

**Ecole d'enseignement et de promotion sociale
De la communauté française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement supérieur paramédical
Cadres en soins de santé**

**ROLE ET SOUFFRANCE DU PERSONNEL SOIGNANT
MYTHE OU REALITE ?**

Travail présenté par DE PRYCK Catherine
En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année scolaire 2010-2011

Exercice de réconfort tenant lieu de préface

A trop enfermer nos vieux, nos déments, nos fous, nos « *handicapés* », à les domicilier fixement en institution, même, de soins, nous désirions probablement ainsi dissimuler toutes les misères, surtout les nôtres. Travestir n'est pas convertir et leur souffrance est restée silencieuse dans ces huis clos ! A trop (peu) enfermer de soignants avec ces « *impotents* », dont le corps ou l'esprit va mal, leur cri, leur plainte sont, malgré les murs sortis, se sont exprimés par la voix, par le corps soignant.

Ce corps soignant, est-il par trop sollicité de sollicitude ou de solitude ? Cette souffrance exprimée par les soignants, est-elle devenue leur souffrance par contagion ? Une sorte de souffrance nosocomiale ? Ou est-ce dans un souci de communication comme les vases sont communicants ? Agiraient-ils comme vecteur de, médiateur ? Une sorte de porte-parole ou au moins de porte-voix ?

La réponse est dans le travail (*sic*).

En effet, le travail est, par nature et par culture, tout autant ambivalent. Je peux avoir du cœur à l'ouvrage ou de la peine au travail ou les deux. Ce caractère équivoque prend certainement de l'ampleur lorsque le travail relève du soin (de l'autre). Ne parle-t-on aussi de prise en charge (de l'autre) ? Le travail est tantôt structurant, tantôt pathologique. Le travail, c'est la santé et pourtant il y a la médecine du travail.

Sans conteste, cette alternative, dynamique et complexe, nécessite un cadre (dans tous les sens que vous connaissez de ce terme). Il ne convient nullement de nier la souffrance (des uns comme de l'autre), c'est alors transformer souffrance en torture (*tripalium*) alors qu'il convient de la convertir (transformer). Cela nécessite de la reconnaître et toute reconnaissance nécessite un média !

A qui le tour ?

Bonne lecture en compagnie de Catherine, une *Socrate*.

PATRICK

Je tiens tout d'abord à remercier Mr Florin et Mr Vantomme ainsi que l'ensemble du corps professoral pour les enseignements reçus durant ce cheminement.

Mes remerciements vont également à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Mes pensées vont vers ma famille qui m'a soutenue et encouragée.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
Chapitre 1 : Souffrance des soignants.....	3
1. Historique et définition.....	3
2. Problématique de la souffrance.....	3
3. Causes de souffrance.....	5
4. Conclusion.....	8
Chapitre 2 : Soigner.....	9
1. Soigner en maison de repos et de soins.....	9
2. Compétences nécessaires pour soigner en MRS.....	9
3. Difficultés des soignants.....	11
4. Conclusion.....	12
Chapitre 3 : Méthodologie.....	13
1. Problématique.....	13
2. Hypothèses.....	14
3. Concepts théoriques.....	14
4. Choix de la méthode de recueil.....	19
5. Pré-test.....	20
6. Construction de l'entretien.....	20
7. Techniques de recueil.....	20
8. Choix de la population cible.....	21
9. Déroulement de l'enquête.....	21
10. Déroulement des entretiens.....	22
11. Analyse des données.....	22
12. Limites et biais méthodologiques.....	22
Chapitre 4 : Résultats.....	24
1. Recueil d'informations.....	24
2. Représentations de la personne âgée.....	25
3. Représentations du rôle.....	47
4. Synthèse interprétative.....	51
Chapitre 5 : Missions et stratégies d'actions pour prévenir la souffrance des soignants.....	54
1. Missions du cadre.....	54
2. Stratégies.....	58
CONCLUSION.....	70
BIBLIOGRAPHIE.....	72
ANNEXE 1.....	73
ANNEXE 2.....	76

« L'ORGANISATION NOUVELLE NE POURRA NAÎTRE QUE SI DE
NOUVELLES MANIERES DE PENSER, D'ÊTRE SOI-MÊME ET D'ÊTRE
ENSEMBLE EMERGENT ».

