

**UNIVERSITE PARIS 8
INSTITUT D'ENSEIGNEMENT A DISTANCE (IED)**

**Mémoire de recherche de master 1
Spécialité : Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie**

L' AIDE SOIGNANTE EN GERIATRIE :

**UNE FONCTION SENTINELLE
FACE A LA REALITE DU CORPS ALTERE
DE LA PERSONNE ÂGEE**

**INTRODUCTION A LA
SOPHROLOGIE**

TOME 1

**soutenu par Isabelle Renard
N° étudiante : 174 593**

sous la direction d'Elisabeth David

2008 / 2009

A feu, mon oncle, Jean Marie Leclercq,
Professeur agrégé d'Histoire au CNED

LE VIEUX GRAND-PÈRE ET LE PETIT-FILS

Il était une fois un pauvre homme bien vieux, qui avait les yeux troubles, l'oreille dure et les genoux tremblants. Quand il était à table, il pouvait à peine tenir sa cuillère; il répandait de la soupe sur la nappe, et quelquefois même en laissait échapper de sa bouche. La femme de son fils et son fils, lui-même, en avaient pris un grand dégoût, et à la fin, ils le reléguèrent dans un coin derrière le poêle, où ils lui donnaient à manger une chétive pitance dans une vieille écuelle de terre. Le vieillard avait souvent les larmes aux yeux, et regardait tristement du côté de la table.

Un jour, l'écuelle, que tenaient mal ses mains tremblantes, tomba à terre et se brisa. La jeune femme s'emporta en reproches : il n'osa rien répondre et baissa la tête en soupirant. On lui acheta pour deux liards une écuelle de bois dans laquelle désormais on lui donnait à manger.

Quelques jours après, son fils et sa belle-fille virent leur enfant, qui avait quatre ans, occupé à assembler par terre de petites planchettes :

- « Que fais-tu là ? » lui demanda son père,
- « C'est un auget », répondit-il, « pour donner à manger à papa et à maman quand ils seront vieux. »

Le mari et la femme se regardèrent un instant sans rien dire, puis ils se mirent à pleurer, reprirent le vieux grand-père à table, et désormais le firent toujours manger avec eux, sans plus jamais le rudoyer.

Je remercie ma directrice de mémoire, Madame David, pour son appréciable disponibilité, son accompagnement professionnel cadrant et soutenant.

Je remercie, Madame Laroque, « Grande Dame de la Gériatrie » qui, en répondant à ma demande de témoignage, a insufflé une nouvelle dimension à ce mémoire.

J'ai une pensée particulière pour les aide soignantes volontaires, qui ont accepté de participer aux séances de sophrologie, pendant leurs heures de pause.

Je remercie également, les Institutions qui m'ont accueilli et qui ont accepté ma recherche, plus particulièrement, Madame Gabalda, psychologue référente en SSR qui, par nos conversations, a su alimenter ma réflexion sur le « prendre soin des soignants. »

Remerciements à Monsieur Paty, PHd, consultant senior, qui, après sollicitation, avec gentillesse, m'a fourni l'Echelle HAD et MSP 25 avec les cotations et la littérature associée.

Je pense à Madame Delande, ancienne aide soignante et socio esthéticienne, sur mon lieu de stage, qui m'a fait partager son expérience de reconversion.

Et enfin, merci à mon mari pour son soutien moral pendant mes années d'étude.

L'AIDE SOIGNANTE EN GERIATRIE :

UNE FONCTION SENTINELLE

FACE A LA REALITE DU CORPS ALTERE

DE LA PERSONNE ÂGEE

INTRODUCTION A LA SOPHROLOGIE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE	p. 12
1. Spécificité du soin en gériatrie	p. 13
1.1. Communication, relationnel et temps	p. 15
1.2. Le toucher et la réalité du vieillissement corporel	p. 20
1.3. Confrontation à la mort	p. 24
2. Statut de l'aide soignant en gériatrie	p. 27
2.1. L'aide soignante “ sentinelle ” de la personne âgée	p. 27
2.1.1. 1949 : naissance d'une fonction	p. 28
2.1.2. 1997 : arrêt sur image d'une profession	p. 29
2.1.3. 2009 : vocation ou hasard	p. 30
2.2. Spécificité de l'aide soignante : la relation d'aide	p. 32
2.2.1. Pourvoyeuse de soin plutôt que technicienne	p. 33
2.2.2. Inversion des rôles : la question de la dépendance	p. 35
2.2.3. Nursing ou animation	p. 36
2.3. A propos de routine, motivation et formation	p. 38

3. Souffrance générée par la relation soignant/soigné et ses conséquences	p. 40
3.1. Tentative d'identification de cette souffrance : le point de vue de Ploton	p. 41
3.2. Concepts de <i>burn-out</i>, stress / <i>coping</i> au regard de la sophrologie	p. 44
3.2.1. Un risque majeur : le <i>burn-out</i>	p. 44
3.2.2. Du stress ...	p. 47
3.2.3. ... au <i>coping</i>	p. 52
3.3. Stress et travail : le modèle « exigences/contrôle » de Karasek	p. 55
CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	p. 59
1. Problématique	p. 60
2. Présentation des hypothèses	p. 65
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE	p. 67
1. Terrain de recherche	p. 68
1.1. EHPAD	p. 68
1.2. SSR	p. 70

2. Population	p. 71
2.1. EHPAD	p. 72
2.2. SSR	p. 73
2.3. Aperçu sociodémographique	p. 74
3. Outils d'évaluation	p. 76
3.1. Questionnaire n°1 - Spécifique AS	p. 77
3.2. Questionnaire n° 2 – MSP 25	p. 80
3.3. Questionnaire n° 3 - HAD	p. 81
3.4. Questionnaire n° 4 – Coping	p. 81
3.5. Séances de sophrologie	p. 82
3.5.1. Principes de sophrologie	p. 82
3.5.2. Techniques utilisées	p. 84
4. Mise en place du dispositif	p. 86
4.1. EHPAD : groupe « sophro + »	p. 86
4.2. SSR : groupe « sophro - »	p. 86
CHAPITRE 4 : RESULTATS ET DISCUSSION	p. 88
1. Résultats	p. 88
1.1. Questionnaire n° 1 - Spécifique AS	p. 88

1.2. Questionnaire n° 2 - MSP 25	p. 90
1.3. Questionnaire n° 3 - HAD	p. 91
1.4. Questionnaire n° 4 - Coping	p. 93
1.5. Synthèse des questionnaires	p. 94
2. Discussions	p. 100
3. Validation des hypothèses	p. 111
 CONCLUSION	
 BIBLIOGRAPHIE	p. 119
 ANNEXES	p. 123

INTRODUCTION

« *Le vieillissement démographique, Chronique d'un tsunami annoncé* » tel est le titre d'un article de Parant dans la revue « *Gérontologie et Société* », en décembre 2007. Ce démographe nous annonce les effets cumulés de l'arrivée en âge en 2020 d'un effectif irrémédiablement croissant de la population dite du 4^{ème} âge, en France :

« La population âgée de 80 ans ou plus (stock) n'en aura pas moins augmenté de 34 ou 46%, selon la variante de projection retenue. Toujours en 2020, le flux néo-nonagénaires sera déjà de 39 à 57% plus important qu'en 2005, mais alors que la génération 1946 sera encore à 16 ans de passer le cap de son 90^{ème} anniversaire, la population des 90 ans et plus se sera, quant à elle, accrue de 43 à 84% » (p. 143).

Le plan actuel du gouvernement nommé « *Plan National " Bien vieillir " 2007-2009* » rappelle cette donnée démographique aux conséquences sociales et économiques certaines, où la question de la préservation de l'autonomie du sujet âgé est déterminante. L'intitulé de ce plan illustre, aussi, l'évolution de la pensée citoyenne à l'égard des « vieux » dans notre société.

Il deviendrait « banal » d'être centenaire comme le souligne G. Laroque (annexe 1) :

« C'était l'époque où quand il y a avait un centenaire on faisait venir le maire, le curé, le directeur général ou presque, on faisait la fête pendant 3 jours...Maintenant... on commence à s'intéresser aux 110, les "super centenaires". C'est très significatif! ».

Manoukian, (2004), indique qu'en 2050 la population des centenaires en France serait estimée à 165 000 contre 14 000 actuellement, et une dizaine au début du 20ème siècle.

Eu égard à cette expansion d'une population de plus en plus âgée dans notre société occidentale, il nous semble nécessaire de porter un regard autre sur le métier de soignant en gériatrie qui, logiquement, devrait se développer dans des domaines autres qu'institutionnels.

Nous laisserons de côté, ici, le délicat aspect « financier et économique » de cette montée démographique pour nous préoccuper de celles¹ et de ceux qui au quotidien accompagnent, tentent de soulager, toilettent, pourvoient aux soins de nos aînés dans les institutions sanitaires, ou médico-sociales : les aides-soignants (AS) en milieu gériatrique. Pour une lecture plus aisée, nous emploierons indifféremment dans sa forme féminine ou masculine le vocable d'aide-soignante, même si les femmes sont davantage représentées dans cette population.

C'est en menant une recherche sur la littérature à propos de la condition des aides-soignants au moment de la naissance de la gériatrie à l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), que nous avons eu l'opportunité de rencontrer Mme G. Laroque, « Grande Dame de la Gériatrie. ». Ce moment a animé cette recherche d'une dimension supplémentaire : la transmission, « en *live* », d'une histoire vécue. C'est donc, le 8 mai que « L'impératrice des Poubelles² » m'a ouvert sa porte. Cet instant a été, en tant qu'étudiante, déterminant en deux points : d'une part, dans la production de ce mémoire, d'autre part pour la profession de psychologue en milieu gériatrique que nous aimerions exercer.

¹ Le celle est ici, expressément mis en relief, du fait de la tradition des soins où le prendre soin, le soin au corps est plutôt dévolu aux femmes et les soins des corps blessés nécessitant une force physique plutôt dévolus aux hommes.

² Sobriquet dont elle s'est elle-même affublée (annexe 1)

Ainsi, l'histoire des politiques de vieillesse en France (annexe 2) est intéressante à visiter. Une vue synthétique nous indique que, depuis toujours, le questionnement du lieu d'accompagnement de la personne âgée (PA) se situe entre le domicile et l'institution.

Certaines dates sont à retenir, comme celle du rapport Laroque³ publié en 1962. Selon Ennuyer (2007, p.156) il « rompt avec la politique d'institutionnalisation des personnes âgées et définit ce que devrait être une politique publique qui ambitionne de donner toute leur place aux personnes âgées et de répondre à leur désir de rester dans la société ». Ce mouvement impulse la volonté de considérer les sujets âgés comme restant des citoyens à ne pas exclure de la vie, de la société, tel que ce fut en hospice. Ce rapport sera déterminant, particulièrement, pour une deuxième date : la loi du 30 juin 1975. Cette législation institue la transformation des hospices sous 10 ans. Cette mutation, qui nécessitera un temps supplémentaire d'application, verra l'apparition de lieux aux terminologies spécifiques selon la nature de l'accueil des personnes âgées.

Le rapport DREES⁴ (2007 p.6), définit les hospices comme suit :

« (catégorie 199), ils hébergent des personnes âgées ou invalides et des personnes handicapées et leur assurent, le cas échéant, les soins nécessaires. En application de la loi du 30 juin 1975 modifiée, cette catégorie d'établissements disparaît par transformation en maisons de retraites, services de soins de longue durée et, pour les personnes handicapées, en foyers de vie ou maisons d'accueil spécialisées. »

Ainsi, les lieux accueillant des sujets âgés ont une vocation dichotomique :

- Soit une vocation sanitaire, les USLD (Unités de Soins Longue Durée) qui reçoivent les personnes âgées nécessitant une surveillance médicale au long court.

³ Il s'agit non pas Geneviève Laroque mais de Pierre Laroque avec lequel elle a des liens de parenté.

⁴ DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

- Soit une vocation médico-sociale, les maisons de retraite, qui assurent une prise en charge globale de la personne.

La condition de dépendance du sujet âgé s'inscrit, aujourd'hui, dans le cadre de l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes⁵)

La manière dont la gériatrie a pris naissance à l'AP-HP est complexe. Il a fallu repenser le cadre existant. Ce difficile travail de la gériatrie a dû être harmonisé avec des hommes et des femmes, soignants de tout bord. Afin de « remplir » ces nouveaux services gériatriques autour de Paris et de sa ceinture, le personnel a été recruté selon, entre autres, deux critères : le rapprochement du domicile et la mesure de sanction disciplinaire.

Comme le laisse percevoir l'interview de Mme Laroque, et d'autres témoins des années 1970, il a fallu tout inventer. Ainsi, aussi bien pour les médecins, que pour les soignants, s'est manifestée la nécessité pour ces professionnels d'avoir la connaissance d'une « clinique gériatrique ». A côté du soin dit « technique », le soin avec la personne âgée, où la relation elle-même peut-être malade, un soin dit « relationnel » doit être, aussi, acquis. Des actions de formations, avec de nouvelles approches ont donc été mises en place, entre autres, les psychologues qui intervenaient dans les écoles de formation des infirmières ou des aide soignantes. Aujourd'hui, ce mouvement continue et des courants de « philosophie du soin » sont apparus, parmi lesquels pour les plus médiatiques d'entre eux « Humanitude », « *Carpe Diem* ».

La gériatrie n'appartenait pas aux médecines les plus « nobles ». Elle n'est pas une des spécialités de la médecine, et s'intègre à la médecine générale, qualifiée

⁵ Terminologie des maisons de retraite qui ont signé une convention tripartite. Son financement est alors assuré par trois agents économiques : l'Assurance Maladie, l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), et le résident lui-même (avec ou sans aide sociale). Les tarifs sont étudiés à partir des trois angles suivants : l'hébergement, les soins, la dépendance.

de médecine interne⁶. En parallèle à cet aspect de formation, l'image de la gériatrie et de ceux qui y interviennent interpelle aussi. Ce domaine a souffert, et souffre peut-être encore, d'une mauvaise image comme nous le développerons ultérieurement. Laroque (annexe 1) développe ces points de vue. Elle atteste que l'évolution de la représentation du soignant, de son métier en gériatrie, est à mettre en parallèle avec l'évolution du regard de la cité sur les « vieux ».

C'est ce domaine du soignant en milieu gériatrique qui sera abordé dans la première partie théorique de ce mémoire. Qu'en est-il du soignant, plus particulièrement des aides soignants que nous identifions⁷, ici, comme « les sentinelles de la personne âgée » ?

Ainsi, nous nous intéresserons, dans la revue de littérature, tout d'abord à la particularité de ce métier en milieu gériatrique puis nous focaliser sur la fonction d'aide soignante. Puis nous introduirons une partie clinique en analysant la souffrance qui se manifeste dans ce contexte au travers du syndrome d'épuisement professionnel, du stress et des stratégies d'ajustement, en posant les jalons de ce qui peut permettre de soulever la pertinence d'un éventuel levier thérapeutique complémentaire, voire alternatif, aux groupes de parole⁸ : la Sophrologie.

Dans le chapitre suivant, un rapide exposé de nos motivations nous permettra d'entrevoir notre interrogation sur l'étiologie de ce regard emprunt de valeur vis-à-vis de nos aînés, observé chez ces soignant qui nous a interpellé. A savoir est-ce de l'ordre d'une transmission culturelle de type traditionnel (tel que décrit en annexe 3), ou bien est-ce simplement, une question de transmission de valeurs familiales ? Nous présenterons notre problématique et les hypothèses sur lesquelles nous nous

⁶ Aujourd'hui elle n'a toujours pas de chaire d'enseignement à la Faculté de Médecine.

⁷ Nous avons pu constater que le terme de « sentinelle » proposé à quelques aides soignantes a été approuvé.

⁸ Déjà identifié comme nécessaire chez les soignants en milieu hospitalier. (cf. Delbrouk)

sommes fondée pour construire notre méthodologie.

C'est dans un troisième et quatrième chapitre que nous aborderons successivement la méthodologie appliquée, les résultats observés et la partie discussion, pour tenter d'en tirer des conclusions.

CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE

Etre soignant en gériatrie institutionnelle ne se résume pas à la dimension médicale somatique. Laroque le précise en préface de l'ouvrage de Ploton (2005a, p.8) :

«En revanche, la gériatrie institutionnelle, que sa pratique soit hospitalière ou qu'elle diffuse en réseau dans les établissements d'hébergements ou dans les services de ville doit nécessairement intégrer, toujours, la triple dimension sociale et relationnelle, médicale somatique et psychiatrique ou psychologique ».

Nous sommes donc dans un contexte, où pour être efficace, un regard sous un angle biopsychosocial de la personne âgée, doit être apporté. Il présuppose que ses acteurs soient conscients de cette particularité et fonctionnent en transversal aussi bien au niveau du microcosme (équipe) qu'au niveau du macrocosme (réseaux).

Dans ce chapitre, comme minutieusement décrite dans l'enquête de Lert et Martin (1997), nous développeront dans un premier temps trois des nombreuses facettes du soin en gériatrie (tableau n°1). Nous nous focaliserons, dans un deuxième temps, sur le métier d'aide soignante, au cœur de cette recherche. Dans un troisième temps, c'est un éclairage « clinique » de la souffrance et ses conséquences, pouvant

se manifester chez les soignants en gériatre qui sera entrevu sous l'angle de la sophrologie en ce qui concerne le *burn-out*, le stress et le *coping*.

Caractéristique	Spécificité à la gériatrie
Structure de personnel :	Faible qualification
Horaires (adaptés aux besoins des patients et aux contraintes institutionnelles) :	Travail à temps partiel, coupure de la journée, fréquence du rappel à domicile
Effectifs :	En manque (demande la plus importante = AS)
Tâches :	Glissement de tâches entre catégories
Source de pénibilité :	Manutention des patients avec détérioration intellectuelle et/ou détérioration physique, problèmes d'incontinence, approche de la mort, locaux inadaptés
Concertation (organisation et relations de travail) :	Répartition des tâches, coopération, relations hiérarchiques (qualité des échanges)
Soins :	Centrés sur la relation avec la PA (source de satisfaction et de pénibilité)
Intérêt :	Déficit d'intérêt (moindre composante technique par rapport autres services)
Motivation (source de satisfaction) :	Relations avec PA, relations avec équipes, ambiance, acquisition de nouveaux savoir-faire
Formation :	Enorme demande

Tableau n° 1 : Soin en gériatrie

1. Spécificité du soin en gériatrie

Le constat a été fait, en introduction, et la littérature foisonnante à ce sujet le confirme : la gériatrie souffre encore d'une image dévalorisée, comme d'un manque de formation.

Il est nécessaire d'être formé pour travailler en gériatrie, voire même de réactualiser régulièrement ses connaissances afin de maintenir une motivation face à la pénibilité de ce travail. Il paraît nécessaire de veiller à valoriser l'image de cette

discipline et de ceux qui y interviennent. La lecture du sommaire du dossier «*Être soignant en gériatrie* » paru dans *Soins Gérontologie* (2008) illustre ce constat.

La charte des professionnels en gérontologie (annexe 4), élaborée par l'Institut de Gérontologie du Limousin⁹ en 2004 affirme la spécificité des compétences nécessaires à l'aide, au soin et à l'accompagnement professionnel auprès des personnes âgées.

Lhomme (2004), participant à cette charte explique dans son article « *l'image du travail gérontologique* » que la représentation du travail en gérontologie est liée à la représentation sociale de la vieillesse. Ce sociologue émet trois hypothèses quant à la genèse de la représentation négative de la vieillesse.

1. Le rôle social des anciens, comme transmetteurs d'informations ou de connaissances, a été enlevé du fait des technologies modernes d'accès à l'information beaucoup plus disponibles, qui ne passent plus « *exclusivement par la mémoire des anciens* ».
2. La « sagesse des anciens » n'est plus considérée vis-à-vis de nos aînés des troisièmes et des quatrièmes âges. Ce serait plutôt l'image de la sénilité et de la dépendance qui serait évoquée à leur égard.
3. Le « jeunisme » règne dans notre société. Donc, la baisse des performances physiques est systématiquement associée à la baisse des performances mentales.

L'auteur propose de faire évoluer les représentations sociales négatives à trois niveaux :

D'une part, communiquer une image plus positive de la vieillesse autre que le « *délabrement physique et/ou mental* ».

⁹ Assisté par la FNG, avec le soutien de la DRASS du Limousin et de la CRAM du Centre Ouest

D'autre part, insister sur le fait que le travail en gériatrie est plutôt un « *travail dévalorisé* » plutôt qu'un « *travail dévalorisant* ».

Enfin, changer l'image négative « *du coût social exorbitant* » de la vieillesse. Comme précisé, l'être humain ne peut être réduit à cette dimension de valeur financière, comme le serait un produit de consommation courante tombant en panne.

La conclusion de son article explique qu'à chaque pôle de notre vie, nous avons besoin d'être aidé. Ainsi, selon lui, il s'agit d'une « *obligation sociale et morale* » que de considérer ce principe, nous faisons partie d'une chaîne où certains temps sont dédiés à la fonction de celui qui aide, et d'autres temps à la fonction d'être aidé. L'homme insiste, là aussi, sur le caractère éducatif : « *obligation sociale et morale que seule l'éducation peut nous aider à comprendre et à respecter.* » (p.34)

Ainsi, chaque soignant en gériatrie, formé ou non, est avant tout un être humain avec une représentation singulière, culturelle et familiale, vis-à-vis de nos aînés. Dans la relation soignant/soigné cette représentation du soignant se retrouve confrontée à la représentation que le sujet âgé a lui-même de sa vieillesse.

Ce point de vue sociologique ayant été exprimé, nous nous proposons d'appréhender trois déterminants qui se manifestent dans le soin en gériatrie : la primauté de l'échange, puis la rencontre physique au corps vieillissant et enfin la confrontation à la mort.

1.1. Communication, relationnel et temps

Dans son quotidien, la personne âgée fait face à la réalité de son corps dégradé soit psychiquement et/ou physiologiquement. Dans ce cadre, elle côtoiera des soignants et construira ou non une relation.

C'est bien, justement, de la relation dont il est question en gériatrie. Helson (2008, p.101) à propos de l'agressivité des vieillards, explique qu'elle « *exprime toujours un mal-être ou une mauvaise rencontre entre un sujet âgé et une équipe professionnelle. Elle n'est rien moins qu'un symptôme relationnel, et pas la manifestation d'un caractère aigri ou insupportable* ». Dans ce cas, il ne s'agira pas de prescrire un psychotrope pour gérer ce comportement mais de chercher à comprendre ce qui se noue dans cette interaction.

La relation semble être la pierre angulaire du soin en gériatrie, cependant rappelons qu'elle est intrinsèque à « *l'art de soigner* » selon Martel (1991). Cette « surveillante » explique que bien que le soin infirmier soit une science il ne devrait pas s'éloigner de son aspect humaniste, c'est-à-dire des sciences humaines : « *L'essence des soins infirmiers : une relation d'aide personnalisée et chaleureuse, un accompagnement* » (p.7). Aussi, l'art d'encadrer les soignants consiste au défi de donner un sens aux soins infirmiers « *L'instrument de réalisation de ce défi existe c'est la communication, ce que pratique depuis toujours l'art infirmier : la relation-d'aide.* » (p.9). Elle prend appui ensuite sur Bowlby (1984) en le citant : « *L'homme, malade ou **non**, afin de guérir, être lui-même et évoluer, a toujours besoin de s'attacher à quelqu'un* » (*ibid.*). La philosophie du soin existe bien et fait partie des préoccupations du personnel soignant.

En gériatrie, cette relation d'aide contribue si ce n'est principalement, tout au moins majoritairement, au prendre soin de l'aîné. Nous sommes, ici, en présence de sujets dont la relation peut se déliter à cause de la pathologie, de la déficience des fonctions sensitives, ou encore consécutivement à l'état d'isolement dans lequel vit, souvent, la personne âgée. Le soignant ne peut faire l'économie d'une distanciation

relationnelle trop éloignée sans risquer un trouble du comportement, une montée de l'agressivité ou renforcer un repli sur soi.

Sebag-Lanoë (2009) affirme qu'on « *ne soigne pas des vieillards abîmés en se contentant de soigner leur corps* » et qu'il s'agit d'avoir une relation entre personnes de « *dignité égale* » d'autant plus si l'autre est atteint d'une maladie d'Alzheimer (MA). Elle fait le constat qu'en « *humanisant le soin des vieillards, on humanise aussi le soin des soignants ce qui n'est pas rien* ». Donc à l'instar du cadre de santé, cette philosophie et cette éthique du soin trouvent leur place, également, en gériatrie.

Cependant un ennemi inlassable guette cette relation de soin : le manque temps. En effet, pour établir, entretenir ce type de soin dit « relationnel » il faut prendre le temps, de découvrir, de décrypter, ce que le sujet âgé, aphasique ou mutique, ou simplement non communiquant selon les terminologies actuelles, souhaite exprimer. Et, en arrière plan la somme des tâches à accomplir s'allonge. Se pose alors un paradoxe pour le soignant : répondre aux exigences des soins techniques tout en répondant ou tentant de répondre aux sollicitations de la personne âgée qui correspondent, parfois, tout simplement aux besoins de l'homme schématisés, dans les années 40, par Maslow dans sa pyramide.

Or, dans les évaluations de la charge de travail du soin infirmier, le facteur temps est prédominant. Ainsi, la charge de travail est énoncée comme la somme du temps nécessaire pour répondre aux besoins des patients. Concernés par cette problématique, des cadres de santé ont créé des outils tels que le PRN (Programme de Recherche en Nursing en annexe 5), les SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la

personne soignée) pour alimenter leur argumentation quant à la nécessité d'équipes de soin plus fournies. Et c'est une formule mathématique qui ouvre sur cette nécessité :

$$\text{Effectif nécessaire} = \frac{\text{Charge de travail}}{\text{Temps de travail quotidien}}$$

Les charges de soins sont analysées selon leur nature :

- activité paramédicale requise,
- entretien ménager,
- temps passé à la formation,
- soins directs (proportionnels au degré de dépendance du patient)
- soins indirects (hors présence du malade – communication, déplacements, activités administratives).

Ainsi le soin relationnel et éducatif peut être virtuellement quantifié :

Temps requis	Type de situation
8 minutes	Patient sans problème particulier
33 minutes	Patient avec des modifications de comportement ou avec prise en charge particulière
83 minutes	Personne avec altération majeure de la communication ou avec une prise en charge particulière
166 minutes	Personne avec multiples problèmes psychosociaux ou en situation de crise

Tableau n° 2 : Extrait du temps de soins « relationnels et éducatifs »

Là aussi, cette dimension temporelle ne semble pas ignorée, tout au moins a-t-elle été pensée et comptabilisée. Cependant, comment la mesurer effectivement du fait de la singularité de l'être humain qui ne peut entraîner qu'une variabilité dans

cette mesure, sans oublier les enjeux politiques que cela entraîne dans le contexte actuel de crise ?

