



**HAL**  
open science

## L'âgisme en question ?

Anne-Hélène Le Cornec Ubertini, Mirka Mesquita, Nadine Pellen, Armelle Gentric

### ► To cite this version:

Anne-Hélène Le Cornec Ubertini, Mirka Mesquita, Nadine Pellen, Armelle Gentric. L'âgisme en question ?. Communication & Organisation, 2023, Communication et Organisation, pp.91 - 105. <10.4000/communicationorganisation.11976>. <hal-04991487>

**HAL Id: hal-04991487**

**<https://hal.science/hal-04991487v1>**

Submitted on 14 Mar 2025

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License



## Communication et organisation

Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle

63 | 2023

La santé au prisme de la communication organisationnelle : enjeux, tensions et perspectives

---

### L'âgisme en question ?

Difficultés de communication organisationnelle dans un service hospitalier de gériatrie

*Ageism in question? Organizational communication difficulties in a hospital geriatrics department*

Anne-Hélène Le Cornec Ubertini, Mirka Mesquita, Nadine Pellen et Armelle Gentric

---



#### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/11976>

DOI : [10.4000/communicationorganisation.11976](https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.11976)

ISSN : 1775-3546

#### Éditeur

Presses universitaires de Bordeaux

#### Édition imprimée

Date de publication : 1 juillet 2023

Pagination : 91-105

ISSN : 1168-5549

Distribution électronique Cairn



#### Référence électronique

Anne-Hélène Le Cornec Ubertini, Mirka Mesquita, Nadine Pellen et Armelle Gentric, « L'âgisme en question ? », *Communication et organisation* [En ligne], 63 | 2023, mis en ligne le 02 janvier 2027, consulté le 24 juillet 2023. URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/11976> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.11976>

---



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## L'âgisme en question ? Difficultés de communication organisationnelle dans un service hospitalier de gériatrie

### Ageism in question ? Organizational communication difficulties in a hospital geriatrics department

*Anne-Hélène Le Cornec Ubertini, Mirka Mesquita,  
Nadine Pellen et Armelle Gentric*

**Résumé :** Cette étude de terrain dans un service de gériatrie répond à une demande de nombreux personnels de santé en souffrance. Il s'agissait de donner de la lisibilité à leurs difficultés et de proposer des solutions pratiques pour tenter de les soulager. Grâce à notre immersion dans ce service, nous avons pu donner un éclairage général sur les politiques publiques de management du système hospitalier et analyser les difficultés propres à ce service. Si ce dernier est impuissant à éviter l'âgisme exogène, il peut améliorer les relations interprofessionnelles en son sein, notamment en prenant en compte la proxémie et en évitant de transposer les règles communicationnelles soignant-soigné aux échanges interprofessionnels.

**Mots-clés :** âgisme, gériatrie, communication organisationnelle, proxémie.

**Abstract:** This field study in a geriatrics department responds to a request from many suffering health personnel in need. The aim was to give clarity to their difficulties and to propose practical solutions to try to relieve them. Thanks to our immersion in this department, we were able to shed a general light on public policies for the management of the hospital system and analyse the difficulties specific to this service. While it may be powerless to avoid exogenous ageism, interprofessional relations within it can be improved, in particular by taking proxemics into account and by avoiding transposing the rules of caregiver-patient communication to interprofessional exchanges.

**Keywords:** ageism, geriatrics, organizational communication, proxemics.

## L'âgisme en question ?

Cette étude vient d'un rapprochement, au sein du département des Sciences humaines et sociales de l'UFR de médecine de l'Université de Bretagne Occidentale, entre des enseignantes-chercheuses de trois disciplines différentes – sociologie, psychologie et sciences de l'information et de la communication – et des médecins à la fois Professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PUPH). L'objectif de cette association est de réaliser des travaux communs à partir de demandes de services hospitaliers. La première sollicitation est venue du service de gériatrie d'un hôpital de la région.

Les soignants de ce service ne parviennent pas à faire entendre leurs difficultés dans l'exercice de leur métier. Mal considéré, dévalorisé par les autres services hospitaliers, le service de gériatrie serait victime d'âgisme, une discrimination envers les personnes âgées qui se manifesterait par un recours systématique au service de gériatrie dès que l'âge d'un patient le permet (75 ans et plus), quelle que soit la saturation des lits disponibles dans ce service. La discrimination des « vieux » entraînerait dans son sillage celle de la médecine gériatrique, déconsidérée par rapport à des services hospitaliers jugés plus nobles. S'agissait-il essentiellement pour nous de donner de la visibilité à cette disqualification peu connue génératrice de souffrance au travail (Huez, 2008) ?

Au fil des réunions préparatoires, la Chef du service de gériatrie nous a fait part de problèmes de conflits entre groupes de professionnels de santé et de difficultés à garder les personnels et à les recruter. L'attente était donc plurielle, à la fois mettre des mots sur des maux et proposer des solutions pour rendre le climat du service moins conflictuel. Elle ne concernait cependant ni les relations soignants-soignés (Yilmaz, 2007), ni les relations soignants-aidants (Charlier 2019), ni les écarts entre les « cultures métier » (Osty, 2003) ou entre les représentations culturelles (Jovchelovitch et Orfali, 2005) de chaque corps de métier déjà largement documenté (selon les médecins) et inhérents à toute organisation où se côtoient des employés issus de différentes formations et occupant des statuts et des rôles distincts (Dumond, 2003).