CROZIER, SERIEYX

INTRODUCTION

L'évolution actuelle du système de santé serait-elle à l'origine du mal-être des soignants ? Ces derniers expriment fréquemment leurs difficultés : cadences et charges de travail, manque d'écoute et de reconnaissance de leur hiérarchie. Tout ceci concourt à les mettre en souffrance et les mener au syndrome d'épuisement professionnel, plus fréquemment nommé « *burn-out* ». Cet écart entre l'idéal de soin et la réalité quotidienne peut alors inciter à l'abandon de cette profession. Pour expliquer ce phénomène, on peut évoquer un contexte socio-économique qui impose des contraintes institutionnelles au système de santé. D'un côté, le soin doit devenir efficient pour résoudre les difficultés économiques. Mais, d'autre part, les évolutions techniques font miroiter au résident la performance des soins et l'autorisent à l'exigence maximale vis-à-vis des soignants. Une confrontation difficile s'exerce alors entre les valeurs humanistes des soignants et les valeurs utilitaristes développées par le système de santé. La constitution d'un écart entre l'idéal soignant et la réalité de l'exercice professionnel est alors susceptible d'entraîner, chez les soignants, une perte de sens de leurs actions. Celle-ci les conduit à occulter la dimension humaine de l'acte de soin, qui fonde la valeur traditionnelle d'accompagnement de l'autre, dans ce métier. De même, on constate une désaffection de la part des soignants, pour les services de gériatrie, au profit d'unités techniques plus valorisantes, au regard des intérêts mis en avant par le système de santé. A l'issue d'un cursus de formation cadre de santé, il a paru intéressant d'explorer cette difficulté de travailler dans les services de soins aux personnes âgées. Comment un cadre de santé peut-il prévenir les phénomènes de souffrance dans une équipe de soins ? Dans une perspective d'accroissement démographique et de longévité de cette population qui s'associe aussi à l'émergence de nouvelles pathologies, il a semblé légitime de s'inquiéter d'une pénurie de soignants alors même qu'il est devenu nécessaire de développer de nouvelles stratégies de soins pour faire face à ces problématiques. Le travail de recherche entrepris a permis d'interroger la posture du cadre de santé, en prise avec ces difficultés. Le cadre de santé a pour mission d'accompagner les soignants, dans la préservation de la valeur du prendre soin. Cela requiert le développement de compétences spécifiques, axées sur des pratiques individualisées et centrées à la fois, sur les besoins en soins, sur le relationnel sous toutes ses formes communicationnelles, ainsi que sur la vie sociale et affective du patient.

Travailler en Maison de Repos et de Soins (MRS) dans plusieurs fonctions nous a permis de porter un autre regard sur le travail du personnel au sein de l'institution, sur la difficulté de la prise en charge des personnes âgées. Ce travail de fin d'étude est donc issu d'une observation du vécu des soignants en MRS.

La personne âgée est prise en charge par le soignant. Etre soignant en MRS, c'est redonner un sens au mot "soigner" voulant dire "prendre soin". C'est donner un sens à la vie de la personne âgée. Il existe un hiatus important entre la situation professionnelle idéalisée et la réalité.

La souffrance du personnel soignant est-elle accentuée par la représentation sociale de son rôle auprès de la personne âgée ?

