



**HAL**  
open science

# La transgression du contrat de communication dans la relation de soin en EHPAD

Hiroko Noda

► **To cite this version:**

Hiroko Noda. La transgression du contrat de communication dans la relation de soin en EHPAD. Katja Ploog, Sophie Mariani-Rousset, Séverine Equoy-Hutin. EMMÊLER & DÉMÊLER LA PAROLE, Presses universitaires de Franche-Comté, pp.107-119, 2018. hal-04126804

**HAL Id: hal-04126804**

**<https://hal.science/hal-04126804>**

Submitted on 14 Jun 2023

**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.

## La transgression du contrat de communication dans la relation de soin en EHPAD

Hiroko Noda (Enseignante-chercheure en sciences du langage à l'Université Jean-Moulin Lyon 3)

### 1. Introduction

L'EHPAD est un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes dédié à l'accueil individuel ou collectif des personnes âgées de plus de soixante ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique et qui ne peuvent plus être maintenues à domicile. L'établissement offre non seulement l'aide à la vie quotidienne (lever, coucher, toilette, repas, etc.) et des soins médicaux personnalisés, mais aussi les animations, la sortie, les services comme le coiffeur, la blanchisserie, etc.

Les soins y sont assurés par un personnel soignant qualifié sous la direction d'un médecin coordonnateur, mais le résident garde le choix de son médecin traitant. Pour être reconnu comme EHPAD, l'établissement médicalisé doit avoir conclu avec le Conseil Départemental et l'ARS (Agence Régionale de Santé) une convention, dite convention tripartite, qui l'engage à respecter un cahier des charges visant à assurer l'accueil des personnes dépendantes dans les meilleures conditions et qui fixe les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et ses moyens financiers de fonctionnement.

Avec aujourd'hui plus de 6 % des personnes âgées accueillies, les EHPAD estimés à près de 7.750 établissements en France avec une capacité d'accueil variant entre cinquante à cent vingt lits, sont d'importants lieux de socialisation dans lesquels interagissent de multiples acteurs d'horizons divers avec les spécificités et les possibles complexités relationnelles que cela induit.

A l'horizon 2040, l'Insee et la Dress<sup>1</sup> prévoient l'arrivée de 375.000 personnes âgées dépendantes en EHPAD, alors que le ratio aidants-dépendants continuera à se dégrader, suite au passage des baby-boomers du statut d'aidant à celui de personne âgée, à l'augmentation de l'âge moyen des personnes dépendantes (qui pourrait accroître le risque pour les aidants d'être eux-mêmes « en mauvaise santé ou décédés »), et à la baisse du taux de fécondité après 1975 (Froment, Marbot et Roy, 2013 : 23).

Dès lors, se pose la problématique de la capacité d'accueil en institution relativement à la disponibilité du personnel notamment en ce qui concerne les aides-soignantes<sup>2</sup> d'une part, et d'autre part, des rapports sociaux entre les différents acteurs (encadrement, personnels, résidents, parents et autres proches de résidents, etc.) dans les pratiques professionnelles, en particulier dans les interactions et échanges verbaux et non verbaux entre professionnels et résidents.

---

<sup>1</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

<sup>2</sup> Suivant l'usage de Molinier, nous optons également pour le féminin générique du terme « aides-soignantes » abrégé désormais en "AS".

## 2. Contexte et état de l'art

### 2.1. Types de discours selon le contrat de communication

Dans le cadre de l'analyse du discours, Charaudeau considère que « tout acte de communication s'inscrit dans un cadre pré-structuré dont les particularités dépendent de la situation dans laquelle se déroule l'acte langagier » (1995 : 23). De ce point de vue, l'auteur développe la notion du « contrat de communication » (entre autres travaux, Charaudeau, 1994 ; Ghiglione et Chabrol, 2000) qui permet de distinguer différents types de discours : un discours publicitaire, un discours scientifique, un débat public, un face à face entre un médecin et son patient, entre un journaliste et un homme politique, etc.

Le contrat de communication se définit par :

- une certaine finalité (*parler pour atteindre quel but ?*) ;
- une certaine identité des partenaires de la communication (*qui s'adresse à qui ?*) ;
- un certain propos (*parler à propos de quoi ?*) ;
- un certain dispositif (*parler dans quelles circonstances matérielles ?*) (Charaudeau, 1995 : 23).

