, conceptions du temps associées et tactiques de resynchronisation des soignants

Temps de l'organisation hospitalière	Temps du patient âgé	Tactiques de resynchronisation
<p><i>Temps « durée », caractérisant la ressource quantifiée du soin dans l'organisation</i></p> <p><i>Pression à la réduction de la durée des soins</i></p>	<p><i>Temps « définitoire », caractérisant le besoin en temps long/lent de l'individu âgé</i></p> <p><i>Pression à l'allongement de l'interaction avec le patient âgé</i></p>	<p>1/ Ralentir le rythme des soins.</p> <p>2/ Echanger pendant les soins.</p> <p>3/ Moduler la cadence.</p> <p>4/ Différer les soins non urgents.</p> <p>5/ Fournir des repères temporels aux patients.</p>
<p>Dyschronie « temps court vs besoin en temps long/lent »</p>		
<p><i>Temps « cyclique », caractérisant la fragmentation du temps de soin via les rotations d'équipes</i></p> <p><i>Facteur de discontinuité des informations sur l'état du patient</i></p>	<p><i>Temps « non-linéaire », caractérisant la variabilité rapide de l'état de santé de l'individu âgé</i></p> <p><i>Pression à la continuité des informations patients</i></p>	<p>1/S'appuyer sur les transmissions écrites et orales</p> <p>2/ Participer aux réunions de staff</p>
<p>Dyschronie « temps discontinu vs temps variable »</p>		

Discussion et implications

Cette recherche vise à éclairer par un regard microsocial les tensions temporelles qui pèsent sur la relation de service soignant-patient, dans le contexte des soins aux patients âgés. Nos résultats mettent en évidence les temporalités singulières et paradoxales de ces patients, liées à leurs vulnérabilités, ainsi que la façon dont celles-ci impactent et configurent leur prise en charge par les personnels de santé. Plus précisément, nous montrons l'opportunité de la prise en compte du temps « définitoire » du patient âgé, qui est au cœur des désalignements entre les temporalités des soignants (et de l'organisation) et des patients qui altèrent, *in fine*, la dispense fluide et efficace des soins. Ces résultats complètent ainsi les apports des travaux déjà menés sur la question de l'ajustement des temporalités de l'organisation aux temporalités du soin (Couilliot, Vassy et Leboul (2011), Bracq-Leca et Pitel-Buttez (2012), Bertezene et Dubrion (2017)), ainsi que les conclusions des recherches consacrées aux tensions temporelles vécues par les soignants et à leurs conséquences sur le soin (Dickason, 2018 ; Gaudart et Thébault, 2012 ; Villate et al., 2014), en montrant le rôle de la temporalité de l'utilisateur dans la création des dyschronies, et en mettant au jour les mécanismes d'adaptation

et de résorption de ces décalages par les personnels de santé. En particulier, le concept de « temps définitoire » que nous proposons pour caractériser la lenteur, due au vieillissement, embarquée par les personnes avancées en âge constitue un apport significatif pour mieux comprendre leur rapport au temps et leur comportement dans différentes situations d'échange, de consommation et d'interactions sociales.