Nous aurons recours à la théorie des représentations sociales afin de réaliser une étude exploratoire pour cerner certains processus psychosociaux influençant les pratiques des soignants, et notamment décrire, analyser et commenter les représentations que les personnels soignants en MRS ont de la personne âgée et de leur rôle vis-à-vis de ces derniers. Nous mettrons en rapport les processus relevant d'une dynamique sociale et d'une dynamique psychoaffective. Nous analyserons l'ancrage des attitudes dans les rapports sociaux qui les génèrent. Nous les contextualiserons pour en comprendre les mécanismes de création du sens et d'orientation des conduites. Pour cela, nous utiliserons une grille d'analyse des représentations proposée par S Moscovici. Elle consiste à décrire les représentations en termes d'attitudes, d'informations, et de champs de représentation.

A travers son mode organisationnel et son style de leadership, l'institution détermine en partie les représentations de soin et de la personne âgée, ainsi que les rôles joués par les acteurs institutionnels. Nous espérons mettre en évidence l'importance de la mise à jour des représentations de la personne âgée et de sa dimension affective dans la souffrance qu'éprouveraient les soignants. Nous terminerons ce travail par une réflexion sur les perspectives amenées par les résultats de l'analyse.

« La souffrance psychique est essentiellement générée par l'impuissance face à des événements dont on se sent la victime. »¹

Marie Petit

Le personnel soignant a pour mission la prise en charge de la souffrance du patient mais qu'en est-il de la sienne ?

Chapitre 1 : Souffrance des soignants

1. Historique et définition

La question de la souffrance des soignants, impliqués activement et à long terme dans une relation d'aide, a été abordée pour la première fois par H.J. FREUDENBERGER² en 1974 ; Le psychanalyste américain choisit d'utiliser le terme « *burn-out* » qui signifie s'user, s'épuiser, brûler jusqu'au bout pour parler de l'état de détresse particulier qu'il observe chez certains soignants. A la suite des travaux de H.J. FREUDENBERGER, C. MASLACH définit le « *burn-out* » comme « *un syndrome d'épuisement physique et émotionnel qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêts et de sentiments pour les patients* »³. Nous constatons que durant ces vingt dernières années, les recherches abordant le thème du « *burn-out* » chez les soignants amenés à prendre en charge des patients cancéreux, dans des services de médecine, de réanimation, de cancérologie et de cardiologie se sont multipliées. Elles mettent en évidence l'existence de facteurs favorisant l'usure des professionnels en lien avec leurs conditions de travail, leur personnalité et les caractéristiques de la population soignée.

2. Problématique de la souffrance

Pour C. MASLACH, cette problématique s'articule autour de trois éléments :

Tout d'abord, l'épuisement physique et/ou émotionnel qui est généré essentiellement par une demande de soutien psychologique excessive de la part des patients. Ensuite, La dépersonnalisation qui se traduit par une modification de l'attitude du professionnel à l'égard du malade. Nous avons déjà pu remarquer qu'au fil du temps, celui-ci se trouve davantage perçu comme un objet, voire un numéro de chambre ou encore un organe qu'on soigne plus qu'un sujet. La relation à l'autre, tend à se déshumaniser. Enfin, Le manque d'accomplissement personnel, le soignant a la sensation de ne plus savoir aider les autres. Il craint de perdre sa qualité professionnelle. Il doute de lui. Ce sentiment d'échec, et la

¹ PETIT Marie , http://www.pedagopsy.eu/definition_psychotherapie.htm

² H.J. FREUDENBERGER, « *Staff burn-out* », Journal Social Issues, 30,1974, p.59-165

³ C., MASLACH, S.E. JACKSON, « *Burn-out* » in health professions. A social psychological analysis, in Social Psychology of Health and Illness, London, Laurence Erlbaum Associates, 1982.

culpabilité qu'il suscite, sont tantôt combattus par une présence excessive sur le lieu de travail, empiétant sur la vie privée, tantôt contrecarrés par une fuite de celui-ci, entraînant retards, absences et arrêts maladie.

L'étude de K.M. KASH et coll.⁴ montre que les facteurs organisationnels les plus significatifs sont le manque de reconnaissance et de soutien accordés aux soignants par leurs pairs et leurs supérieurs hiérarchiques. En effet, une fois de plus, nous constatons que lorsque la charge de travail est excessive au vu des moyens humains et financiers mis à disposition ainsi que l'absence d'esprit d'équipe et conflits entre collègues augmentent les signes de souffrance.