Ce que l'auteur appelle par « circonstances matérielles », ce sont des éléments qui « permettent de distinguer des variantes à l'intérieur de la situation globale de communication, variantes qui apportent à la situation leur lot de spécification » (Charaudeau, 2000). Elles correspondent à « ce qui détermine les situations d'échange orales (interlocutives) ou écrites (monolocutives) » (*ibid.*) ; elles permettent de distinguer, par exemple, « la publicité de rue (affichage), de celle des magazines (feuilletage) et de celle de la télévision (spots animés), au-delà de ce qu'elles ont en commun au titre de la situation globale » (*ibid.*).

L'auteur précise que le contrat de communication doit être reconnu « par les partenaires qui y sont impliqués, faute de quoi la communication échouerait (malentendus, dialogues de sourds, incompréhensions, etc.) » (Charaudeau, 1995 : 23).

### 2.2. Interaction entre les professionnels et les personnes âgées en EHPAD

Une importante littérature traite des éléments du contrat de communication en relation de soin dans les EHPAD. L'interaction entre les professionnels et les personnes âgées en EHPAD a pour objectif principal de préserver leur capacité communicative et de leur épargner la solitude et le silence. Continuer à parler lors de soin permet également de distraire le patient et d'atténuer la gêne due à l'atteinte de l'intimité :

« Depuis toujours dans les Instituts de Formation aux Soins Infirmiers (IFSI), on apprend aux aides-soignantes et aux infirmières qu'il faut parler au malade pendant sa toilette, respecter son consentement et sa pudeur » (Molinier, 2010 : 143).

En EHPAD, les soignantes parlent aux personnes âgées vulnérables physiquement et psychologiquement : le degré de dépendance est différent d'un résident à l'autre, mais tous ont besoin d'aide dans leur vie quotidienne. De ce fait, la communication entre la soignante et le résident présente un caractère asymétrique : quelle que soit la réaction des soignés, ce sont les professionnels qui doivent s'y ajuster.

Paperman explique cette inégalité comme suit :

« Cette inégalité signifie que le *care giver* exerce un pouvoir sur la partie faible, pouvoir comportant des risques pour l'intégrité et le respect de la personne dépendante. Il dépend de ce pouvoir que les besoins de la personne dépendante soient identifiés, perçus, considérés comme importants, méritant réponse » (2008 : 89).

Il est nécessaire que les soignantes soient en mesure de « rester créatifs et adapter leurs comportements à chacun de leur client en fonction de sa personnalité et de la leur » (Lépine, 2008 : 166). Les soignantes doivent considérer les personnes âgées comme des personnes à part entière et assurer leur dignité malgré la vulnérabilité. Les remarques de Formarier (2007) sur la relation de soin en général sont valables également à celle en EHPAD :

« Considérer le patient comme une personne autonome, porteur de ressources (et non seulement de besoins), acteur dans la prise en charge de sa santé et de ses soins » (2007 : 36).

Il est important que les soignantes se rendent compte que les personnes âgées peuvent leur apporter des ressources, même si leur autonomie est réduite par la vieillesse. La communication entre la soignante et le résident est souvent asymétrique, mais elle n'est pas unilatérale.

Un autre élément qui nous apparaît très important est la question de la « bonne distance » entre les soignantes et les résidents. Badey-Rodriguez remarque que :

« Soumis à des pressions émotionnelles répétées, le personnel doit arriver à trouver la bonne distance, l'attitude "juste" entre le retrait, l'indifférence et un engagement trop important » (2003 : 149).

Les AS doivent savoir faire la part des choses et ne pas prendre sur elles les problèmes et les sentiments des résidents. Sinon, étant confrontée en permanence à des situations difficiles – décès du résident, refus des soins, agressivités, etc. – l'AS ne tiendrait pas le coup. Paperman note qu'il faut :

« Regarder de près pour ne pas ignorer mais d'une proximité qui n'annule pas le regard éloigné nécessaire à la vision d'un autre ; tenir la distance pour ne pas ignorer mais d'une distance qui n'annule pas la sensibilité (*responsiveness*), la disposition à voir la nécessité d'une réponse qui ne peut être reportée ou déléguée à d'autres » (2008 : 93).