Nos résultats mettent au jour deux types de dyschronies en référence à la catégorisation d'Alter (2003) : les dyschronies mettant en tension « la programmation de la durée de l'administration des soins et le temps long/lent des patients âgés » et les dyschronies résultant de « l'incompatibilité entre les dispositifs de coordination des personnels soignants et l'instabilité de l'état du patient âgé dans le temps ». Nos résultats suggèrent que ces dyschronies, loin d'empêcher l'action, conduisent les personnels soignants à innover dans leurs pratiques en vue d'assurer la continuité des soins aux patients. Ce résultat rejoint les observations effectuées par Loffeier (2015, p. 42) en maison de retraite privée, qui mettent en évidence une « désorganisation » volontaire des routines industrielles de l'organisation mise en œuvre par les soignants pour s'adapter aux situations individuelles et au rythme des pensionnaires. Par rapport à ce constat, nous identifions cinq tactiques développées en milieu hospitalier pour « faire avec » ces situations particulières de disjonction : ralentir le rythme des soins, échanger pendant les soins, moduler la cadence, différer les soins non urgents, et fournir des repères temporels aux patients. Certaines de ces tactiques (i.e. moduler la cadence), qui relèvent de l'inclination à 'faire avec' le patient et à se mettre à son niveau pour l'inclure dans le dispositif de soins, convergent avec le résultat de Chang et al. (2012) qui ont identifié la tendance des personnels soignants, même sous pression, à accorder plus de temps aux patients les plus fragiles. Les autres stratégies de coping des soignants avec les temporalités des patients âgés sont en revanche singulièrement mises au jour dans cette recherche. Nos résultats mettent également en évidence des phénomènes de dyschronie liés à l'évolution non simultanée des différentes parties prenantes du service (ressources informationnelles des équipes soignantes et état des patients), et révèlent des dispositifs, formalisés ou non, de « resynchronisation » par les soignants qui permettent d'assurer la continuité du soin et son adaptation à l'état du patient par l'activation de dispositifs de coordination entre les équipes (transmissions écrites et orales, réunions de staff). Ces dispositifs, qui s'apparentent aux éléments constituant le « qui-vive organisationnel » évoqués par Orvain (2014) permettent d'assurer, quoique de manière imparfaite, une relation de soins reposant sur une connaissance assez « à jour » de la situation des patients âgés en vue de la continuité de leur prise en charge. Ces résultats rafraîchissent la notion de dyschronie et étendent son périmètre au-delà des temporalités précédemment circonscrites à la dyade organisation-personnel pour inclure les temps « paradoxaux » des usagers âgés. Ils contribuent par ailleurs aux travaux en organisation menés dans le secteur hospitalier, et notamment à l'exploration et à une meilleure compréhension des tensions, certes invisibles mais créatrices de valeur, émaillant le « care », l'un des quatre « mondes sociaux » (Glouberman et Mintzberg, 2001) de l'univers hospitalier. Nous mettons notamment en évidence la façon dont les soignants innovent au quotidien dans les interstices laissés par l'organisation pour s'ajuster individuellement et collectivement aux temporalités spécifiques des patients âgés, et notamment à leur « temps définitoire », au travers de pratiques de soins « bricolées ».

Ces dispositifs de resynchronisation - fortement consommateurs de temps, d'énergie et d'efforts physiques et psychiques - mis en œuvre par le personnel soignant soulèvent un certain nombre de questions. En effet, s'ils témoignent d'un sens du devoir des soignants et de leur implication dans le travail, ils sont (potentiellement) générateurs de risques psycho-

sociaux (stress, burn-out, ...), voire d'exit (démission, suicide), pour le personnel de santé en contact direct avec les patients âgés. Il importe donc pour l'organisation hospitalière, dans une triple perspective de responsabilité sociale envers ses salariés, de bien-être de ses usagers et de performance, d'abord de reconnaître et de valoriser ce travail de l'ombre accompli par les soignants au profit des patients, puis d'assister, former et proposer à ces personnels de santé des espaces ou interstices dans lesquels ils peuvent se ressourcer, discuter et retrouver un équilibre et se sentir soutenus dans leurs efforts de resynchronisation des temporalités de l'organisation et des patients. Une voie de recherche permettant d'approfondir ces questions pourrait être d'étudier la façon dont les soignants « vivent » et gèrent les limites imposées à leurs tactiques de resynchronisation.

Plus encore, il apparaît nécessaire de repenser les outils de gestion et de pilotage de l'activité hospitalière en service de gériatrie pour intégrer les temporalités spécifiques des patients âgés, et prendre en compte l'investissement et l'ajustement constant invisibles que cela induit chez les soignants. Une redéfinition des critères d'évaluation de l'efficacité du soin destinés à ces patients devrait être menée pour intégrer la préservation de leur bien-être et de celui des soignants.