Il n'en demeure pas moins que le temps reste « précieux ». Poulin (2002, p.33) aborde l'importance du relationnel dans le soin :

« Mais cette relation idéale patient/famille/soignant demande du temps, ce qui correspond mal à la réalité quotidienne d'un service longue durée. Généralement en sous-effectifs, les soignants se plaignent de ne pas avoir les moyens de faire leur travail. Comment alors faire le choix de passer un moment avec un patient sans risquer d'en faire subir les conséquences aux autres, car un temps plus long accordé à l'un pour lui laver les cheveux est un temps précieux pris à l'autre pour l'aider à manger ? »

Cette réflexion est complétée en faisant référence à la souffrance générée chez le soignant en gériatrie :

« Ce témoignage illustre bien le sentiment de frustration ressenti par les soignants lorsque aucun temps de partage n'est possible, car ils savent que leurs patients ont autant besoin de présence et d'attention que de médicaments. Que le bien-être ne passe pas seulement par la propreté, l'hydratation, l'alimentation... »

Nous apercevons, ici, un des premiers facteurs de souffrance du soignant : le *chronos* qui a la particularité de faire défaut.

Caron (2000, p.142) explique les conséquences de ce manque de temps qui agit sur la capacité thérapeutique des équipes :

« Il est important que chacun se donne les moyens de laisser libre cours à cette sollicitude, souvent étouffée au profit d'un agir mal contrôlé qui fait irruption en raison du climat d'angoisse que le grand âge génère. La sensibilité de chacun, la variété des personnalités, des intervenants, peuvent offrir une pluralité dans les modalités d'accompagnements. Mais le manque de temps et de personnel ; les impératifs imposés par la hiérarchie, obligent parfois à choisir des "priorités" qui s'avèrent bien secondaires. »

L'importance de la dimension relationnelle du soin en gériatrie, comme tributaire du temps accordé, ayant été abordée, nous allons approcher la confrontation au corps altéré, réalité coutumière en milieu gériatrique.

1.2. Le toucher et la réalité du vieillissement corporel

L'article de Coudin et Beaufiles (1997) « *les représentations relatives aux personnes âgées* » qui rassemble chronologiquement les stéréotypes de la personne âgée, « *croyances fausses et une généralisation abusive* », et les représentations sociales « *c'est-à-dire les logiques de fonctionnement de sujets sociaux qui ne sont pas de simples réceptacles d'informations ni des machines à traiter de l'information* » (p.14) nous indique que « *la dimension activité/inactivité se révèle donc fondamentale dans nos représentations de l'axe jeunesse/vieillesse* » et cette dimension actif/inactif « *n'est pas elle-même, axiologiquement orientée* » (*ibid.*)

Cette représentation négative n'est pas sans conséquence. Travailler auprès de la personne âgée implique un phénomène d'identification inévitable lorsque la rencontre avec le vieillard est effective. Manoukian (2004) précise que ceci nourrit une ambivalence chez le soignant qui oscille entre répulsion et admiration entraînant une appréhension de ces professionnels quant à leur devenir de vieux.

Parallèlement le toucher, marqueur d'une distance sociale¹⁰, est inhérent au métier de soignant, principalement dans la pratique infirmière. Ainsi, Landry (1989) aborde cet aspect du soin dans son article. Cette infirmière nous propose son point de vue :

« Le toucher peut être un moyen de communication, il y a transmission d'information sur l'état physique du malade (température – crispation...) mais il y a aussi reconnaissance de l'Autre. Par la main qui touche je signale au malade que je

¹⁰ Allant d'une connotation positive « le salut », le réconfort, jusqu'à une connotation négative « l'abus sexuel »

suis avec lui. Le toucher renforce la valeur de la relation, elle ne peut plus être superficielle. », (p.36)

Par voie de conséquence, le soignant en gériatrie utilise ce contact sur une « peau de vieillard ». Effectivement la peau est l'un des indicateurs clinique de l'état du patient ; toutefois il doit porter là, directement, son regard sur ce que la vieillesse offre comme stigmate physiologique à ce corps dont il est en train de prendre soin. Ceci peut se révéler anxiogène. Dans notre société où le jeunisme, l'esthétisme sont prégnants, ce phénomène peut-être renforcé ! Trabacchi (2005) cite Courty (p.8) « *deux types de représentations sociales émergent aujourd'hui de manière très saillante. La peau des vieux est soit simplement vieille, soit proche de l'abject. Entre ces deux représentations, il n'y a pas de voie médiane* ».

Dans ce même article trois grandes catégories de représentation de la peau âgée sont énoncées¹¹ suivant le tableau n° 3 :

Représentation	Qualification
Neutre	Ridée, plissée, marquée
Péjorative (majoritaire)	Fripée, flétrie, décrépie, associée à des sentiments de rejet et de dégoût et à l'idée de la mort
Affective et émotionnelle (minoritaire)	Douce, tendre, belle et chaude

Tableau n° 3 : Représentation de la peau de la personne âgée

Nous pouvons facilement, imaginer, que selon la propre représentation du soignant, cette confrontation à la réalité sera plus ou moins anxiogène, donc source de souffrance et/ou de plaisir.

¹¹ D'après étude réalisée auprès de 271 étudiants en psychologie, âgés de 19 à 50 ans.

Ce faisant, certaines expériences de terrain, comme celle de Delande, d'abord aide soignante pendant 18 ans, et qui exerce depuis 10 ans comme socio-esthéticienne, témoigne que le contact avec l'épiderme de nos « vieux » peut, effectivement, s'inscrire dans un contexte de bien-être. Et au-delà, elle nous remémore que la personne âgée, même si elle a perdu son intégrité physique et/ou mentale, reste avant tout un être humain empli de dignité. Cette « ex- aide soignante » nous a exprimé ce témoignage¹² :

« Les plaisirs sensoriels partagés dans la relation par le toucher, le regard, le sourire peuvent ainsi restaurer la personne âgée dans sa dignité corporelle, c'est un moment de partage, un temps où chacun prend plaisir à donner et à recevoir, ce plaisir réciproque amplifie la relation et lui confère une réelle qualité. »

Il est d'autres expressions comme celle entendue en réunion d'équipe où une aide soignante se positionnant en porte-parole a dit : « nous avec Mme X, nous avons notre arme secrète : le massage ». Là encore, nous pouvons constater l'acte de soin accompli avec, en conscience, le désir de soulager la souffrance de l'aînée et certainement l'envie de partager, avec l'équipe, ce succès.

Nous concluons en trois points sur ce qui peut être aménagé par les soignants confrontés aux corps « plissés » avant de nous intéresser à ce « parfum de mort », selon Ploton (2005a), qui plane dans les institutions de « vieux ».

Premièrement, dans cette dernière étape de vie, le rapport d'intimité qui s'établit aux moments des soins du corps peut être anxiogène pour le soigné ou encore engendrer un mouvement agressif, puisqu'il doit dévoiler son corps à l'étranger, surtout si sa capacité conceptuelle a disparu. Helson (2008, p.100) : « c'est ainsi que les douches et les toilettes deviennent le prétexte de corps à corps

¹² Paroles rapportées lors de nos échanges durant la période de stage.

violents entre soignants et résidents, quand ce ne sont pas les moments de repas, de l'habillage ou de l'évacuation de selles. » Il en découle un état de souffrance réciproque dans la relation soignant – soigné. Par une formation appropriée elle pourra donc s'estomper.

Deuxièmement, une relation de contact apaisée semble se déterminer suivant plusieurs facteurs :

- Interne au soignant : la représentation qu'il a du corps en état de vieillesse conjointement à sa capacité à gérer les sentiments qui en émanent. L'accompagnement psychologique du soignant peut s'inscrire dans cette dimension.
- Externe au soignant : la formation et l'encadrement apportés. Point sur lequel Helson (2008) insiste « *ces techniques doivent être connues des équipes, via des formations qui permettent de s'y entraîner entre soignants d'abord...* » (p.101). (que nous pourrions assimiler à une forme de prendre soin du soignant !)

Finalement, la dimension « sensorielle » voire « sensuelle » du soin du corps est encore passée sous silence. Alors, quelles attitudes peut avoir le soignant face à des manifestations, non pas agressives, mais de plaisir,¹³ lorsque l'heure de la toilette intime arrive ? Devons-nous le laisser seul face à sa gêne, à sa perplexité ? Ce tabou est heureusement évoqué par certains auteurs comme Helson (*ibid.*). C'est encore l'encadrement du soignant, l'action de formations continues, l'ouverture d'espaces d'expression qui pourront soutenir le soignant. Et certainement, là aussi, l'action du psychologue peut être déterminante. Déjà en 1996, Delande, dans un article co-écrit avec Macé et Vernotte, évoque ce manque de formation quant à la qualité

¹³ Particulièrement quand il ne reste plus que cette fonction ou face à des sujets dits « frontaux » !

sensorielle : « *Le personnel soignant est en interaction corporelle avec les patients dont il s'occupe. Mais cet échange est abordé dans l'enseignement professionnel des soignants surtout sous l'angle de la dextérité, de l'hygiène du geste et peu dans le sens de la qualité sensorielle* » (p.22).

1.3. Confrontation à la mort

« Elle va mourir du pied ! », « Il a eu une sale mort ! », « C'est une mort froide ! », et puis aussi l'histoire de cette infirmière qui s'effondre, sidérée par la mort « non attendue » d'une centenaire. Elle fera part d'une ambivalence, celle de ressentir un sentiment de culpabilité de n'avoir pas pu être près d'elle au moment de son dernier soupir (elle avait dû interrompre ce soin de « confort » pour un autre soin plus urgent), et celle du soulagement de ne pas avoir assisté directement à ce dernier souffle. Ce sont là des « brèves de comptoir » de la vie d'un service de soins de suite et de réadaptation.

Quoiqu'il en soit, ces qualificatifs authentifient un état de fait : dans ce lieu où il est logique et fréquent qu'une personne âgée décède, la mort continue de faire effraction dans le psychisme du soignant.

Caron (2000, p.159) à propos de l'angoisse liée à la mort en gériatrie indique :

« travailler en gériatrie, contrairement au travail en pédiatrie, où le soignant peut se projeter dans une perspective de croissance, d'avenir, ici le soignant peut voir une angoisse liée à la fin de vie s'inscrire et être amené à une introspection sur le sens fondamental de la vie ».

La mort est omniprésente, implicitement ou explicitement, le soignant doit non seulement gérer son angoisse, mais aussi celle de la personne âgée. Ce qui

s'ajoute à l'angoisse nourrie par la confrontation à la dégradation physique et mentale. Cette angoisse, toujours selon cet auteur, s'exprime par l'intermédiaire de plaintes (manque de moyens, lourdeur du travail, etc).

Dans La Revue de Gériatrie, Mangin *et al* (1990, p.281) concluent leur enquête¹⁴ sur le « vécu du soignant face à la mort en milieu gériatrique » en énonçant trois paradoxes constatés dans la manifestation de la souffrance des soignants face à la personne âgée mourante :

- « une présence indispensable mais de préférence en évitant toute relation
- une communication souhaitée mais évitée,
- un vécu d'accompagnement douloureux mais un refus d'aide. »

Le schéma n°1 illustre ce « parfum de mort », où « L'image de la mort est omniprésente dans les services de gériatrie » Ploton (2005a, p.14).

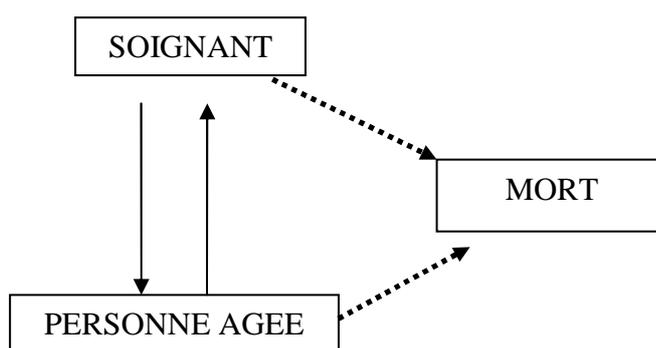


Schéma n° 1 : Place de la mort dans la relation soignant/soigné en gériatrie

¹⁴ Réalisée après la diffusion du film « Voyage au bout de la vie » dans un groupe hospitalier, isolé en milieu rural, 660 PA, réparties sur 4 services, vivent entourées de 350 agents environ.

La mort, en général, pose problème à l'institution. Cette dernière est souvent dans l'impossibilité de dissocier trois moments temporels : celui de la vie en elle-même, celui de l'instant de la mort, enfin celui du deuil. Le soignant en gériatre ne peut, alors, vivre un travail nécessaire de deuil : « *Aussi, les soignants sont-ils, entre autres difficultés, soumis à un véritable matraquage psychologique puisque jamais ils ne peuvent faire un travail de deuil normal* » (*ibid.*) Cette non distinction temporelle retentie sur l'investissement du soignant dans sa relation vis à vis des « survivants » ou nouveaux arrivants. Ploton (2005a, p.14) les traduit en quatre attitudes possibles:

- un deuil « *anticipé, préventif* » alors que *thanatos* n'a pas encore totalement envahit *éros*.
- aucun investissement dans la relation pour « *se protéger d'avoir un deuil à faire* »
- la mort est niée et s'opèrent des « *assauts de surenchères thérapeutiques désespérées* »
- « *s'installent des états de "deuil en suspens" qui permettent d'expliquer le recours à la "défense maniaque"* ».

Le caractère prédéterminant du soin relationnel en gériatrie, les réalités de la confrontation à la mort, aux corps dégradés, auxquels les soignants se « frottent », nous ont permis de poser le cadre dans lequel exercent, en général, les soignants. Nous allons, à présent, nous centrer sur la fonction d'aide soignant en gériatrie.

2. Statut de l'aide soignant en gériatrie

Dès leur introduction Crépet *et al.* (1998, p.11) nous expliquent :

« Cette recherche est celle d'un couple d'aide soignant en gériatrie. Des actions concrètes et spécifiques à l'aide soignant en gériatrie sont proposées pour une meilleure prise en charge de la personne âgée en institution. Elles ont été élaborées en partant de la réalité constatée ou d'aspects théoriques. L'aide soignant, durant sa journée de travail, a des tâches précises à effectuer. Elle doit être à l'écoute de la personne âgée, lui donner des repères, l'aider à satisfaire ses besoins. »

Bien que cette revue de la littérature occupe le champ de la gériatrie, nous resituerons, tout d'abord, l'histoire de ce métier pour en saisir le cadre et la dimension. Ensuite, sa relation de dépendance consécutive au public âgé dont l'aide soignant prend soin, sera entrevue, pour finir par nous intéresser à certaines difficultés inhérentes de cette profession dans un contexte gériatrique.

2.1. L'aide soignante “sentinelle” de la personne âgée

Il nous semble pertinent d'expliquer ce qui a motivé le choix de ce terme de « sentinelle ». Le petit Larousse illustré (2002) propose cette définition : *«n.f. (Ital. Sentinella) 1 factionnaire. 2. personne qui fait le guet. »*. Moulias (2003, p.27) dans un article qui évoque le rôle des soignants en SLD désigne celui des aide soignantes en ces termes : *« Il est la cheville ouvrière du SLD. Nulle part son rôle n'est plus important. L'aide soignant est en contact permanent avec le malade et sa famille. C'est lui qui fait vivre ce malade dépendant. »*.

C'est donc cette fonction de « surveillance », de proximité relationnelle, de porte parole, de *nursing*, d'animation, qui à notre sens inscrit cette activité professionnelle à un poste clé du fonctionnement institutionnel.

Le rapport « d'intimité » quasi quotidien en fait, ainsi, le représentant privilégié de l'état de santé physique, psychique de la personne âgée. Plus particulièrement envers ceux et celles dont la capacité à penser se délite ou s'est délitée.

En conséquence, cette recherche se centrant sur l'aide soignant, il nous est apparu opportun de retracer l'historique de ce métier et de nous interroger sur les motivations de sa pratique actuelle en gériatrie.

2.1.1. 1949 : naissance d'une fonction

Dans la revue de sociologie française, Mathieu-Fritz (2002, p.176) présente l'ouvrage d'Arborio intitulé « *Un personnel invisible, les aides-soignantes à l'hôpital* ». Il nous expose comment est née cette profession : « *La catégorie d'AS est une création administrative datant de 1949 à l'occasion d'une réorganisation statutaire du personnel hospitalier subalterne.* ».

C'est pour répondre à un besoin, celui d'aider les infirmières qu'est né ce grade, alors qu'en 1946 le Diplôme d'Etat d'Infirmière vient d'apparaître. L'aide soignant est sous la responsabilité de l'infirmière pour la part de sa fonction correspondant à son rôle « propre », non soumis à la prescription médicale

Ainsi les principales dates qui ont jalonné ce métier sont reprises dans le tableau n°4, ci-après.

1949	Création du grade d'aide soignant
23 janvier 1956	Création du CAFAS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide-Soignant
25 mai 1971	Un arrêté fixe la durée des études (12 mois – 222 heures), les conditions d'admission et d'attribution du CAFAS
22 juillet 1994	Décret 94 626 fixe la durée des études à 12 mois – 1575 heures dont 975h00 de stage et 630h00 de théorie
12 août 1996	Le CAFAS est aboli et remplacé par le Décret 96 729 relatif au DPAS : Diplôme Professionnel d'Aide-Soignant
25 janvier 2005	Diplôme ouvert à la VAE (Validation des acquis de l'expérience)
31 août 2007	Décret transformant le DPAS en Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant

Tableau n° 4 : Dates historiques du métier d'aide soignant

2.1.2. 1997 : arrêt sur image d'une profession

C'est par un état des lieux que nous allons tenter d'identifier l'état du métier en gériatrie, en nous appuyant sur l'article de Lert et Martin (1997), à l'aide du tableau n° 5 ci-après.

Cet article s'inspire d'une étude réalisée dans le cadre d'un programme de travail à l'initiative et avec le soutien de la Direction des hôpitaux, du secrétariat d'Etat à la Santé.

Observation	Constat (essentiellement à propos des AS)
Structure de personnel	* Constitue la majorité du personnel (avec agents de service)
Besoin en personnel	* 70% des directeurs demandent des AS * Dans tous les établissements, la demande de reconversion est faite en faveur des AS * En 3ème position concernant le manque d'effectif
Motivation (échantillon de 3700 sujets dont 46% d'AS)	* Répartition des qualification : <i>cursus</i> diversifié : L'AS a souvent débutée comme agent hospitalier, l'affectation en gériatrie = promotion dans le grade d'AS * 90% (de 5 catégories de soignants) estiment leur affectation comme une étape positive * 1 personne sur 2 ne souhaite pas faire carrière dans un établissement ou un service pour PA (avec IDE catégories les plus mobiles et d'âges de carrières intermédiaires)
Glissement des tâches entre catégorie	* 80 % des AS estiment que leur travail réel correspond à la définition de leur tâche → la « surqualification » n'est pas l'objet de plaintes
Pénibilité du travail	* La charge liée à la manutention des malades est plus importante en milieu hospitalier qu'en maison de retraite
Relation avec la PA	* Réponse aux besoins de la PA : 62 % la considère comme positive → Le % restant se plaint de manque de temps pour : l'écoute et la discussion, la toilette et les soins, l'organisation d'animation ou de sorties, et de l'insuffisance de personnel

Tableau n° 5 : Etat du métier d'AS en 1997

Nb : Est considéré comme étape positive, le sentiment d'exercer pleinement leur métier, de découvrir un nouveau rôle professionnel axé sur les soins relationnels, le sentiment d'utilité, de bonheur dans le travail accompli, et enfin le sentiment d'avoir fait un choix.

2.1.3. 2009 : vocation ou hasard

Cet intitulé soulève une problématique toujours d'actualité : comment inciter des individus à « embrasser » le métier d'aide-soignant, physiquement difficile, psychologiquement éprouvant, peu valorisé tant au niveau social qu'au niveau médical ?

Même si on peut entendre, parfois, les familles s'étonner : « Comment font-elles ? Elles ont beaucoup de courage ! »

Deux articles vont fonder notre argumentation :

- « *Exercer en gériatrie, de la vocation et du hasard* » écrit par Piat (2008) qui, effectivement, a inspiré ce sous-titre.
- « *Evolution des différentes fonctions en maison de retraite* » de Sipos (2003) qui s'interroge sur le développement de l'activité professionnelle en gériatrie.

Leur conception respective pour la partie nous concernant atteste que :

- d'une part, même si, choisir de travailler en gériatrie, demeure une exception, cela importe peu. L'important est de maintenir la vocation car elle peut facilement être soumise au risque du *burn-out* (BO). De plus, avoir la vocation n'est pas gage d'être systématiquement un bon soignant. Finalement le hasard de l'affection peut aussi conduire à une vocation. Ce philosophe Piat écrit :

« On a pu devenir soignant en gériatrie par hasard, et même par défaut. Voilà qui n'empêche pas de découvrir au fur et à mesure du temps le mystérieux plaisir de rendre des services à des personnes âgées réelles, lesquelles qui, par le miracle des soins qui leur sont prodigués, vous accordent une gratitude et une confiance qui sont comme une grâce : quelque chose que l'on n'a pas recherché et qui vous échoie. Cette confiance invite au dévouement qui, à son tour, invite à la confiance. » (p.22)

- d'autre part, les soignants ont réussi, grâce à une capacité d'adaptation, à suivre « *les évolutions techniques et matérielles* » (p.37) et aussi les efforts individuels, l'esprit d'équipe, la motivation des soignants ont autorisé une place au relationnel en

maison de retraite (MdR). En revanche, Sipos, cette directrice de MdR, nous précise que plusieurs obstacles demeurent, dont celui des aide soignantes, « *mal préparées à l'approche et surtout à l'accompagnement (à bien différencier du soin technique) des personnes atteintes de pathologies comme la maladie d'Alzheimer, les troubles du comportement en général, la dépression...* » et ceux : « *d'un encadrement quasi-inexistant, des moyens insuffisants, le tabou de l'exclusion, l'absence de définition des projets des institutions* ». (p.38-40)

Nous concluons en relevant ce que Laroque (annexe 1) nous dit dans son interview « *On n'a pas encore parlé de diagnostic d'aide soignant mais cela peut arriver dans les dix ans qui viennent.* ». Ainsi, la fonction « sentinelle » pourrait-elle être, finalement, reconnue ?

2.2. Spécificité de l'aide soignante : la relation d'aide

En préambule, notons ce que Crépet *et al.* (1998, p.15) nous résument en introduction :

« L'aide soignant doit accepter la personne âgée changeante et avec son rythme propre et l'encourager. Il faut à l'aide soignant beaucoup de calme face parfois à l'agressivité du malade âgé »

Ensuite, ce couple d'aide soignant, dans leur chapitre dédié à leur fonction et à la relation, nous qualifie ce que réciproquement ce professionnel et la personne âgée s'échangent dans cette relation :

« Pour la personne âgée, l'aide soignant sert de lieu de protection, de confidente, d'ouverture sur l'extérieur, de richesse ou de conflit avec la jeunesse des soignants, de présence permanente tout simplement humaine. La personne âgée apporte à l'aide soignant du travail et une occasion de relation, d'échanges. Elle peut être l'image de son propre vieillissement et peut représenter le grand parent que l'on n'a pas ou que l'on n'a plus. Cela peut entraîner pour l'aide soignant une charge affective. »

Cette particularité du soin dit « relationnel » évoquée en première partie de ce chapitre, nous amène à présent à développer, ci-après, trois aspects de cette dimension relationnelle qui peuvent mettre en difficulté l'aide soignante.

2.2.1. Pourvoyeuse de soins plutôt que technicienne

Causse (2004) nous instruit dans sa thèse *« La professionnalité des aides-soignantes en maison de retraite : entre subjectivité et réification »* à cette notion de pourvoyeur de soins.

Même si l'aide soignante s'est formée à une technique de soins, à des protocoles d'hygiène, ses gestes font référence à une relation de dépendance, conceptualisée par Memmi. Causse cite Memmi (2003, p.10-11) :

« La relation de dépendance comme l'expression de la réciprocité permanente dans le besoin de la majorité des membres d'un groupe. » ...et « Albert Memmi a montré que toute relation de dépendance est alimentée par des processus d'identification et de projection d'avec la fragilité de l'autre, qui renvoie aux peurs idiosyncrasiques de la séparation et de la mort, particulièrement réactivées dans des relations aux personnes âgées. »

Nous proposons, ci-après les schémas n° 2 et n°3, l'un caractérisant la relation de dépendance/pourvoyance dans son fonctionnement normal, l'autre dans son dysfonctionnement.