Mais comme le souligne Francœur, « les soignants, tendres humains, s'attachent malgré eux » (2010 : 276). En citant comme exemple le fait que certaines AS utilisent des expressions affectueuses telles que « ma chérie », « ma cocotte », « ma belle », Molinier défend la création de proximité de la part des AS, car il s'agit d'une expression spontanée des soignantes et une stratégie de défense qui permet aux soignantes de « ne pas se détourner de la souffrance d'autrui sans pour autant annihiler sa propre santé mentale » (2013 : 125) et de « surmonter les aspects dégradants et humiliants » (*ibid.* : 152). Molinier remarque que l'équipe encadrante réprime au nom du professionnalisme le rapprochement que les soignantes mettent en place, en le considérant comme « une forme de subversion des rapports de travail, une expression d'insubordination dangereuses, une prétention exaspérante » (*ibid.* : 117-118). Comment se fait-il que les marques d'affection portées aux personnes âgées fasse l'objet d'interdiction ?

D'ailleurs utiliser ce type d'expressions en s'adressant aux résidents, est-il vraiment inapproprié, voire irrespectueux ? Il s'avère que, légitime ou illégitime, le contrat de communication peut être enfreint. Dans quelles conditions la transgression du contrat de communication apparaît-elle ? Quelles sont les responsabilités des professionnels dans cette transgression ? Assument-ils leurs actes transgressifs ? Si oui, pour quelles raisons se

permettent-ils de ne pas respecter le contrat de communication, et ce d'une manière consciente et volontaire ?

### 3. Objectifs et Méthodes

Cette étude a pour objectif de montrer les spécificités et la complexité des rapports sociaux entre les soignants et les résidents en EHPAD et d'en rendre compte. Il s'agit d'explicitier les éléments propres à la communication entre les soignants et les résidents à l'aide de la notion du contrat de communication d'une part, et d'autre part de questionner le fonctionnement et la validité de ce contrat.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons mené une étude de terrain auprès des AS qui travaillent dans un EHPAD. Elle a consisté d'une part à observer le travail des AS dans un EHPAD et d'autre part à effectuer des entretiens formels et informels avec des AS qui y travaillent.

Le choix de la population d'étude (AS) est motivé par le fait que parmi les rapports sociaux qui s'opèrent au sein des EHPAD, les plus importants se rencontrent dans la relation entre les résidents et les AS d'une part et d'autre part, parce que dans cette relation, le contrat de communication s'applique unilatéralement aux AS même si un minimum de règles de conduite en institution, s'imposent également aux résidents.

Les AS sont ainsi les plus proches des résidents à qui elles apportent des aides dans leur vie quotidienne – soins d'hygiène et de confort, aide au repas, réveil et coucher, etc. –, à la différence des infirmiers qui sont chargés davantage des soins médicaux. Les agents des services hospitaliers ou logistiques quant à eux, s'occupent principalement de l'hygiène des locaux et de la distribution des repas.

Pour mener à bien cette étude, nous avons eu recours à des méthodes, relativement aux objectifs que nous nous sommes fixés et nous avons utilisé certains outils en guise de support à la méthodologie retenue. Nous avons ainsi combiné une analyse documentaire notamment pour faire un diagnostic de la situation, avec une approche qualitative pour recueillir les informations nécessaires.

L'approche qualitative permettait de mieux appréhender les éléments propres à la communication entre les acteurs à l'aide de la notion du contrat de communication et d'observer les fonctionnements et la validité de ce contrat.

En vue de la réalisation de cette étude, nous avons opté pour des observations participatives des soins effectués par les AS dans un EHPAD privé du Jura, ainsi qu'un EHPAD privé et un EHPAD public du Bas-Rhin. Nous avons suivi plusieurs AS dans leur travail en tant que « stagiaire » : les AS nous ont présentée aux résidents comme stagiaire ; nous avons donné un coup de main aux AS pendant le soin dans la mesure de mon possible. L'observation a duré pendant un service du matin dans le premier EHPAD, deux services (matin et le soir) dans le deuxième, et environ une semaine dans différents services dans le troisième.

Nous avons également élaboré des guides d'entretien pour les AS. Ces guides d'entretien étaient semi-directifs avec définition préalable de thèmes à aborder lors des différents entretiens. Les entretiens ont été réalisés par enregistrement vocal à l'aide d'un dictaphone. Au préalable nous avons demandé à nos interlocutrices leur autorisation et disponibilité.