Enfin, ce travail sur les tensions entre temporalités des soignants et usagers, qui constitue un jalon d'un projet de recherche de plus grande ampleur, gagnerait à être étendu à d'autres publics et parties prenantes de l'institution hospitalière. En ce qui concerne le corps des personnels de santé, il serait pertinent d'interroger les médecins qui ont une relation différente aux patients âgés de par leur incarnation de la figure d'autorité en santé et leur position tampon entre la direction de l'hôpital et les soignants. Cette recherche mériterait également d'être étendue aux patients âgés eux-mêmes, afin d'étudier la façon dont ces derniers appréhendent et vivent la relation de soins et les pratiques des soignants ; ceci soulève la question de leur capacité et/ou volonté de participer à l'acte de soin, et des dispositifs qui favoriseraient peu ou prou cette participation (lorsqu'elle est possible ou souhaitable), en écho aux travaux sur l'*empowerment* des usagers. En outre, l'étude du temps auprès des patients âgés permettrait d'alimenter le sens et le contenu du concept de temps définitoire que nous proposons et de mettre à l'épreuve sa pertinence et sa portée dans le cadre de leurs actions-réactions avec l'environnement hospitalier et au-delà. Cette extension de la recherche permettrait d'explorer les tensions temporelles vécues par ces personnes âgées vulnérables et la manière dont elles les subissent, les absorbent et les gèrent, en vue de disposer d'une lecture plus exhaustive des conflits de temporalité à l'œuvre entre les parties prenantes de l'institution hospitalière et de leur potentiel de résolution.



Bibliographie

Alter, N. (2000), Morcellements et dyschronies, in Alter N. (2000), *L'innovation ordinaire*, Presses Universitaires de France, Paris.

Alter, N. (2003), Mouvement et dyschronies dans les organisations, *L'Année sociologique*, 53(2), pp. 489-514.

Bertezene, S. et Dubrion, B. (2017), La coopération dans les réseaux de santé en gérontologie : un éclairage simonien, *La Revue des Sciences de Gestion*, 283(1), pp. 73-84.

Bertillot, H. (2016), Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière, Sociogénèse d'une rationalisation en douceur, *Sociologie du travail*, 58(3), pp. 227-252.

Bracq-Leca, H. et Pitel-Buttez, M.-A. (2012), Construire et proposer un espace-temps de soin dans un établissement pénitentiaire pour mineurs, *Adolescence*, 82(4), pp. 869-879.

Chang, Y.W., Chen, W.L., Lin, F.G., Fang, W.H., Yen, M.Y., Hsieh, C.C. et Kao, T.W. (2012), Frailty and its impact on health-related quality of life: A cross-sectional study on elder community-dwelling preventive health service users, *PLOS one*, 7(5), pp. 1-5.

Couilliot, M., Vassy, C. et Leboul, D. (2011), Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences, *Santé Publique*, 23(4), pp. 269-278.

De Jaeger, C. (2008), *La gérontologie*, Que sais-je ? Presses Universitaires de France, Paris.

Dickason, R. (2018), Asclépios, Hygie, Chronos et Poséidon : le temps et les émotions au cœur du soin. *Gestion 2000*, 35(4), pp. 45-75.

Gaudart, C. et Thébault, J. (2012), La place du care dans la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital, *Relations Industrielles*, 37(2), pp. 242-262.

Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2001), Managing the care of health and the cure of disease - part I -: Differentiation, *Health Care Management Review*, 26(1), pp. 56-69.

Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2001), Managing the care of health and the cure of disease - part II -: Integration, *Health Care Management Review*, 26(1), pp. 70-84.

Gron, L. (2016), Old age and vulnerability between first, second and third person perspectives. Ethnographic explorations of aging in contemporary Denmark, *Journal of Aging Studies*, 39, pp. 21-30.

Guiot, D. (2006), Un cadre d'analyse du processus de vieillissement et de son influence sur le comportement d'achat du consommateur âgé, *Recherche et Applications en Marketing*, 21(1), pp. 57-79.