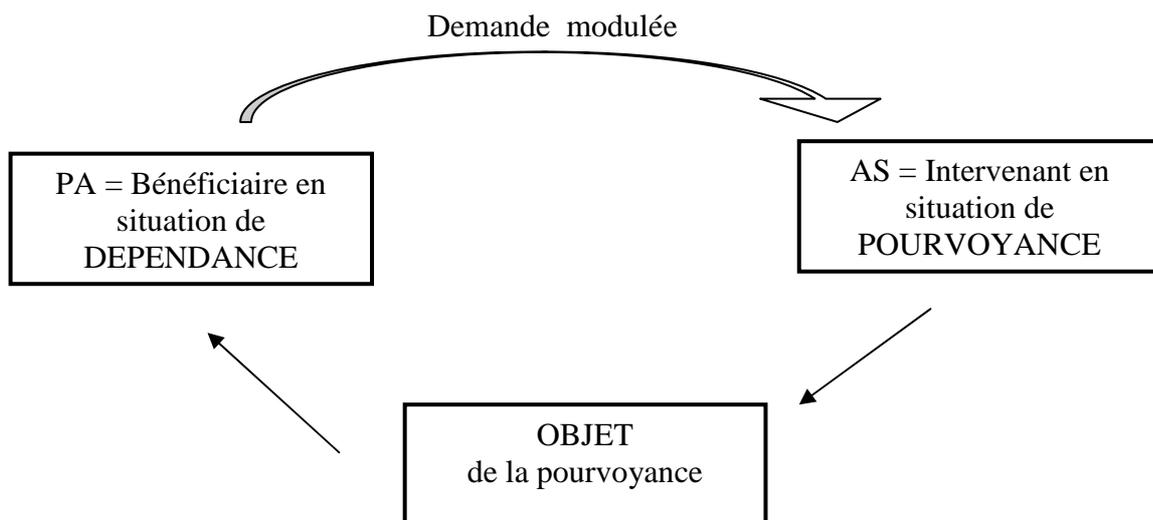


Schéma n° 2 : Fonctionnement normal de la relation dépendance /pourvoyance

La demande de la personne âgée (PA) peut devenir infinie, à cause d'une angoisse de séparation et de mort, le pourvoyeur est aliéné, un sentiment de culpabilité le conduit à répondre continuellement ce qui a pour conséquence d'augmenter la vulnérabilité de la PA et donc alimenter un cercle non vertueux. L'objet de la pourvoyance est dès lors confondu avec le pourvoyeur ce qui crée un dysfonctionnement (schéma n° 3) :

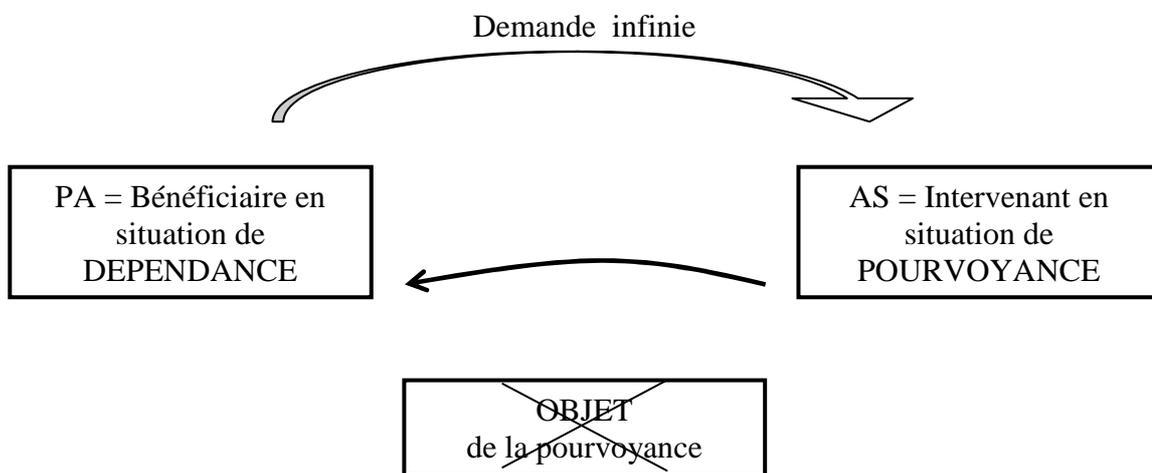


Schéma n° 3 : Dysfonctionnement de la relation dépendance /pourvoyance

Selon Causse (*ibid.*) : « Cette relation de dépendance se nourrit de sentiments de dettes et d'angoisses existentielles enfouis en chacun de nous, elle est aussi

construite socialement ». Le rôle de pourvoyeur réactive la division sexuée des rôles sociaux acquis dans l'enfance.

Nous terminerons par cet énoncé de Causse (*ibid.*) :

« Sur la base de contextes relationnels et de rapports sociaux différents, la relation de domesticité comme la relation de dépendance aboutissent, in fine, à faire ressortir des valeurs acquises chez ces femmes. Les valeurs de dévouement qui renvoient à celles de la responsabilité envers l'autre et à l'altruisme vont pouvoir verser dans l'abnégation. Ces valeurs sont incorporées dans les processus de socialisation primaires et secondaires qui assènent aux filles cette bonté oublieuse de soi-même et enseigne le sacrifice de soi. Ainsi se reproduisent des relations de domination qui peuvent, expliquer, pour partie au moins, la perpétuation de la disqualification sociale et professionnelle de ces emplois d'aide et de soins. » (p.11)

Est, ainsi, décortiqué le phénomène qui risque de renforcer la souffrance de l'aide soignant dans l'exercice de sa profession. Il démontre l'importance de l'encadrement de ce dernier à bon escient, et une fois de plus averti sur ce nécessaire aspect de la formation à ce métier. Cela laisse entrevoir, ici, l'utilité *a minima* d'espace de parole pour ces femmes et ces hommes confrontés à la perte d'autonomie croissante des personnes âgées dont ils ont la charge.

2.2.2. Inversion des rôles : la question de la dépendance

Jandrot-Louka (1982) se fonde aussi sur le concept de Memmi de *duo dépendant-pourvoyeur*. Elle a introduit la notion de l'inversion des rôles qui sera reprise par Ploton (2005a).

Dans sa thèse, elle s'est étonnée de ce qu'une forte proportion des soignants malgré la *« pénibilité des tâches réservées à ces professionnels sans formation qui exécutent les travaux les plus souillants dans un milieu particulièrement anxigènes »* présentaient, pour la plupart, *« une grande stabilité professionnelle »* (p.120). Après analyse, elle a formulé l'hypothèse suivante :

« *Ce qui organise et structure la relation soignante/soigné, lorsqu'il y a dépendance, est un fantasme partagé d'une relation mère-fille. Ce qui peut se dire aussi : « La soignante cherche à occuper une position (dans l'ordre symbolique), d'être la mère de la mère. »*

Elle conclut son article sur l'importance de l'équipe médicale comme tiers médiateur dans la relation soignant/soigné pour éviter de « *sombrer dans un rapport imaginaire confinant à la « folie » avec la Mère, soit d'être « réellement » - objectivement – FOLLE, d'être la mère de la mère. »* (p.126).

Ploton (2005a, p.13), quant à lui aborde l'inconvénient de cette inversion des rôles parent/enfant « *doublée du renversement absolu des rapports de force* ». Elle engendre la réanimation d'affect de l'enfance avec des « *relents de situations de revanche par rapport aux traumatismes et aux frustrations encaissées alors* » et donc réactive des pulsions agressives. Le contexte de soins, où l'adulte jeune est « *confronté, non seulement à l'impotence du vieillard mais aussi à son incontinence* » risque, là, de faire « *surgir des mécanismes d'intolérance, et des pulsions sadiques, qui puisent leurs racines dans les aléas de l'éducation sphinctérienne à laquelle le soignant a été soumis par ses parents. »*

2.2.3. Nursing ou animation

Sans nul doute l'aide soignant fait un travail de *nursing*. Jacus *et al.* (2004, p.20) l'évoquent en déclinant deux facteurs participant à la souffrance « *globale et multifactorielle* » de l'aide soignant en gérontologie :

- « *accompagner et non guérir*
- *faire principalement un travail de nursing* »

Toutefois, il y a un aspect de la fonction d'aide soignant qui est plus facilement envisageable en MdR puisqu'à vocation médico-sociale : la fonction animation. Amyot (1998, p.101-102) au début de son chapitre « *Animation et vie sociale* » écrit : « *Que ce soit en institutions spécialisées ou en milieu ouvert, l'animation est devenue le maître mot pour jauger ou juger de la qualité de l'environnement des personnes âgées. »*

Nous retiendrons deux des raisons évoquées par ce psychosociologue à ce phénomène.

Premièrement, *« l'humanisation des hospices a été engendrée par, et a amplifié, un regard réprobateur, culpabilisé, quelque fois véhément, sur la vie en institution »*

Deuxièmement, *« dans l'angoisse de mort des professionnels ou de l'entourage de la personne très âgée. L'animation, c'est le mouvement qui signe la présence de la vie. Il faut alors que « ça bouge », que l'immobilité ne puisse exprimer, imaginer la mort. En d'autres termes, évoluer, mutatis mutandis, du mouvoir au lieu de vie. Activité écran, mécanisme de défense, elle est ici liée aux besoins des aidants et des soignants et non au désir de la personne « réanimée ».*

Ce regard, rappelle que la personne âgée est un individu, qui malgré sa situation de dépendance, garde le choix de s'animer ou non. *« l'animation, c'est l'action, la manière d'animer, de donner (de) la vie, le mouvement, mais c'est aussi une méthode permettant de suggérer l'impression du mouvement »* (p.104). L'auteur nous avertit donc sur la façon dont elle doit être prodiguée.

En revanche, cette fonction peut être un médiateur de la relation : *« l'animation a une fonction de substitution, d'étayage, parce qu'un manque se fait sentir. Il s'agit de favoriser l'émergence d'une vie centrée autour d'un individu ou d'un groupe ».*

Il nous semble, après observation *in situ* en EHPAD, que bien accompagnée et stimulée cette fonction animation peut favoriser le lien avec les aide soignantes en leur permettant d'être avec ceux qu'elles soignent autrement que dans un moment invasif de leur intimité, et constitue un prétexte d'être autrement ensemble !

En guise de conclusion, nous laisserons la parole à Crépet *et al.* (1998, p.155) :

« Aider la personne âgée à mieux vivre, en améliorant la qualité de vie, est la fonction principale de l'aide-soignante, aidée et soutenue par l'équipe au sens large. L'aide soignante est animante dans ses actions, ses gestes, ses paroles, ses attitudes. Cela se dégage de tout son être, de son état d'esprit. C'est dire le rôle primordial qu'elle exerce au sein de l'équipe : animatrice et soignante au quotidien. L'aide soignante, en favorisant la distraction de la personne âgée, est source de vie, de relation, de communication. Pour elle, cela prend la valeur d'un soin au corps ou à l'esprit. »

2.3. A propos de routine, motivation et formation

Ce métier reconnu depuis peu par un Diplôme d'Etat¹⁵, fait face à trois écueils : la monotonie des tâches, le risque de manque ou de perte de la motivation ainsi que l'insuffisance de formation.

Il n'est pas difficile d'imaginer ce que peut éprouver l'aide soignante à devoir accomplir des soins de toilettes, à devoir donner à manger, à devoir « faire les changes », à devoir toutes les deux heures modifier la position d'un résident, *etc.*

Léonard (1998, p.44) remarque que « *les soignants sont soumis à des tâches répétitives et contraints à un corps à corps souvent repoussant : journallement ils combattent la souillure et parent à la dégradation.* »

Une action uniquement vouée à la routine doit être contrecarrée afin d'éviter une réification de la relation. C'est là qu'interviennent la motivation et la formation.

Toche (2002) s'est penché sur « *la motivation du personnel soignant en gériatrie : entre posture et valeurs* » suivant le titre de son article. Il tente d'abord une définition consensuelle de la motivation : « *l'énergie qui détermine un type de comportement particulier* », (p.57)

Ce cadre supérieur de santé propose de laisser au travailleur la possibilité de prendre une initiative :

« *Ainsi l'enrichissement des tâches va même au-delà du simple fait de rendre le travail plus varié, plus autonome. Il ne doit pas être une restructuration imposée mais proposée avec possibilité pour le travailleur de ne pas l'adopter, lui laissant ainsi la possibilité d'être auteur comme nous l'avons dit précédemment. De cette manière, les travailleurs sont responsabilisés ; la routine fait place à l'initiative.* » (p.61)

¹⁵ Au salaire de base actuel de 1280 euros Source dans le dossier formation santé social n° 5, édité par l'UNIFAF en octobre 2005 : Fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif.

Se pose dès lors la question du rôle propre de l'aide soignant, comme de l'infirmière où cette fonction lui est désormais reconnue. Ainsi dans ce cadre respectif, l'aide soignant n'officialise-t-elle pas en répondant à ce principe ?

C'est là qu'intervient le principe indispensable de la formation et de l'encadrement de ces « sentinelles » de la personne âgée. A ce titre nous détaillons, ci-après, les préconisations d'Heslon (2008, p.187) pour prendre soin des soignants.

Ce maître de conférence, qualifié en psychologie, explique qu'à cause de ce travail éprouvant, le soignant doit être dans un état d'équilibre psychologique. Cette « épreuve » peut être atténuée si « *il retrouve du sens, si l'on comprend mieux la vieillesse psychique, si l'on a des projets d'accompagnement partagés et clarifiés* » :

- *Adapter les horaires aux besoins des résidents sans donner l'impression qu'on ne tient aucun compte de la vie privée des personnels*
- *Favoriser la mobilité interne*
- *Offrir des temps de parole*
- *Fournir aux équipes des lieux dédiés (pour se réunir, ... se ressourcer...) ...en les aidant...mais à exercer leur solidarité en se recentrant sur les problématiques des résidents.*
- *Organiser et animer des réunions dont les objectifs sont clairs et les rythmes réguliers...*
- *Soutenir les professionnels dans leur rôle de référents...*
- *Les associer le plus possible aux décisions prises dans le respect des places et fonctions de chacun*
- *Mettre régulièrement en place des formations internes et à l'extérieur pour penser le travail, actualiser les connaissances et les compétences, mais aussi mieux comprendre tout ce qu'il y a d'humain dans la vieillesse, tout ce que nous avons de commun avec les humains du bout de la vie.*

En conclusion de cette partie sur la spécificité de l'aide soignant en gériatrie la présentation que fait Cause (2005, p.6) de sa thèse, nous semble appropriée :

« En maisons de retraite médicalisées, les aides soignantes sont en première ligne pour s'occuper des personnes âgées. Elles travaillent souvent en situation de sous-effectif, réduites à faire tous les matins de nombreuses toilettes « à la chaîne » pour tenir les délais. Elles sont face à des injonctions paradoxales de la part de leur hiérarchie : rester à l'écoute des « résidents » prendre le temps de parler avec eux tout en réalisant au plus vite, sans temps morts, un nombre de tâches toujours plus important. Les aides soignantes se retrouvent à l'articulation du soin et de la surveillance, faisant le travail que les autres corps professionnels leur délèguent. Elles sont cantonnées dans le « dirty work », en quête de reconnaissance et de légitimité soignante. De plus elles se retrouvent seules et souvent démunies face à leur propre peur de souffrir, vieillir et mourir. Quand ces angoisses deviennent trop fortes ou que l'usure au travail se fait violemment sentir, les mécanismes de défense prennent le relais. Ils empruntent traditionnellement le chemin de la routine mais peuvent aussi raviver une relation soignante dissymétrique faite de pouvoir et de violence. Les dimensions éthiques et psychiques engagées dans le travail de soin et d'accompagnement sont régulièrement passées sous silence. »

3. Souffrance générée par la relation soignant/soigné et ses conséquences

Cette partie va nous permettre d'introduire ce qui ressort en filigrane de cette relation soignant/soigné en gériatrie : la souffrance psychique. A priori, le contexte dans lequel les transactions relationnelles se manifestent, semble, en certains points, intrinsèquement nocif ce qui peut conduire à un état de stress, voire un syndrome de *burn-out*.

Jacus *et al.* (2004, p.20) nous informe dans un article consacré à l'aide-soignant en gérontologie que : « peu de secteurs médicaux potentialisent de la sorte deux composantes génératrices de souffrance pour le personnel :

- *l'accompagnement du patient vers une diminution inexorable (autonomie, état général, etc.),*
- *la suppléance des ces pertes, ce qui implique un travail de nursing prépondérant »*

Avant d'introduire les concepts psychopathologiques que nous pourrions relier à la théorie de la Sophrologie, nous nous focaliserons, d'abord sur le point de vue de Ploton (2005b) à propos de la nature de la douleur physique et psychique, incontestablement éprouvée, par les aides soignantes, à certains moments de leur exercice professionnel.

3.1. Tentative d'identification de cette souffrance :

le point de vue de Ploton

Comme l'introduit Ploton (2005b, p.24) « *la souffrance est une expérience prolongée, désagréable, d'origine physique ou psychologique, ayant des effets physiologiques et psychologiques délétères.* ». Cet auteur expose sa taxonomie pathologique : le *Burn-out* et précise qu'il n'est pas nécessairement lié à des problèmes de sous effectifs.

Le tableau n° 6, ci-après, nous permettra de rassembler les « *déterminants qui, cumulés, peuvent concourir, outre la charge de travail, à l'épuisement psychologique, puis physique, des soignants* » (dont certains ont été précédemment développés).

Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'au-delà des différents constats, des théorisations de psychologues, de cadres de santé, d'infirmiers, de médecins, de philosophes, de sociologues, *etc...*, les aide soignantes se sentent bien évidemment concernées par cette souffrance. Elle n'est pas pour elles, un sujet tabou, comme en témoigne les deux constats suivants :

Tout d'abord, lorsqu'il leur est annoncé, par exemple, qu'une recherche est faite sur le « prendre soin des soignants », ces personnes se sentent interpellées et manifestent leur approbation à ce que l'on se préoccupe d'elles.

Ensuite, le fait que certaines d'entre elles aient trouver comme solution à la souffrance d'abandonner la profession, est illustré par Buisson (2007) rédactrice en chef de la revue « *L'aide-soignant* ». Elle commente le discours du Ministre de la Santé qui commence en ces termes « *Constat alarmant : plus d'un soignant sur dix veut abandonner la profession... Pourquoi ?* ». Bien que s'adressant à toutes les disciplines médicales où exerce l'aide soignant, ce texte signale bien la démographique exponentielle du « vieillissement de la population » et donc la nécessité de préserver ceux qui prennent soin de nos aînés.

Ainsi, soulager cette souffrance qui est un frein au soin, est nécessaire. Caron (2000) en évoque les avantages : au niveau de l'efficacité dans le soin (pouvant réintégrer la nécessaire dimension relationnelle), au niveau de la gestion du personnel (l'absentéisme est diminué), et enfin au niveau de la santé psychologique et physiologique. C'est pourquoi, nous allons parler de certains paradigmes de la psychologie clinique pour lesquels la sophrologie pourrait se justifier d'une action préventive, voire un des leviers thérapeutiques.

Déterminant	Risques
La question de la demande et de la culpabilisation	Dérives sadiques → Le soignant devra assumer, consciemment ou non, la culpabilisation latente propre à cet état de demandes réitératives, « vampirisantes » de la PA
La différence entre l'idéal et la réalité avec la confrontation au vieillard « déchu »	Installation d'une dimension agressive dans la relation → Le soignant idéalisant la PA, la réalité d'une image décevante reçue, risque d'un désinvestissement de la relation et l'impossibilité de s'identifier à la personne âgée.
Des objectifs inadéquats (de tout soigner, d'empêcher de mourir)	Persécution par excès de stimulation → Pour y contrecarrer, le soignant devra réorienter son objectif thérapeutique au bénéfice de « stratégies de motivations »
Une formation inadaptée, centrée sur les seuls besoins matériels	Démobiliser les ressources psychologiques de la PA au lieu de les mobiliser → Penser à mettre en parallèle ses besoins matériels et ses besoins psychologiques
Une inversion des rôles traumatiques	Situation stressante (névrotisante ?) expliquant peut-être la fragilité psychosomatique du soignant → Etayer le soignant dans un cadre institutionnel tangible.
L'omniprésence de la mort, avec l'absence d'un temps pour la vie, un temps pour la mort, un temps pour le deuil	Recours à des deuils tronqués → Laisser la possibilité aux soignants d'enterrer psychologiquement leurs morts par des rituels efficaces autour de la mort
Le paradoxe sécuritaire (transfert massif de responsabilité relatif à tout ce qui pourrait arriver à la PA dans un contrat implicite entre le soignant, le soigné et la famille)	Mise sous cloche, empêche la PA de « vivre » par peur de la prise de risque → Eviter ce contrat tacite
L'inadaptation de l'institution gériatrique à sa fonction (raisons multiples six facteurs identifiés)	Démotivation des soignants → Introduire la dimension du prendre soin des soignants
La difficulté à pourvoir identifier de quelle souffrance il est question (Crise autour des ultimes soins pour les PA « longs à mourir »)	Conflits redoutables sur des lignes de clivage institutionnels préexistants → S'interroger sur les limites de la souffrance infligeable à la PA

Tableau n° 6 : Point vue de Ploton sur la souffrance des soignants en gériatrie

3.2. Concepts de *burn-out*, stress / *coping* au regard de la sophrologie

Ce qui a motivé cette recherche, c'est la pertinence d'utiliser un outil à médiation corporelle pour prendre soin du soignant et, à ce titre, s'inscrire dans une dimension préventive. Aussi, pour chacun des paragraphes suivants nous prendrons appui sur les points de vue théoriques et tenterons d'y associer le regard des concepts de la Sophrologie Caycédienne® créée par Caycédó en 1960.

3.2.1. Un risque majeur : le *burn-out*

Le syndrome d'épuisement professionnel, qui fut initialement « *conçu comme un syndrome psychologique spécifique aux professions "aidantes"* (Truchot, 2004, p.7) est entrevu comme une des conséquences psychopathologiques qui se manifestent dans un environnement de travail. Il se définit « classiquement » comme un état que la personne atteint, et peut être aussi défini en tant que processus.

Le trépied de ce syndrome a été mis en évidence par Maslach et Jackson est décrit par Truchot (p.13). Nous en proposons les schémas n° 4 (montre les trois dimension) et n° 5 (leurs manifestations).

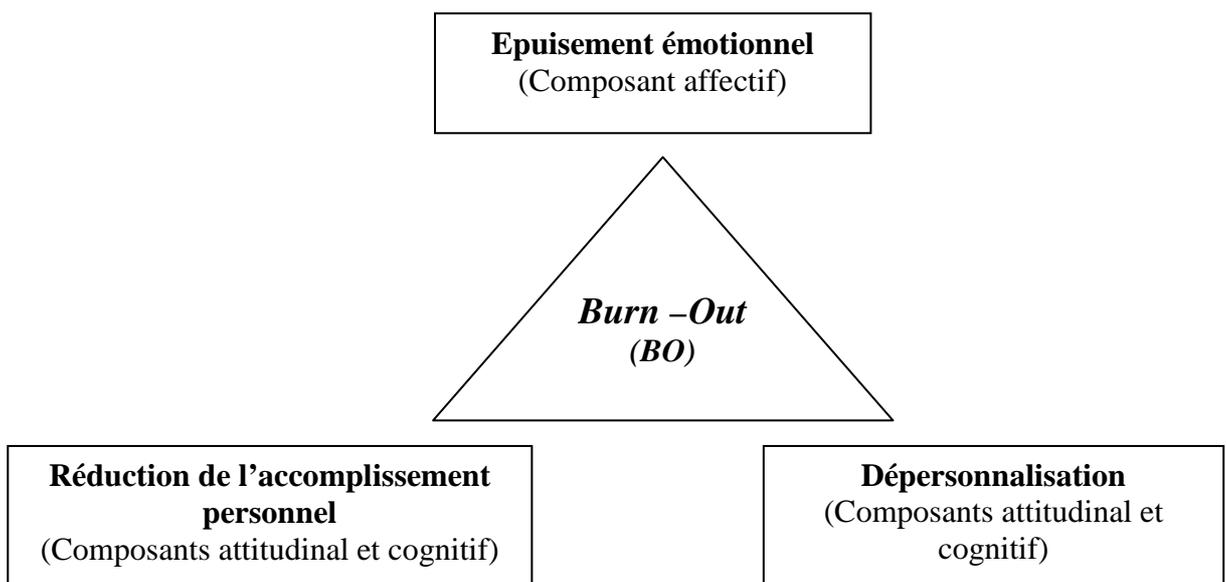


Schéma n° 4 : Trépied du *Burn-Out*

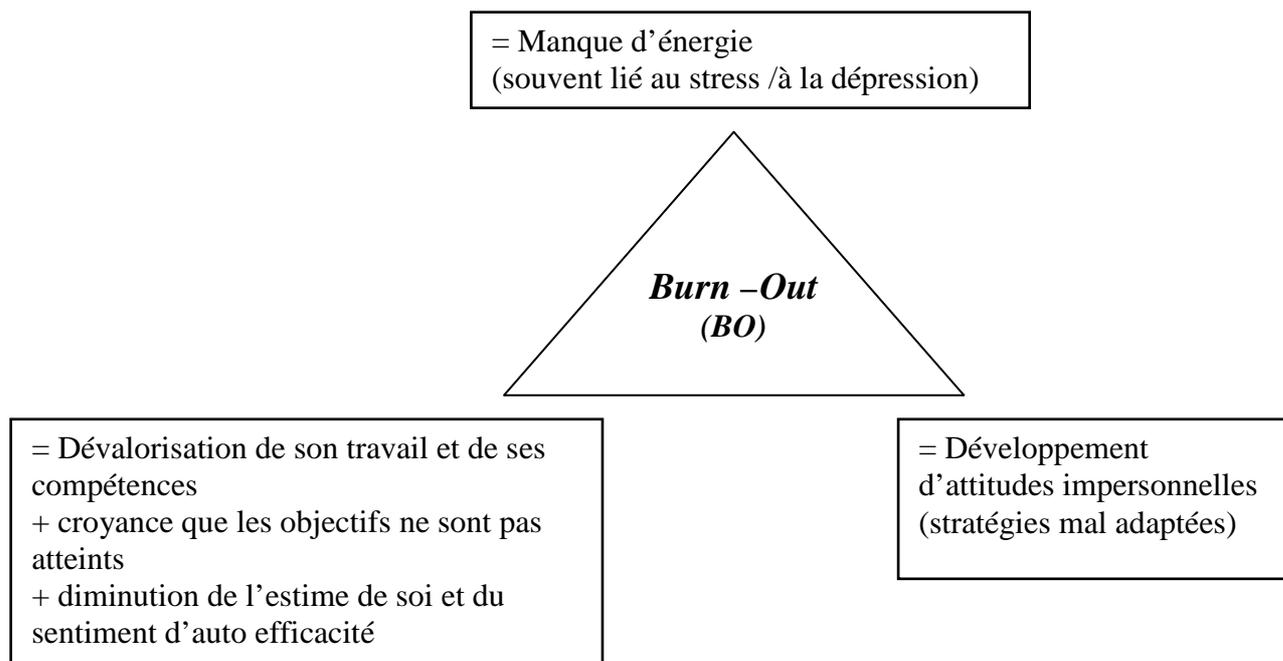


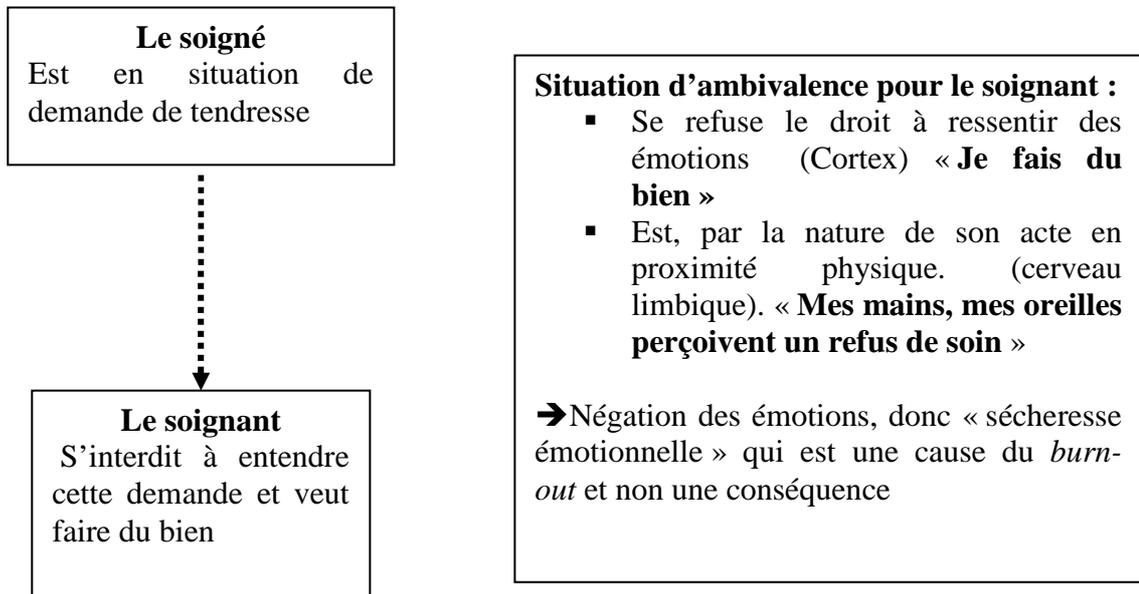
Schéma n° 5 : Manifestation du *Burn-Out*

Delbrouck (2003, p.31-33), « spécialiste » du prendre soin des soignants, a dénombré des facteurs externes et internes favorisant cette « maladie de la relation d'aide » chez le médecin. Le tableau n° 7 reprend ces facteurs aggravants, certains pouvant se retrouver chez les aide soignantes.