Nous avons ainsi mené sept entretiens semi-directifs et divers entretiens informels avec des AS qui travaillent dans un EHPAD. L'objectif des entretiens est de saisir le contenu de leur travail, leurs perceptions du travail, leurs rapports sociaux avec d'autres acteurs (collègues, résidents et familles de résidents), leurs parcours et la place du travail dans leur vie.

Les données recueillies ont été retranscrites puis codées en sous-thèmes pour en permettre la catégorisation. Pour les interpréter, nous avons appliqué une analyse thématique en lien avec le contrat de communication et la transgression de ce contrat préétabli dans les interactions des AS.

## 4. Résultats

Grâce à la méthodologie appliquée, nous avons pu recueillir différentes données qualitatives pour répondre aux objectifs fixés. Ces données collectées à l'aide de grilles d'entretien et d'observations participantes, ont été traitées et analysées. Elles apportent ainsi des réponses relatives aux caractéristiques de la communication entre l'AS et le résident et à la transgression du contrat de communication.

### 4.1. Caractéristiques de la communication entre l'AS et le résident

Les AS parlaient constamment aux résidents pendant les soins, quelles que soient les réactions de ces derniers. Elles nous ont expliqué combien il était important de préserver leur capacité communicative. La communication portait sur divers sujets (le temps, les faits divers, l'actualité sportive, le repas, l'animation de la journée, etc.) qui variaient en fonction des capacités communicatives et de l'intérêt du résident.

Les AS prévenaient également les résidents de leur intervention : par exemple, lorsqu'elles lui disaient qu'il devait se retourner à gauche avant qu'elles ne commencent leur manipulation. Elles nous ont dit qu'ainsi, le patient était rassuré et pourrait éventuellement faciliter leur tâche en essayant de se tourner lui-même, et que cela permettait de garantir la sécurité du soigné et aussi des soignantes.

La communication entre les AS et les résidents était majoritairement orale, c'est-à-dire les échanges interlocutives. Néanmoins le dispositif pouvait être sonore : selon les AS, ne serait-ce qu'allumer la radio ou la télévision même si la personne âgée n'y prête pas une attention particulière, pouvait contribuer à maintenir sa capacité communicationnelle et à lui épargner le silence.

### 4.2. Transgression du contrat de communication

Nous avons constaté que le contrat de communication n'a pas toujours été respecté. Nous présentons ici deux cas qui nous sont apparus plus pertinents pour la discussion sur ces phénomènes transgressifs et leurs problèmes sous-jacents. Il s'agit de l'utilisation des expressions affectueuses et de la violence verbale et physique envers les résidents.

#### 4.2.1. Utilisation des expressions affectueuses

Nous avons rencontré les AS, qui utilisent des expressions affectueuses telles que « ma chérie », « ma cocotte », « ma belle » que nous avons évoquées plus haut, lorsqu'elles parlent aux résidents lors de soins, malgré l'interdiction de l'établissement. Lorsque nous avons interrogé plusieurs AS sur ce sujet, certaines disaient :

« c'est interdit, mais on le fait quand même, parce qu'ils aiment bien ».

Elles connaissaient les règles imposées par l'établissement, mais elles se permettaient d'utiliser ces expressions affectueuses en pensant au bien-être des résidents. Elles étaient conscientes également de la nécessité de prendre une distance avec le résident, mais elles se confrontaient à des difficultés pour y arriver :

« Mais bon on doit quand même prendre une distance avec les familles, et les pensionnaires qu'on doit quand même... prendre beaucoup de distance, mais la moitié du temps, on y arrive pas hein, qu'on veuille ou pas, on y arrive pas. C'est dommage hein, mais bon c'est comme ça la vie hein ».

Les AS nous ont dit également qu'elles « aimaient » les personnes âgées dont elles s'occupent :

« J'aime trop les personnes âgées [...], il faut aimer les personnes âgées [...] pour travailler en EHPAD. [...] Le jour où je détesterai des personnes âgées, je pourrai plus les encadrer et tout, là, on peut vite aller dans la maltraitance, ça c'est dangereux ».