La demande portait sur une approche globale du fonctionnement interne propre à ce service et sur ses conflits (niveau micro), dépendant par ailleurs du fonctionnement de l'hôpital dans lequel il se situe (niveau méso) et des politiques publiques nationales (Gardère, 2012) (niveau macro). À la manière d'un ethnologue découvrant un nouveau terrain, nous avons choisi une démarche qualitative à la fois exploratoire et inductive, s'apparentant à l'analyse par « théorisation ancrée » de Pierre Paillé (1994), reprenant pour l'essentiel la *grounded theory* de Barney Glaser et Anselm Strauss (1967), une analyse qui se construit, se développe et évolue au fil du recueil de l'ensemble des données empiriques.

## Méthode d'enquête

L'étude de terrain a été menée en janvier et février 2022 dans un service de gériatrie composé de 26 lits et d'un secteur fermé de 4 chambres. Durant cette période, il y avait 4 médecins mais aucun à plein temps (3 à 50 % et 1 à 70 %), 1 docteur junior (DJ) à plein temps en « autonomisation », 1 médecin étranger en formation, 5 infirmiers (2 travaillant le matin, 2 l'après-midi et 1 toute la journée), 7 aides-soignants et 1 psychologue travaillant à plein temps, 4 internes (3<sup>e</sup> cycle des études médicales) et 5 externes (2<sup>e</sup> cycle des études médicales). Les patients avaient une moyenne d'âge de 86 ans, ils présentaient majoritairement des troubles cognitifs et la durée moyenne de leur séjour était d'une dizaine de jours.

Nous (les trois chercheuses en sciences humaines et sociales) avons recueilli des observations à partir de trois journées de 8 heures d'immersion dans le quotidien du service. Les personnels de santé avaient reçu très positivement la perspective de notre venue et l'opportunité de parler des conditions d'exercice de leur métier.

Ils avaient été avertis que nous ne les soumettrions pas à un questionnaire préétabli en fonction d'un *a priori* théorique mais que nous venions pour les écouter et les laisser aborder les sujets qu'ils souhaiteraient.

Nous nous sommes ainsi immergées dans le service, afin d'observer, de prendre des notes, d'interroger les acteurs de manière non directive pour encourager leur libre expression. Nous avons aussi convenu de mener cette étude séparément afin de modifier le moins possible le fonctionnement ordinaire du service de gériatrie.

L'observation nous a permis de voir l'agencement du lieu de travail, d'assister aux réunions d'équipe et aux visites dans les chambres des patients. Nous avons réalisé chacune une dizaine d'entretiens avec les personnels soignants, médicaux et paramédicaux et retranscrit leurs propos *in extenso* dans nos journaux de terrain.

Cette première phase d'observation a permis de faire émerger les sujets de préoccupation des différents corps de métier.

Nous avons par ailleurs interrogé 5 Chefs de services hospitaliers (hématologie, neurochirurgie, psychiatrie, pédiatrie, médecine physique et de réadaptation), à l'occasion de réunions que nous organisons régulièrement au département des sciences humaines et sociales de notre unité de formation et de recherche (UFR) de médecine, sur un possible âgisme et une dévalorisation dont souffrirait plus particulièrement le service de gériatrie.

Lors de la confrontation de nos différentes grilles de lecture disciplinaires (sociologie, psychologie, sciences de l'information et de la communication) la communication interprofessionnelle est apparue comme le principal problème posé auquel nous pouvions tenter d'apporter des éléments de réponses pratiques à court terme.

Avant de nous concentrer sur le service de gériatrie, il est nécessaire de le replacer dans le contexte plus large des politiques publiques nationales qui l'impactent.

## Inadéquation des politiques publiques de management du système hospitalier

La pandémie de COVID 19 a certes augmenté les difficultés des personnels de santé dans les hôpitaux publics mais ne les a pas créées. Depuis longtemps les manifestations dans la rue, dans les médias, se sont succédé pour réclamer à la fois plus de moyens et un changement de stratégie et de mode de direction. La révision générale des politiques publiques (RGPP)<sup>1</sup> s'est traduite par la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » en 2009 et reste depuis la boussole gouvernementale, malgré les changements de majorités à la tête de l'État, à la faveur des élections présidentielles. Le modèle libéral anglo-saxon semble s'imposer comme le meilleur modèle de management et le seul compatible avec la modernisation des États :

La démarche revendique une inspiration tirée d'expériences étrangères antérieures, menées au Canada (*Canadian Program Review* menée durant les années 1995-1996) à laquelle il est fait explicitement référence dans les premiers documents officiels ou en Grande-Bretagne (*Comprehensive Spending Reviews* depuis 2002). Son principe affiché est de faire examiner les objectifs, les dépenses, les résultats et les *modus operandi* des grandes politiques publiques ministérielles par des équipes d'audit. Le questionnement est large et susceptible de remettre en cause les institutions héritées les plus robustes. Une focalisation sur les enjeux budgétaires et le souci de redimensionner l'État en recourant, chaque fois que nécessaire, à l'externalisation et au secteur privé. (Bezes, 2010, p. 776).

