



HAL
open science

Tensions entre normes professionnelles et personnelles des personnels soignants : Histoire d'une résistance ordinaire dans la relation de service aux patients âgés

Abdelmajid Amine, Audrey Bonnemaizon, Margaret Josion-Portail

► To cite this version:

Abdelmajid Amine, Audrey Bonnemaizon, Margaret Josion-Portail. Tensions entre normes professionnelles et personnelles des personnels soignants : Histoire d'une résistance ordinaire dans la relation de service aux patients âgés. Congrès de l'Association Française du Marketing, May 2017, Tours, France. hal-01684180

HAL Id: hal-01684180

<https://hal.science/hal-01684180>

Submitted on 15 Jan 2018

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.

**TENSIONS ENTRE NORMES PROFESSIONNELLES ET PERSONNELLES DES PERSONNELS
SOIGNANTS : HISTOIRE D'UNE RÉSISTANCE ORDINAIRE DANS LA RELATION DE SERVICE AUX
PATIENTS ÂGÉS¹**

Abdelmajid Amine* (amine@u-pec.fr)
Audrey Bonnemaizon* (audrey.bonnemaizon@u-pec.fr)
Margaret Josion-Portail* (margaret.josion-portail@u-pec.fr)

*Université Paris-Est, IRG (EA 2354) Place de la Porte des Champs, route de Choisy, 94010
Créteil Cedex

Résumé :

Cette recherche a pour objectif d'explorer une relation de service encore mal connue : la prestation de soins aux patients en milieu hospitalier. Au travers d'une étude qualitative menée auprès du personnel soignant d'un service de gériatrie en Ile de France, nous mettons à jour un phénomène de *résistance ordinaire* aux normes prescrites, né de deux niveaux de tensions : tensions entre le temps du patient et le temps de l'organisation, d'une part, et entre prescription du pouvoir d'agir du patient et la perception de sa vulnérabilité limitant potentiellement ses capacités à agir. Cette résistance ordinaire s'exprime dans du bricolage et des ruses amenant les soignants à hybrider leurs pratiques quotidiennes pour assurer leur mission de soins. Au fil du temps, ces pratiques hybridées se diffusent et s'institutionnalisent.

Mots clef :

Relation de service ; normes ; résistance ordinaire ; marketing de la santé ; patients âgés

**TENSIONS BETWEEN HEALTH CARE WORKERS' PROFESSIONAL AND PERSONAL NORMS: A
STORY OF ORDINARY RESISTANCE IN THE HEALTH CARE SERVICES FOR ELDERLY PATIENTS**

Abstract:

This research aims at exploring an unfamiliar service relationship: healthcare services to hospitalized elderly patients. A qualitative study is conducted through interviews of healthcare workers in the geriatric ward of a French hospital. Our results uncover an *ordinary resistance* to prescribed standards, as a result of two levels of tensions: tensions between the time of the patient and the time of the organization, on the one hand; and tensions between a will to protect elderly patients' decision-making ability, and a perception of their physical and cognitive limitations, on the other hand. Bricolage and tricks are used by health care workers to fulfill their care mission, leading to the creation of hybrid practices which gradually disseminate in the organization.

Keywords:

Service relationship; norms; ordinary resistance; health marketing; elderly patient

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

Les auteurs remercient vivement les Pr Elena Paillaud et Florence Canoui-Poitrine (Laboratoire CEpiA), pour leur contribution à la coordination du projet TransiSanté, ainsi que Sandrine Fontaine, Valérie Garcia (Hôpital Henri Mondor) et Alia Toumi (Laboratoire IRG), pour leur collaboration à la collecte des données.

TENSIONS ENTRE NORMES PROFESSIONNELLES ET PERSONNELLES DES PERSONNELS SOIGNANTS : HISTOIRE D'UNE RÉSISTANCE ORDINAIRE DANS LA RELATION DE SERVICE AUX PATIENTS ÂGÉS

Introduction

En matière de santé et d'administration de soins, la logique gestionnaire qui tend à prévaloir actuellement dans les institutions de santé répond à un objectif d'amélioration de la situation économique des établissements et par là-même du service aux patients. Toutefois, cette orientation risque paradoxalement d'engendrer des externalités négatives sur le bien-être des malades, en raison notamment des tensions vécues par les personnels dans l'administration des soins. En effet, le champ de l'administration des soins peut être considéré comme un lieu d'expression de différentes formes de « dominations ordinaires » du côté du prestataire (en l'occurrence ici l'établissement de soins et/ou ses agents/personnels) sans que soit opportunément convoquée une contrepartie pourtant bien légitime, celle de leur réception et des formes de critiques qu'elles peuvent susciter en termes de « résistances ordinaires » à la fois de la part des personnels de ces organisations lorsque leurs propres valeurs sont en tension avec les normes organisationnelles/institutionnelles établies et de la part des patients sur qui s'exerce *in fine* cette relation asymétrique de pouvoir.