Elles nous ont confié également qu'elles ne pouvaient pas s'empêcher de s'attacher à elles, bien que cela soit « interdit » par l'établissement :

« C'est pas possible qu'on s'attache pas aux personnes âgées hein [...], il y en a qu'on s'attache, automatiquement... »

Les AS ont mentionné aussi que les familles du résident n'étaient pas toujours favorables à leur approche :

« Si les familles entendent "mon bébé", "comment tu vas ma chérie ?", etc., elles vont pas aimer ».

#### 4.2.2. Violence verbale et physique

Une AS nous a dit qu'une de ses collègues avait giflé un résident et qu'elle avait perdu son diplôme d'AS au tribunal suite à la plainte de la famille du résident :

« Elle était épuisée, parce qu'elle a fait, je crois, six jours d'affilés ou sept jours d'affilés, et ce soir là, elle a craqué, parce qu'elle était chez un pensionnaire agressif, c'est vrai que ce pensionnaire était tout le temps agressif [...], ce soir-là elle l'a giflé et elle a été renvoyée ».

Nous avons assisté à une situation où une AS mettait une petite claque à un résident : il était tombé par terre, ne voulait pas se relever et s'agitait violemment ; une des AS lui avait donné une claque en lui disant « si vous ne voulez pas, on vous laisse par terre ». Selon les AS, ce résident était « connu » pour tomber « exprès », mettre des selles « partout », crier et déranger d'autres résidents, afin d'attirer l'attention ; il est difficile pour les AS de le soulever, vu qu'il est lourd et rigide.

En revanche, ce résident nous a expliqué qu'il tombait parce qu'il ne voyait pas clair. L'AS qui avait donné la gifle au résident était d'origine étrangère ; elle n'avait pas un très bon niveau en français et exerçait un travail en dessous de sa qualification (elle était infirmière après avoir fait des études supérieures en biologie dans son pays d'origine).

## 5. Discussion

### 5.1. De la reconnaissance du contrat de communication...

Comme nous l'avons mentionné plus haut, dans sa définition, le contrat de communication doit être reconnu par les partenaires qui sont impliqués à la situation de la communication. Or, dans l'interaction entre la soignante et la personne âgée en EHPAD, cette dernière ne reconnaît pas toujours le contrat de communication, que ce soit volontaire ou involontaire : les réactions des personnes âgées ne correspondent pas nécessairement à ce qui est

attendu. Par exemple, les interrogations peuvent rester sans réponse ; et il n'est pas rare que les soignantes subissent des réactions violentes des résidents.

Cette non-reconnaissance qui fait échouer la communication dans d'autres situations n'est pas un échec communicatif dans cette relation de soin, si l'interaction contribue à la préservation de la capacité communicative des personnes âgées ; en ce sens, les réactions du résident pourraient être mises en valeur, même si elles ne correspondaient pas à la question de l'AS. Cette valorisation dépend davantage de la capacité d'ajustement des AS.

## 5.2. ... à la difficulté du respect des normes existantes

### 5.2.1. Considération positive de la transgression et franchissement de l'interdit

La transgression se fige – en outre dans les cadres religieux et juridique – dans « une signification négative où elle devient synonyme de violation, de profanation et souvent même de perversion » (Dorey, 1983 : 2), bien que ce terme réfère à une action de « passer par-dessus (un ordre, une obligation, une loi) » (*Le Petit Robert*) qui n'a pas *a priori* de caractère négatif.

Seguin (2012) remarque que la transgression provient de « l'inadéquation entre système psychique et social » et qu'elle permet « de recomposer les normes, de mettre en rapport le système avec soi ». Selon l'auteur, c'est « une forme d'humanité qui s'exprime » ; autrement dit, elle « traduit la nécessaire expressivité de chacun dans son accommodation psychosociale de l'ordre systémique ». Cette idée d'« une forme d'humanité » rejoint la remarque de Roux (2005 : 8) :

« Quand la transgression règne, elle court-circuite ou fait taire la souffrance morale, le remords. Elle se donne une justification parfois par un contexte ».

Ainsi, les phénomènes de transgressions mériteraient d'être pris en considération dans la mesure où ils peuvent témoigner d'une inadéquation entre les normes et la réalité.