Sous l'étiquette de *New public management*, il s'agit de réduire le financement du service public, d'en restreindre les missions et d'en confier l'évolution à des cabinets d'audits extérieurs formés au modèle anglo-saxon comme seule alternative. Le succès du livre de Francis Fukuyama, *La fin de l'Histoire et le dernier homme* (1992), traduit l'idée largement partagée que la chute du mur de Berlin marque le triomphe durable de ce qu'il est convenu d'appeler la démocratie libérale. La démocratie est envisagée comme la succession régulière de votes citoyens pour élire des représentants. Dans une monarchie constitutionnelle comme le Royaume-Uni (ou le Canada) où la Reine est le Chef de l'Église d'Angleterre et où il existe une Chambre des Lords composée d'« environ 800 membres : 682 pairs à vie (*Life peers*), 92 pairs héréditaires

---

1- « La méthode se caractérise principalement par un portage politique fort, un processus de décision rapide, reposant sur un comité restreint autour du secrétaire général de la Présidence de la République et du directeur de cabinet du Premier ministre, et sur un suivi centralisé, assuré par la direction générale de la modernisation de l'État (DGME). La préparation des mesures a été confiée à des équipes d'audit mixtes (inspections générales et consultants) qui ont travaillé dans des délais très contraints » (Inspection générale de l'Administration *et al.*, 2012).

(*Hereditary peers*) et 26 archevêques et évêques (*Lords Spiritual*) » (Sénat, 2019)<sup>2</sup>, la définition de la démocratie ne peut être la même que celle d'une « République indivisible, laïque, démocratique et sociale » (Art. 1, Constitution de 1958) comme la France. Cette évidence de l'incompatibilité des deux modèles entre eux, sans un changement idéologique de fond, est devenue rapidement palpable. Le rapport de l'Inspection générale de l'Administration, de celles des Finances et des Affaires sociales, fait un constat d'échec de la RGPP : « La RGPP échoue dans sa dimension de revue des politiques publiques dès le milieu de l'année 2008 » (2012, p. 10). Malgré l'impossibilité de faire entrer la France dans ce moule anglo-saxon, les réformes basées sur le même principe se sont succédées avec pour ligne d'horizon plus d'efficacité de la fonction publique française pour un moindre coût et la sous-traitance au privé de missions jusque-là assurées par l'État. Dans cette course au rendement et à la diminution des coûts, la réduction du temps des soins, du nombre de soignants et du nombre de lits est inéluctable. Elle use prématurément les corps et les esprits. L'accélération du rythme de travail se fait au détriment de la relation pourtant consubstantielle du soin : « Parce qu'il est indissociablement don de relation et don de soi, l'acte de soin, quels que soient les soignants impliqués, semble ainsi résister, pas sa nature même, au modèle de la prestation marchande ou aux exigences de l'évaluation comptable. Protocoliser à outrance, c'est ignorer cette contingence, dénier les savoir-faire discrets et tout le travail invisible que suppose la relation de soin » (Chanial, 2010, p. 145). Un autre système de soin se dessine en fonction des moyens financiers des patients qui trouveront dans le privé ce qu'ils n'ont plus dans le public. Pour les soignants, la souffrance au travail est inévitable pour peu que le service public et l'attention aux autres soient leur vocation. Il y a bien sûr l'accroissement, qui semble sans fin, de la charge de travail technique mais aussi le poids de la trahison par l'État de l'engagement initial dans le service public et de la perte de sens. Pas de tribunal des prud'hommes pour contester les multiples accrocs au contrat de départ, le lien de subordination et les conditions de travail évoluant selon le bon vouloir de l'employeur, l'État.

La toile de fond de cette évolution des métiers du soin à l'hôpital est aisée à appréhender pour les universitaires qui subissent la même stratégie politique depuis la « Loi relative aux libertés et responsabilités des universités » (LRU) de 2007 : un modèle anglo-saxon en ligne de mire, un abandon progressif de la gestion démocratique des universités (Art. L711-1 du code de l'éducation) au profit d'une gestion calquée sur le modèle des entreprises privées et une charge de travail sans cesse augmentée. Le partage de ce tronc commun du *New public management* permet d'isoler plus facilement ce qui fait la spécificité de l'hôpital et plus particulièrement du service de gériatrie qui nous intéresse.