Si l'étude de ces tensions a déjà fait l'objet de quelques recherches en sciences de gestion (Rivière, Commeiras et Loubes, 2013), leur nature, leurs conséquences en matière de relation de service aux patients, et les potentielles actions d'ajustement qu'elles peuvent générer chez les personnels soignants n'ont pas encore reçu l'attention qu'elles méritent de la part des chercheurs en marketing. Cette question est pourtant centrale pour améliorer la prise en charge des patients, et notamment des plus âgés, qui font l'objet d'une attention croissante des pouvoirs publics au nom du principe de respect du pouvoir d'agir du patient,- dans le contexte de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement². Cette préoccupation rejoint par ailleurs la logique des tenants du courant de la Transformative Consumer Research (Mick et al., 2012) qui défend une vision capacitante de l'individu et tend à promouvoir l'amélioration de son bien-être.

Cette recherche a pour objectif de combler ce manque, au travers d'une étude qualitative explorant les relations de soins aux patients âgés dans un contexte hospitalier, en étudiant plus particulièrement : (a) la nature des tensions générées par la dissonance entre deux types de normes professionnelles d'une part, ainsi qu'entre normes professionnelles et vécu d'expérience de soins d'autre part ; (b) les dispositifs mis en place par le personnel de soins pour résoudre ces tensions de normes dans le but d'accomplir leur mission.

Cadrage conceptuel

Résistance « ordinaire » à l'idéologie de domination par la norme. L'hégémonie culturelle à l'œuvre dans les organisations traduit une sorte d'autorité sociale qui impose le consentement des acteurs de manière à ce que le pouvoir puisse être naturellement et légitimement exercé (Clark et al., 1976). La domination symbolique par la norme s'exprime au travers des idéologies enchâssées dans les discours organisationnels, comme dans leur traduction dans les pratiques quotidiennes, qui ont pour effet de les imposer en tant qu'ensemble de valeurs acceptées comme « allant de soi ». En se naturalisant, ces idéologies deviennent partie intégrante de la vie de tous les jours des acteurs, et imprègnent leurs

² La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a été adoptée par le Parlement le 14 décembre 2015 et est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 (www.social-sante.gouv.fr).

comportements. Lorsque les membres du personnel s'écartent de ces pratiques, ils s'inscrivent dans une démarche qui tend à substituer aux pratiques dominantes des façons de faire personnelles nourries de normes et de valeurs individuelles. Ces logiques de négociation ou de contestation des normes organisationnelles et/ou professionnelles constituent ce que certains auteurs, à l'instar de Dobré (2002), Moisisio et Askegaard (2002) et de Sitz (2008), désignent par *résistance tacite ou ordinaire*. Cette dernière ne consiste pas en une opposition franche ni en un rejet facial des normes mais se traduit par le développement de micro-pratiques quotidiennes, qui dévient peu ou prou des règles et des codes formels *via* l'importation de normes et de pratiques exogènes. La conception de la résistance ordinaire que nous retenons dans le cadre de cette recherche rejoint la conception de la résistance du consommateur comme pratique quotidienne (Clark et al., 1976 ; Hebdige, 1979) qui renvoie aux pratiques des individus en tant que réactions conscientes ou non, volontairement dirigées ou non à l'encontre de la suprématie des normes professionnelles prescrites, ou encore à l'encontre de la domination symbolique d'une norme organisationnelle ancrée dans les pratiques individuelles et collectives.