### 5.2.2. Actes transgressifs et vulnérabilité des acteurs

À la première lecture des travaux de Molinier, il nous a semblé inapproprié, voire irrespectueux, d'utiliser les expressions affectueuses en s'adressant aux résidents en EHPAD. Mais lors de notre observation, nous nous sommes rendue compte que son utilisation peut convenir à certains résidents et à certaines situations : elle était si naturelle qu'elle aurait pu passer inaperçue. Néanmoins il n'est pas toujours évident de savoir si l'utilisation des expressions affectueuses contribue ou non à la meilleure qualité de soin et au bien-être des personnes âgées.

En ne respectant pas l'interdiction imposée par l'institution, l'AS considère non seulement que son acte transgressif ne dépasse pas le seuil de maltraitance, mais aussi qu'il contribue même au bien-être des résidents. La transgression pourrait être considérée ici comme un acte d'ajustement des limites de la part du professionnel afin de compenser le décalage entre sa propre limite et celle de l'institution. Dans ce cas, le professionnel n'éprouve pas de remords à transgresser les règles, ce qui est en accord avec la remarque de Roux que nous avons citée ci-dessus ; cet acte transgressif se justifie par un souci de proximité et de meilleure prise en compte des besoins des personnes âgées au quotidien.

Cependant il n'est pas possible d'écarter complètement le risque que la perception d'une AS soit fautive dans la mesure où il se peut que les personnes âgées n'apprécient pas la proximité introduite par leurs soignantes. De plus, elles n'ont pas toujours de moyen pour



s'exprimer. Nous notons par ailleurs qu'il est hors de question pour d'autres AS d'utiliser ce type d'expression. Ces dernières ont insisté sur le fait qu'il faut toujours appeler les résidents par leur nom de famille.

En revanche, dans le cas de la maltraitance, l'acte commis par l'AS franchit l'interdit et atteint la violence ; la transgression n'est plus un acte d'ajustement des limites entre le tolérable et l'intolérable, car la soignante n'est autorisée en aucun cas à mettre le soigné en danger physiquement et psychologiquement ni à porter atteinte à sa dignité.

Cette violence pourrait s'expliquer par différents éléments : le ras-le-bol dû aux écarts de conduite répétitifs du résident, la fatigue due à la surcharge de travail, etc. Toutefois ce caractère involontaire ne dédouane pas à l'AS de ses responsabilités.

Par ailleurs, la difficulté de s'exprimer verbalement avec aisance et justesse constituerait également une des causes importantes de ce recours au langage corporel. Comme le dit Boutet :

« quand on est en-deçà de la communication verbale, alors les corps prennent le relais pour transmettre les sentiments, les ressentis ou même, cas limite de la communication exolingue, pour suppléer la communication verbale quand les salariés n'ont pas de langues en commun » (2008 : 52).

Le langage non verbal pourrait être utile pour surmonter la difficulté de la communication verbale – mais dans cet exemple, la transgression du contrat de communication atteint la violence. Il s'agit de la maltraitance définie par le Conseil de l'Europe en 1987 comme une violence se caractérisant par :

« Tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière » (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015).

Ces deux cas opposés dénoncent la vulnérabilité des AS : d'une part, elles sont souvent peu écoutées par leurs cadres, leurs institutions, les familles des résidents, etc., alors qu'elles sont les premières à prendre soin des résidents, et d'autre part, leurs mauvaises conditions de travail les empêchent de l'exercer convenablement et les poussent même à la faute professionnelle.

## 6. Conclusion et perspectives

L'interrogation sur la transgression dans l'interaction de soin montre que le contrat de communication n'est pas un cadre totalement figé : nous avons constaté l'existence de limites, mais elles peuvent évoluer. Il n'est pas évident de rendre explicites les éléments qui constituent ce contrat, car les relations entre les AS et les résidents sont extrêmement complexes : les AS sont des professionnelles, avec chacune sa personnalité et sa façon de créer du lien social et d'interagir avec les résidents qui sont également tous de personnalités différentes ; les rapports de l'AS envers le résident sont emmêlés avec d'autres rapports qu'elle entretient avec ses collègues, ses cadres, les familles de résident, etc. ; ces rapports sociaux peuvent être variables selon les situations. Il est ainsi difficile de savoir, par exemple, si l'emploi des expressions affectueuses participe à la satisfaction des résidents.