---

2- SENAT. (2019). *Royaume-Uni : House of Lords - La chambre des lords*. <https://www.senat.fr/senatsdumonde/royaumeuni.html>

## Particularité des tensions au service de gériatrie

Plusieurs chefs de services hospitaliers (hématologie, neurochirurgie, psychiatrie, pédiatrie, médecine physique et de réadaptation) interrogés sur la possible discrimination des personnes âgées, évoquent surtout une tension généralisée à tous les services hospitaliers et une répartition des patients fondée sur des critères légaux. Alors peut-on parler d'âgisme ? Dans tous les cas, il est fort peu probable qu'un comportement discriminatoire soit attesté par ceux qui s'en rendraient coupables car la discrimination est un délit (Art. 225-1 du code pénal). Pour qu'un délit soit constitué, il faut à la fois une action et une intention, c'est-à-dire une volonté délibérée de se « débarrasser des vieux ». Si le manque de moyens matériels et humains dans un service se traduit par un tri des patients en fonction de leur espérance de vie, si le défaut de compétences dans le traitement des polyopathologies ou dans les troubles neurocognitifs majeurs (démences) des personnes âgées entraîne une redirection des patients vers le service de gériatrie, la question essentielle est celle du cadre légal. Tant que les règles existantes permettent légalement d'orienter systématiquement les personnes de 75 ans et plus vers les services de gériatrie, ces derniers seront débordés car ils ne sont pas prévus pour recevoir l'afflux croissant de personnes âgées et ne sont pas adaptés aux troubles neurocognitifs majeurs. À défaut d'âgisme, c'est-à-dire d'intention délibérée, il y a *a minima* un manque d'anticipation dans les politiques publiques.

La Chef du service de gériatrie considère que le basculement entre un service fonctionnant correctement et un service en souffrance s'est produit il y a une dizaine d'années environ. La corrélation entre l'application légale de la RGPP aux hôpitaux et la dégradation des conditions de travail n'est probablement pas illusoire mais elle n'est pas la seule, il faut y ajouter deux autres éléments déterminants : le vieillissement de la population (Libault, 2019, p. 10) et la relégation de la fin de vie et de la mort aux institutions médicales (60 % des décès ont lieu dans des institutions médicales)<sup>3</sup>. Face à ces données dont les conséquences aversives semblent incompressibles, les marges de manœuvre pour tenter d'améliorer la situation s'avèrent très étroites. Toutefois, le passage d'une analyse à un niveau « macro » à un éclairage au niveau « micro », sur un cas particulier, peut apporter des pistes de réflexion et pourquoi pas des améliorations locales. La reconnaissance de la souffrance au travail est une première étape.

Les différents personnels soignants, aides-soignants, infirmiers, internes, médecins, se plaignent de la situation mais pas toujours pour les mêmes raisons. Des dénominateurs communs existent néanmoins : trop de travail, une dévalorisation des infirmiers et médecins par leurs pairs en poste dans d'autres services mieux

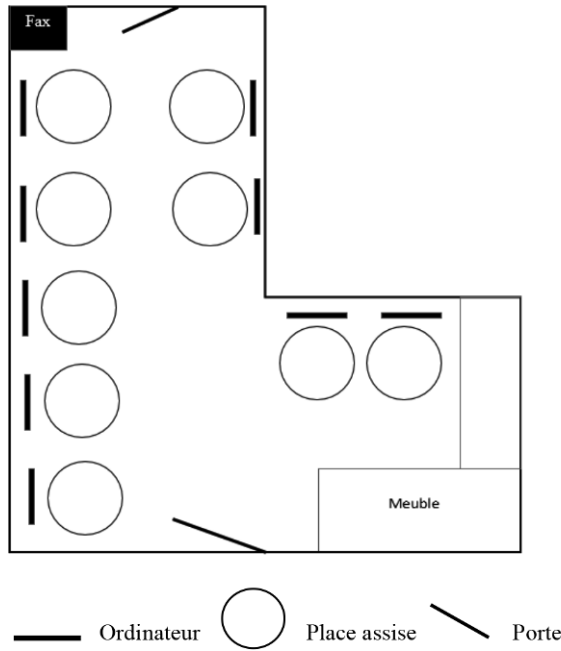
---

3- Ministère de la Santé et des Solidarités. (2019). *Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée*. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_atelier\\_10\\_hopital\\_et\\_personne\\_agee\\_14\\_fev\\_2018\\_3\\_.docx.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf)

considérés, un stress permanent en raison des patients agressifs, une mise en danger des personnels pendant les gardes de nuit en raison du peu de personnel au regard de la violence de certains patients. L'agressivité d'environ un tiers des patients tient à leurs troubles neurocognitifs majeurs. À la différence des infirmiers et des aides-soignants, les médecins sont amenés à travailler en dehors de leur service. Quand les lits du service de gériatrie sont tous occupés, les nouveaux patients occupent les lits disponibles dans d'autres services. Les médecins doivent alors travailler avec d'autres infirmiers qui n'apprécient généralement pas ce travail de gériatrie. Les infirmiers ne choisissent pas toujours leur lieu de travail et se plaignent du peu d'humanité de leur direction des ressources humaines (niveau méso) : horaires imposés au dernier moment, difficilement compatibles avec une vie de famille, et affectations contraires à leurs souhaits et vécues comme une marque de mépris. La bonne entente de l'équipe soignante résiste mal à cette tension permanente. Dans le service, à cause du COVID 19, la déambulation des patients atteints de démence était devenue problématique car ils pouvaient contracter ou transmettre le virus aux autres patients. L'installation d'une porte vitrée fermée avait bloqué leur possibilité de déplacement et par là-même accru leur agressivité envers le personnel de santé.