Diffusion et expression de la résistance ordinaire dans l'organisation. La résistance ordinaire se distille de manière implicite, voire inconsciente, derrière les pratiques des acteurs au quotidien. Les individus sont amenés à remplacer progressivement les normes et schémas d'interprétation imposés par l'idéologie dominante par leurs propres valeurs ou normes socio-culturelles, et altèrent par conséquent le sens initial qui leur était donné. Ce faisant, ils défient l'hégémonie de la norme organisationnelle, et construisent au travers de leurs pratiques du sens culturel qu'ils entretiennent et reproduisent au quotidien. Ces pratiques quotidiennes deviennent symboliquement des micro-actes politiques (Bourdieu, 1979) de résistance ordinaire, dans la mesure où elles expriment implicitement un rejet du sens initial ancré dans les pratiques normées et leur remplacement par un sens alternatif appelé à se normaliser. Hebdige (1979) note à cet effet que le défi pour la suprématie de la culture dominante ne provient pas directement de l'individu mais davantage du sens connoté de son action qui percute la signification associée à la culture dominante édictée : le simple fait de discuter ou d'amender la norme revient intrinsèquement à la contester et à s'y opposer même si ce n'est pas forcément fait de manière explicite ou consciente. La résistance tacite et ordinaire s'exprime ainsi dans le contournement des codes et normes (Moisisio et Askegaard, 2002) et dans la confection de solutions alternatives au quotidien.

Le cadre conceptuel de la résistance ordinaire paraît particulièrement adapté à l'étude des tensions en milieu hospitalier, qui constitue un environnement fortement normé où des contraintes fortes s'exercent sur les soignants, sans que ceux-ci puissent contester ou s'extraire totalement des règles en vigueur dans l'organisation. Cet article a pour ambition de contribuer à une compréhension plus fine de ces tensions et des mécanismes utilisés au quotidien par ces acteurs pour déjouer la suprématie des normes professionnelles, dans le cadre de la relation de service à un public caractérisé par des formes de vulnérabilités physiques et mentales, les patients âgés.

Méthodologie

Cette recherche a été menée dans le cadre d'un projet plus large portant sur la gestion des transitions et des parcours de soins des patients âgés de 75 ans et plus entre leur domicile et les différents services d'un groupe hospitalier d'Ile de France. Une première collecte de données a été conduite de juin à octobre 2016 auprès des professionnels de santé d'un service de Gériatrie Aiguë de cet établissement. Ces entretiens ont été précédés par des entretiens informels avec les chefs de service ayant permis l'accès au terrain. La participation à l'étude

s'est opérée sur la base du volontariat après que les cadres infirmiers aient présenté le thème général de l'étude aux informants potentiels. Les résultats ci-après³ rendent compte de l'administration des soins prodigués par le personnel de santé en prise directe avec le corps des patients âgés : 12 entretiens semi-directifs avec du personnel infirmier, aide-soignant et diététicien, avec une ancienneté allant de moins d'un an à plus de 30 ans, menés sur le lieu de travail en service de jour comme de nuit, d'une durée moyenne d'une heure, puis enregistrés et intégralement retranscrits ont été analysés. La méthode choisie est un codage fondé sur des allers-retours entre les données recueillies et les interprétations successives des chercheurs nourries par leurs lectures (Miles et Huberman, 1994). Un double codage a été opéré entre les auteurs en vue de fiabiliser les résultats et ce processus de codage a donné lieu à l'émergence de plusieurs catégories de sens permettant d'identifier les tensions vécues par le personnel soignant et de qualifier les micro-pratiques de résistance ordinaire au sein de la relation de service de soins.

Analyse et discussion des résultats

Deux niveaux de tensions de normes traversent les pratiques de soins et la relation de service soignant-soigné.

Tensions entre le temps du patient et le temps de l'organisation. Les discours des acteurs donnent à voir tout d'abord des tensions entre des normes professionnelles façonnées par une logique gestionnaire et des normes professionnelles plaçant le patient au cœur des dispositifs de soins et de prise en charge⁴. Les premières se diffusent dans l'organisation par le biais d'indicateurs de performance économique et soumettent les professionnels de soins à des cadences élevées, les obligeant à intégrer une culture de la rentabilité dans la réalisation de leurs tâches quotidiennes. Les secondes reposent sur « l'approche globale du patient âgé », très prégnante dans le service de Gériatrie Aiguë dans lequel cette étude a été menée, et nécessitent un temps long pour prendre en compte les particularités des patients âgés vulnérables qui cristallisent des maladies chroniques, des pluri-pathologies, un déclin fonctionnel et une déchéance du rôle social (Monod et Sautebin, 2009).