Lallement, J. et Gourmelen, A. (2018), Le temps des consommateurs : état des recherches et perspectives, *Recherche et Applications en Marketing*, 33(4), pp. 98-131.

Lemaire, P. et Bherer, L. (2005), *Psychologie du vieillissement : Une perspective cognitive*, de Boeck Supérieur, Louvain-La-Neuve, Belgique.

Loffeier, I. (2015), *Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*, Presses Universitaires de France, Paris.

Miles M. et Huberman A. M. (1994), *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*, 2nd ed. Thousand Oaks, Sage.

Orvain J. (2014), Le Qui-Vive organisationnel: une forme de structuration du lien attention-action, *M@n@gement*, 17(5), pp.346-370.

Pavia, T. M. et Mason, M. J. (2014), Vulnerability and Physical, Cognitive, and Behavioral Impairment: Model Extensions and Open Questions, *Journal of Macromarketing*, 34(4), pp. 471-485.

Peigné, P. (2011), Chronos vs Kairos, quand les temps de l'organisation s'affrontent au lieu de se compléter : risques et paradoxes temporels lors du changement organisationnel, *Revue Internationale de Communication Sociale et Publique*, 5, pp. 1-22.

Pennec S., Gaymu J., Riou F., Morand E., Pontone S., Aubry R. et Cases C. (2015), Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente, *Population et Société*, Juillet-Août, 524(7), pp. 1-4.

Senges, E., Guiot, D. et Malas, Z. (2014), Peut-on prédire la consommation des 50-65 ans à partir du critère du Bien Vieillir Désiré ? *Décisions Marketing*, (76), pp.13-28.

Senges, E. (2016), Antécédents, manifestations et effets du Bien Vieillir Désiré sur la consommation des seniors, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Paris Sciences et Lettres.

Thoemmes, J. et De Terssac, G. (2006), Temporalités sociales : nouveaux enjeux, nouvelles démarches d'analyse, in Thoemmes J. et De Terssac, G. (coord.), *Les temporalités sociales : repères méthodologiques*, Octares Editions, Toulouse.

Villate, A. et al. (2014), Quels temps en soins palliatifs ? Du chronos au kairos, *Médecine Palliative Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 13(6), pp. 301-306.

Welté, J.-B. (2019), La négociation identitaire des personnes âgées dans un contexte de mobilité. Le cas des voyages en train, *Recherche et Applications en Marketing*, 34(4), pp. 80-104.

Annexe 1 – Profil des informants

Répondant	Profession	Genre	Expérience	Durée de l'entretien (min)
AS 1	Aide-soignant(e)	H	> 10 ans	59'
AS 2	Aide-soignant(e)	F	> 10 ans	50'
AS 3	Aide-soignant(e)	H	> 10 ans	48'
AS 4	Aide-soignant(e)	F	1 an	53'
AS 5	Aide-soignant(e)	F	< 10 ans	33'
AS 6	Aide-soignant(e)	F	< 10 ans	62'
IDE 1	Infirmier(e) diplômé(e) d'état	F	> 5 ans	49'
IDE 2	Infirmier(e) diplômé(e) d'état	F	< 1 an	42'
IDE 3	Infirmier(e) diplômé(e) d'état	F	> 20 ans	60'
IDE 4	Infirmier(e) diplômé(e) d'état	F	< 1 an	44'
IDE 5	Infirmier(e) diplômé(e) d'état	H	> 10 ans	39'
IDE 6	Infirmier(e) diplômé(e) d'état	F	1 an	50'
IDE 7	Infirmier(e) diplômé(e) d'état	F	> 10 ans	78'
IDE 8	Infirmier(e) diplômé(e) d'état	F	<10 ans	40'
IDE 9	Infirmier(e) diplômé(e) d'état	H	10 ans	54'
IDE 10	Infirmier(e) diplômé(e) d'état	F	< 10 ans	33'