En ce qui concerne les facteurs relatifs au soignant lui-même, R. BEALL HARRIS⁵ constate que les salariés ayant peu d'expérience sont plus vulnérables que les confrères plus âgés et plus aguerris. Par contre, il ne semble pas que le sexe, l'état civil et le nombre d'enfants soient des éléments significatifs de l'épuisement professionnel. Nous ne pouvons faire de lien avec notre analyse car l'ancienneté, l'état civil et le nombre d'enfants n'étaient pas repris dans le questionnaire.

S.C. KOBASA et coll.⁶ ont, par ailleurs, identifié un trait de personnalité appelé « *hardiesse* » ou « *endurance* » qui permet à l'individu de résister au stress. Cette caractéristique recouvre trois dimensions : l'engagement, le contrôle et le défi. Nous dirons que l'engagement correspond à la capacité de l'individu de s'impliquer activement et avec enthousiasme dans les activités qu'il entreprend et d'autre part, à demander de l'aide lorsqu'il en a besoin. Quand au contrôle, il se réfère à la croyance qu'à la personne de pouvoir influencer ou non les événements qu'elle rencontre. Un sujet qui a l'impression d'être en mesure de contrôler son destin montre qu'il a davantage confiance en lui qu'un individu persuadé que tout ce qui lui arrive dépend de la chance et du hasard. Pour terminer, le défi se rapporte à la croyance que le changement est un stimulus important pour la croissance et le développement personnel. Faire preuve de défi, c'est s'ouvrir au changement plutôt que de rechercher, à tout prix, la stabilité et la sécurité. Nous pensons que, pour un soignant, posséder les caractéristiques d'une personnalité qui allie le contrôle, l'engagement et le défi, fait une différence fondamentale dans la capacité à faire face à l'épuisement professionnel. Enfin, il apparaît que l'extrême détérioration physique des patients engendrée par exemple par

⁴ K.M. KASH, W. BREITBART, "*The stress of caring for cancer patients*", in *Psychiatric Aspects of Symptom Management in Cancer Patients*, Washington, American Psychiatric Press 1993, p.243-260.

⁵ R. BEALL HARRIS, "Reviewing nursing stress according to a proposed coping adaptation framework", *Adv. Nurs. Sci.*, 11 (2), 1989, p.12-28.

⁶ S.C. KOBASA, S.R. MADDI, S. KAHN, "*Hardiness and health : a prospective study*", *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 1982.

la progression d'un cancer facial, la difficulté à faire face à la détresse émotionnelle des patients et de leur entourage ainsi que la fréquence de décès survenant dans un contexte où la mort est perçue comme un échec, favorisent l'épuisement des soignants dont la formation initiale reste centrée sur la guérison de la maladie et prépare peu aux aspects relationnels des soins.

3. Causes de souffrance

3.1. Dégradation physique

Les soignants avec lesquels nous travaillons expriment parfois leur difficulté à supporter l'état d'extrême dégradation physique de certains patients.

3.2. Absence de communication verbale

L'incapacité dans laquelle se trouvent certains patients à communiquer verbalement peut également être source de stress pour les soignants.

Lorsqu'un patient ne peut plus s'exprimer verbalement, les soignants ont à leur disposition différents outils leur permettant de pallier à cet écueil. Ils peuvent, entre autres, faire appel à un orthophoniste qui aide le malade à mieux se servir de son souffle pour émettre tel ou tel son, recourir à un mode de communication écrite, utiliser un tableau de désignation ou encore proposer au patient d'utiliser un appareil de synthèse vocale. L'usage de ces moyens facilite le travail des soignants et a des conséquences positives tant pour le malade que pour son entourage. De plus, l'amélioration de leur compréhension minore l'anxiété de leurs proches, comme semble en témoigner la disparition de leurs demandes d'euthanasie, signes extrêmes d'une angoisse familiale intolérable. Malheureusement, tous les malades ne peuvent avoir recours aux dispositifs qui pallient à l'absence de communication verbale. En effet, une trop grande fatigue, ainsi que l'impossibilité de mouvoir ses membres supérieurs, en limitent immanquablement l'usage. Dans ces circonstances, l'attention portée à toutes les autres formes de communication utilisées par le patient (mimiques du visage, regard, toucher,...) demeure de rigueur.