## Communication non verbale et proxémie

La question de l'espace et de sa répartition est sans doute ce qui interpelle au premier abord pour qui s'intéresse à la communication non verbale. Souvent assimilée à une communication sans parole impliquant les mouvements faciaux, le regard, les gestes, la posture ou encore l'intonation de la voix, la communication non verbale dans une organisation va bien au-delà et concerne aussi les machines, la disposition de l'espace, l'architecture, ... : « Dans l'organisation-système de communication, la plupart des comportements et indicateurs de contexte sont non-verbaux : l'agencement des locaux, le type de fournitures qui y circulent, les systèmes techniques qui y sont à l'œuvre, les routines de travail, etc. » (Duterme, 2000, p. 6). Commençons par ce que nous pourrions appeler l'« aquarium », une pièce centrale, vitrée sur 3 côtés qui ressemble à un L avec autant de chaises et d'ordinateurs qu'il est possible d'en mettre. Cette salle sert de lieu de réunion où les équipes se transmettent les informations, discutent des patients et remplissent des dossiers. C'est aussi là que se trouve le fax qui sert de moyen de transmission d'informations sur les patients entre services.



L' « Aquarium » ou salle de réunion

Le manque d'espace fait aussitôt écho aux travaux de l'anthropologue Edward T. Hall sur la proxémie. Hall s'est intéressé à une forme particulière de communication non verbale : les distances interindividuelles (Hall, 1968). Nous serions entourés de 4 cercles invisibles qui délimitent différents espaces : l'espace intime qui, selon les personnes et leur culture, varie de 15 à 45 cm, l'espace personnel de 45 cm à 1,20 m, l'espace social de 1,20 m à 3,50 m et enfin l'espace public au-delà de 3,50 m. Toute intrusion non autorisée dans un espace produit une réaction qui peut aller de la gêne à l'agressivité et cette forme de communication est toujours présente chez les patients à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer (Delamarre, 2014). Le manque de distance physique n'est pas propice à des relations apaisées, au contraire. Certes, chacun peut échapper en partie à cette proximité forcée puisque la position des sièges de l'« aquarium » permet de ne pas se tourner complètement et de regarder son écran d'ordinateur. Mais ce type de contrainte invalide la possibilité d'une vraie communication (Wolton, 1992 ; Grice, 1979 ; Ghiglione, 1986 ; Winkin, 2001 ; Mercier, 2018 ; Breton, 2020).

## Communication interprofessionnelle dysfonctionnelle

Une autre explication des difficultés au travail apparaît dans les discours des infirmiers : « on ne nous écoute pas ». La formule ne signifie pas qu'il n'y a pas d'écoute mais pas de traduction concrète de leurs revendications sur le terrain. De leur côté les médecins finissent par penser : « On est trop gentil. Tout le monde nous reproche tout ! ». Cette proximité, la mise en place d'échanges pluriprofessionnels, la bienveillance, qui est particulièrement perceptible pour nous qui venons de l'extérieur et qui permet au service de tenir dans des conditions littéralement insupportables, ne suffisent pas ou seraient contre-productives. Il est possible que face à l'absence de dialogue avec leur direction des ressources humaines, les aides-soignants et les infirmiers se retournent contre ceux qui sont à la fois physiquement présents et qui acceptent la discussion. La sollicitude encouragerait-elle une communication « défouloir » ? Il est vrai qu'ouvrir le dialogue, s'il n'y a pas de règle particulière, ne dit pas *a priori* à quels types de propos le canal de la conversation sera ouvert. Mais si nous suivons Charles Darwin dans *La Descendance de l'Homme et la Sélection sexuelle* (1881), la civilisation a choisi l'entraide comme « sélection naturelle » pour les hommes : « les sentiments de sympathie et de bienveillance sont communs, surtout pendant la maladie, entre membres d'une même tribu ; ils peuvent même s'étendre au-delà » (Darwin, 1881 [1871], p. 126)<sup>4</sup>. Toutefois la ressemblance entre membres d'une même tribu est sans doute plus forte qu'entre des membres de groupes distincts, même s'ils appartiennent à un même service : aides-soignants, infirmiers, médecins, internes, externes, se distinguent par leur statut, leur place dans la ligne hiérarchique hospitalière, leurs compétences, leurs salaires, leurs obligations, leur culture métier (Osty, *op. cit.*) et même leur temps de présence auprès des patients du service. Dès qu'il existe des groupes différents, un phénomène de sociocentrisme apparaît. Les membres du même groupe privilégient l'endogroupe au détriment de l'exogroupe (Tajfel *et al.*, 1971).