Facteurs Externes	Facteurs Internes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volume de travail ▪ Manque de sommeil ▪ Sollicitations pour enseignement et recherche ▪ Excès de responsabilité ▪ Confrontation à son impuissance et à la mort ▪ Augmentation des attentes du public ▪ Manque de soutien dans le milieu du travail 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiété ▪ Esprit d'entreprise ▪ Désir de plaire à tout le monde ▪ Sens de l'autocritique trop poussée ▪ Le « vouloir tout faire soi-même » ▪ Mentalité du sauveur

Tableau n° 7 : Facteurs aggravants le *BO*

Quant à Pellisier (2005), il considère le *burn-out* comme la rupture entre le conscient, l'intellect et l'émotionnel, ce que nous illustrons par le schéma n° 6



Ce chercheur en gérontologie, tel qu'il se qualifie, soulève la nécessité d'accepter ses émotions comme l'un des outils d'information dans le prendre soin. Il propose de mettre en place une distance « philosophique » plutôt qu'une réification de la relation, pour échapper à la culpabilité de n'avoir pas su guérir l'autre (responsabilité d'ailleurs non demandée au soignant). La relation de pouvoir qui s'est établie peut alors se transmuier en une relation positive qui offre des conditions de pratique professionnelle plus sereines et, donc évite que la souffrance et la mort de l'autre submerge le soignant et le conduise à l'état de *burn-out*.

La sophrologie qui permet une récupération physiologique de prime abord, mais surtout grâce à ses principes d'action, peut s'entendre comme préventive en agissant sur les différents symptômes antérieurement cités (le trépied, les facteurs prédisposant et l'émotion), d'autant plus que les signes de ce syndrome d'épuisement s'installent sur une longue durée.

En préambule aux définitions polysémiques du stress, nous reprendrons la distinction entre stress et *burn-out* de Schaufeli et Buunk cités par Truchot (2004, p.39) :

« *Le stress est un terme générique qui réfère au processus d'adaptation temporaire accompagné par des symptômes mentaux et physiques. En contraste, le burn-out peut être considéré comme le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre exigences et ressources, et ainsi d'un stress professionnel prolongé.* »

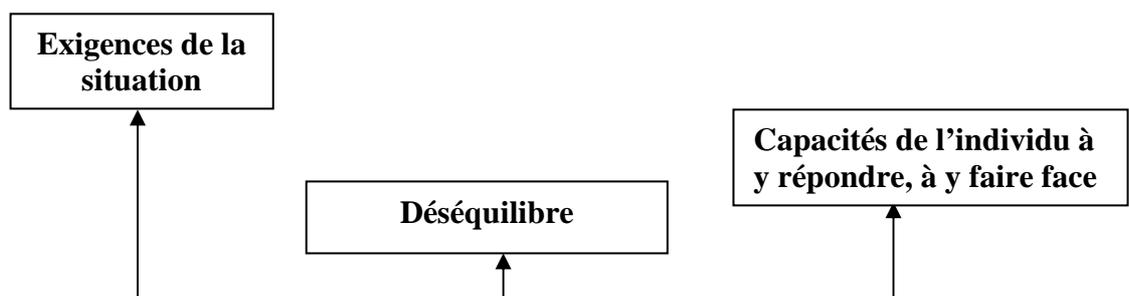
Truchot conclut en qualifiant le stress de « *tensions passagères* », et en qualifiant le *burn-out* de « *tensions continues* ».

Nous allons donc porter notre attention, d'abord, aux concepts de stress et de *coping* qui peuvent être des préalables au *burn-out*.

3.2.2. Du stress ...

Graziani *et al.* (2004, p.10) nous rappellent l'étymologie du mot stress, « *issu par aphérèse de distress, qui provient de l'ancien français destrece et estrece. Destrece signifiait détresse. Estrece signifiait étroitesse et oppression.* »

Se pose là le jalon de ce qui est, en partie, sous-jacent à la proposition de soin et/ou de la prévention par la sophrologie : savoir reconnaître son propre état de tension afin d'agir. Truchot indique, quant à la cause identique du stress et du *Burn-out*, une « *tension ressentie qui naît d'un écart* » (p.40) schématisée comme suit :



Parmi les trois catégories de théories cliniques consensuelles du stress (centrée sur le stimulus, centrée sur la réponse, centrée sur l'interaction et la transaction), deux d'entre elles suscitent notre intérêt.

Premièrement, nous exposons, brièvement, la théorie initiale du Syndrome Général d'Adaptation (Selye, 1950, 1956), selon les explications de Truchot (2004, p.45). Le stress est considéré comme une réponse physiologique. Cette caractéristique explique l'effet à long terme de la réponse d'un sujet à des agents stressants. Face à un stimulus aversif, l'organisme réagit par une réponse non spécifique, qui peut passer par trois phases, si la situation stressante perdure : la phase d'alarme, puis la phase de résistance et enfin la phase d'épuisement.

Cette conception, où le stress est considéré comme une perturbation de l'homéostasie, sera rapprochée de la technique de sophrologie du « SophroContrôle du Stress » visant à laisser venir à la conscience du sujet, par une expérience vécue corporellement, qu'il est possible de résister à un stress, d'y faire face, mais surtout d'avoir la capacité de récupérer. Ce qui évite à la personne de tomber dans la phase d'épuisement.

Deuxièmement, nous nous intéressons au « classique » modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984) dont Truchot (2004, p.49) reprend la définition : « *Le stress est une relation particulière entre la personne et l'environnement, relation évaluée par la personne comme épuisante (taxing) ou exécutant ses ressources et mettant en danger son bien-être.* »

Chabrol et Callahan (2004, p.107) nous précisent que, dans ce cadre, le stress est :

« défini comme la condition qui émerge quand les transactions personne-environnement amènent l'individu à percevoir une contradiction – réelle ou imaginée – entre les exigences de la situation, d'une part, et les ressources des systèmes biologique, psychologiques ou sociaux de la personne, d'autre part. »

Lazarus (1966, p.208) en résumé du chapitre « *Evaluation, menace et facteur de stimulus dans le coping* » nous précise la nature des concepts d'évaluation primaire et d'évaluation secondaire :

« La menace observable et les réactions de stress sont les reflets ou les conséquences de processus de coping ciblés en vue de réduire la menace. Ces processus de coping reposent sur une activité cognitive similaire à l'évaluation primaire. Nous avons fait référence à cette évaluation impliquée dans le coping comme évaluation secondaire. L'évaluation secondaire est distinguée de l'évaluation primaire par les sources d'informations qui les nourrissent. En effet, alors que l'évaluation primaire s'occupe de la douleur imminente, l'évaluation secondaire s'occupe des conséquences de n'importe quelle action de coping. »¹⁶

Le paradigme ultérieur de Lazarus et Folkman (1981) explique les deux évaluations successives des tensions qui s'opèrent, et que nous présentons dans le schéma n° 8, ci-après.

¹⁶ Traduction libre : « *Observable threat and stress reactions are reflections or consequences of coping processes aimed at reducing the threat. These coping processes depend upon cognitive activity similar in kind to primary appraisal. We have referred to the appraisal involved in coping as "secondary appraisal". Secondary appraisal is distinguished from primary appraisal by the sources of information which feed it. In effect, while primary appraisal is concerned with the impending harm, secondary appraisal is concerned with the consequences of any coping action* »

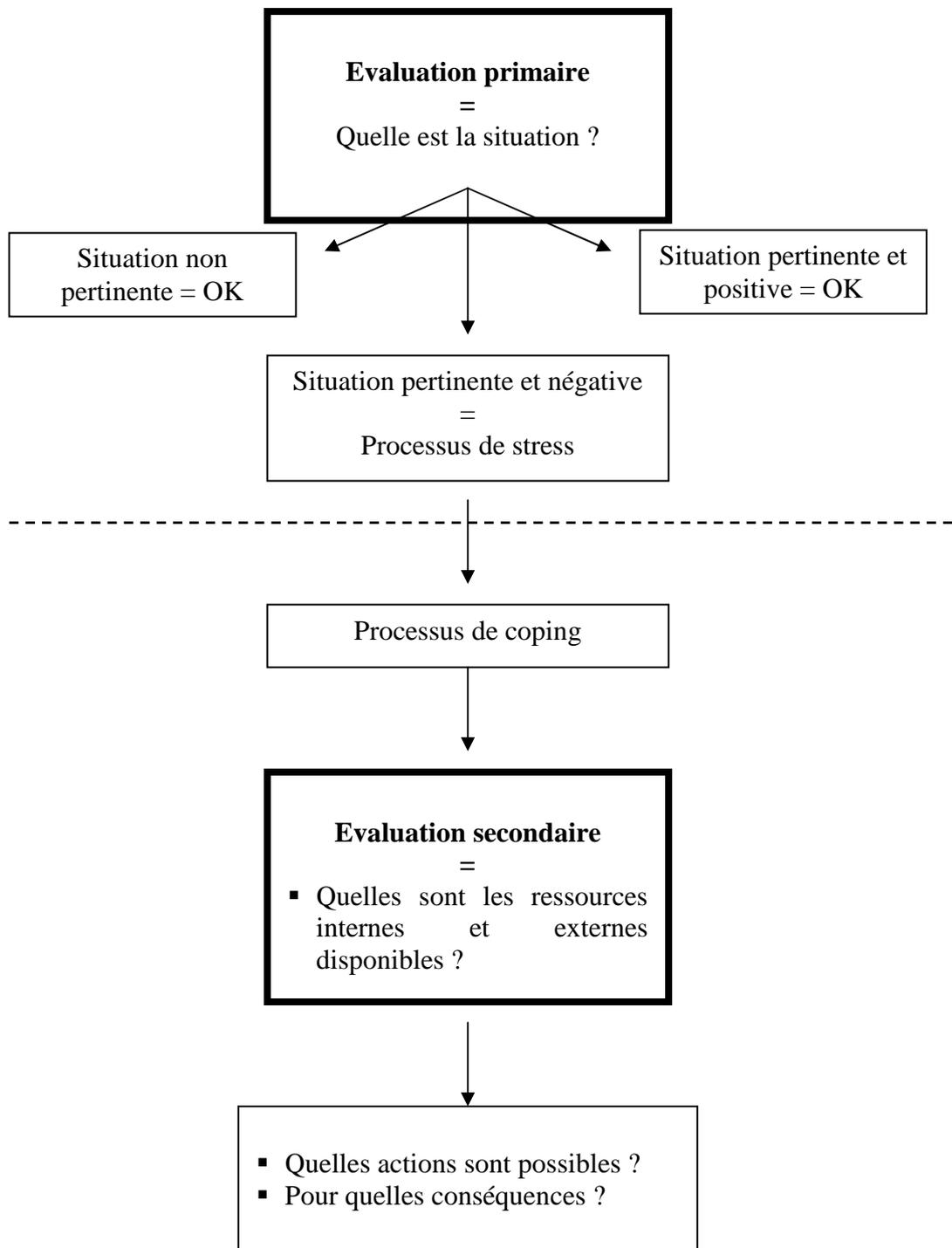


Schéma n° 8 : L'évaluation primaire et l'évaluation secondaire

La sophrologie peut aider l'aide soignante au regard de ce deuxième modèle, par la capacité acquise d'instantanément relâcher son état de tension, de telle façon à être disponible au bon moment. Elle peut ainsi parer à l'urgence, comme par exemple, de ne pas s'affoler si une personne dite « démente » tombe, de gérer avec calme cette situation, ce qui se répercutera sur la manière dont cette aînée réagira. Sachant qu'elle peut avoir confiance en sa capacité à gérer, par sa respiration et par une image mentale de détente, la situation, cela la conduira à une meilleure gestion du processus de stress, bien que la situation soit pertinente et négative.

A propos de la polysémie de définitions du stress, Lazarus (1966, p.29) écrit que « *le terme de "stress" a plusieurs significations, mais au regard de la terminologie, les conclusions critiques, théoriques et empiriques du stress sont toujours les mêmes. Celles-ci sont les forces internes et externes qui produisent les réactions de stress, les formes que prennent ces réactions, et les structures et processus qui interviennent entre les stimuli de stress et les réponses au stress* ». ¹⁷

Truchot (2004, p.50) conclut à propos de l'évaluation, qu'elle « *médiatise la relation entre le stresser et la façon d'y faire face, ce qu'on appelle coping*. »

En conséquence, est introduite cette notion de stratégie de faire face, consécutive à l'état de stress que nous allons maintenant aborder.

¹⁷ Traduction libre : « *The term "stress" has many meanings, but regardless of terminology, the critical, theoretical, and empirical issues of stress are always the same. These are the external and internal forces that produce stress reactions, the form that these reactions take, and the structures and processes that intervene between the stress stimulus and the stress response* »

3.2.3. ... au coping

Nous allons nous centrer sur quelques définitions qualifiant le *coping* en entrevoyant, pour chacune d'elles, ce qui nous semble pertinent au regard de la sophrologie.

En première indication, Le *Grand dictionnaire de la Psychologie* (1992) définit le *coping* comme « *Un processus actif pour lequel l'individu, par l'auto-appréciation de ses propres capacités, de ses motivations, fait face à une situation stressante et réussit à la maîtriser* ».

Une définition de la sophrologie résume cet aspect en la définissant comme une « *méthode qui permet de faire émerger de soi, de découvrir et de développer ses possibilités, ses capacités et de les utiliser au mieux dans son existence (vie familiale, sociale et professionnelle)* », Guirchoun (2005).

En deuxième indication, reprenons Chabrol et Callahan (2004, p.111), qui nous rappellent la définition de Lazarus et Folkman à propos de deux grandes dimensions reconnues classiquement du comportement de *coping* : l'une centrée sur le problème, l'autre centrée sur l'émotion. Toutes les deux destinées à « *réduire l'anxiété ressentie par la personne* » :

- Le *coping* orienté sur le problème cherche plutôt à accomplir des actions, « *qui auraient ou non du succès* », pour faire face à la situation. « *Dans ce cas, c'est le fait d'avoir tenter de faire quelque chose qui compte* ».

- Le « faire face » orienté vers l'émotion se produit *via* des « *stratégies cognitives* », qui consistent à modifier ses attitudes vis à vis de la situation, plutôt que de chercher à changer la situation. Il peut aussi s'exprimer en une « *décharge émotionnelle* » ou encore par une « *attitude émotionnelle appropriée* » ne correspondant pas à l'état émotionnel vécu habituellement, afin d'être en congruence avec le contexte.

L'intérêt de la sophrologie par rapport aux deux types de *coping* centrés sur la cognition et l'émotion pourrait être le suivant. Le premier cycle des techniques dites de « présentation » invite le sujet à apprendre à être dans l'instant présent. Le deuxième cycle de « futurisation » propose de développer sa capacité à être dans anticipation positive. Donc, par le calme mental mobilisable, grâce à la technique de « SophroDéplacement du Négatif », il permet d'évacuer ses ressentiments. Ensuite, tout en restant dans une « réalité objective », le sujet, le cerveau bien oxygéné, peut être à même de traiter cognitivement le problème. Lorsqu'une aide soignante se fait insulter par un résident désinhibé, les exercices intégrés peuvent être utiles pour éviter une montée de l'agressivité.

En troisième indication, nous approfondissons cette donnée émotionnelle, en rejoignant la pensée de Benner *et al.* (1989, p.61). Ces auteurs nous indiquent, que bien qu'une émotion contenue ait son utilité pour accomplir avec succès la tâche en cours, il ne faut pas totalement s'en couper. Ce qu'ils écrivent comme suit :

«La position que nous adoptons est que les émotions ne sont pas des interruptions sans substance qui doivent toujours être gérées parce qu'elles interfèrent avec un fonctionnement optimal. Nous affirmons que les émotions sont essentielles au plus haut niveaux de fonctionnement et fournissent l'accès à des situations qui seraient bloquées si les « sentiments » étaient ignorés »¹⁸

Ceci n'est pas sans nous rappeler le point de vue de Pellisier (2005) qui octroie, à l'émotion ressentie, une fonction de source d'information dans l'échange soignant/soigné. Et là, ce principe de réalité objective, que nous développerons dans la partie méthodologie, semble cohérent, et l'ouverture de la conscience, telle que la préconise Caycédo, permet d'intégrer ses émotions « houleuses », tout en préservant l'estime de soi.

Les trois indications précitées, nous intéressent, par rapport aux théories de la sophrologie, notamment, celle du Niveau Sophro-Liminal (NSL), terme que nous développerons ultérieurement. D'ores et déjà, ces quelques éléments laissent présager des pistes sur l'efficacité de cet outil. Bien entendu, cette recherche ne prétend pas aborder tous ces points, puisque ici, c'est une introduction à quelques techniques qui est envisagée.

Avant de conclure ce chapitre, il nous semble nécessaire d'aborder un paradigme du stress lié aux situations professionnelles : le modèle des exigences/contrôle de Karasek (1979) exposée dans une étude DRESS (2005).

¹⁸ Traduction libre : « *The position we are taking is that emotions are not contentless interruptions that must always be managed because they interfere with optimal functioning. We claim that emotions are essential to the highest levels of functioning and provide access to situations that will be blocked if "feelings" are ignored.* »

3.3. Stress et travail : le modèle « exigences/contrôle »

de Karasek

Ce modèle lié à la psychologie du travail, indique deux facteurs en interaction permanente influençant la santé au travail.

Les « *exigences psychologiques* », c'est-à-dire, la charge de travail inhérente à l'activité, sont mesurées à la « *latitude décisionnelle* », autrement dit, la possibilité de contrôler ou non son activité selon l'autonomie disponible et la possibilité d'utiliser, ou non, ses compétences. C'est le degré de contrôle de l'individu sur son activité professionnelle qui détermine, ou non, un état à risque dont Truchot (2004, p.93) en explique le processus :

« Si des exigences élevées sont stressantes, c'est parce qu'elles créent de l'anxiété à propos de la réalisation des tâches et à cause des conséquences d'un travail inachevé dans les délais. Mais cette anxiété peut être considérablement diminuée si le travailleur possède du contrôle sur la situation, c'est-à-dire si il a le pouvoir de prendre des décisions et d'exercer une large palette de compétences. »

Ce rapport « d'exigences psychologiques/latitude décisionnelle » amène à deux hypothèses majeures, quant à ses effets : l'une de tension (élevée ou faible), l'autre de situation (active ou passive).

Une recherche menée par Karasek sur une population de huit mille cinq cent quatre employés suédois a permis d'établir une distribution de différents emplois, en fonction de ces hypothèses. Les aide soignantes se situent dans un cadre de tensions élevées, du fait d'exigences importantes associées à un faible contrôle alors que paradoxalement les infirmiers et les médecins sont dans la catégorie « situation active », c'est-à-dire exigences élevées/ contrôle élevé. Ainsi, « *soumis à des charges importantes qu'il ne peut accomplir comme il l'entend, l'individu ressentira un stress intense nocif à la santé* » (*ibid.*, p.93).

Les conclusions du compte rendu de l'étude DRESS (*ibid.*, p.2-7) fait état de « sept classes qui regroupent selon leurs conditions de travail déclarées, entre 6% et 32% du personnel des établissements de santé suivants ».

Les aides soignantes sont présentes dans trois classes (classement décroissant suivant le niveau d'exigence de travail ressentie) :

- Classe 1 (18% du personnel hospitalier dont ¼ d'aide soignant) : « un cumul élevé de charges physiques et mentales dans un environnement plus souvent perçu comme défavorable »
- Classe 2 (32 % du personnel hospitalier dont 39% d'aide soignant) : « des charges importantes et un fort sentiment de responsabilité, mais aussi davantage de soutien et de coopération dans le travail »
- Classe 4 (13 % du personnel hospitalier dont 28% d'aide soignant) : « Un sentiment de responsabilité et une charge mentale modérée, dans un environnement de travail relativement bien perçu »

Ces données quantitatives illustrent la réalité du terrain dans lequel exercent les aide soignants du milieu hospitalier, et sont un argument supplémentaire à cette nécessité de se préoccuper de leurs conditions de travail. Celles-ci se répercutent, nécessairement, sur leurs soins à nos aînés.

En guise de conclusion à cette revue de la littérature, nous voyons que s'est dessiné le contexte dans lequel interviennent les aide soignantes en gériatrie : un manque de formation, notamment vis à vis des démences de type Alzheimer et apparentées, une représentation sociale encore dévalorisante du 4^{ème} âge, une

insuffisance d'effectifs fréquemment signifiée par ses intervenants, et la fonction de soins dite « relationnelle » mise à mal.

Nous avons vu aussi, qu'associée à ce contexte de travail, la fonction elle-même d'aide soignante en gériatrie réanime non seulement des peurs idiosyncrasiques de la mort, mais aussi de la vieillesse, puisque cette professionnelle se retrouve confrontée à une réalité, *ipso facto*, de corps altérés et inanimés.

Ceci est accentué par des risques :

- celui de dériver dans une relation aliénante avec le sujet âgé, si aucune médiatisation n'existe entre l'aide soignante et la personne âgée,
- celui de glisser d'une « bien-traitance » vers une « mal-traitance » ,

d'autant plus, qu'en général, l'aide soignante exerce dans une situation de tensions élevées, telles que décrites par le modèle de Karasek.

Ces faits ont permis d'entrevoir la morbidité encourue par ces sentinelles de la personne âgée, entre autre, celle d'aboutir à un syndrome d'épuisement professionnel. Nous avons ensuite souligner les mécanismes du stress et du coping où, éventuellement, la sophrologie pourrait être un levier thérapeutique ou procéder d'une action préventive.

S'entrecroisent ici plusieurs dimensions psychopathologiques : une vision cognitive et comportementale du stress et du coping, les préceptes d'une thérapie à médiation corporelle à la philosophie phénoménologique existentielle où le sujet est englobé tel le modèle humaniste dans une conception unitaire et positive de l'humain.

Cela étant, nous allons dans un second chapitre aborder la problématique et les hypothèses de ce mémoire en éclairant d'abord, les motivations qui ont dirigé ce travail vers la relation soignant/soigné en gériatrie.

CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Bien évidemment le propos, ici, n'est pas de décrire ce long processus psychique dans lequel s'inscrit l'étudiant afin de revêtir la « blouse du chercheur ». L'objectif de son stage s'articulant autour d'une dichotomie :

1. Tenter de cerner le rôle et la fonction du psychologue dans le milieu institutionnel où il s'exerce à devenir un psychologue utilisant une méthode clinique.
2. Entreprendre « *un premier contact systématisé avec la recherche* », comme le souligne Ionescu (2006, p.201) en introduction du chapitre « *élaboration d'un projet de recherche* ».

Il s'agira alors, pour l'activité de recherche, de marquer « un pas de côté » afin de découvrir ce qui dans ce lieu pourrait interpeller le chercheur. Pour autant, il s'agit de ne pas ignorer ce dont la littérature l'informe, jusqu'à concentrer sa pensée sur un point précis, un questionnement qui l'apostrophe tout en étant relié à la réalité du terrain où il va y puiser une population d'étude.

Aussi, effectuant un stage dans une maison de retraite accueillant 180 résidents, il nous est apparu opportun, non pas de nous préoccuper de la personne

âgée, plus abondamment étudiée, mais plutôt de ceux et de celles qui en prennent soin. Plus précisément la tranche de cette population représentative dans ce milieu médico-social de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes : l'aide soignante.

Dans cette partie, il nous paraît utile, en préalable à la présentation de la problématique, d'exposer les éléments constitutifs de ce questionnement. Puis, nous énoncerons les hypothèses.

1. Problématique

L'émergence de cette problématique prend sa source dans ce qui a pu nous animer psychologiquement, alors que nous étions confrontée à une réalité de terrain : que signifie être en contact permanent avec des individus dont le corps et la pensée se délittent ? Nous avons fait ce choix délibéré d'éprouver notre capacité à être en interaction avec des sujets âgés en état de dépendance, affectés de polyopathologies, et de se confronter à la mort.

Afin de bien saisir ce à quoi sont « soumises », ce à quoi s'affrontent au jour le jour les aide soignantes, nous avons d'abord décidé de nous poser à l'étage dit « spécifique » où demeurent des sujets âgés atteints pour l'essentiel de pathologies neurodégénératives. Ici, sont aussi accueillies des personnes dont la présence plus soutenue des soignants est nécessaire du fait de légers troubles psychiatriques ou une altération cognitive associée à un délaissement familial.

Il y règne des périodes calmes, ponctuées de réactions psychocomportementales des résidents au travers d'attitudes hétéroclites, qui « animent » l'espace et le temps : déambulations, tentatives de fugues, mouvements

hétéro agressifs, plaintes réitératives, attitudes et/ou paroles désinhibées, stéréotypies, refus de soins, pleurs, litanies verbales, colères, *etc...*

Dans ce lieu, le « visiteur » peut être saisi par le « spectacle » de ces corps affaiblis, rabougris, inertes « déposés » dans leur fauteuil roulant. Pourtant, au-delà de cette première impression, il est intéressant d'entendre les aide soignantes parler de ces « vieux-là », des contacts qu'elles ont noués avec ces être âgés dépendants.