Tensions entre prescription du pouvoir d'agir des patients et incapacité perçue des patients : maintenir une autonomie par procuration ? Un deuxième niveau de tension émerge de nos entretiens, entre la norme professionnelle prônant le respect du pouvoir d'agir des patients et la perception par les soignants des déficiences physiques et cognitives de ces derniers. L'altération progressive des capacités qui peut survenir au cours de l'hospitalisation des patients âgés questionne de manière pratique les ambitions de participation à la relation de soins qui leur est proposée. L'asymétrie des ressources disponibles chez les patients et les personnels soignants est clairement vécue par ces derniers. Elle s'accompagne de questionnements sur les façons les plus raisonnables de faire en tentant de d'articuler des objectifs qui ne sont pas toujours conciliables, en l'occurrence « respecter les attentes des patients » sans pour autant les mettre en danger et « assurer leur confort » sans porter atteinte à leur autonomie.

³ Les principaux résultats sont insérés dans le texte ; en raison de la contrainte de longueur liée au format demandé pour cette communication, le détail des résultats et des verbatim associés figure en annexe 2.

⁴ On fera notamment référence à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui fait de l'utilisateur 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 stratégies de résolution des tensions par le personnel soignant reposent sur du bricolage et des ruses.

Bricoler les normes professionnelles « gestionnaires » au nom du principe de respect du pouvoir d’agir du patient. Les données recueillies révèlent que la validité de l’ordre dominant (normes professionnelles « gestionnaires ») n’est ni occultée, ni altérée, ni même visée ouvertement par le comportement non conforme des personnels de soins. Les acteurs ne manifestent pas de volonté d’échapper (de s’opposer) à ces normes, ou d’entrer en rébellion par rapport à l’ordre établi (Weber, 1978). En revanche, la pratique quotidienne des soins et la variété des contextes d’interaction avec les patients font apparaître des interstices dans lesquels la norme professionnelle ne s’applique pas pleinement, ouvrant un champ pour imaginer et bricoler d’autres façons de faire. Les pratiques sont hybridées, modifiées, aménagées par les soignants qui puisent dans leurs répertoires personnels et leurs valeurs culturelles les ressources nécessaires pour accomplir leurs missions de soins. Ils n’agissent ni *contre*, ni *par*, ni *sur*, mais *avec* la norme (Le Goff, 2013).

Le «bricolage» utilisé ici peut être compris comme une métaphore pour désigner les reconstructions de sens que les personnes d’une culture donnée utilisent pour réorganiser leur vision du monde et des objets ainsi que leurs comportements sur la base de divers traits culturels, qui sont réunis et arrangés ensemble en vue de produire de nouvelles significations (Lévi-Strauss, 1960). Les objets et comportements ainsi obtenus perdent leur but initial et deviennent les matériaux de construction d’un autre projet. Cette perméabilité des normes provoque l’émergence de comportements hybrides, tiraillés entre la nécessité de maintenir des liens avec les valeurs personnelles internalisées et l’application à la lettre des normes organisationnelles/professionnelles qui peuvent être perçues comme des valeurs externes. Le bricolage conduit ici à la mise en œuvre de six pratiques hybrides⁵ : 1. *Ralentir le rythme des soins* ; 2. *S’adapter à l’individu* ; 3. *Prendre le temps d’expliquer et traduire pour le patient âgé* ; 4. *Réaménager l’ordre des tâches* ; 5. *Reporter, différer les tâches* ; 6. *Autoriser ce qui proscriit mais non dangereux*.

Bricoler la norme du pouvoir d’agir des patients pour maintenir l’idéal-type du patient autonome en rusant. A l’idée de *bricolage*, il est possible de rajouter celle de *ruse* comme stratégie de *coping* face au refus éventuel des patients de se voir administrer des soins. Nous empruntons la notion de ruse telle qu’utilisée par Hennion et ses collègues (2012) pour rendre compte de leur ethnographie de la relation de soins à domicile. S’imprégnant des cadres de pensée goffmaniens (en particulier de son usage de la fiction, 1973) et ceux de Paul Ricoeur sur le récit (1983), les auteurs envisagent la scène du soin à domicile comme porteuse d’un *paradoxe fictionnel* : « *c’est justement pour préserver malgré tout une autonomie dont le sens même s’effrite et pour assurer une protection dont la personne ne voit plus forcément elle-même l’opportunité que, sur le tas, selon les problèmes concrets à résoudre en situation, il faut empiéter sur l’autonomie ou il faut accepter certaines prises de risque pour arriver à « sauver » l’essentiel, c’est-à-dire à maintenir une forme possible d’autonomie et de protection compte tenu de l’état des choses* » (Hennion et al., 2012 : p. 329). Ces prises de risques, les auteurs leur donnent un nom contribuant à leur reconnaissance et leur valorisation : la ruse, «*vue non pas comme une tromperie, mais comme un art du faire faire* » (p. 326), voire du faire avec. C’est de cela dont il s’agit ici : un ensemble de dix ruses⁶ logées dans des micro-pratiques de soins permettant de maintenir l’idéal-type du patient autonome et ce faisant l’amenant à faire et à coopérer : 1. *Stimuler les patients pour maintenir leurs capacités* ; 2. *Faire de l’humour pour instaurer un climat de confiance favorable à la coopération* ; 3. *Utiliser la communication non-verbale pour interagir avec les patients* ; 4. *Savoir lire entre les lignes grâce à l’observation pour favoriser le faire faire* ; 5. *Détourner les patients de*