Chaque statut s'inscrit dans un univers physique et mental différent malgré un service commun. Généralement, les externes (4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année de médecine), qui effectuent un stage, sont très satisfaits de leur passage en gériatrie. Ils bénéficient de cette ambiance bienveillante qui inclut un effort de pédagogie et des travaux pratiques utiles. Ils sont les moins impliqués dans ce service où ils resteront très peu et gardent leur attention rivée sur les cours et les examens à l'université. Les internes (3<sup>e</sup> cycle) sont moins enthousiastes. Leur charge de travail est plus lourde, le nombre d'années de sacrifices liés à une formation très exigeante commence à peser et l'organisation de l'hôpital est fortement critiquée. Selon eux, l'hôpital changerait la

---

4- Il s'agit du contraire de la sélection naturelle de *L'Origine des Espèces* (Darwin, 1859) propre aux autres animaux.

relation soignant-soigné et renforcerait le statut de malade dépendant. En privant les patients de liberté et d'autonomie, l'hôpital les infantiliserait. La tenue vestimentaire elle-même ajouterait à l'infantilisation du patient et à sa propre représentation en tant que malade. « Le pyjama rend malade » nous a dit une interne. Le vêtement est effectivement un moyen de communication non verbal de premier plan. Il produit des effets sur celui qui le voit porté (le récepteur) et celui qui le porte (émetteur). Les vêtements font entrer dans la peau du personnage (Zimbardo, 1972 ; Bickman, 1974 ; Johnson et Downing, 1979) et encouragent une attitude paternaliste du médecin.

Les aides-soignants quant-à-eux cumulent les difficultés liées à la fois à leur statut, à leur métier et à la situation du service de gériatrie, elle-même liée à celle de l'hôpital. Au bas de l'échelle des pouvoirs, ils assument les tâches ingrates sous la direction des infirmiers et pâtissent de la surcharge de travail et du déclassement de la gériatrie. Ils n'ont pas souhaité être partie prenante de l'étude au motif qu'ils n'avaient pas le temps de faire une pause pour répondre à des questions. Néanmoins, dans le couloir, en se dirigeant vers les chambres des patients, la parole se libère pour déplorer une charge de travail trop importante et dire l'envie de quitter ce service au plus tôt.

Malgré un statut plus valorisé au sein du service et dans la société, les infirmiers partagent avec les aides-soignants un stress permanent en raison du trop grand nombre de patients et des patients « agités » (euphémisme souvent employé dans le service pour parler de troubles neurologiques). La réaction instinctive, par réflexe de survie, devrait être la fuite et si la fuite est impossible, la mise en œuvre de tous les moyens pour rendre la tâche supportable. Or le nœud du problème se situe là car, pour faciliter le travail, il faudrait calmer les patients agités. Les médecins et les infirmiers ne sont pas d'accord sur les mesures à prendre. Leurs responsabilités respectives ne sont pas du même ordre. Trois thèmes principaux émergent dans le discours des médecins : leur inquiétude quant aux risques d'infections nosocomiales particulièrement prégnants pour des personnes âgées et donc fragiles, leur responsabilité pénale et le rappel de leurs devoirs et de leur serment vis-à-vis du patient et de sa famille. Par ailleurs, la mort des patients à l'hôpital peut être vécue comme un échec personnel (Schepens, 2021) or, nous l'avons vu, la fin de vie s'est déportée dans les instituts médicaux. Ainsi, à la crainte des décès en raison des poursuites judiciaires possibles, s'ajoute la perception du décès comme un échec personnel, sans compter bien sûr l'émotion générée par la mort d'un être humain, ce qui peut expliquer une partie de la relégation, jugée bien trop systématique, des personnes âgées au service de gériatrie.

Face à des objectifs et des responsabilités différentes, il n'est pas étonnant qu'un dialogue de sourds s'installe. Deux modes de protection personnelle s'affrontent, chacun essayant de « sauver sa peau », sans faire de faux pas, dans une organisation qui met sous tension extrême ses personnels. Une communication interprofessionnelle dysfonctionnelle pourrait expliquer l'incompréhension mutuelle. Notons toutefois que le conflit infirmiers-médecins est un problème classique, soulevé de manière