Ainsi, cette observation est devenue une expérience vécue ce qui a généré différentes réflexions :

- Comment les aide soignantes supportent-elles, résistent elles, quand pour la deux centième fois de la journée Mme D demande si son fils va venir aujourd'hui, si il va la trouver ?
- Comment ne pas s'épuiser en veillant à ce que Mr T ne frappe pas Mme E qui intruse son espace personnel ?
- Comment ne pas être exaspéré de voir Mme N mettre continuellement sa protection hygiénique en miettes ?
- Comment ne pas être blessée, offusquée quand Mme A trouve la « grosse dame » drôlement habillée (d'un boubou africain) et le claironne à la cantonade ?
- *Etc...*

Si nous, étudiante psychologue, pouvons identifier, qualifier les attitudes des uns et des autres, et porter une neutralité bienveillante, et si en tant que sophrologue nous pouvons mobiliser notre respiration et une attitude corporelle décontractée, pour évacuer les tensions ou la fatigue ressentie, qu'en est-il des aide soignantes ? Quels sont leurs outils, leurs moyens, voire leurs astuces pour faire face à ces facteurs « stressants » du quotidien ?

Comme pour les différents intervenants en soin auprès de ces sujets âgés, l'aide soignante s'adresse à une population qui n'est pas dans un état de « bien vieillir ». Alors, comment acceptent-elles de côtoyer des individus en perte d'autonomie ? Quelles sont leurs représentations de la vieillesse ? Comment font-elle pour se ressourcer ? Quelles valeurs leur permettent-elles de s'habituer à ce quotidien, sans s'user ? Comment se sentent-elles corporellement, elles qui touchent, qui voient des corps dégradés ?

Or, phénomène surprenant : pas d'échos négatifs lors de leurs pratiques. Parfois, effectivement, sporadiquement des mouvements d'impatience se manifesteront pour déplacer un fauteuil. Parfois, aussi, elles se rassemblent le temps d'une pause, autour d'une table, parmi les résidents, à discuter, à plaisanter comme sur la place publique d'un village. Parfois encore, une réflexion « quasi philosophique » sera dite à propos du comportement fugueur d'un résident : « Tant qu'elle bouge c'est qu'elle va bien ».

Enfin, un regard empirique sur cette équipe nous renseigne d'une présence représentative d'aide soignantes d'origine africaine et antillaise. Donc, des origines culturelles, de tradition orale, côtoient une culture occidentale. Le regard porté vers « nos aînés » est-il par exemple encore teinté de cette tradition africaine affichée en ce lieu ? Les aide soignantes ont organisé une semaine « africaine » afin de faire connaître leur culture aux résidents. Ces moments se sont conclus par une soirée africaine avec repas et démonstration de danse en costumes traditionnels, fabriqués par le personnel, aidé de résidentes habiles couturières.

Ionescu (2006, p.207) nous explique que « *présenter la problématique de recherche signifie essentiellement, répondre à la question « Pourquoi avons-nous besoin de réaliser cette recherche et de connaître ses résultats ? »* ». Une évidence est devenue nôtre : la population du 4^{ème} âge va en s'accroissant, la question de son

accompagnement est actuelle, aussi il nous paraît nécessaire de se préoccuper de son bien être. Ce que Laroque (annexe 1) précise quant aux conditions de travail (les outils, les organisations, les rapports hiérarchiques) *« l'amélioration de la prise en soin est corrélée, pas directement malheureusement, mais largement corrélée à l'amélioration de la situation du personnel »*.

Nous connaissons cet outil thérapeutique à médiation corporelle, la sophrologie, et, nous sommes persuadée de son efficacité. Pourquoi ne pas profiter de cette recherche pour tenter d'objectiver ce constat ?

Notre problématique peut dès lors se décliner ainsi :

« L'observation d'aide soignante aux origines culturelles plurielles tend à montrer un comportement plus serein pour certaines d'entre elles dans leur gestion du stress. Peut-on attribuer cette différence d'attitude à une prédisposition culturelle valorisante de la vieillesse telle que décrite dans des cultures traditionnelles, telle l'Afrique ou bien est-ce simplement une question de transmission de valeurs familiales ? »

Une réponse à cette question nous semble opportune puisque le métier d'aide soignante semble être à risque d'un point de vue psychique. Et le psychologue a donc son rôle à jouer dans ce prendre soin des soignants en gériatrie.

Nous aborderons quelques principes de sa technique pertinents à cette situation de soignant en gériatrie dans la partie méthodologie. Cependant, il nous semble opportun d'indiquer, ici, une définition de la sophrologie et du concept de regard axiologique avant d'énoncer nos hypothèses.

Tout d'abord, la Sophrologie est à la fois une science (de la conscience), un art (conquête de l'harmonie, entraînement de la personnalité) et une philosophie (phénoménologie existentielle). Caycédo, l'un des derniers élèves de Binswanger, créa ce terme. Sa devise est « *Ut conscientia noscatur* »¹⁹ et son étymologie prend sa source dans les mots grecques de :

- *Sos* = Harmonie, tranquillité, sérénité
- *Phren* = Conscience, esprit
- *Logos* = au sens de science, de traité, connaissance, également le verbe.

Par ailleurs, la deuxième notion est relative au terme d'axiologie, dont la définition est : n.f. (gr. *axios*, valable et *logos*, science) Science, théorie des valeurs morales. (Le petit Larousse illustré – 2002).

Le terme d'axiologie est précisé tels que dans la théorie caycédienne : « *La Méthode Caycedo, ou Méthode ISOCAY, est fondamentalement une nouvelle axiologie, qui découvre les valeurs humaines au long de la pratique des Trois Cycles qui la composent.... On parle, bien sûr, de valeurs découvertes et conquises librement.* » Chéné (2008, p.131).

Ce concept permet de porter un regard différent sur celui que nous côtoyons en laissant émerger et prendre en compte essentiellement les valeurs positives.

En conséquence le regard axiologique permet d'entrevoir ce dernier cycle de vie, comme toujours empreint de valeurs, où la personne âgée, malgré des pertes, est toujours considérée dans son intégrité et dans sa dignité. Ainsi, cette meilleure prédisposition peut se refléter sur les actes de soins.

¹⁹ « Pour que la conscience soit connue » ou « pour que la conscience soit »

2. Présentation des hypothèses

L'hypothèse générale (HG) est la suivante :

La sophrologie est un outil pertinent pour prendre soin des aides soignantes en milieu gériatrique institutionnel face aux situations de stress.

Les aide soignantes sont dans une relation au corps vieillissant par le toucher dans leurs soins. La dimension corporelle de cette technique leur offre donc la possibilité de se retrouver corporellement dans un état de bien être. Cela peut contrecarrer une perception négative du corps âgé, usé, douloureux. En outre, ces sentinelles du corps altéré, en identifiant leur propre état, ou non, de tension musculaire, peuvent reconnaître si il est présent chez la personne âgée et donc ajuster leur geste auprès d'elle.

L'hypothèse 1 (HO1) : Un regard axiologique des AS sur la personne âgée favorise un type de stratégie de *coping* efficace.

L'hypothèse 2 (HO2) : Les AS qui ont un regard axiologique sur la vieillesse gèrent mieux les situations de stress.

Nous attirons l'attention sur le vocable d'efficace ou d'inefficace utilisé dans HO1. Cabrol et Callahan (2004 , p.111) nous précisent « *qu'il faut éviter d'attribuer des valences positives ou négatives au choix de l'approche de l'individu...le plus important serait que les stratégies de coping soient appropriées à la situation et aident l'individu à faire face à sa détresse. Le choix de stratégies peut varier et évoluer au cours du temps.* »

Dans ces deux hypothèses opérationnelles, nous nous attendons à ce que ce regard axiologique se répercute favorablement sur l'évaluation primaire (HO2) et sur

l'évaluation secondaire (HO1), dans le contexte professionnel de l'aide soignante, telles que décrites dans le schéma n°8, p 50.

L'hypothèse 3 (HO3) : La sophrologie favorise une meilleure utilisation de stratégie de *coping*.

Ici nous pensons que la sophrologie permet d'activer le processus suivant : évacuer ses tensions et ses émotions négatives afin d'avoir la disponibilité nécessaire pour choisir l'action la plus propice à adopter, et mobiliser ainsi le maximum de stratégies efficaces, au regard de la situation.

En conclusion à ce chapitre, nous avons donc exprimé une des pistes pour prendre soin des sentinelles de la personne âgées : se fonder sur les concepts soutenus par la Sophrologie, qui outre sa dimension relaxante, offrent une perspective d'accompagnement opportune à ce contexte.

Ainsi nos hypothèses déterminent les leviers thérapeutiques sur lesquels nous souhaitons nous focaliser : il s'agit nous préoccuper de « *mécanismes* », non pas inconscients au sens psychanalytique de mécanismes de défense, mais d'un « *mécanisme d'ajustement* » que « *le sujet utilise délibérément et consciemment face à un danger ou un problème externe* » (Chabrol et Callahan 2004, p.IX-X), ceci au moyen de la sophrologie qualifié par Caycédo de « science de la conscience et des valeurs de l'homme ». Etant entendu que « *les concepts de mécanismes de défense et de processus de coping ne sont donc pas seulement concurrent, mais ils peuvent apparaître aussi complémentaires* » (*ibid.*)

Aussi, le chapitre suivant va nous permettre de prendre connaissance de l'expérimentation mise en place afin de tenter ultérieurement après analyse des résultats, d'infirmer ou de confirmer les hypothèses édictées ci-dessus.

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

Rappelons les principes d'une situation expérimentale exposé par Matalon (1999, p.324) : « *Tout d'abord, on définira la situation expérimentale, qui restera la même dans tous les cas, seul le facteur expérimental variant systématiquement, de manière à pouvoir faire les comparaisons nécessaires. Il faudra évidemment qu'elle reste constante tout au long de l'expérience, qu'elle soit la même pour tous les sujets* ».

L'historique de notre parcours d'étudiante a déterminé nos lieux de travail sur deux terrains d'expérimentation : l'un, l'ancien lieu de stage, en EHPAD, l'autre, actuel lieu de stage professionnalisant, en SSR.

Cela nous a permis de prendre la mesure de ce qu'est la position d'un chercheur qui tente de « sauvegarder » les principes d'objectivité nécessaires à la validité interne de la recherche, tout en s'adaptant aux contraintes de politiques institutionnelles, d'interactions individuelles, de pseudo mécanismes de défense rencontrés pendant cette mise en pratique. La validité externe n'étant pas l'objectif recherché ici, puisque nous considérons ce mémoire comme un apprentissage à l'activité de recherche.

Ainsi nous avons rencontré des difficultés pour recruter notre population. Cette étape s'est organisée autour de rencontres formelles et informelles auprès des directions d'établissement. Effectivement en EHPAD cette phase a été totalement médiatisée par notre ancienne référente. Et en SSR, ce travail a été encouragé et soutenu à la fois par la psychologue et le chef de service avec une implication des cadres de santé. Ces démarches ont été longues, difficiles et parfois peu concluantes.

Nous décrivons dans un premier paragraphe le contexte d'expérimentation. Nous nous intéresserons ensuite, en deuxième partie, à la population étudiée, pour finir en troisième et quatrième partie par détailler nos outils d'évaluation et leur mise en pratique.

Dans ce chapitre nous traiterons de la phase d'opérationnalisation :

- les terrains de recherche,
- la population étudiée,
- les quatre questionnaires utilisés,
- le protocole de sophrologie
- et la mise en place de dispositif.

1. Terrain de recherche

1.1. EHPAD

Le premier lieu est un milieu médico-social à l'étage dit « spécifique », déjà décrit dans la partie problématique. L'activité de l'aide soignant est ici globale : nursing, petites tâches ménagères (goûter) et animation. Les personnes âgées admises dans le service peuvent être déjà connues ou non. Par exemple, elles ont hébergées à un autre étage et leur état a nécessité ce changement, ou encore, elles ont participé à l'accueil de jour qui est en interaction régulière avec les résidents de cet étage

Un lien sur une durée temporelle de plusieurs mois à plusieurs années est nécessairement créé. L'aide soignante est le référent d'un ou plusieurs résident(s). Un système de tutorat existe entre aide soignantes afin d'intégrer et de former les nouvelles venues. Des fiches de suivi quotidien de soins sont renseignées pour chaque résident, par les aides soignantes. Elles notent aussi les comportements inhabituels observés chez les personnes âgées (conduites agressives, mouvement de déshabillages, *etc...*)

Une réunion d'équipe a lieu mensuellement sous la supervision du cadre de santé. Y participent les aide soignantes, les infirmières, le médecin, les équipes paramédicales (psychomotricien, psychologue, ergothérapeute ...), le cadre d'hébergement (ou un membre de la restauration), un membre de l'animation. Ceci permet de rassembler les intervenants directs auprès des aînés. Chacun peut alors témoigner des attitudes et des comportements des résidents observés individuellement.

Nous avons eu une autorisation de la part de la direction afin d'effectuer cette recherche, y compris les séances de sophrologie, sous la condition qu'elles aient lieu hors du temps de travail des aide soignantes. Cela a impliqué que ces dernières acceptent notre intervention pendant leur pause d'une heure. Cette contrainte temporelle a nécessité une gestion, parfois « ardue » de notre planning afin de ne pas perturber le fonctionnement institutionnel. Aussi, nous n'avons pu appliquer des conditions strictement identiques d'expérimentation pour chaque sujet (nombre de jours identiques entre chaque séance, même pièce, *etc...*)

Ainsi le groupe de sujets constitué, ici, est nommé groupe « sophro + ».

1.2. SSR

Le deuxième lieu est un milieu médical : celui d'un Soins de Suite et de Réadaptation du pôle gériatrie d'un hôpital de l'AP-HP. Les personnes âgées admises sont atteintes généralement de poly pathologies (AVC, cancer, démences...). L'activité de l'aide soignante est ici centrée uniquement sur le soin de nursing (toilette, repas). Souvent, ces patients arrivent dans le service après un séjour aux urgences d'un autre hôpital, ou d'un service de médecine en soins aigus. Leur temps de séjour est de quelques semaines à plusieurs mois.

Les AS (aide soignants) travaillent en binôme avec les IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) où, contrairement à l'EHPAD, elles ne sont pas en surnombre par rapport aux infirmières.

Une réunion « *staff* » hebdomadaire a lieu, supervisée par le chef de service, dont les participants sont : les AS, les IDE, les médecins, la kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'assistante sociale, la psychologue, le cadre de santé, la secrétaire d'accueil. Chaque nouveau patient est présenté par une IDE à l'ensemble de l'équipe (contexte d'entrée, pathologie, situation familiale). Les difficultés de comportement y sont abordées et, bien sur, les prescriptions médicales. Est discutée également la question du retour du patient à son domicile, ou de la nécessité de son institutionnalisation en maison de retraite, ou encore de son accompagnement de fin de vie. Journallement, un suivi du patient est renseigné. Le matin une réunion de 10 minutes avec le médecin permet une transmission des évènements récents.

Dans ce contexte médical, les soignants sont plus fréquemment confrontés au décès des patients, le milieu est empreint d'une atmosphère plus stressante. La possibilité de créer des liens avec les patients est plus restreinte, compte tenu de la

charge de travail et d'une moindre durée de séjour des patients. La fonction animation n'est pas sollicitée.

Dans ce lieu, l'accueil et le regard porté à cette recherche ont été constructifs, intéressés et soutenant de la part de la psychologue-référent. « Le prendre soin » des soignants est l'un de ses sujets de préoccupation. Malheureusement, nous n'avons pas eu en retour l'accord de la direction cadre (puisque la recherche s'adresse au personnel). En revanche, l'accord tacite du chef de service nous a permis d'aborder la phase de questionnaire, sans toutefois avoir la possibilité de mettre en place les séances de sophrologie.

Ainsi, le groupe de sujets constitué, ici, est nommé groupe « sophro - ».

2. Population

Les critères d'inclusion des aides soignantes étaient les suivants :

- être titulaire du diplôme d'aide soignante ou être aide médico-psychologique officiant en tant qu'aide soignante.
- travailler avec des sujets âgés atteints de pathologie neurodégénératives.
- être en activité au moment de la recherche.

Nous avons délibérément choisi de ne pas inclure un critère d'âge et d'année d'expérience : l'âge ne signifiant pas nécessairement un nombre d'année d'expérience conséquent puisque que par exemple un aide soignante, âgée de 48 ans, n'a qu'une expérience de 4 ans.

Le nombre d'année d'expérience, bien qu'il pourrait être un indice intéressant aurait restreint la possibilité de constituer un corpus d'étude relativement significatif.

Des critères d'inclusion, trop nombreux, se seraient surajoutés à celui du « volontariat » demandé, pour participer à des séances de sophrologie sur plusieurs semaines.

Nous sommes ici, en présence de ce que nomme Ionescu (2006, p.210) un « *échantillon constitué de volontaires* » du fait qu'un outil thérapeutique à médiation corporelle est proposé. Le consentement libre et éclairé des sujets participants est d'autant plus fondamental. C'est pourquoi, préalablement à la signature du consentement de participation du groupe « sophro + », nous leur avons exposé une présentation de la sophrologie (annexe 6).

Au total, 12 professionnelles ont participé à cette recherche, nous allons voir leurs caractéristiques par sites dans un premier temps puis nous les observerons sous un angle sociodémographique.

2.1. EHPAD

6 sujets constituent le groupe « sophro + » que nous identifions sous le sigle « AS E ». Ils sont nommés, individuellement : AS E 1 à AS E 6.

Le protocole d'expérimentation a été chronologiquement le suivant :

- présentation de la recherche aux AS,
- phase de questionnaires pré-test des séances de sophrologie,
- 6 séances de sophrologie avec contrôle de la fonction respiration au préalable,
- phase de questionnaires post-test des séances de sophrologie.

Concernant le recrutement, nous avons envisagé de présenter notre recherche en réunion d'équipes, afin d'en contrôler les conditions de présentation, tant au niveau des termes choisis, que de son exhaustivité, ce qui n'a pu,

malheureusement, s'effectuer. En effet, certaines aide soignantes sont plus souvent en poste le *week-end*, une présentation plus « officielle » aurait assuré une communication plus formelle de notre recherche, plutôt qu' « au hasard » de rencontres informelles. Un sujet a été « recruté » du fait de notre venue le dimanche dans l'établissement, alors que nous proposons un pré-test.

2.2. SSR

6 sujets constituent le groupe « sophro - » que nous identifions sous le sigle « AS H ». Ils sont nommés individuellement : AS H 7 à AS H 12.

Le protocole d'expérimentation a été le suivant :

- présentation de la recherche aux AS,
- phase de questionnaires identiques au pré-test des séances de sophrologie.

Le recrutement a été effectué en annonçant notre recherche de sujet lors de la réunion « *staff* », en présence du chef de service, du cadre de santé et de la psychologue. Des enveloppes contenant le questionnaire ont été distribuées en fin de réunion, à nous retourner avant une date limite, pour les aide soignants souhaitant participer à cette recherche. Ici, face au peu de retour reçu, nous avons dû relancer cette population, et faire appel aux cadres de santé pour nous indiquer les sujets susceptibles d'être les plus « motivés » à participer à cette recherche. Selon les informations communiquées par la psychologue du service, un certain retrait des aide soignantes a été plusieurs fois constaté. Cette population de soignant semble être comme en « marge », ne semble pas vouloir se faire remarquer. Cela pouvait être aussi à cause de nos outils, point sur lequel nous reviendrons lors de la discussion.

2.3. Aperçu sociodémographique :

Selon le tableau n°8 suivant, nous constatons que la moyenne d'âge des AS E est supérieure de 8.67 ans par rapport à celle des AS H. Cependant l'écart type de 11.08 des AS E montre une hétérogénéité de l'âge dans l'équipe (de 23 ans à 52 ans). Parmi les AS H, seul un sujet a 48 ans et s'écarte de manière conséquente de la moyenne.

Par ailleurs, les moyennes d'années d'expérience révèlent le même constat : une population avec plus d'années d'expérience et une dispersion à la moyenne importante chez les AS E (seul 1 sujet AS E a 25 ans d'ancienneté en tant qu'AS et 32 ans en gériatrie). A noter en comparaison, l'AS H de 48 ans, a très peu d'années d'ancienneté (4 ans en tant qu'AS et 7 ans en gériatrie).

La moyenne du temps de travail quotidien en EHPAD est supérieur de 3.32 au SSR, ce qui est significatif du fait d'un fonctionnement institutionnel récemment modifié dans ce lieu. (Un rythme du travail de 2 ou 3 jours à raison de 12h00 sur une semaine).

Quant aux aspects culturels nous constatons les points suivants concernant la culture que les AS pensent avoir reçue par rapport à leur lieu de naissance :

- AS E : 2 sujets sur 6 sont nés en métropole, seul 1 estime avoir reçu une culture européenne, 3 une transmission mixte et 2 africaine.
- AS H : 3 sujets sur 5 sont nés en métropole (une a refusé de donner son lieu de naissance), 3 sur 6 estiment avoir reçu une culture européenne.

Il existe, une présence de culturelle africaine pour l'échantillon concerné puisque sur 12 sujets, 8 estiment avoir reçu, au moins, en partie, cette influence.

	AS E	AS H	Total
Age	38,17(X) ($\sigma=11,08$)	29,50 (X) ($\sigma=8,73$)	33,83 (X) ($\sigma=10,88$)
<u>Activité antérieure :</u>			
- En relation avec PA	3	4	7
- débutante	1	1	2
- autre	2	1	3
<u>Années d'expérience :</u>			
- Aide soignante	7,92 (X) ($\sigma=8,02$)	6,75 (X) ($\sigma=1,93$)	5,04 (X) ($\sigma=6,39$)
- Gériatrie	10,75 (X) ($\sigma=10,18$)	2,83 (X) ($\sigma=1,89$)	6,79 (X) ($\sigma=10,58$)
- Service	7 (X) ($\sigma=9,88$)	1,75 (X) ($\sigma=0,63$)	4,38(X) ($\sigma=7,48$)
Nbr d'heures / jour	10, 67 h	7,35 h	9,01 h
<u>Lieu de naissance :</u>			
- Métropole	2	3	5
- Antilles	1	1	2
- Pays d'Afrique	2	-	2
- Autres	1	1	2
- Non communiqué	-	1	1
<u>Culture reçue :</u>			
- Européenne	1	3	4
- Africaine	2	1	3
- Afro-européenne	3	2	5

Tableau n° 8 : Résumé des données socio-démographiques

Nous constatons, aussi, l'absence de représentativité de la population masculine dans cette profession correspondant à la réalité du terrain. Nous avons toutefois remarqué en EHPAD la présence de stagiaires « masculins » lors de notre stage et celle d'un AS en SSR.

Nous allons maintenant présenter les instruments choisis pour objectiver ce travail.

3. Outils d'évaluation

Le choix des outils, bien entendu, doit s'établir afin de mesurer avec pertinence les variables choisies suivant les hypothèses énoncées. Nous devons donc évaluer :

- les effets des séances de sophrologie,
- le regard porté par les aide soignantes sur la vieillesse,
- les stratégies de coping,
- le niveau de stress.

De plus, ces instruments doivent être adaptés à la population étudiée :

- le niveau culturel : NC4 (niveau brevet d'études du premier cycle ou niveau CAP), certains sujets peuvent avoir une autre langue maternelle que le français. Les sujets sont, peut être, peu enclins à l'expression écrite du à la nature de leur activité spécifiquement manuelle.
- le temps : comme nous l'avons abordé dans la revue de littérature, ce point est à prendre en considération afin que notre recherche ne soit pas perçue comme un investissement en temps supplémentaire fastidieux au détriment de leur activité et/ou de leur temps de pause : d'autant que certains sujets participeront à des séances de sophrologie (environ ¾ d'heures). Le choix des outils devra tenir compte de cette contrainte, ainsi un entretien ouvert ou semi-ouvert, avec recueil de données verbales, ne semble pas envisageable.

Après recherche dans la littérature et consultation sur Internet, d'études ou enquêtes sur le stress professionnel, nous nous sommes inspirée de l'une d'elles

menée auprès de la population active du Luxembourg du 29/05/05 au 05/09/05. L'architecture du questionnaire nous a paru intéressante : critères démographiques et socioprofessionnels, mesures du stress (réaction, conséquences et facteurs), et un questionnaire spécifique.

Concernant la mesure du *Coping*, nous avons recherché une échelle qui nous a semblé le plus en adéquation avec ce que la philosophie de la sophrologie peut apporter, pour tenter une mesure du changement de stratégies.

Aussi, nous allons successivement décrire les outils utilisés dont l'un a été construit (questionnaire n°1), et dont les trois autres sont standardisés (questionnaire n°2, n°3, n°4), pour finir par exposer le « protocole » de sophrologie qui s'y associe.

3.1. Questionnaire n°1 - Spécifique AS

L'élaboration de ce questionnaire a été conçue pour identifier les représentations des aide soignantes sur les personnes âgées et la vieillesse, en lien avec le regard axiologique (annexe 7).

Ses objectifs s'articulent autour de plusieurs axes :

- obtenir des éléments biographiques familiaux permettant de connaître la nature des liens noués durant l'enfance avec les personnes âgées.
- découvrir si leurs perspectives et leurs motivations professionnelles restent centrée ou non en gériatrie.
- distinguer les perceptions des aide soignantes à propos de leur relation soignant/soigné.
- analyser leur conception de la vieillesse et le rôle qu'elles attribuent à la personne âgée d'un point de vue général.

- s'informer à propos de certains facteurs déterminants liés au stress et aux stratégies d'ajustement :
 - la fatigue complémentaire générée par le temps de transport ; non négligeable puisqu'elle s'associe à la charge physique professionnelle et à la durée du poste (12H00 chez certaines AS E sur une période de deux à trois jours),
 - le soutien social ressenti, qui selon Chabrol et Callahan (2004, p. 119) « *fournit une sorte d'assistance au coping* »,
 - la perception du sens de leur responsabilité qu'elles attribuent à leur fonction. (Cf. modèle de stress de Karasek).

Quant aux critères de formes nous avons retenus les suivants :

- le pragmatisme :
 - une auto passation évitant au sujet d'être sous le regard de l'expérimentateur et offrant la possibilité de le remplir à sa convenance (durée : environ une dizaine de minutes),
 - un maximum de questions à choix multiples, de questions fermées, de questions alternatives et d'échelles (les questions ouvertes étant de 3 sur 30),
 - une présentation aérée, avec alternance du type de questions pour éviter une monotonie,
 - la prise en compte en amont du dépouillement et du traitement des données recueillies.