⁵ Cf. Annexe 2, Tableau 1 avec les verbatim significatifs pour chacune des pratiques identifiées.

⁶ Cf. Annexe 2, Tableau 2 avec des verbatim significatifs pour chacune des ruses identifiées.

leurs obsessions afin de parvenir à un échange « normal » ; 6. Faire intervenir la famille pour obtenir la coopération du patient ; 7. Avoir recours à la figure d'autorité du médecin pour contrer la famille au service des intérêts du patient ; 8. Argumenter vis-à-vis de la famille pour préserver la volonté du patient ; 9. Tempérer pour faciliter la coopération des patients ; 10. Surveiller / forcer pour sauver les capacités restantes et préserver la sécurité du personnel de soin.

Apports, limites perspectives de recherche

Cette recherche vise à éclairer les tensions dans la relation de service qui s'établit entre personnel de santé et patients (âgés) en matière d'administration des soins. Elle met en évidence une *forme tacite et ordinaire de résistance* des personnels de soins aux normes organisationnelles se manifestant par la mise en acte de « bricolages » et de « ruses » s'opérant par l'articulation des normes personnelles guidées par le vécu des expériences de prise en charge de patients vulnérables. Ces normes personnelles viennent ainsi irriguer et hybrider les façons (prescrites) d'administrer les soins. Ces pratiques hybridées tendent à se normaliser, devenant au fil du temps comme « allant de soi » et se substituant naturellement aux normes professionnelles. Cette hybridation peut être comprise comme « une contribution à une sociologie de l'intermédiaire, une sociologie des interstices qui implique de fusionner les compréhensions endogènes et exogènes de la culture » (Pieterse, 1995). Le concept d'hybridation des pratiques permet ainsi d'explorer comment le sens des pratiques de soins est approprié et parfois reconfiguré de manière singulière, pour aider les acteurs de santé à négocier et légitimer leurs pratiques professionnelles, et à vivre de manière mutuellement harmonieuse leurs relations de service aux patients âgés.

Par ailleurs, en procédant à la torsion des normes organisationnelles au travers de l'emploi du bricolage et de la ruse, les soignants cherchent à préserver une forme possible d'autonomie des patients âgés contribuant de fait à leur bien-être. Ce résultat verse dans le sens des travaux menés sur le bien-être des consommateurs à risque (Gorge, Ozçaglar-Toulouse et Toussaint, 2015), et plus spécifiquement au développement de connaissances nouvelles sur la prise en charge médicale des seniors très âgés, sujet encore peu exploré à ce jour. Dans le prolongement de cette idée, nos résultats contribuent également à enrichir la compréhension de la relation de service en milieu hospitalier, et singulièrement du rôle nodal joué par les pratiques des personnels de santé dans la perception de la qualité du service de soin (Andreani et al., 2006).

Ce travail qui constitue un premier jalon d'un projet de recherche de plus grande ampleur gagnera à être étendu à un échantillon plus large de personnels soignants de même statut en vue d'enrichir davantage ces contributions et aux médecins qui ont une relation différente aux patients en vue d'explorer d'autres tensions qui pèsent sur ces acteurs et la manière dont ils gèrent et résolvent ces conflits de normes en vue de comparer les pratiques des différentes catégories de personnels en contact avec les patients âgés.

Références

- Andreani J.-C., Elouet F., Savart E. et Conchon F. (2006), Tendances du marketing des services et implications pour les secteurs de santé, *5ième Congrès des Tendances du Marketing en Europe*, Venise, 20-21 Janvier.
- Bessin M. et Roulleau-Berger L. (2002), Les armes du faible sont-elles de faibles armes? *L'Homme et la société*, 1 (143/144) : 3-11.
- Bourdieu, P. (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris : éd. de Minuit, coll. Le Sens commun.