récurrente dans la littérature scientifique, quels que soient le service et l'institution médicale (Vilbrod, 2003 ; Kabengele Mpinga *et al.*, 2006). En accompagnant les médecins dans leurs visites aux patients, chacune de nous a pu constater que la communication soignant-soigné faisait l'objet d'une attention toute particulière et tendait vers le plus de tact et le moins de paternalisme possible, quels que soient l'âge et l'expérience du médecin. Il y a donc une véritable culture de la communication comme compétence clinique indispensable dans ce service (Mezzich *et al.*, 2016). Or ce qui vaut pour un échange entre un patient et un médecin, qui correspond à des droits et des devoirs particuliers et impose une vraie communication (Ghiglione, 1986 ; Dacheux, 2016) sans lien de subordination, ne vaut pas pour un échange que l'École de Palo Alto appelle « complémentaire » (Watzlavick *et al.*, 2014) c'est-à-dire asymétrique entre les médecins et les autres membres du personnel. Répété, routinisé et en ce sens automatisé, le mode de communication soignant-soigné déteint sur la communication interprofessionnelle. Il fait naître de faux espoirs et une mauvaise compréhension de la relation. S'il existe des règles communes à tout échange comme le respect de l'autre, le refus de mentir, d'utiliser un jargon incompréhensible, de changer de sujet inopinément ou encore de monopoliser la conversation (Grice, 1979), il en est d'autres qui dépendent du système dans lequel s'inscrivent les échanges. La communication est en effet toujours systémique, elle intègre les éléments qui composent le système et les relations qu'ils entretiennent les uns avec les autres. Trop souvent le poids respectif des acteurs est oublié or, plus encore dans des systèmes professionnels, la dimension hiérarchique est incontournable (Le Cornec Ubertini, 2016)<sup>5</sup>. La réflexion : « On est trop gentil », donnée par les médecins comme explication au conflit infirmiers-médecins a été mûrement réfléchie et s'est imposée *in fine* comme seule explication possible à des dissensions aigües malgré leurs efforts de bienveillance et de proximité. Si un travail commun permet de limiter les conflits intergroupes (Sherif, 1966), encore faut-il un but partagé, et pas seulement une orientation commune, car le sociocentrisme est un biais cognitif puissant (Tajfel *et al.*, 1971). Il produit deux effets : un *effet d'assimilation* entraînant l'idée que les membres d'un même groupe sont semblables entre eux (bien plus qu'ils ne le sont en réalité) et un *effet de contraste* qui amène à penser que l'exogroupe est bien plus différent de l'endogroupe qu'il ne l'est vraiment (Tajfel et Wilkes, 1963). C'est ce qui se produit dans ce conflit infirmiers-médecins. En témoignent les formules utilisées, séparant « eux et nous » en deux blocs distincts : « *On est trop gentil. Tout le monde nous reproche tout !* », du côté des médecins, et « *On ne nous écoute pas* », du côté des infirmiers. Le conflit fait sans doute d'autant plus souffrir qu'il est analysé, à tort (*cf.* Tajfel), comme une anomalie. La plupart des articles de professionnels de santé sur la communication interprofessionnelle contribuent à diffuser l'idée que le conflit est synonyme d'échec (par ex : Garrouste-Orgeas *et al.*, 2010 ; Policard, 2014). Or le

---

5- Cela tient au courant classique de l'analyse systémique qui fait des acteurs des « jouets » du système qui créerait ses propres règles (Mucchielli, 2006).

conflit n'est pas nécessairement négatif dans des relations professionnelles. Il permet d'examiner les sources de tensions et d'essayer d'y remédier (Ivanescu et Viillard, 2022).

## Conclusion

Le manque de moyens du service public hospitalier, aggravé par le « papy-boom » et son lot de troubles neurocognitifs majeurs, créent un terrain propice aux conflits interprofessionnels. L'âgisme n'est dès lors pas la seule cause ou explication possible des difficultés rencontrées dans le service de gériatrie. Toutefois, la dévalorisation des professionnels, médecins, infirmiers, aides-soignants, qui travaillent en gériatrie est une des conséquences de l'âgisme. Le peu de considération pour le grand âge déteindrait sur ceux qui le prennent en charge par *effet d'assimilation* groupale. Conséquence organisationnelle de cette mise sous tension du service de gériatrie au sein d'une institution hospitalière elle-même en crise : la détérioration de la relation infirmiers-médecins. L'étude de ce conflit met au jour un défaut de formation à la communication. Elle est à la fois conçue comme une transmission d'information interprofessionnelle avec le moins de hiatus (les « bruits » du modèle de Shannon et Weaver de 1949) possible et comme une manière d'être en relation avec autrui, sur le nouveau modèle de communication soignant-soigné, à distance du paternalisme classique. Or il ne s'agit pas de créer une alliance thérapeutique ou d'entrer dans le cadre légal de la « démocratie sanitaire » (droits des patients) dans une relation interprofessionnelle médecins-infirmiers. La communication interprofessionnelle doit tenir compte de la conflictualité inhérente à la coexistence de groupes distincts dans un même service, de la distance à respecter (proxémie), et intégrer la dimension hiérarchique non pas comme un rappel récurrent des positions dominantes des médecins mais comme un rappel des responsabilités propres à chaque corps de métier et des objectifs communs qui en découlent.

## Bibliographie

- Bezes, P. (2010). Morphologie de la RGPP, Une mise en perspective historique et comparative. *Revue française d'administration publique*, 136, 775-802.
- Bickman, L. (1974). Social Roles and Uniforms: Clothes Make the Person. *Psychology Today*, 7, 49-51.
- Hall, E-T. (1968). Proxemics. *Current Anthropology*, University of Chicago Press, 9, 2-3, 83-95.
- Breton, P. (2020). *La parole manipulée*. La Découverte.
- Chanial, P. (2010). Le new public management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'ineestimable dans la relation de soin. *Revue du MAUSS*, 35, 135-150.