3.3. Réactivation de deuils anciens et identification

La souffrance des soignants peut être celle de deuils anciens, réactivés au contact des malades.

3.4. Souffrance face aux familles

A l'approche de la mort, les mailles du tissu familial tendent à se resserrer. Mais il arrive parfois que ce maillage se resserre tellement qu'il devient difficile alors, pour le soignant, d'intervenir auprès du patient. Son entourage semble faire blocus autour de lui en demeurant constamment auprès de lui ou en répondant systématiquement à sa place. Nous constatons alors que l'exclusion dont le professionnel se sent l'objet peut être source de souffrance

3.5. Travail en équipe interdisciplinaire

L'interdisciplinarité est l'un des fondements de la démarche palliative. Elle repose sur le partage d'informations et l'interaction des différents membres de l'équipe. Chaque professionnel, en fonction de sa discipline, apporte un éclairage spécifique sur la réalité du malade et de ses proches. La mise en commun de ces différents points de vue amène à une prise en considération du sujet (patient et famille) dans sa globalité et dans sa singularité. Cette dynamique interdisciplinaire, qui met l'accent sur la pluralité et la complémentarité des regards, favorise le maintien d'une certaine cohérence dans les soins. Le bien-fondé de la démarche de chacun peut être évalué au vu des objectifs globaux que s'est fixée l'équipe. L'étayage offert par le groupe permet également de rompre le sentiment de solitude dans lequel se trouve parfois plongé le professionnel travaillant seul. Savoir que l'on peut s'appuyer sur l'équipe, que l'on peut s'y référer en cas de difficulté, que l'on peut prendre conseil auprès de ses membres ou demander un avis est sécurisant et évite de faire n'importe quoi. Le travail en équipe interdisciplinaire présente des avantages à bien des égards. Mais il arrive aussi qu'il soit source de difficultés. Le chevauchement des tâches, les enjeux de pouvoir, la jalousie, la rivalité, le mythe de la « *bonne équipe* » et la projection de l'angoisse que nous éprouvons parfois sur un membre désigné de l'équipe en sont les principales raisons.

3.6. Chevauchement des tâches

Moins les tâches d'un professionnel sont définies, plus celui-ci est susceptible d'empiéter sur les fonctions d'un autre intervenant. A titre d'illustration purement spéculative, un soignant non médecin qui livre, à un malade ou à sa famille, des informations dont l'annonce est en réalité exclusivement réservée au corps médical (par exemple, l'annonce d'un diagnostic) dépasse le cadre de ses prérogatives. Cette confusion des rôles, parfois motivée par le désir inconscient d'accéder à une fonction estimée plus valorisante, ouvre la

voie à la toute-puissance : « *Même si ce n'est pas mon rôle, je vais néanmoins essayer d'apporter une réponse au problème qui se pose* ». En interférant dans le travail qui incombe à autrui, le professionnel qui transgresse sa fonction première s'expose non seulement à d'éventuelles sanctions, mais aussi à des conflits plus ou moins larvés avec l'intervenant qu'il tente de suppléer. Ce dernier peut ne plus vouloir partager ce qu'il sait, sous couvert du secret professionnel, et durcir ses positions de crainte de perdre ce qui fonde sa spécificité professionnelle. Pour éviter de telles conséquences, il est donc important que le rôle, le champ d'action et les limites de chaque membre de l'équipe soient clairement définis et reconnus par tous.