- Clark J., Hall S., Jefferson T. et Roberts B. (1976), Subcultures, cultures and class: a theoretical overview," in *Resistance through rituals. Youth subcultures in post-war Britain*, eds. S. Hall and T. Jefferson London: Hutchinson University Library, 9-74.
- Dobré (2002), L'écologie du quotidien : Eléments pour une théorie sociologique de la résistance ordinaire, L'Harmattan, Paris.
- Goffman, E. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*, éditions de Minuit, Paris, coll. Le Sens commun.
- Gorge H., Özçağlar-Toulouse N. et Toussaint, S. (2015) Bien-être et well-being dans la consommation: une analyse comparative. *Recherche et Applications en Marketing*, 30(2), 104-123.
- Hebdige D. (1979), *Subculture. The Meaning of Style*, London: Routledge.
- Hennion A., Vidal-Naquet P. Guichet F. et Hénaut L. (2012), Une ethnographie de la relation d'aide, de la ruse à la fiction ou comment concilier protection et autonomie, *Rapport de recherche pour la MiRe (DREES)*, Centre de sociologie de l'innovation, MinesParisTech Armines.
- Le Goff J. (2013), *Normes juridiques et règles du jeu stratégique, Chapitre 8 - Recherches et Travaux du REDS à la Fondation Maison des Sciences de l'Homme*, 29 : 137-152.
- Lévi-Strauss C. (1960), *La pensée sauvage*, Paris : éditions Plon.
- Mick, G.D., Pettigrew S., Pechmann C. et Ozanne J.L. (eds.) (2012), *Transformative Consumer Research. For personal and collective Well-Being*, New-York: Routledge.
- Miles M. et Huberman A.M. (1994), *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, 2d ed. Thousand Oaks, Sage.
- Moisio R.J. et Askegaard S. (2002), Fighting culture. Mobile phone consumption practices as means of consumer resistance, *Asia Pacific Advances in Consumer Research*, 5: 24-29.
- Monod S. et Sautebin A. (2009), Vieillir et devenir vulnérable, *Revue Médicale Suisse*, Novembre (5) : 2353-57.
- Pieterse J-N. (1995), Globalization as hybridization, in *Global modernities*, eds. Featherstone M., Lash S. & Robertson R., London: Sage, pp. 45-68.
- Rivière A., Commeiras, N. et Loubes, A. (2013), Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital, *Journal de gestion et d'économie médicale*, 31 (2) : 142-162.
- Ricoeur P. (1983), *Temps et récit. I. L'intrigue et le récit historique*, Paris : Seuil.
- Sitz L. (2008), La «résistance ordinaire» des consommateurs: étude exploratoire des discours résistants ordinaires, *13èmes Journées de Recherche en Marketing de Bourgogne*, IAE de Dijon.
- Weber M. (1978), *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*, University of California Press.

Annexes

Annexe 1 : profil des répondants

Répondants	Nombre d'années d'expérience	Fonction/code
Répondant 1	5-10 ans	IDE 1
Répondant 2	< 1 an	IDE 2
Répondant 3	> 30 ans	IDE 3
Répondant 4	<1 an	IDE 4
Répondant 5	25-30 ans	IDE 5
Répondant 6	< 1 an	IDE 6
Répondant 7	10-15 ans	IDE 7
Répondant 8	25-30 ans	AS 1
Répondant 9	1 an	AS 2
Répondant 10	20 ans	AS 3
Répondant 11	25-30 ans	AS 4
Répondant 12	5-10 ans	DIET 1

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état

AS : aide-soignant

DIET : diététicien

Annexe 2 : tableaux de résultats

Tableau 1 : bricolage des normes professionnelles au nom du principe du patient « acteur de son parcours de soins »

Catégories	Verbatim significatifs
Ralentir le rythme des soins	« 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 et où... » Parce que prendre un médicament, le mettre là et lui dire : « vous prenez cela » et je m'en vais, cela je peux le faire. Cela je peux le faire et je vais gagner du temps. Mais au final, le médicament je ne sais pas s'il est pris. » (IDE 3.)
S'adapter à l'individu	« Voilà, une fois qu'ils ont goûté ils disent : « ah et bien non...je suis désolé, j'avais demandé un menu haché mais je n'en veux pas. Cela ne me plaît pas...changez. Des fois, cela arrive qu'on change et puis après on repasse derrière : « et pourquoi on lui a mis cela ? (...) on lui a mis cela parce qu'elle l'a demandé. C'est sa demande » (A.S.1.)