- Charlier, E. (2019). Professionnels et aidants proches : déni mutuel de reconnaissance ?, ; Interrogations ?, 28. <http://www.revue-interrogations.org/Professionnels-et-aidants-proches>
- Dacheux, E. (2016). *Sans les citoyens, l'Europe n'est rien*. L'Harmattan.
- Darwin, C. (1881). *La Descendance de l'Homme et la Sélection sexuelle*. C. Reinwald.
- Dumond, J-C. (2003). Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*, 1, 71-81.
- Duterme, C. (2000). Le « non-verbal » dans l'organisation définie comme système de communication. *Communication et Organisation*, 18. <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2472>
- Fukuyama, F. (1992). *La Fin de l'histoire et le Dernier Homme*. Flammarion.
- Gardère, E. (2012). Institution communicante et nouveau management public, *Communication et organisation*, 41, 27-39.
- Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Paralitici, C., Misset, B. (2010). Comment organiser la communication ?. *Réanimation*, 19, 3, 265-272.
- Ghiglione, R. (1986). *L'homme communiquant*. Armand Colin.
- Glaser, B- G., Strauss, A-L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine Publishing.
- Grice, H-P. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30, 57-72.
- Huez, D. (2008). *Souffrir au travail : comprendre pour agir*. Éditions Privé.
- Ivanescu, R-S., Viillard, M-L. (2022). Difficulté de la prise en charge de la fin de vie dans les unités de soins de longue durée, *Médecine Palliative*, 21, 2, 86-97.
- Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale des Finances, Inspection Générale des Affaires Sociales. (2012). *Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'État*. Inspection des Finances. <https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2012/2012-M-058.pdf>
- Johnson, R-D., Downing, L-L. (1979). Deindividuation and Valence of Cues: Effects on Prosocial and Antisocial Behaviour, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1532-1538.
- Jovchelovitch, S., Orfali, B. (2005). La fonction symbolique et la construction des représentations: la dynamique communicationnelle ego/alter/objet. *Hermès*, 41, 51-57.
- Le Cornec Ubertini, A-H. (2016). L'analyse systémique doit passer à la « 3 D »
- Libault, D. (2019). *Rapport - CONCERTATION Grand âge et autonomie Grand âge, le temps d'agir*. Ministère de la Santé et des Solidarités. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)
- Mercier, A. (2018). *Fake news et post-vérité : tous une part de responsabilité !*. The Conversation, CREM. <https://pro.bpi.fr/content/uploads/sites/3/2020/12/the-conversation-ebook-fake-news-def.pdf>

- Mezzich, J. E., Botbol, M., Christodoulou, G. N., Cloninger, C. R., Salloum, I. M. (dir.). (2016). *Person Centered Psychiatry*. Springer International Publishing Switzerland.
- Mucchielli, A. (2006). Deux modèles constructivistes pour le diagnostic des communications organisationnelles. *Communication et Organisation*, 30, 12-46.
- Osty, F. (2003). *Le désir de métier - Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Presses universitaires de Rennes.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, 117, 33-49.
- Schepens, F. (2021). Travailler à signifier la mort. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 1, 144, 13-23.
- Sherif, M. (1996). *In common predicament. Social psychology of intergroup conflict and cooperation*. Houghton Mifflin Company.
- Tajfel, H., BILLIG, M-G., BUNDY, R-P., FLAMENT, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European journal of social psychology*, 1, 149-178.
- TAJFEL, H., Wilkes, A. (1963). Classification and quantitative judgement. *British journal of psychology*, 54, 101-114.
- Vilbrod, A. (2003). Infirmiers libéraux et médecins généralistes : dits et non-dits d'une coopération sous tension. Dans G. Cresson, M. Drulhe et F-X. Schweyer (dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé* (p. 153-164). Presses de l'EHESP.
- Watzlawick, P., Beavin, J-H., Jackson, D-D. (2014). *Une logique de la communication*. Points.
- Winkin, Y. (2001). *Anthropologie de la communication- De la théorie au terrain*. De Boeck et Larcier S.A. / Le Seuil.
- Wolton, D. (1992). Les contradictions dans l'espace public médiatisé. *Hermès*, 10, 95-114.
- Yilmaz, E. (2007). *Communication organisationnelle entre publics «internes» et public extrants» en milieu hospitalier* [thèse de doctorat inédite]. Université de Bordeaux 3.
- Zimbardo, P- G. (1972). *Stanford Prison Experiment: A Simulation Study of the Psychology of Imprisonment*. Philip G. Zimbardo, Incorporated.

## **Biographies des auteures**

**Anne-Hélène Le Cornec Ubertini** est enseignante-chercheuse HDR en Sciences de l'information et de la communication, département SHS de l'UFR de médecine de l'UBO. Département de Sciences Humaines et Sociales, UFR de Médecine, Université de Bretagne Occidentale.

**Mirka Mesquita** est enseignante-chercheuse en Psychologie, département SHS de l'UFR de médecine de l'UBO. Département de Sciences Humaines et Sociales, UFR de Médecine, Université de Bretagne Occidentale.

**Nadine Pellen** est enseignante-chercheuse en Sociologie, département SHS de l'UFR de médecine de l'UBO. Département de Sciences Humaines et Sociales, UFR de Médecine, Université de Bretagne Occidentale.

**Armelle Gentric** est Cheffe du service de Gériatrie de l'hôpital La Cavale Blanche à Brest.