3.7. Pouvoir, jalousie et rivalité

Par-delà les objectifs de soins, les intervenants sont parfois pris dans des enjeux qui les dépassent ou qu'ils sont eux-mêmes générés : soif de pouvoir, rivalité et jalousie sont autant d'éléments qui finissent par rendre le climat d'une équipe très pesant. Pour garder le pouvoir, certains font de la rétention d'informations, refusent de transmettre leurs compétences... La personne cherche à défendre son territoire en l'imperméabilisant à un point tel que tout échange, tout partage, toute solidarité devient impossible. Par ailleurs, le poids de la hiérarchie peut cristalliser des conflits œdipiens mal résolus et susciter jalousie et sentiments de rivalité chez certains membres de l'équipe. Pour sortir de ces impasses, le dialogue et un travail de réflexion personnelle sont de mise. L'issue de ces problématiques relationnelles reste cependant étroitement dépendante des capacités d'élaboration de chacun.

3.8. Mythe de la « bonne équipe »

Le mythe de la « *bonne équipe* » consiste à croire que tout le monde agit de la même façon et pense les mêmes choses. Lorsque le concept d'interdisciplinarité se confond avec la notion d'indifférenciation et l'idée du « *tous pareil* », le travail interdisciplinaire à proprement parler se trouve entravé. La réflexion de l'équipe s'appauvrit quand les professionnels mettent entre parenthèse leur implication subjective dans le soin. Cette uniformisation sert parfois à occulter des conflits sous-jacents : l'excès d'amabilité et de ralliement systématique à l'avis collectif permettent de neutraliser l'autre.

3.9. Bouc émissaire

La désignation d'un bouc émissaire (par exemple, un membre de l'équipe dernièrement arrivé) aboutit généralement à la mise en accusation de celui-ci. « *Si nous avons des problèmes, si cet accompagnement a été difficile... c'est à cause de lui/d'elle* ». Bien souvent, le bouc émissaire catalyse l'angoisse du groupe. Ce déplacement de l'angoisse, projetée sur l'un des professionnels, peut être discuté en groupe de parole pour permettre à cette situation d'évoluer.

4. Conclusion

Le tableau plutôt sombre que je viens de dépeindre ne correspond pas à ce que les professionnels d'une équipe vivent au quotidien et doit donc être relativisé. Par contre, il atteste les difficultés pouvant être rencontrées à certains moments ; difficultés qu'il est toutefois toujours possible de dépasser. En effet, pour beaucoup d'entre nous le travail en équipe interdisciplinaire et multidisciplinaire demeure une chance. En interdisciplinarité, il pousse les uns à sortir de leur domaine de référence pour s'intéresser à celui d'autrui et amène les autres à abandonner leur jargon pour que leurs pairs puissent clairement comprendre ce que la particularité de leur pratique peut apporter. Cette façon d'œuvrer ensemble autour d'un objectif commun : l'amélioration de la qualité de vie du patient et de ses proches, présuppose une ouverture d'esprit et une curiosité à l'endroit de nos semblables, pourtant si différents. Elle contribue à un enrichissement mutuel et personnel, par-delà les obstacles rencontrés. Afin que les soignants soient satisfaits professionnellement, nous devons en tant que cadre prendre en compte cette souffrance. Notre fonction sera d'essayer d'y apporter des solutions pour le bien-être de nos équipes et la qualité des soins donnés aux patients.

Chapitre 2 : Soigner

Soigner dans tous les services c'est faire face à la douleur, la souffrance, la déchéance, la mort. Le plus souvent, en service hospitalier soigner est plus proche de traiter en vue d'une guérison. Soigner c'est être présent, c'est prendre conscience que l'être en face de vous âgé, dément, valide ou invalide désorienté ou pas, est un être humain. C'est redonner un sens au mot soigner voulant dire "*prendre soin*"⁷. Le terrain de notre étude est une maison de repos et de soins. En MRS, soigner c'est donner un sens à la vie de la personne âgée.