Prendre le temps d'expliquer et traduire pour le patient âgé	« Le patient âgé, des fois, il ne comprend pas. Il...voilà, on réexplique, on reformule, on...voilà, on essaie de se mettre à sa hauteur. (IDE 3). « Ils déambulent bien, des fois cela nous pose problème mais, du coup, et bien il faut les accompagner en...en leur expliquant quoi faire, pourquoi. Toujours les...les rassurer. C'est plus du travail un petit peu psychique » (IDE 1.)
Réaménager l'ordre des tâches	« Et les soins techniques en même temps. Tout en même temps en fait. Oui. Mais après, chacun gère...chaque infirmière gère comme elle peut. Moi, c'est comme cela que je gère. Je fais toujours la première approche avec les constantes. J'essaie de...j'essaie de les voir tous pour voir s'ils vont bien, comment ils sont avant de pouvoir faire les soins techniques » (IDE 6.)
Reporter / différer les tâches	« Il y a des soins que...bon et bien « je ne veux pas maintenant...je suis fatigué... » Voilà, ce n'est pas grave. On continue. Enfin, on revient. (...) il y a des gens qui ne veulent pas être lavés tous les jours hein. Vous savez c'est...ce sont des gens qui sont...d'avant-guerre et...et...il faut prendre cette situation-là.». (AS 1.)
Autoriser ce qui proscriit mais non dangereux	« Et donc, théoriquement, [apporter de la nourriture] c'est interdit. (...) Le problème c'est que...enfin, après on sait...quand même que la nutrition (...) d'ici n'est quand même pas toujours très bonne et...pas facile à manger. Et surtout, nous on encourage le fait de...enfin de...- comment dire - d'augmenter les apports. Donc on...on tolère les...les apports extérieurs, alors de préférence tout ce qui est sec, qui ne se met pas au frigo, donc effectivement les gâteaux, les boissons. » (DIET 1.)

Tableau 2 : Bricolage des normes professionnelles pour maintenir l'idéal-type du patient autonome : les ruses

Catégories	Verbatims significatifs
Stimuler les patients pour maintenir leurs capacités	« Et puis, parfois, ils ne savent plus aussi qu'ils sont capables de faire. (...) Nous c'est ce qu'on faisait, c'était : « vous prenez la brosse et vous essayez de vous brosser les cheveux ». Parce que c'est avec des petits riens qu'on recommence, en fait, à reprendre un petit peu...et bien sa vie en main en fait. (...) il y a des choses qu'ils peuvent continuer à faire hein. Brosser ses cheveux, on peut encore y arriver ! » (IDE 7.)
Faire de l'humour pour instaurer un climat de confiance favorable à la coopération	« En rigolant avec eux, des fois... Des fois, même la plaisanterie cela...leur permet de...penser à autre chose que la maladie et ça c'est... (...) dès que cette personne elle arrive à...à sourire avec vous, elle commence à rentrer en confiance et... Une fois qu'on a la confiance de la personne, alors...on peut ouvrir pas mal de portes ». (AS 1.). « Ou des fois, moi je chante. Je ne sais pas si vous connaissez cette petite chanson « le petit vin blanc » (...) et, lorsque je rentre, je dis toujours : « alors les jeunes ! » et tout. Cela leur fait plaisir. » (AS 4.)
Utiliser la communication non-verbale pour interagir avec les patients	« Vu qu'elle ne parlait pas français, moi je regardais. Je me suis mise à sa hauteur. Je l'ai regardée et je lui ai dit : « ne vous inquiétez pas. On n'est pas là pour vous faire du mal ». Je lui ai dit cela, dans mes mots. J'ai essayé de lui transmettre cela dans mon regard...pour qu'elle essaie de se calmer » (AS 2.). « Oui. On fait des gestes. Récemment - je crois qu'elle sort aujourd'hui - bon, la mise en place il fallait écrire parce que bon...très mignonne mais bon, elle ne nous entend pas. On ne s'entend pas, et bien on écrit » (IDE 6.)
Savoir lire entre les lignes grâce à l'observation pour favoriser le faire faire	« Alors, c'est de...le laisser faire ce qu'il veut faire. Donc c'est prendre en compte, effectivement, ses capacités. C'est de lui laisser le temps de le faire. C'est de le motiver à faire aussi. Donc, cela veut dire quoi ? Que vous ayez ce temps d'observation. C'est-à-dire qu'il faut que vous sachiez ce qu'il fait ou ce qu'il peut faire. Mais tout cela, cela demande du temps. Et ce temps...et bien les gens courent