Comme les AS le disent souvent, « ça dépend », ce que remarque également Molinier (2013). Le contrat de communication n'est pas fixé *a priori*, mais il se crée à chaque moment

de communication. Il ne va pas de soi de dégager les éléments constitutifs du contrat qui transcendent cette singularité des phénomènes.

Par ailleurs, les exemples cités montrent aussi qu'il n'est pas toujours évident pour l'AS de réaliser une communication avec le résident en tenant compte de sa vulnérabilité et en répondant à ses besoins. Comme le souligne Paperman, la capacité de percevoir les besoins de la personne dépendante « n'a rien de spontané ni de naturel » (2008 : 89).

L'appropriation des compétences de l'AS passe pour la plupart par ses propres expériences professionnelles. La difficulté communicationnelle peut conduire l'AS jusqu'à la transgression. Celle-ci ne contrarie pas toujours le bien-être des résidents, mais ce n'est pas un acte nécessaire pour leur apporter une meilleure qualité de vie ; il vaudrait mieux éviter que l'AS transgresse les règles. Aussi, ce qui nous apparaît important, est le combat de la vulnérabilité à laquelle les AS sont confrontées : souvent leur travail n'est pas suffisamment reconnu par leur hiérarchie et par les familles des résidents. Afin de garantir le bien-être des résidents, il serait primordial de manifester plus de soutien aux AS et de valoriser leur travail.

## Références

BADÉY-RODRIGUEZ C. 2003. *La vie en maison de retraite. Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*. Paris : Albin Michel.

BOUTET J. 2008. *La vie verbale au travail*. Toulouse : Octarès.

CHARAUDEAU P. 1994. « Le contrat de communication de l'information médiatique ». *Le Français dans le monde*, n° spécial, <http://www.patrick-charaudeau.com/Le-contrat-de-communication-de-l,61.html> (consulté le 20/5/2015).

CHARAUDEAU P. 1995. « Ce que communiquer veut dire ». *Revue des Sciences humaines* n°51, 16-33.

CHARAUDEAU P. 2000. « De la compétence situationnelle aux compétences de discours ». In : *Actes du colloque de Louvain-la-Neuve sur Compétence et didactique des langues*, <http://www.patrick-charaudeau.com/De-la-competence-situationnelle.html> (consulté le 28/6/2015).

DOREY R., D. PERARD, Y. ASSEDO, C. TROCHET, M. FOUCAULT et J-M. REY. 1983. *L'interdit et la transgression*. Paris : Bordas.

DOREY R. 1983. « Introduction : penser la transgression ». In : Dorey R. et al., *L'interdit et la transgression*. Paris : Bordas, 1-7.

FORMARIER M. 2007. « La relation de soin. concepts et finalités ». *Recherche en soins infirmiers*, n° 89, 33-42.

FRANCŒUR M. 2010. *Fin de vie en établissement gériatrique*. Grenoble : PUG.

FROMENT O., MARBOT C. ET ROY D. 2013. « Projection des trajectoires et de l'entourage familial des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 ». *Dossiers solidarité et santé*, n°43, 19-27, <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf> (consulté le 16/3/2017).

GHIGLIONE R. & C. CHABROL. 2000. « Contrats de communication, stratégies et enjeux », *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, n° spécial, n°13/4.

LEPINE N. 2008. *Vieillir en institution, Sexualité, maltraitance, transgression*. Lyon : Chronique Social.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. 2015, « Orientations prioritaires de la politique nationale », <http://www.social->

sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/maltraitance-des-personnes,3010/orientations-prioritaires-de-la,17631.html (consulté le 29/6/2015)

MOLINIER P. 2010. « Apprendre des aides-soignantes ». *Gérontologie et société*, n°133, 133-144.

MOLINIER P. 2013. *Le travail du care*. Paris : La Dispute/Snédit.

PAPERMAN P. 2008. « Tenir la distance et regarder de près : l'éthique du care et le respect des proches ». In : Zaccà-Reyners N. (éd.), *Questions de respect*. Bruxelles : éd. de l'Université de Bruxelles, 85-95.

ROUX A. 2005. « Avant-propos ». *Champ psychosomatique*, n°38, 7-11.

SEGUIN T. 2012. « Transgression et société ». *Les cahiers de psychologie politique*, n°20, <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1985> (consulté le 31/8/2014).