- l'éthique :
 - un encart informe le sujet des objectifs du questionnaire,
 - le respect de la confidentialité, les pseudo donnés ont été ensuite re-codifié en numéro de sujet.
 - la Q29 a été la plus délicate à formuler afin de ne pas heurter la sensibilité des soignants. A savoir, que contrairement à l'EHPAD où l'appartenance ethnique africaine est, nous l'avons vu, manifeste, le contexte de l'AP HP est différent puisque beaucoup de soignantes d'origine antillaise ne souhaitent pas être stigmatisés face à cette culture traditionnelle.

- la terminologie :
 - être adaptée au niveau socio-culturel hétéroclite des aides soignantes. Nous avons procédé à trois pré-enquêtes pour valider notre questionnaire :
 - auprès d'une femme d'une cinquantaine d'années, qui a immigrée en France dans les années 70, en apprenant le français en autodidacte et en contact avec des personnes âgées ou en situation de dépendance.
 - auprès d'une femme d'une quarantaine d'année, infirmière en Belgique et qui accomplit des tâches de nursing et se trouve en relation avec des personnes âgées, dans le cadre d'un exercice à domicile et de remplacement dans des « homes²⁰ ».
 - auprès d'une jeune fille de 17 ans, candidate au baccalauréat en section sanitaire pour intégrer ensuite une école d'infirmière.
 - être réfléchi quant aux propositions de réponses :

²⁰ C'est ainsi qu'est qualifié la maison de retraite en Wallonie.

- la Q7 nous avons utilisé préférentiellement des réponses dichotomiques difficile/facile mais également plutôt vrai/plutôt faux pour permettre une réponse la plus adaptée dans le cas respectif. (Idem pour la Q30)
- pour les questions Q10-11 nous avons sélectionné autant de critères positifs que négatifs et classé par ordre alphabétique.
- la référence à la littérature : nous nous sommes nourris des différents articles, lectures préparatrices à cette recherche pour élaborer les questions. Par exemple la Q30 a été fondée, en grande partie, sur l'annexe 3.

3.2. Questionnaire MSP 25

Nous avons retenu ce questionnaire, car il mesure l'état de stress dans lequel se trouve le sujet, plutôt que les facteurs stressants. Nous recherchons une comparaison avant et après les séances de sophrologie. *A priori* les facteurs de stress sur cette courte durée devraient être similaires. C'est la perception de son propre état de tension qui, nous l'avons vu, nous intéresse.

Lemyre *et al.* (1990, p.39) nous indiquent le point suivant à propos des différentes versions de la MSP « *ils constituent des outils de recherche fiables et valides pour mesurer l'état de se sentir stressé-e. ... c'est dans sa validité de contenu que réside son intérêt majeur : c'est un construit non pathologique qui a une très grande variance dans les populations normales, ce qui le rend sensible, même pour de faibles changements d'état* ». Plus loin, ils évoquent des études pour sa « *validité discriminante notamment en référence au concept d'épuisement professionnel* » et nous informent de son utilité dans les actions préventives.

C'est en annexe 8 qu'est présenté ce questionnaire d'auto-évaluation, forme brève A du MSP. Là aussi, son temps de passation est court, les choix de réponses sont graduels. Rappelons qu'il s'agit de mesurer l'état de stress ressenti au cours des jours précédents, aussi son intérêt est certain pour une évaluation de type pré et post test.

3.3. Echelle HAD

Traduit par Lépine le *Hospital Anxiety and Depression scale* est utilisée par les médecins pour évaluer « *le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques* » des patients (Lépine 2009, p.368). Toutefois, son application est possible pour les travaux de recherche visant « *à dépister les patients anxieux et/ou déprimés mais également les changements d'états de ces sujets.* » (*ibid.* p.370).

L'échelle permet d'évaluer une des conséquences possibles du stress. Son mode de passation d'auto-évaluation et son dépouillement rapide en font un outil d'utilisation simple. L'évolution d'une symptomatologie au cours du temps est décelable, donc propice à une évaluation pré et post test. Elle est présentée en annexe 9.

3.4. Questionnaire de Coping

Nous avons choisi le *Way of Coping check-list* issu de la théorie transactionnelle du stress psychologique de Lazarus et Folkman (1984) dans la traduction de Paulhan & al (1994) exposée en annexe 10. Bien que sans données normatives, ce questionnaire a fait l'objet d'une étude de validité. Sa durée de passation est courte (5 à 7 minutes) et surtout les types de stratégies qu'il mesure nous paraissent significatifs au regard de la sophrologie, à savoir : la résolution de

problèmes, l'évitement avec pensée positive, la recherche de soutien social, la réévaluation positive, l'auto-accusation. Nous souhaitons mettre en rapport l'évolution de ces stratégies avec les principes de la sophrologie générant un travail d'ouverture de la conscience, tel que conçu par Caycédo.

3.5. Séances de sophrologie

Comme indiqué lors de la présentation de la problématique, nous allons nous centrer sur quelques concepts de cette discipline afin de mieux appréhender la spécificité de son action.

3.5.1. Principes de sophrologie

Tout d'abord, revenons à ce terme de Niveau Sophro-Liminal (NSL) évoqué dans la section 3.2.3. chapitre 1 (p.52). La récupération physiologique qui est vécue et ressentie est produite à ce niveau de conscience de NSL, c'est-à-dire entre l'état de veille et l'état de sommeil. Son accès s'obtient par la « sophronisation », c'est ensuite que pourra être vécue la technique d'activation choisie (par exemple le SophroDéplacement du Négatif). La première théorie clé de Caycédo dit « des états et des niveaux de conscience » décrit ce NSL. Chéné (2008, p.104) explique que « *le NSL apporte de nombreuses potentialités sous – exploitées dans les niveaux de vigilance habituelle ou d'hypervigilance* ». Remarquons que cette hypervigilance peut se manifester lors de situation stressante.

Ensuite, Caycédo a défini quatre principes fondamentaux qui constituent « *l'Essence même de la Conscience Sophrologique* » et guident « *en permanence l'intentionnalité du sophrologue et de ses élèves* ».

En voici les quatre piliers :

1. *« Le principe d'action positive (toute action positive dirigée vers la conscience se répercute positivement sur tous les éléments psychiques)*
2. *Le principe du schéma corporel comme réalité vécue (Intégration de la représentation que chacun se fait de son corps dans la conscience)*
3. *Le principe de réalité objective (le sophrologue doit connaître l'état de sa conscience, l'activer en permanence puisque ayant vécu le premier cycle réductif préalable à toute transformation. La suspension du jugement, conditionné par le retour à la chose elle-même est le support de son objectivité, le fondement de l'Alliance Sophrologique)*
4. *Le principe fondamental d'adaptabilité (Toutes les techniques et théories qui composent la méthode Caycédo doivent s'adapter à la réalité des patients ou élèves qui la pratiquent et non l'inverse) ».*
(ibid., p.132 - 136).

Enfin, Guirchoun (2000) résume en quatre étapes le travail sophrologique :

1. *«J'ai un corps et un esprit (Avoir = découverte de son corps)*
2. *avec lequel je peux être bien (Bien être = découverte des possibles)*
3. *de mieux en mieux (Mieux-être = prise de conscience d'un processus de développement)*
4. *jusqu'à Etre (Etre = découverte du sentiment d'exister).*

Les étapes 1 et 2 correspondent à la relaxation (arriver au bien être). Les étapes 3 et 4 correspondent à la sophrologie (construction ou reconstruction de mon être). »

Par ailleurs, la prise en charge d'un patient en sophrologie commence toujours par une anamnèse qui regroupe des éléments de vie (état civil, histoire familiale, scolarité, vie professionnelle et sociale et antécédent médicaux). Ces informations permettent de rassembler un maximum d'informations sur la personne pour adapter les techniques suivant les besoins du sujet, de déceler les contre-indications (état psychotique) et précautions à prendre (asthme, spasmophilie, perte de connaissance, maux de tête).

Le déroulement d'une séance connaît toujours trois étapes : un dialogue pré-sophronique, la technique, proprement dite, puis un dialogue post-sophronique. A la fin de la séance est demandée au sujet une « phénodescription » où ce dernier fait part des phénomènes ressentis, sans chercher à les analyser.

Ces préalables étant posés, nous allons maintenant présenter le protocole de techniques.

3.5.2. Protocole « abrégé » de stress

Précisons que le cadre de cette recherche ne nous permettait pas d'entreprendre une anamnèse, aussi nous avons procédé à la vérification des précautions à prendre et à des « tests respiratoires », nous assurant que cette fonction vitale qui accompagne la relaxation soit, également, maîtrisée par les AS E.

Nous avons adapté ce protocole enseigné par Guirchoun (2007) présenté en annexe 11. Ainsi la technique de la séance 4 n'est pas celle proposée dans le protocole abrégé de gestion du stress. Elle se substitue à « SophroMnésie SensoPerceptive » qui invite à revivre dans « *son Moi Corporel des situations agréables de son enfance dont le Moi Présentiel se remémore* » Guirchoun (2007).

Du fait de l'absence d'anamnèse, nous prenions le risque de réanimer des affects négatifs lié à l'enfance ce qui s'est confirmé en dépouillant le questionnaire n°1, un des sujets étant né dans un pays où régnait une dictature (Haïti).

La première séance permet de découvrir l'état de « sophronisation », les séances suivantes sont quatre décompositions approfondies destinées à être globalisées à la dernière.

Afin de ne pas mobiliser la totalité du temps de pause des aide soignantes, nous avons adapté les techniques du « SophroDéplacement du Négatif » et de la « SophroPrésenceImmédiate ».

In fine, en un ¼ heure, par une répétition dite « vivantielle » de la séance 6, nous pouvons noter qu' « à ce stade, la personnalité est plus affirmée chez notre patient et l'on a obtenu un renforcement de sa capacité d'adaptation aux situations difficiles grâce à une élévation de son niveau de résistance existentielle » (*ibid.*).

Une partie des phénodescriptions a été retranscrite dans le tableau final de l'annexe 11, afin d'avoir un aperçu des verbalisations du vécu des séances et de leur évolution. Nous avons décidé de compléter ce témoignage immédiat en proposant une question finale (annexe 12) lors de la phase de post-test. De nature non seulement informative pour l'expérimentateur, elle permettait aussi aux aide soignantes de faire un bilan. Cette demande d'appréciation a été formulée de manière à éviter un biais où le sujet serait tenter de répondre « positivement » pour faire plaisir à l'expérimentateur !

Nous allons maintenant voir comment ces différents outils ont été chronologiquement organisés avant d'aborder le dernier chapitre.

4. Mise en place du dispositif

Une « passations-test » a été effectuée auprès d'une aide soignante non volontaire aux séances de sophrologie en EHPAD. Ceci nous a permis de formater les tableaux de recueil de données suivant les réponses apportées, plus particulièrement pour le questionnaire 1. Il nous a permis de nous assurer que la retranscription des questionnaires était correcte en nous mettant *in situ* pour dépouiller les données. Effectivement la cotation de certains items est inversées (item 14 MSP 25).

4.1. EHPAD : Groupe « sophro + »

1. Présentation de la sophrologie.
2. Une enveloppe est fournie avec le consentement éclairé (annexe 13), le questionnaire spécifique, le questionnaire MPS25, l'échelle HAD, à rendre le jour de l'entretien préalable aux séances.
3. Entretien préalable : passation de l'échelle de *Coping* et tests de respiration, communication du *planning* des séances (annexe 14).
4. Six séances du protocole abrégé (espacées si possible d'au moins 5 jours).
5. A un délai minimum de 10 jours après la séance 6 phase de post-test (MSP 25, *HAD*, *Coping*) puis la question finale.

4.2. SSR : Groupe « sophro - »

1. Présentation de la recherche en réunion.
2. Des enveloppes ont été fournies aux aide soignantes, contenant le consentement éclairé, le questionnaire spécifique, le questionnaire

MPS25, l'échelle HAD et l'échelle de coping, à rendre à une date limite, pour ceux et celles qui souhaitent participer.

Pour clore ce chapitre nous remarquons un dispositif quelque peu conséquent engendrant de nombreuses données à manipuler et à analyser, ce que nous évoquerons dans la partie dédiée aux limites de cette recherche.

CHAPITRE 4 : RESULTATS ET DISCUSSION

Ce dernier chapitre sera consacré aux résultats de la recherche et à la discussion. Nous aborderons les limites inhérentes à ce travail, et les perspectives entrevues avant de tenter d'infirmer ou de confirmer nos hypothèses.

1. Résultats

Pour des raisons de commodité, lorsque nous nous référerons aux sujets EHPAD du groupe sophro + , nous les intitulerons AS E. Et nous les intitulerons AS H, lorsque nous ferons référence aux sujets SSR du groupe sophro -. Par ailleurs, lorsque nous évoquerons une comparaison entre groupe, il s'agira de comparer les résultats obtenus avant les séances de sophrologie pour les AS E avec ceux obtenus auprès des AS H.

Nous avons résumé les variables recueillies sous forme de tableaux disponibles en annexe 16, afin de faciliter une lecture linéaire des données.

1.1. Questionnaire n° 1 – Spécifique AS

Nous avons traité les données recueillies du questionnaire n°1 (Cf. annexe 15) selon les deux tableaux nommés comme suit (disponibles en annexe 16) :

- « analyse du questionnaire n°1 - regard axiologique » ,
- « analyse du questionnaire n°1 - autres facteurs ».

Une valeur de 1 (vrai) ou de 0 (faux) a été donnée à chacun des items. Les caractéristiques se rapportant, soit au regard axiologique, soit à des facteurs stressants, soit au soutien social, ont été triées et rassemblées, ce qui a permis de déterminer une valeur absolue où la réponse à chaque item est systématiquement considérée comme vraie. Les items exclus correspondent à des informations sociodémographiques déjà présentées dans le chapitre précédent.

Ainsi, les valeurs absolues pour chacune des caractéristiques décrites ci-dessus sont :

- regard axiologique = 49 (donc une valeur moyenne de 24.5)
- facteurs stressants = 10 (donc une valeur moyenne de 5)
- soutien social = 3 (donc une valeur moyenne de 1.5)

Nous sommes consciente de la seule validité interne de ce procédé et qu'une passation auprès d'un groupe témoin aurait été utile. Cependant, il s'agit ici, simplement de tenter d'objectiver des données recueillies et ce, de manière uniforme pour chaque sujet.

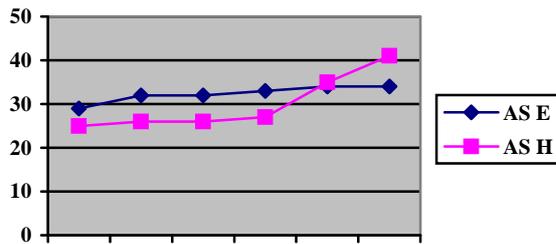
En ce qui concerne la valorisation du regard axiologique, les considérations suivantes ont été prises en compte pour déterminer une valeur de 1 (proposition vraie) :

- les éléments traduisant une activité professionnelle essentiellement centrée en gériatrie,
- les motivations à travailler dans ce milieu,
- la qualification de l'importance de la dimension du relationnel dans le soin,
- la fréquentation familiale des personnes âgées durant leur enfance,

- la tendance à attribuer plutôt des qualités que des défauts aux aînés,
- les valeurs positives accordées à la période de la vieillesse et aux personnes âgées par les cultures traditionnelles (Cf. annexe 3).

Le graphique n°1, ci-après, résume les scores obtenus par la totalité de sujets.

Graphique n° 1 : Regard axiologique des 12 sujets



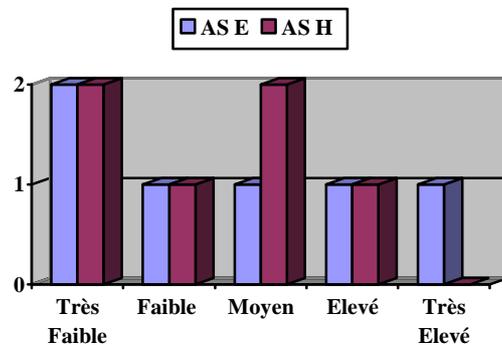
Ces deux courbes montrent :

- AS E : une relative constance de leur score (entre 29 à 34).
- AS H : 4 ont des scores constants (de 25 à 27), en revanche à un niveau moins élevé que les AS E.

Le score le plus élevé de 41 correspond au sujet AS H 11 de 48 ans qui a une expérience de 7 ans en gériatrie.

1.2. Questionnaire n° 2 - MSP 25

Graphique n° 2 : Comparaison du niveau de stress AS E / AS H

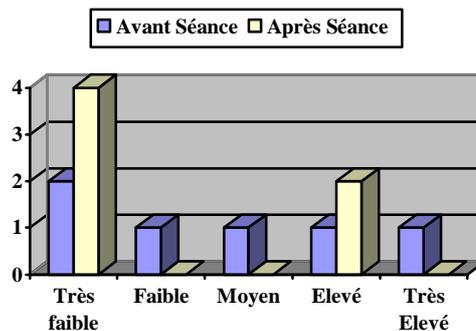


- AS E : Le niveau de stress est réparti sur toutes les cotations (2-1-1-1-1).
- AS H : Le niveau de stress s'arrête à « Elevé » (2-1-2-1).

Moyennes et écart-types :

- AS E : $X = 75.72$ ($\sigma = 27.96$)
- AS H : $X = 64.50$ ($\sigma = 14.03$)
- Total : $X = 70.11$ ($\sigma = 22.82$)

Graphique n° 3 : Evolution du niveau de stress des AS E



- Le niveau de stress a baissé pour 3 sujets, 1 est resté stable (Elevé). Les 2 derniers étant au niveau le plus faible.

Moyennes et écart-types :

- Avant : $X = 75.72$ ($\sigma = 27.96$)
- Après : $X = 66.17$ ($\sigma = 26.78$)

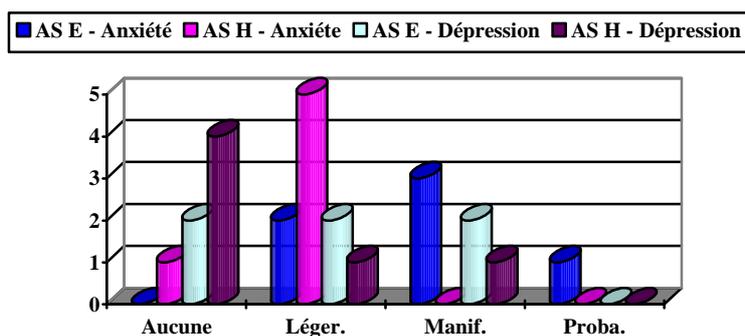
La moyenne et l'écart type normatif de la MSP- A sont de $X = 74.3$ et de $\sigma = 26.1$. La moyenne du niveau de stress est légèrement au-dessus de la norme pour les AS E (1.42), et en-dessous de la norme pour les AS H (-9.8). L'écart des moyennes entre AS E après séance et AS H tend à diminuer (AS E $X = 66.17$ et AS H $X = 64.50$). Nous observons un écart type éloigné de la norme pour les AS H (14.67).

1.3. Questionnaire n° 3 – HAD

Le manuel de cotation indique « *la note seuil à retenir de 8 pour chacune des échelles* » si on « *souhaite pouvoir inclure tous les cas possibles, ou encore une faible proportion de faux négatifs.* » Lépine (2009).

A des fins de lisibilité des figures, le libellé descriptif des cotations a été abrégé. La lecture des abréviations des graphiques de la HAD correspond à : aucune émotion, légère activation, manifestation de l'émotion, trouble probable.

Graphique n° 4 Comparaison des niveau d'anxiété et dépression AS E / AS H



Dimension Anxiété :

- AS E : elle est répartie entre légère (2 AS E) et manifeste (3 AS E) et trouble probable (1 AS E).
- AS H : elle est majoritairement légère (5 AS H) et un sans aucune émotion anxieuse.

Dimension Dépression :

- AS E : Répartie de façon égale entre aucune, légère et manifestation (2 – 2 – 2)
- AS H : sans manifestation pour la majorité (4 AS H), une légère activation et une manifestation.

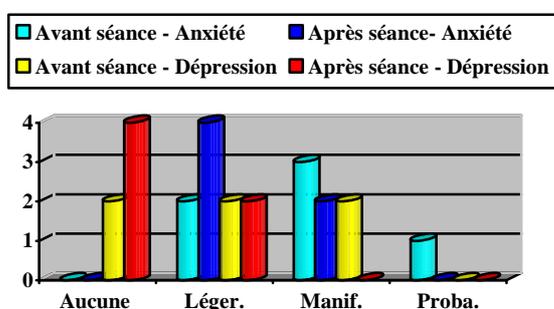
	Moyenne X Total	Ecart type σ Total	Moyenne X Anxiété	Ecart type σ Anxiété	Moyenne X Dépression	Ecart type σ Dépression
AS H	8.67	3.04	4.67	1.25	4	3.00
AS E	13.17	6.15	8.17	3.02	5	3.56
Total	10.92	5.35	6.42	2.92	5	3.33

Tableau n° 9 : HAD – Résumé des moyennes et écart type des AS E et AS H

La comparaison de scores totaux fait apparaître une plus forte activation émotionnelle chez les AS E. Sur un score total de la HAD de 42, il est à noter que les scores les plus élevés sont obtenus par les AS E (23 et 18). L'une est à 2 points au-dessus de la moyenne, et l'autre à 3 points en dessous (moyenne = 21).

En moyenne, la cotation de l'anxiété est plus élevée chez les AS E ($X = 8.17$)
Quant à la moyenne de la cotation de la dépression, il y a un écart d'un point entre les deux populations.

Graphique n° 5 : Evolution du niveau d'anxiété et dépression des AS E



- Anxiété : l'activation a glissé de trouble probable à légère manifestation (1 - 3 - 2) vers manifestation à légère émotion (2 - 4).
- Dépression : initialement répartie de manière égale de manifestation à aucune (2 - 2 - 2), elle se concentre ensuite entre légère et aucune (2 - 4).

	Moyenne X Anxiété	Ecart type σ Anxiété	Moyenne X Dépression	Ecart type σ Dépression
AS E Avant	8.17	3.02	5.00	3.56
AS E Après	7.33	2.92	2.17	1.86

Tableau n° 10 : HAD – Résumé des moyennes et écart type des AS E

La comparaison des moyennes entre les deux dimensions montre la nette diminution du niveau de dépression ($X = -3$), et la relative stabilité du niveau d'anxiété ($X = -1$).

Concernant la HAD-A (anxiété), deux sujets ont augmenté leur note de 3 points (AS E 1 de 9 à 12 et AS E 3 de 4 à 7), le sujet AS E 6 a diminué significativement de 6 points sa note, l'AS E 5 de moins 3 points et les deux dernières d'un point.

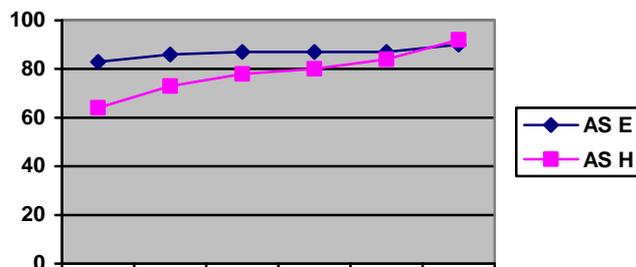
En revanche, concernant la HAD-D (dépression), les diminutions ont été significatives pour 3 sujets (AS E 1, AS E 5, AS E 6) avec moins 5 points, une baisse de 2 points pour le sujet AS E 3 et stable pour les deux autres (à noter le sujet AS E 2 qui est à zéro).

A titre indicatif, la différence de moyenne totale entre les notes avant et après séance, est de 3 points ($X = 13$ et $X = 10$).

1.4. Questionnaire n° 4 – Coping

Il est important de noter que nous ne disposons pas de données normatives pour ce questionnaire ; la notice jointe au *pack* que nous nous sommes procurée indique que les résultats obtenus « s'apparentent à ceux du questionnaire d'origine²¹, avec une structure en 5 facteurs ».

Graphique n° 6 : Comparaison coping AS E / AS H

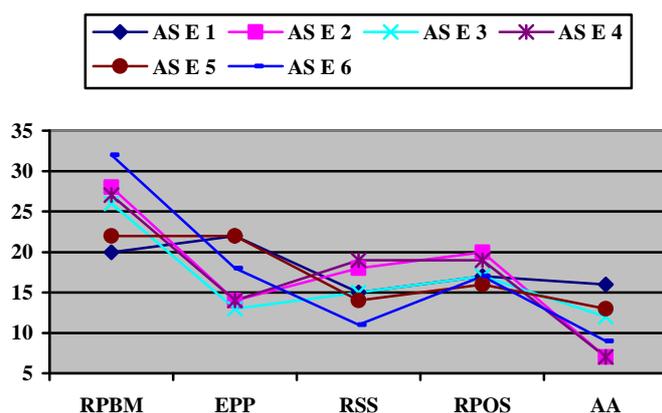


Ces deux courbes montrent :

- AS E : une plus grande utilisation des stratégies de coping qui se concentrent dans une petite fourchette ($X = 86.67$, $\sigma = 2.05$)
- AS H : une plus grande dispersion d'utilisation de stratégies de coping ($\sigma = 8.71$) en deçà de la moyenne des AS E de 8.17 ($X = 78.50$)

²¹ *The Way of Coping Checklist – revised (WCC – R) 42 items répartis en 5 facteurs (Vitaliano et al., 1985)*

Graphique n° 7 : Type *coping* par sujet AS E avant séances



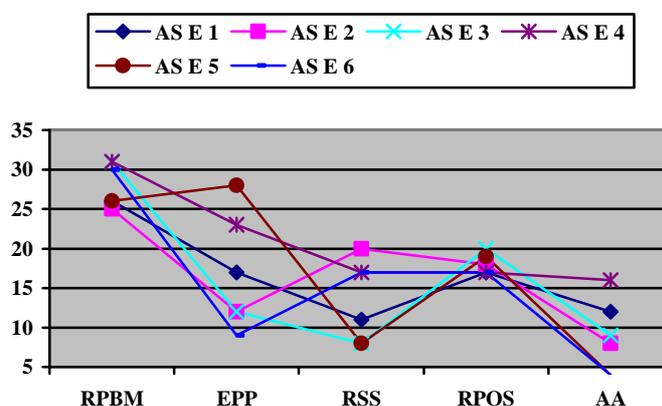
La comparaison entre les graphiques 7 et 8 indique une évolution de certaines stratégies utilisées :

RPBM : Augmentation de 2.34 points de la moyenne $X = 25.83$ à 28.17 et une dispersion relativement stable ($\sigma = 3.93$ et 2.54).