	après ». (IDE 7.)
Détourner les patients de leurs obsessions afin de parvenir à un échange « normal »	« L'objectif c'est de la...de l'amener à penser à autre chose pour qu'elle puisse ne pas s'angoisser. Parce que, parfois, ils...s'angoissent quand ils restent dans cette époque. Ils s'angoissent : « mais pourquoi ? Mais pourquoi ? » Donc du coup, on essaie de les occuper pour essayer que, ne serait-ce qu'un instant, qu'ils...qu'ils oublient. Et parfois, il...cela passe. Cela arrive qu'ils oublient et qu'ils...qu'ils...qu'ils se calment en fait. C'est...c'est comme cela que moi j'ai essayé de mettre en place. Après...comme je vous dis, ce n'est pas toujours facile d'une personne à l'autre. Cela a fonctionné pour une personne, comme cela n'a pas fonctionné pour une autre » (AS 2.). « Mais après, c'est vrai qu'on...en soit, la conversation, les mots ne sont pas très...c'est juste en fait de se dire que, oui, on...ils ont parlé avec nous...l'échange en fait qui compte plus que, vraiment...le thème j'ai l'impression ». (IDE 4.)
Faire intervenir la famille pour obtenir la coopération du patient	« Alors là, cela a été sa fille...qui, finalement, a pris la relève en disant : « et bien, je vais la [<i>la toilette</i>] faire. Je vais l'emmener et puis s'est passé comme cela ». Mais du coup, il a fallu lui prendre ses vêtements parce que les vêtements étaient complètement imbibés [<i>d'urines</i>]...voilà. Donc il a fallu mettre les vêtements. C'était la course aux vêtements après » (IDE 7.)
Avoir recours à la figure d'autorité du médecin pour contrer la famille au service des intérêts du patient	« Si on peut, on parle devant le patient. Si c'est un petit peu plus compliqué, on les prend à part dans le couloir en leur disant : « voilà, on n'arrive pas là. Est-ce que vous pouvez nous aider à... » Voilà, le médecin aussi nous aide. On a une assistante sociale aussi. On a des médecins, on a des gériatres exceptionnels. Oui. (...) On a des gériatres exceptionnels, oui. » (IDE 3.). « Quand il y a vraiment un gros souci et bien on va chercher le médecin (...) oui parce que la famille par rapport au médecin ... le médecin a plus d'impact » (IDE 1).
Argumenter vis-à-vis de la famille pour préserver la volonté du patient	« Il y a des fois : « ne lui demandez pas à lui, moi je sais » (...) pour les régimes pas forcément dans ce service mais moi ça m'est arrivé ... où la famille insiste pour avoir un régime casher pour le patient mais le patient lui-même nous confie : moi j'en ai marre de manger la même chose mettez-moi juste sans porc (...) donc on change et la famille le lendemain « ce n'est pas casher, ça ne va pas » (IDE 1).
Tempérer pour faciliter la coopération des patients	« Moi j'essaie...et bien une prise de sang, un bilan sanguin le matin ou un aérosol, ou...bon. Je vais venir. 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 vais faire autre chose. Je reviens une demi-heure après et bien cela va mieux » (IDE, 3). « Oui, voilà. Quand les...bon on recrache ou... Et puis, il faut dire que d'autres ont des troubles de déglutition. Donc il faut être présent. Ce n'est pas... Il faut vraiment être patient dans la prise des traitements sinon...on n'a pas de résultats. On ne pose pas et puis on s'en va, ça c'est impossible » (IDE 6.)
Surveiller / forcer pour sauver les capacités restantes et préserver la sécurité du personnel de soin	« Alors...par exemple, s'il y a des patients, ici, qui sont violents et du coup ils sont...ils sont contentionnés des membres inférieurs et supérieurs, mais c'est sous prescription. C'est-à-dire que c'est le médecin qui décide de le faire. Donc, quand on est à deux soignants pour ce soin, on essaie de...détacher une, mais par exemple, pour laisser le champ libre. Mais...c'est...ce n'est pas de la violence. C'est juste de la...il faut vraiment avoir une maîtrise de soi parce que...parce que...le patient il va être violent et...on peut...voilà [...] Cela fait un peu...cela fait un peu barbare mais...des fois on n'a pas le choix. » (A.S. 2.)