RSS : Diminution de 1.83 points de la moyenne $X = 15.33$ à 13.50 - dispersion importante ($\sigma = 2.62$ et 4.72)

AA : Diminution de 2.34 points de la moyenne $X = 11.17$ à 8.83 - dispersion stable ($\sigma = 3.80$ et 4.26)

Graphique n° 8 : Type de *coping* par sujet AS E après séances



Deux stratégies sont stables :

EPP : $X = 17.17$ puis 16.83 avec une dispersion importante ($\sigma = 3.76$ et 6.72)

RPOS : $X = 17.67$ puis 18.00 avec une dispersion stable ($\sigma = 1.37$ et 1.15)

1.5. Synthèse des questionnaires

Afin de faciliter l'analyse, nous avons résumé les résultats de l'ensemble des questionnaires dans différents tableaux de synthèse. Les abréviations utilisées ici sont les mêmes que celles indiquées en annexe ou dans le paragraphe précédent.

Le tableau n° 11 indique les variations constatées, avant et après séances, aux différents questionnaires standardisés pour les sujets AS E. Dans la colonne : critères attendus, il s'agit de ceux espérés au regard de nos hypothèses.

Critères attendus	Constat
Diminution du niveau de stress à la MPS 25	La moyenne X a baissé de - 9.55 points. Sur les 4 AS E qui n'étaient pas en niveau très faible, 2 ont atteint ce niveau, 1 est descendu de très élevé à élevé, et 1 est resté stable (élevé).
Diminution du niveau de l'anxiété à la HAD - A	La moyenne X est restée stable avec une baisse non significative de - 0,84. Sur les 4 AS E qui n'étaient pas en légère activation, 2 ont atteint ce niveau, 1 est descendu de trouble probable à manifestation anxieuse, 1 est resté à ce même stade.
Diminution du niveau de dépression à la HAD - D	La moyenne X a baissé de - 2.83 points. Sur les 4 AS E qui n'étaient pas en légère activation, 2 ont atteint ce niveau, 2 sont descendus de manifestation dépressive à légère activation.
Les scores du <i>Coping</i> augmentent pour les 4 structures de types de <i>coping</i> (RPBM, EPP, RSC, RPSO) :	<ul style="list-style-type: none"> • RPBM = + 2.34 points • EPP = - 0.34 points • RSC = - 1.83 points • RPSO = - 0.33 points
Et diminuent pour le type de <i>coping</i> AA :	<ul style="list-style-type: none"> • AA = - 2.34 points
Le score total du <i>coping</i> doit rester stable ou augmenter	La moyenne X a baissé de 1.34 points.

Tableau n° 11 : Résumé AS E avant séances / après séances (MSP, HAD, *Coping*)

Ensuite, nous nous intéressons à la dimension du regard axiologique. Parmi la population totale, nous avons considéré les sujets dont le score obtenu est situé entre 31 (moyenne X des 12 sujets) et 49 (score absolu) comme correspondant à un regard axiologique suffisamment pertinent. Ainsi, les sujets AS E 1, AS E 3, AS E 4, AS E 5, AS E 6, AS H 8 et AS H 11 correspondent à ces critères.

Tout d'abord, nous mettons en corrélation ces sujets avec leurs scores de types de stratégies d'ajustement (RPBM, EPP, RSC, RPOS, AA). Nous avons indiqué en repère, sous chacun des types de coping, la moyenne générale X obtenue respectivement par les 12 sujets et le chiffre du score maximum constaté.

Sujets	Regard	RPBM (max = 32) (X =24.92)	EPP (max = 28) (X =16.42)	RSC (max = 20) (X =16.25)	RPOS (max = 20) (X =16.17)	AA (min= 4) (X =9.08)
AS E 1	34	20	22	15	17	16
AS E 3	32	26	13	15	17	12
AS E 4	33	27	14	19	19	7
AS E 5	32	22	22	14	16	16
AS E6	34	32	18	11	17	9
AS H 8	35	21	11	17	11	4
AS H 11	41	29	12	17	17	5

Tableau n° 12 : Comparaison *coping* et les 7 AS ayant un regard axiologique pertinent.

L' « efficacité » des stratégies de *coping* est considérée, ici, avec des scores se rapprochant du score maximum pour les stratégies RPBM, EPP, RSC, RPOS et du score minimum pour la stratégie AA. Nous attribuons une note égale à 1, si le score du sujet se situe au dessus de la moyenne X générale pour les quatre premières stratégies, et de 0 si l'inverse est constaté. Pour la stratégie AA, c'est la logique contraire qui est appliquée. Le score absolu obtenu par sujet est donc de 5. Le tableau n° 13 permet d'attribuer une classification par sujet selon ce score de référence.

Sujets	RPBM (max = 32) (X =24.92)	EPP (max = 28) (X =16.42)	RSC (max = 20) (X =16.25)	RPOS (max = 20) (X =16.17)	AA (min= 4) (X =9.08)	Total
<i>S absolu</i>	1	1	1	1	1	5
AS E 1	0	1	0	1	0	2
AS E 3	1	0	0	1	0	2
AS E 4	1	0	1	1	1	4
AS E 5	0	0	0	1	0	1
AS E 6	1	1	0	1	1	4
AS H 8	0	0	1	0	1	2
AS H 11	1	0	1	1	1	4

Tableau n° 13 : Classification des stratégies de *coping* des sujets ayant un regard axiologique

Nous constatons que sur les 7 sujets retenus, les sujets AS E4, AS E 6, AS H 11 ont une note de 4, les sujets AS E 1, AS E 3, AS H 8 une note de 2, enfin le sujet AS E 5 une note de 1. Plus la note est proche de 5, plus le sujet à un regard axiologique et utilise des stratégies de coping.

Puis, nous procédons de la même façon pour comparer ces 7 mêmes sujets au niveau de stress constaté chez chacun d'eux. Nous avons indiqué en repère, le niveau de la moyenne normative du MSP 25 A. Nous attribuons une note égale à 1 si le score du sujet se situe au dessous de la moyenne normative X, et de 0 si l'inverse est constaté. Ici, le score de 1 signifie que le sujet a un niveau de stress en deçà de la moyenne et possède un regard axiologique vis-à-vis de la personne âgée. Le tableau n° 14 permet de constater que les 4 sujets AS E 3, AS E 4, AS H 8 et AS H 11 ont une note de 1, contrairement aux 3 sujets AS E 1, AS E 5 et AS E 2.

Sujets	Regard	MPS25 Niveau	MPS25 Score (X=74.3)	Evaluation
AS E 1	34	TE	114	0
AS E 3	32	F	61	1
AS E 4	33	TF	52	1
AS E 5	32	E	107	0
AS E 6	34	M	82	0
AS H 8	35	F	64	1
AS H 11	41	TF	41	1

Tableau n° 14 : Evaluation du niveau de stress des sujets ayant un regard axiologique

	<i>Coping</i> et regard axiologique	Niveau stress bas et regard axiologique	Sujets ayant les deux caractéristiques
AS E 1			
AS E 3		X	
AS E 4	X	X	X
AS E 5			
AS E 6	X		
AS H 8		X	
AS H 11	X	X	X

Tableau n° 15 : Synthèse sujet regard axiologique / *coping* et stress

Le tableau n° 15 nous permet de répertorier les sujets qui, à la fois, utilisent des stratégies de coping et possèdent un niveau de stress en dessous de la moyenne normative associée à un regard bienveillant vis-à-vis de nos aînés. Seuls deux sujets sur 7 correspondent à ce double critère.

Enfin, nous allons procéder à une comparaison avant et après séance pour les AS E. Le tableau n°16 détaille les scores obtenus par les AS E avant séance et le tableau n° 17 après séance, ceci par type de coping.

Sujets	RPBM	EPP	RSC	RPOS	AA
AS E 1	20	22	15	17	16
AS E 2	28	14	18	20	7
AS E 3	26	13	15	17	12
AS E 4	27	14	19	19	7
AS E 5	22	22	14	16	16
AS E 6	32	18	11	17	9

Tableau n° 16 : Détail, avant séance, par type de Coping des AS E

Sujets	RPBM	EPP	RSC	RPOS	AA
AS E 1	26	17	11	17	12
AS E 2	25	12	20	18	8
AS E 3	31	12	8	20	9
AS E 4	31	23	17	17	16
AS E 5	26	28	8	19	4
AS E 6	30	9	17	17	4

Tableau n° 17 : Détail, après séance, par type de Coping des AS E

Puis dans le tableau n° 18, nous indiquons, pour les stratégies RPBM, EPP, RSC et RPOS la valeur 1 si la stratégie a augmenté, et 0 si elle est restée stable ou a diminué, et la logique contraire pour le coping AA.

Sujets	RPBM	EPP	RSC	RPOS	AA	Total
<i>S absolu</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>5</i>
AS E 1	1	0	0	0	1	2
AS E 2	0	0	1	0	0	1
AS E 3	1	0	0	1	1	3
AS E 4	1	1	0	0	0	2
AS E 5	1	1	0	1	1	4
AS E 6	0	0	1	0	1	2

Tableau n° 18 : Evaluation du changement du coping des AS E

Nous constatons que sur les 6 sujets AS E, seuls deux sujets ont augmenté sensiblement l'utilisation de leurs stratégies (AS E 5 note de 4 et AS E 3 note de 3). Les quatre autres se situent à la note de 2 (AS E 1, AS E 4 et AS E 6) et à la note de 1 (AS E 2). Sachant que plus la note est proche de 5 plus le sujet a amélioré l'utilisation de stratégies de coping.

Le tableau n°19 regroupe les 7 sujets pour lesquels nous avons déterminé un regard axiologique et tous les sujets AS E (seul l'AS E 2 n'était pas inclus dans le groupe regard axiologique pertinent, son score étant de 29). Ainsi, nous avons des comparaisons entre l'influence du regard axiologique et les séances de sophrologie pour la dimension *coping*. A titre indicatif, nous avons laissé la comparaison avec le niveau de stress.

	<i>Coping</i> et regard axiologique	Amélioration <i>Coping</i> avant / après séances	Niveau stress bas et regard axiologique
AS E 1			
AS E 2			
AS E 3		X	X
AS E 4	X		X
AS E 5		X	
AS E 6	X		
AS H 8			X
AS H 11	X		X

Tableau n° 19 : Comparaison de l'influence regard axiologique et séance de sophrologie

Après cette analyse descriptive, nous allons aborder la discussion.

2. Discussion

En préambule, nous informons que nos réflexions seront toujours nuancées, puisque notre population porte uniquement sur 12 sujets.

Dans un premier temps nous discuterons, successivement des différentes données recueillies aux questionnaires pour aborder ensuite les limites constatées.

A propos de la représentation des aide soignantes vis-à-vis de nos aînés :

Globalement, cette dernière n'est pas évocatrice de sentiments négatifs ou de conceptions péjoratives, et ce pour les deux populations d'aide soignantes. Effectivement, la moyenne des 12 sujets est supérieure à la moyenne de la valeur absolue ($X_{AS} = 31.17$ pour $X_{V. absolu} = 24.5$).

En rapprochant ces moyennes aux verbalisations des réponses Q4 (leur motivation à travailler en gériatrie), Q10 (apport du contact d'AS) et Q11 (émotion ou sentiment d'une AS) nous pouvons fonder ce constat chiffré. Ainsi, c'est essentiellement le fait d'être en contact avec la personne âgée qui les motive. Quant aux items sélectionnés en Q10 et Q11, très peu sont négatifs. Aucune réponse négative en Q10 et seules sont nommées en Q11 : la fatigue (4), la gêne (2), l'irritation (2), la souffrance (2), alors que pour les réponses positives, nous notons, entre autre, respectivement en Q10 et en Q11 : la confiance (12), le réconfort (11), la sécurité (10), le bien être (9) et l'envie d'échanger (11), le partage (10) et la sympathie (9).

En rapprochant ces moyennes à la culture reçue, nous constatons que chez les AS E, seule, une estime avoir reçu une culture spécifiquement « européenne », contre 3 chez les AS H. Le constat est d'ailleurs le même pour la culture avec laquelle les AS se sentent le plus en accord (Annexe 15 – Q29A). En conséquence, le

regard axiologique serait-il, effectivement, plus prononcé chez les AS ayant reçu une transmission familiale et culturelle où l’empreinte traditionnelle est inscrite ? Une étude sur une population plus vaste permettrait d’apporter une réponse à cette question.

A propos du regard axiologique :

Ce regard est plus présent chez les AS E et nous interroge sur la dimension relationnelle de cette fonction, évoquée dans la revue de littérature. Nous savons qu’effectivement dans cette EHPAD le soin relationnel est soutenu par le cadre de santé et émane d’une volonté de la direction. De plus, du fait du contexte d’accueil médico-social, il peut certainement être plus facilement appliqué et être encouragé. Toutefois, chez les AS H, ce regard axiologique n’est pas absent. Peut-être, cette légère différence s’explique-t-elle par l’état de vulnérabilité des personnes hospitalisées où leurs « détériorations » physiques et mentales sont plus aiguës, comme nous l’avons déjà évoqué ?

Nous pouvons, d’ores et déjà, soulever une des limites à notre recherche quant à la sélection de nos terrains d’expérimentation qui peut être critiquable. Nous comparons deux contextes, à la fois semblables, puisque fonctionnant institutionnellement et accueillant tous les deux des personnes âgées atteintes de pathologies neurodégénératives, mais toutefois différents, puisque l’un d’eux est essentiellement médical. Une comparaison complémentaire avec une SLD, où la durée de séjour est plus longue et où la fonction animation existe, aurait été intéressante. Cependant, notre intérêt s’est focalisé, avant tout, sur le prendre soin des « sentinelles de la personne âgée ». Aussi, cette différence de milieu porte moins à conséquence puisque nous ne recherchons pas, par exemple, un facteur stressant.

L'aspect relationnel offert par le contexte EHPAD ouvre, néanmoins, une perspective intéressante au regard du modèle de Karasek, qui qualifie ces soignants d'une faible labilité décisionnelle. Ce soin relationnel inscrit dans un temps d'animation identifié, réfléchi et soutenu, pourrait conférer aux aide soignants le sentiment d'une plus grande autonomie dans leur fonction en organisant, eux-mêmes, ce moment, sous réserve d'une formation adéquate. Ceci pourrait correspondre à une forme de prendre soin et ferait alors l'objet d'une autre étude.

A propos du stress :

Nous venons, donc, d'introduire cette dimension à notre réflexion et là, nous constatons que les résultats des AS E indiquent un plus fort niveau de stress que les AS H, avec toutefois une nette diminution après les séances.

Ainsi, contrairement à ce que nous évoquions, de manière empirique, dans notre problématique (l'observation d'aide soignantes aux origines culturelles plurielles tend à montrer un comportement plus serein pour certaines d'entre elles dans leur gestion du stress), les aide soignantes ressentent bien un état de stress (et aussi d'anxiété). Cela s'oppose à notre observation du terrain, en période de stage, et aussi à ce que nous pensions !

En nous fondant sur les données démographiques recueillies, nous observons que les AS H sont en moyenne plus jeunes et leur expérience en gériatrie est plus récente. En observant les résultats des sujets AS E, dans les mêmes conditions, l'AS E 2 indique un niveau de stress très faible, et l'AS E 5 un niveau de stress élevé. En revanche, cette dernière était en période d'examen au moment de notre intervention. Il semble donc, qu'entre l'âge, l'expérience et un niveau de stress faible, une piste peut être entrevue, ou est peut-être expliquée dans la littérature, comme le spécifient (Lemyre *et al.* 1990, p.23).

En effet il existe une norme pour le sous échantillon des femmes de la MSP – A qui est de $X = 77.9$ et $\sigma = 28.7$. Il nous paraît opportun de comparer ces normes avec celles de notre population, puisqu'elle est exclusivement féminine. Le tableau n° 20 nous permet de mettre en regard les données.

	Moyenne X	Ecart type σ	Différence de X / norme	Différence de σ / norme
AS E	75.72	27.96	- 2.18	-0.74
AS H	64.50	14.03	-13.40	-14.67
Population totale	70.11	22.82	-7.79	-5.88
ASE après séance	66.17	26.78	-11.73	-1.92

Tableau n° 20 : Comparaison avec les valeurs normatives de la MPS 25A – échantillon féminin.

Nous observons que les AS E sont très proches de la norme de l'échantillon féminin et que les AS H sont fortement éloignées avec cependant un écart type, lui aussi conséquent. Au regard de cette grande dispersion, une observation individuelle des AS H, indique que le sujet AS H 11, qui a le score le plus élevé au regard axiologique (Cf. annexe13), a un niveau de stress très faible (41). En revanche le sujet AS H 12 dont le niveau de stress élevé (85) est celui qui a l'un des score le plus bas au regard axiologique (26). Ainsi, si nous pouvons observer que statistiquement le niveau de stress chez le deux groupes correspond à l'état de stress généralement observé pour un échantillon féminin, les observations individuelles attestent qu'une étude sur une population serait intéressante à poursuivre. Même si l'exemple de ces deux sujets abonde dans le sens de l'hypothèse HO2, nous ne pouvons en tirer de conclusion, comme nous le ferons dans la partie validation des hypothèses.

A propos des deux dimensions mesurées par l'échelle HAD :

Nous avons choisi d'utiliser une mesure complémentaire, au moyen de la HAD, au risque d' « alourdir » le dispositif d'objectivisation et d'avoir beaucoup de

données à traiter. Cette limite inhérente à notre recherche sera aussi développée.

Tout d'abord, observons la **dimension anxiété**. L'observation ou le contrôle du bien-être des résidents sont une des fonctions effectives chez les AS, particulièrement en EHPAD. Cette caractéristique de leur travail peut être corrélée à un état d'anxiété plus prononcé, ce qui tente à s'exprimer dans les résultats de cette étude. En effet les AS E ont, en moyenne, plus d'anxiété que les AS H (8.14 pour 4.67).

Pour autant, la sophrologie en permet –elle sa diminution ? Or, les résultats constatés, après les séances, démontrent une très faible diminution des moyennes et qui, en cotation individuelle, atteste, pour certains sujets, d'une augmentation du score, tout en restant dans la même échelle de cotation.

Ce résultat nous interpelle en tant que sophrologue. Nous avons pu constater, empiriquement, l'action de cet outil face à l'anxiété (par exemple, l'amélioration de l'endormissement). L'évaluation primaire qui s'opère, selon la théorie transactionnelle du stress, est certainement influencée par la menace que représente une situation stressante. A ce propos, Bruchon-Schweitzer *et al.* (2003, p33) nous informe : « *bien que conceptuellement distinctes, l'anxiété-trait et l'anxiété-état se sont révélées empiriquement associées, les sujets « habituellement anxieux » étant plus prédisposés que d'autres à réagir aux situations menaçantes* ».

La première phase des techniques de sophrologie est de ramener le sujet dans le présent donc, de l'inviter à ne pas être dans une attitude d'anticipation excessive qui peut être corrélatif à l'état d'anxiété. Aussi, nous nous attendions à une diminution de l'anxiété, et donc selon ce qu'énonce Bruchon-Schweitzer, influencer l'état de stress.

Ceci tant à s'exprimer subjectivement chez le sujet AS E 2 ayant un « trait-anxiété ». Ses verbalisations ont fait état d'une meilleure appréhension de la situation

stressante, comme en témoigne son attitude de calme alors qu'elle venait de constater la présence d'intrus dans la résidence.

Concernant la **dimension dépression**. Si la moyenne entre les AS E et les AS H est relativement similaire, nous avons constaté, ici, les effets des séances sur cette dimension. La théorie caycédienne, dans sa caractéristique de philosophie de vie existentialiste, a certainement démontré son efficacité ! Une lecture des phénodescriptions, en annexe 11, tend à l'illustrer. Notons qu'une des AS E qui a subi un épisode dépressif récent a, par ailleurs, vu son score émotion dépressive diminuer de 5 à 0 (tout comme son émotion anxieuse qui a baissée de 10 à 4).

A propos de *coping* :

En dernier lieu, nous nous attachons à cette dimension. Nous constatons que les AS E utilisent, en proportion, beaucoup plus de stratégies que les AS H. Nous avons été interpellée par le nombre de réponses « oui » aux items, qui cote 4 points et donc indique une forte utilisation de la stratégie. N'ayant pas de normes, nous ne savons pas si cela correspond à une norme de la population en général ou à un biais. En effet, c'est le dernier questionnaire de l'évaluation, il est ardu, et par facilité, les réponses n'ont peut être pas été nuancées entre « plutôt oui et plutôt non ».

Nous allons cependant entrevoir les pistes offertes quant aux stratégies utilisées, avant et après les séances, à partir de nos hypothèses, toujours au regard de la sophrologie.

Ainsi, la **résolution des problèmes** (RPBM) devrait progresser puisque physiquement et mentalement relaxé, le sujet peut, aisément, être disponible pour agir, s'il le souhaite. Ce qui est le cas, la moyenne des ASE, avant et après séance, a augmenté (de 25.83 à 28.17).

La technique du SophroDéplacement du Négatif qui permet d'évacuer les tensions psychiques et physiques ressenties, est une action centrée sur l'émotion pouvant s'assimiler à la stratégie d'**évitement, avec pensée positive** (EPP). Ici, la moyenne est restée stable (de 17.17 puis 16.83).

Quant à **la recherche de soutien social** (RSS), le sujet plus en confiance, plus ouvert, devrait plus facilement faire appel à ce type de soutien. Or, la moyenne a légèrement diminuée (de 15.33 à 13.50). Nous pouvons, aussi, nous attendre à ce que cette dimension soit plus importante chez les sujets aux origines culturelles africaines puisque par exemple, c'est sous forme de réunion familiale que les conflits sont abordés. Ce qui n'est pas représentatif ici (annexe 16, sujets AS E 1, AS E 3, AS E 4, AS E 5, AS E 6).

Nous pourrions, ainsi, présupposer que la **réévaluation positive** (RPOS) de la situation progresse. Elle est restée stable (de 17.67 à 18.00).

La confiance en soi est l'une des trois qualités renforcées à la fin de chaque séance, ce qui devrait diminuer la tendance à **l'auto accusation**.(AA). Cela est effectif puisqu'il y a une diminution (de 11.17 à 8.83).

Paulhan (2003, p. 109-111) évoque le *coping* comme « *stratégie d'ajustement au stress* » et nous explique la façon dont le « *coping peut moduler l'émotion* » :

- *faire varier l'attention en la détournant de la source de stress (stratégies d'évitement), soit en la focalisant sur celle-ci (stratégies vigilantes)*
- *altérer la signification subjective de l'événement en ayant recours à des activités cognitives apparentées au déni*
- *modifier directement les termes mêmes de la relation personne environnement par la mise en place d'efforts comportementaux actifs* »

Au regard de ces explications, nous avons cherché à démontrer que la sophrologie pouvait être une stratégie de *coping*, offrant la possibilité au sujet d'aller à la découverte ou à la redécouverte de ses potentiels, selon la définition de la sophrologie de Guirchoun (2005), indiquée page 52.

Se pose alors la question de savoir comment un sujet sélectionne ses stratégies ? A ce propos, Chabrol et Callahan (2004, p.111) nous éclairent sur ces modalités de sélection et nous précisent certaines de leurs caractéristiques :

- Elles sont « *utilisées dans des proportions variées selon l'individu* » (citant Paulhan et Bourgeois, 1995).
- « *Ils faut éviter d'attribuer des valences positives ou négatives au choix de l'approche de l'individu* », effectivement « *le plus important serait que les stratégies de coping soient appropriées à la situation et aident l'individu à faire face à sa détresse. Le choix de stratégies peut varier et évoluer au cours du temps* ».
- « *la contrôlabilité intervient dans le choix du mode de coping* » puisque, face à un problème incontrôlable, un *coping* centré sur le problème a « *tendance à augmenter l'anxiété* » (citant Marx et Schultz ,1991). « *En revanche, selon certains chercheurs, le coping centré sur l'émotion soulage le stress vécu dans les situations incontrôlables, mais rarement dans les situations contrôlables* » (citant Holmes et Stevenson, 1990 ; Baum *et al.*, 1983).
- Enfin, d'autres chercheurs ont suggéré que le *coping* centré sur l'émotion soit subdivisé en plusieurs catégories « *dont certaines seraient tout à fait appropriées pour les situations contrôlables. Le fait d'identifier et de comprendre l'émotion que l'on ressent peut soutenir l'individu dans le vécu de la situation stressante* » (citant Stanton *et al.*, 1994).

Avec le recul, nous pensons que nous aurions peut-être pu, aussi, procéder en analysant les stratégies de *coping* au regard des « phénodescriptions » présentées en annexe 11 et en annexe 12, regards d'aide soignantes, avec le témoignage de l'AS E 4 « *et maintenant je me dis qu'il y a aussi les autres pour le faire. Avant je me sentais coupable. Je ne peux pas changer le monde* ». Ce matériel verbal subjectif aurait complété les données objectives. Il est clair, aussi, que nous sommes là dans un cycle de six séances et que cette analyse aurait une valeur conséquente si elle s'intégrait dans une étude longitudinale.

Ce qui se manifeste, grâce à la sophrologie, nous semble pertinent à mettre en parallèle avec : l'évaluation secondaire de l'environnement stressant, l'auto appréciation de ses capacités et la gestion de ses émotions. Ce qui sera activé, pendant ce moment, permet d'atteindre progressivement un état de « conscience sophronique », qui équivaut à une « intégration existentielle positive de l'être qui sort de son ordinaire », selon Caycédo.

Ainsi, en reprenant les principes de la sophrologie (partie 3.5.1, p.82-84), nous pourrions imaginer le *scénario* ci-après :

Une aide soignante confrontée au mouvement agressif, lors du soin de toilette, d'une personne âgée démente, pourrait avoir une auto évaluation de ses potentiels, basée sur un sentiment de confiance. Elle gérerait la menace imminente en adoptant une attitude corporelle « détendue ». Ceci contribuerait à enrayer une spirale agressive et lui permettrait de reconsidérer, par exemple, ses gestes qui accompagnent le soin. Il s'agirait, ici, pour l'aide soignante, non pas d'ignorer ses ressentiments, mais, peut-être, de pouvoir les analyser ultérieurement. Seule ou aidée d'un soutien social, elle pourrait s'interroger sur ce qui a déclenché la situation. Elle pourrait tenter de voir ce qui a manqué dans la relation, entraînant ce mode agressif. Est-ce un manque de formation sur les pathologies dégénératives ? Est-ce

que cela renvoie à des peurs quelconques ? Est-ce encore le contexte d'exigence de temps pour le soin qui a conduit à cette situation ? *Etc...*

A propos de limites :

Primo, concentrons nous sur la nature de l'échelle MSP 25 (auto évaluation du sujet de son niveau de stress) où un biais peut se manifester, du fait des séances de sophrologie : la perception plus fine, par le sujet de ses propres tensions physiques. Cela peut générer une majoration de son estimation. Cette influence est particulièrement prégnante pour les items 1, 2, 7, 13 (annexe 8). L'item 15 « *je pousse de longs soupirs ...* » correspond à l'action du SophroDéplacement du Négatif. Donc, nous pouvons imaginer qu'un sujet, se rendant compte qu'il expire de manière plus prononcée qu'auparavant, aura non seulement, manifestement, conscience de son état de tension mais, aussi, attestera qu'il utilise une stratégie de faire face ! Ce qui a été particulièrement significatif pour le sujet AS E 5, endeuillée au cours de la recherche, qui, d'une part, a le score maximum en phase post-test à cet item et, d'autre part, nous a attesté de l'utilisation de ce stratagème et du bénéfice ressenti. Cette réflexion rejoint l'évaluation primaire et secondaire, présentée en revue de littérature, que nous venons d'illustrer dans l'exemple précédent.

Secondo, quant à notre choix de questionnaire de coping de Paulhan, 1994. Notre critère de sélection s'est avéré, au final, relativement improductif. Nous avons manqué du recul de l'expérimentateur qui aurait dû favoriser le fait d'avoir des données normatives tel le questionnaire de Couson *et al.* 1996, quitte à mesurer uniquement trois dimensions du *coping*, plutôt que cinq. Cela démontre l'importance de s'interroger, au préalable, sur tous les avantages et tous les inconvénients d'un outil, tout comme le clinicien sélectionnera les tests d'un bilan neuropsychologique

adaptés aux objectifs demandés par le médecin, et ceci en respectant une position éthique.

Tertio, nous entrevoyons un autre biais à notre recherche : la relation de l'expérimentateur avec le sujet pour la conduite des séances de sophrologie. D'une part, nous étions déjà connue, voire « reconnue » des AS E, puisqu'elles nous avaient vu évoluer dans le service pendant les 10 mois de stage. D'autre part, nous nous sommes inscrite dans une position de clinicien inhérent au dispositif thérapeutique de sophrologie : au fur et à mesure des séances, le sophrologue tente de construire et de préserver ce qu'on nomme une « alliance thérapeutique ». Ceci va à l'encontre de la position de l'expérimentateur où deux fonctions s'imbriquent donc dans ce procédé d'objectivisation. Il aurait été intéressant de faire appel à un collègue sophrologue pour cette phase. Il s'avère que les volontaires à cette recherche étaient, pour l'essentiel, celles en poste pendant nos temps de présence à l'étage en fin d'après midi.

De plus, il aurait été judicieux de présenter une troisième passation à distance, par exemple 30 jours après la fin des séances, pour tenter de constater, si oui ou non, une pérennité des effets existe et nous renseigner si, par exemple, les AS E utilisent toujours cet outil. De plus, comme nous l'avons vu, un évènement de vie majeur peut s'intercaler au cours du cycle de séance, ce qui peut influencer les mesures.

Enfin, nous revenons sur les outils proposés. Nous nous questionnons sur leur nombre, quatre pour chaque sujet. Cela nous a particulièrement interpellée face au peu de retour des AS H. Cette série de questionnaires, malgré nos précautions, a pu sembler trop intrusive. Un sujet a refusé de donner son pays de naissance prétextant que le questionnaire était anonyme. Les échelles ont pu sembler fastidieuses à remplir, incitant à répondre sans s'impliquer, donc entacher la

« sincérité » des réponses apportées. De plus, il s'agit, ensuite, de traiter les données. Si nous nous étions appropriée l'adage « qui peut le plus, peut le moins » au moment de la mise en place du dispositif, nous constatons que certaines données recueillies dans le questionnaire n° 1 sont inutilisées... Cependant, la réflexion nécessaire à sa construction a été un bon apprentissage.

3. Validation des hypothèses

Nous allons déterminer si les observables mesurées selon les critères attendus à chacune des hypothèses, ont été obtenues ou non. Nous sommes évidemment conscientes qu'il s'agit, ici, d'une initiation ou sensibilisation à la sophrologie, donc que les effets attendus peuvent être atténués, contrairement à ce qui aurait pu être perçu lors d'une étude longitudinale.

A des fins de lisibilité, nous rappellerons les hypothèses, pour ensuite les commenter, en commençant par les hypothèses opérationnelles.

L'hypothèse 1 (HO1) : un regard axiologique des AS sur la personne âgée favorise un type de stratégie de *coping* efficace.

Le tableau n° 15, (p.97), nous a permis de constater que seuls 3 sujets sur 7 présentent cette caractéristique (ces données se fondant sur 58% de la population totale). Nous aurions tendance à infirmer HO1. Cependant, eu égard à l'absence de données normatives qui ont basé notre raisonnement, nous ne pouvons dans l'état, ni infirmer ni confirmer cette dernière.

L'hypothèse 2 (HO2) : les AS qui ont un regard axiologique sur la vieillesse gèrent mieux les situations de stress.

Ce même tableau nous indique que 4 sujets sur 7 présentent cette caractéristique. Ce qui correspond à un peu plus de 50% des sujets concernés. Ici, la tendance irait dans le sens d'une confirmation de l'hypothèse.

A propos de ces deux constats, nous ne pensons pas que le regard axiologique soit un indicateur pertinent dans l'état actuel de cette recherche.

L'hypothèse 3 (HO3) : la sophrologie favorise une meilleure utilisation de stratégie de *coping*.

La lecture du tableau n° 18 nous indique, ici aussi, que seuls deux sujets ont changé de façon significative leur stratégie. Toujours pour les mêmes raisons qu'HO1, nous aurions tendance à infirmer cette hypothèse, sous réserve de données normatives appropriées, d'autant plus que le tableau n° 11 indique que la moyenne a baissé de 1.34 points.

L'hypothèse générale (HG) : la sophrologie est un outil pertinent pour prendre soin des aides soignantes, en milieu gériatrique institutionnel, face aux situations de stress.

Les données rassemblées dans le tableau n° 11 font état d'une diminution de 9.55 points du niveau de stress psychologique. Associé au constat de la stabilité de l'émotion anxieuse, de la légère baisse de l'émotion dépressive et des normes disponibles pour la MSP 25, nous considérons que cette hypothèse peut se confirmer dans le cadre d'une validité interne.

Ces différents points ayant été présentés, nous allons maintenant aborder la conclusion.

CONCLUSION

Les démarches qui ont conduit à l'élaboration de cette recherche ont été riches, à la fois d'enseignement, de rencontres inoubliables, de perfectionnement et de découvertes. Malgré les périodes difficiles, l'« eureka » émis, lorsque nous avons trouvé notre problématique, ne fut prononcé qu'après les aléas d'une « ruminant interrogative constante » d'une période d'environ un an et demi. Notre capacité à synthétiser avait été mise à mal face à l'immensité des questions émergent de notre pensée ! Nous voulions parler de tout... ce qui d'ailleurs « transpire » dans la longueur de ce mémoire. Ce fut ensuite, une alternance d'étapes de construction et de pauses, ponctuée de grands moments de plaisir, malgré les difficultés auxquelles nous nous sommes confrontée. Nous sommes consciente et heureuse d'avoir mûri, d'avoir « blanchie sous le harnais », selon l'expression de Mme Laroque...

Le bilan de l'expérimentateur, quant à lui, nous a permis de bien cerner l'attitude d'adaptation et de modulation nécessaire à la phase de mise en place de son dispositif. Malgré notre situation de demande, nous avons dû adapter nos attentes aux implications qu'elles génèrent chez notre interlocuteur, dans l'institution, où il souhaite opérer *etc...* et, bien entendu, les respecter. Il appartient donc au chercheur de savoir composer avec ces éléments (ce qui n'est pas sans servir à l'apprentissage

du métier de psychologue). Le choix de la méthodologie a, ici, été soumis à cette variable inattendue.

Au-delà de ces considérations plutôt personnelles, il est intéressant de noter comment la demande d'autorisation de cette recherche, auprès des autorités compétentes, centrée sur l'accompagnement des soignants, s'est heurtée aux problématiques de politiques actuelles de la gestion du secteur hospitalier ; Comment quantifier un acte de prendre soin qui, d'une part ne s'adresse pas au patient lui-même, et qui, d'autre part, s'interpose à ce temps dédié à l'acte de soin ? Quoique simple étudiante, cherchant à éclairer un minuscule aspect de la théorie clinique psychologique, notre demande de proposition de séances de sophrologie est restée lettre morte. La gestion de notre planning de recherche ne nous a pas permis, par ailleurs, de diplomatiquement faire remonter cette proposition de recherche vers les instances décisionnelles. De plus, en EHPAD, bien qu'étant dans un lieu où la volonté dirigeante soit manifestement centrée vers le prendre soin des soignants, la question du manque d'effectifs n'a pu permettre d'inclure, pendant le temps de travail, les séances de sophrologie.

Curieusement, s'est manifesté, ici, à l'encontre de l'expérimentateur, ce facteur « manque de temps » abordé dans la partie revue de littérature. Pourtant, la caractéristique didactique de cette thérapie corporelle aurait pu trouver sa place dans ce temps de travail. Peut-être n'avons-nous pas su insuffler cette dimension lors de notre présentation ? Peut-être est-ce que s'exprime, ici, encore la situation de « parent pauvre » du milieu de la gériatrie ? Tout au moins en ce qui concerne les aide soignantes.

A ces propos, nous rappelons, les motivations qui, *ipso facto*, nous ont interpellées dans ce métier et qui, à notre sens, sont essentielles pour comprendre les difficultés auxquelles ces « sentinelles » sont confrontées :

- le statut même de ce soignant, situé au bas de la hiérarchie paramédicale, peu valorisé. Antinomique de la polyvalence exigée et de l'effectif d'encadrement, souvent dérisoire en maison de retraite, et d'un diplôme d'Etat prodiguant une qualification *minimum*. Sans oublier que beaucoup de femmes, agent de service, ont « fait office » d'aide soignantes !
- le caractère hétéroclite des tâches à accomplir (nursing, toilettes, animation, petit entretien ménager) risque de réanimer la fonction maternelle, ce qui peut générer une attitude de maternisation plutôt qu'un accompagnement de l'autonomie.
- le contour, parfois flou, des tâches qui est à la frontière de celles dévolues à la fonction infirmière et de celles dévolues à l'agent de service.

Malgré tous ces écueils, notre but était de savoir si, en proposant un outil simple d'utilisation à ces « sentinelles de la personne âgée », elles pouvaient aisément se ressourcer, au quotidien dans leur travail. Leur assiduité et leurs expressions témoignent, au moins, qu'elles ont bien intégré l'outil, comme nous le décrit l'une d'elle « *Ou si tu sais déjà faire, tant mieux, c'est utile pour nous, pour l'énervement, tout ça là, tu peux être zen. Tu vois avec un résident je suis en séance et je dois être zen comme en séance* » (annexe 12).

Ainsi, sous condition que la personne accepte de s'accorder à vivre un instant de pause récupératrice, tel que le conçoit Caycédo, la sophrologie peut prendre, ici, une dimension préventive, voire curative. Elle offre au soignant un outil, qui une fois intégré est constamment disponible. Il nous semblerait intéressant d'inscrire cet aspect pragmatique, aux actions préconisées, par des techniques comme celles du

mouvement d'Humanitude, qui ont émergé pour étayer une action de bien-traitance qui aurait due être dans l'ordre « naturel des choses ».

L'expérience acquise et non décrite dans la méthodologie est le constat que ces séances de sophrologie ont facilité une parole chez ces soignants. Par exemple, l'une d'entre elle a réfléchi et s'est sentie en confiance pour développer les indications du cadre de santé, lors de son entretien d'évaluation annuel.

Caron (2000, p.163) entrevoit les groupes de parole comme : « *une aide à prendre en compte la réalité objective et symbolique de la vieillesse afin que, au-delà des a priori, chacun puisse progresser vers une démarche de soins authentiques* ». Selon la littérature, ces groupes de parole ont fait leur preuve, cependant, leur pratique semble peu fréquemment proposée. Aussi, il semble que grâce à ce dispositif thérapeutique, un psychologue peut prendre soin à la fois corporellement et psychologiquement de ces professionnelles. Cette forme d'écoute amorcée par la sophrologie, laisse entrevoir une ouverture de la conscience du sujet, bénéfique à son action de soin, mais surtout en faire, non pas une mère « suffisamment bonne », mais une professionnelle « suffisamment axiologique » pour accompagner nos « vieux ».

Aussi, nous envisageons de présenter le fruit de cette recherche auprès de directeurs de maison de retraite, de services de gériatrie, en l'inscrivant soit dans une perspective de formation pour une action préventive ou d'accompagnement de type groupe Balint.

Par ailleurs, cette conclusion nous semble appropriée, pour faire part de la proposition offerte à d'autres intervenants en gériatrie, de remplir les différents questionnaires (un élève aide soignant, une aide soignante d'un autre étage, un kinésithérapeute, des infirmières, des médecins). Ceci a permis de se rendre compte de la réalité du terrain en référence de ce qui est constaté dans la littérature, et de constituer un matériel pouvant servir de base de réflexion pour le mémoire clinique

de master 2. Ce groupe, bien qu'inexploitable dans le cadre de cette recherche, puisque non homogène au groupe d'aide soignantes, a aussi été intéressant au plan clinique. Notamment le questionnaire n° 1 a interpellé certains médecins qui, à cette occasion, ont eu l'opportunité de se poser et de réfléchir à ce qu'ils ressentent dans leur pratique.

Enfin à titre indicatif, nous souhaitons évoquer l'intérêt que peut représenter cette recherche pour les professions d'« auxiliaire de vie » et celles, apparentée « d'aide à domicile » qui, elles, aussi soignent nos aînés. La question de la formation y reste prégnante, avec surtout, le risque de dériver vers une mal-traitance, par manque de connaissance de la bien-traitance. Le contexte économique de crise peut inciter à « adopter » ce travail à domicile, attrayant puisque dans un secteur porteur, et qui semble requérir peu de qualification. Le dossier n° 104 de Gérontologie et Société de 2003 par les différents articles²² présentés, confirme bien que ce domaine est source d'emploi. Il peut être intéressant de s'attarder sur une des nombreuses petites annonces, glanée dans notre magazine municipal : « *JF cherche heure de ménage, repassage ou garde de personne âgée* ». Il nous semblerait souhaitable que ce terme de « garde » ne soit que ponctuel. Ce phénomène nous apparaît comme significatif du regard que peuvent poser certains de nos contemporains sur nos aînés : des êtres à surveiller, à garder, afin qu'ils ne fassent pas de sottises !

Laroque (2009) explique que « *la deuxième moitié du 20^{ème} siècle a été une époque où nous étions dans la phase de libération des vieux et c'est la retraite qui a libéré les vieux, libéré les vieux pauvres* ». Espérons que cette libération demeure, l'état de démence pouvant renforcer cette dynamique de « garde ». Il nous semble essentiel de continuer à former, à éduquer, les agents économiques à ce qu'est une

²² « Les emplois jeunes en gérontologie », « Du CAFAD au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale », « Travailler auprès de personnes âgées. Une chance pour repartir dans la bonne direction. »

personne âgée dépendante. C'est-à-dire, avant tout un être humain, ayant droit à dignité, même si son verbe ne peut plus la revendiquer ! Dans ce même interview Laroque explique qu'il s'agit « *d'avoir une relation entre personne de dignité égale* ». Cette situation nous interpelle dans le fait qu'elle pourrait réitérer ce qui s'est manifesté dans le début de la gériatrie à l' AP-HP !

Aussi, pour ces intervenants à domicile, non intégrés dans une structure institutionnelle, la sophrologie semblerait indiquée. Pourquoi pas dans le cadre de la formation professionnelle continue ?

De même, nous supposons que la sophrologie est pertinente pour améliorer le quotidien des aidants familiaux, leur condition étant souvent précaire et à bout de souffle.

En guise de conclusion, la validation de notre hypothèse générale et les perspectives exposées ci-dessus, laissent présager d'actions d'accompagnement du psychologue en gérontologie en adéquation avec la méthode caycédienne©.

BIBLIOGRAPHIE

- AMYOT, J.- J.**, (1998), *Travailler auprès des personnes âgées*, 2^oéd. Paris, Dunod.
- BENNER, P. E., WRUBEL, J.**, (1989), *The Primacy of Caring Stress and Coping in Health and Illnes*, 1^oéd. Menlo Park California, Addison Wesley Publishing Compagny.
- BENOIS, M.-F. (Sous la direction de)**, (2006), “Images de la personne âgée : France, Europe, Afrique”. - In *Doc'Animation en gérontologie*, N° 13, P.60 - 87. (source annexe 3)
- BRUCHON-SCHWEITZER, M., DANTZER, R.**, (2003), *Introduction à la psychologie de la santé*, 4^oéd. Paris, PUF.
- BUISSON, A.**, (2007), “ Prendre soin des soignants ”. - *L'aide-soignante*, N° 91, Editorial.
- CARON, R.**, (2000), *Comprendre la personne âgée*, 1^oéd. Paris, Gaëtan Morin Editeur.
- CAUSSE, L.**, (2004), “La professionnalité des aides- soignantes en maison de retraite : entre subjectivité et réification”. - *Thèse en sociologie sous la direction de M. Pierre Cours-Salies*, Université Paris VIII - Vincennes - Saint-Denis.
- CAUSSE, L.**, (2005), “Encart Actualité”. – *Brèves-Céreq*, N°215, P.5-6.
- CHABROL, H., CALLAHAN, S.**, (2004), *Mécanismes de défense et coping*, 1^oéd. Paris, Dunod.
- CHENE, P.-A.**, (2008), *Sophrologie, Fondements et Méthodologie Tome 1*, 5^oéd. Entièrement réactualisée. Paris, Ellébore.
- COUDIN, G., BEAUFILS, B.**, (1997), “Vieillesse et âge : Les représentations relatives aux personnes âgées”. *Actualité et dossier en santé publique*, N° 21, P.12-14.
- CREPET, A.-M. & A.**, (1998), *Aide soignant(e)s en gériatrie*, 1^oéd.Lyon, Chronique Sociale.
- DELANDE, G., MACE, L., VERNOTTE, C.**, (1996), “L'esthétique. La beauté, le toucher, à 85 ans et plus”. - *Soins gérontologie*, N°4, P.21 – 23.
- DELBROUCK, M.**, (2003), *Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel*, 1^oéd. Bruxelles, De Boeck.
- DRESS**, (2005), “ Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail”. – *Etudes et Résultats*, N° 373.
- DRESS**, (2007), “ Les établissements d'hébergement pour personnes âgées – activité et personnel au 31 décembre 2003”. – *Série Statistiques : Document de Travail*, N° 106.

ENNUYER, B., (2007), “Regards sur les politiques du « maintien à domicile ».Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie”. - *Gérontologie et Société*, N°123, P. 153 – 167. (Egalement Source ANNEXE 2)

GRAZIANI, P., SWENDSEN, J., (2004), *Le stress Emotions et stratégies d'adaptation*, 1°éd., Collection psychologie 128, Paris, Nathan/SEJER.

GUIRCHOUN, P., (2000), “Cours du 1^{er} Cycle de la Formation Vivantielle en Sophrologie Caycédiennne”. - Directeur de l'Académie de Psychothérapie et de Sophrologie de Paris.

GUIRCHOUN, P., (2005), “Cours de la formation d'aide à la prise en charge thérapeutique en Sophrologie”. - Directeur de l'Académie de Psychothérapie et de Sophrologie de Paris.

GUIRCHOUN, P., (2007), “Journée de perfectionnement : Aider les patients à contrôler le stress par la Sophrologie”. - Directeur de l'Académie de Psychothérapie et de Sophrologie de Paris.

HELSON, C., (2008), *Accompagner le grand âge. Psycho-gérontologie pratique*, 1°éd. Paris, Dunod.

IONESCU, S., (2006), *Elaboration d'un projet de recherche. – In : Psychologie clinique et psychopathologie, Nouveau cours de psychologie*, (sous la direction de : IONESCU, S., BLANCHET, A.). 1°éd. Paris, PUF.

JANDROT-LOUKA, F., (1982), “Le duo soignante-soignée. La dépendance des soignants aux femmes âgées dans les services de gériatrie”. - *Gérontologie et Société*, N°22, P. 120 – 126.

JACUS, J.-P., FRAYNET, V., BASSET-BERGES, M.-F., (2004), “L'aide-soignant en gérontologie : une profession en souffrance.”. - *Soins Gérontologie*, N°47, P. 20 – 25.

LANDRY, N., (1989), “Le toucher : soin et moyen de communication dans la pratique I.D.E.”. - *Recherche en soins infirmiers*, N°18, P. 34 – 43.

LAFONTAINE, I., (1995), “Une image négative des services de long séjour : mythe ou réalité ? ”. - *Mémoire pour l'obtention du diplôme d'université de psycho-gérontologie sous la direction de non indiqué*, Université de Limoges. (Source ANNEXE 2)

LAROQUE, G., (2009), *Portrait. – In : Bioéthique et soin – DVD : 50 grands témoins pour 50 ans de progrès dans le soin*, (sous la direction de : DUBOSC, P.). Collection Espace éthique de l'AP-HP, Double DVD Hors-série N°9.

LAZARUS, R. S., (1966), *Psychological Stress and the Coping Process*, 1°éd. New York, McGraw-Hill Book Company.

LEMYRE Ph.D., L., TESSIER Ph.D., R., FILLION M.Ps., L., (1990), *Mesure du stress psychologique (M.S.P.) : Manuel d'utilisation*, 1° éd. Québec, Editions Behavioria Inc.

LEONARD, M.-C., (1998), “ Le rôle du psychologue en gérontologie”. - *Le journal des psychologues*, N°156, P. 42 – 44.

LEPINE, J.-P., (2009), “ l’échelle HAD”. – Notice d’utilisation
Source fichier PDF fourni avec l’échelle par Paty B., Docteur en psychologie sociale
Université de Reims - Société Stimulus.

LERT, F., MARTIN, J.-C., (1997), “Médecins, soignants et directeurs des services de soins aux personnes âgées”. - *Gérontologie et Société*, N°80, P.193 – 225.

LHOMME, J.-P., (2004), “ L’image du travail en gérontologie”.- *Gérontologie*, N°129, P. 29 – 34.

MAGIN, C., MATHIEU, A.M., TROCME, N., LIDY, C., (1990), “Vécu du soignant face à la mort en milieu gériatrique” ; - *La Revue de Gériatrie*, N°6, P.279 – 282.

MANOUKIAN, A., (2004), *Les soignants et les personnes âgées*, 3° éd. Rueil-Malmaison, Editions Lamarre.

MARTEL, F., (1991), “Concept de soins et outillage infirmier ont-ils un rapport avec l’épuisement professionnel des infirmières”. - *Recherche en soins infirmiers*, N°24, P.4 – 17.

MATALON, B., (1999), *L’expérimentation et l’observation*. – In : *Cours de psychologie 2. Bases, méthodes et épistémologie*, (sous la direction de : GHIGLIONE, R., RICHARD, J.-F.). 3°éd. Paris, Dunod.

MATHIEU-FRITZ, A., (2002), “Arborio (Anne-Marie) – Un personnel invisible, Les aides-soignantes à l’hôpital”. - *Revue de sociologie française*, N°43, P.175 – 176.

Source internet : http://www.persee.fr/web/revues/homme/prescript/article/rfsoc_035 (avril 2009).

MOULIAS, R., (2003), “Rôle des soignants en soins longue durée”. - *Gérontologie et société*, N°104, P.23 – 34.

PARANT, A., (2007), “Le Vieillissement démographique. Chronique d’un tsunami annoncé”. - *Gérontologie et Société*, N°123, P. 135 – 152.

PAULHAN, I., (2003), *Les stratégies d’ajustement ou « coping »*. – In : *Introduction à la psychologie de la santé*, (sous la direction de : BRUCHON-SCHWEITZER, M., DANTZER, R). 4°éd. Paris, PUF.

PELLISIER, J., (2005), “De la distance à la proximité, de la solitude à l’humanité”. - *Santé mentale*

Source internet : <http://jerpel.fr/spip.php?article 26> (avril 2009).

PIAT, E., (2008), “Exercice en gériatrie, de la vocation ou du hasard”. - *Soins Gérontologie*, N°71, P.20 – 23.

PLOTON, L., (2005a), *La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, 7°éd. Lyon, Chronique Sociale.

PLOTON, L., (2005b), “La souffrance des soignants”. - Documents CLEIRPPA, N° 20.

POULIN, E., (2002), “Exercice professionnel. Le travail en gériatrie, à la recherche de sens”. - *Soins gérontologie*, N°35, P.32 – 34.

SEBAG-LANOË, R., (2009), *Portrait*. – In : *Bioéthique et soin – DVD : 50 grands témoins pour 50 ans de progrès dans le soin*, (sous la direction de : DUBOSC, P.). Collection Espace éthique de l’AP-HP, Double DVD Hors-série N°9.

SIPOS, I., (2003), “Evolution des différentes fonctions en maison de retraite”. - *Gérontologie et Société*, N°104, P.35 – 43.

TOCHE, D., (2002), “La motivation du personnel soignant en gériatrie : entre posture et valeurs”. - *Recherche en soins infirmiers*, N°71, P.56 – 62.

TRUCHOT, D., (2004), *Epuisement professionnel et Burnout. Concepts, modèles, interventions*, 1^oéd. Paris, Dunod.

TRABACCHI, G., (2005), “La peau du vieillard ... dans tous ses états”. - *Soins Gérontologie*, N°52, P.8

DICTIONNAIRES UTILISES

Dictionnaire des Synonymes – Larousse – 2007 sous la direction de E Genouvrier

Harrap’s Compact Dictionnaire Anglais-Français. Français –Anglais – Chambers Harrap Pblishers Ltd - 2007 – sous la direction de A. Stevenson

Harrap’s Shorter French and English Dictionary – 1967 – Bordas paris in association with George G.Harrap & Company Ltd sous la direction de J.E. Mansion

Le grand dictionnaire de la psychologie – Larousse – 1992 sous la direction de H.Bloch, R Chemama, A Gallo, P Leconte, JF Le Ny, J Postel, S Moscovivi, M Reuchlin et E Vurpillor

Le petit Larousse Illustré - 2002