1. Soigner en maison de repos et de soins

En MRS, l'inéluctabilité de la mort, la passivité, la perte de l'espoir donnent une image négative des soins. Mais si nous nous plaçons à un autre niveau, l'espoir aussi est présent. Espoir qu'un jour, nous aussi devenus vieux et dépendants, quelqu'un en face de nous, nous regardera encore comme un être humain, sera présent, nous apportera de la joie, comblera un peu de vide, nous accompagnera jusqu'à la fin de notre vie. Le travail en MRS est riche de sens humain ce qui fait que lorsque le personnel le découvre, il ne peut plus soigner comme avant. Ceci est peut-être une des raisons qui motive certains soignants à rester en MRS.

La communication avec les personnes âgées n'est certes pas facile et les messages doivent souvent être décodés. Les efforts à fournir pour rencontrer l'autre sont importants si le soignant veut vraiment le comprendre. La communication n'est pas seulement verbale et si on considère la personne âgée démente comme un être humain à part entière avec toute la considération qui lui est due, il peut entrer en communication avec elle soit par le regard, soit par le toucher. Le soignant doit être patient et avoir la volonté de rencontrer l'autre, même démente la personne âgée peut réagir à la lumière, au bruit,...

2. Compétences nécessaires pour soigner en MRS

Les personnes âgées souffrent de poly pathologies et ont des traitements lourds. Souvent ce sont les infirmières qui sont amenées à prendre des initiatives et des décisions rapides car il n'y a pas de médecin en permanence.

Les compétences à avoir sont nombreuses et nous les regroupons en trois groupes :

⁷ HESBEEN Walter, Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Masson, 1997, p.29

2.1. Savoir

Les connaissances suivantes sont nécessaires : gériatrie, pathologie infectieuse, cancérologie, uro-néphrologie, gastrologie, neurologie, dermatologie, psychiatrie,... Les connaissances spécifiques en psychologie, relation avec la personne âgée, gestion de l'agressivité, accompagnement en fin de vie, phénomènes de la douleur ainsi qu'une approche en pharmacologie et en diététique sont nécessaires. Les aides soignantes et les assistants en soins hospitaliers manquent souvent de certaines de ses connaissances pour mieux comprendre la personne âgée, ses troubles et adapter leur comportement.

2.2. Savoir-faire

Maîtriser certaines techniques : injections, perfusions, transfusions, sondages vésicaux, E.C.G., prélèvements sanguins, dialyse péritonéale, gavage, changement de canule trachéale,... Etre capable d'évaluer l'autonomie d'une personne, de recenser ses ressources possibles et mettre en place des actions personnalisées afin de préserver ou de rétablir cette autonomie. Assurer les soins d'hygiène et de confort et utiliser les outils de soins pour la continuité des soins. Mettre en place une relation d'aide et maintenir un cadre de vie agréable et stimulant. Lutter contre le désinvestissement en entretenant, restaurant et renforçant le désir de vivre. Maintenir la sécurité et soulager la souffrance. Développer la communication avec la personne âgée, les familles, les bénévoles,...en les informant, soutenant la personne âgée, la famille,... Etre capable d'analyser une situation, de gérer les conflits, l'urgence, l'angoisse, ses émotions,...Faire preuve de créativité.

Les aides soignantes et les assistants en soins hospitaliers participent avec l'infirmière à la prise en charge globale de la personne âgée et ont une part active à différentes actions nécessitant certains de ces savoir-faire en rapport avec leurs compétences.

2.3. Savoir-être

Il est tout aussi important pour l'aide soignante et l'assistant en soin hospitalier que pour l'infirmière pour la meilleure prise en charge. Le savoir-être touche au comportement des soignants et varie d'un individu à un autre. Toutefois, l'important est l'authenticité des rapports soignant/ soigné. Différentes qualités sont appréciées telles que l'indulgence, la tolérance, la patience, la qualité d'écoute, l'empathie, la persévérance, la générosité ... Accepter les personnes âgées telles qu'elles sont, non telles que nous voudrions qu'elles soient pour donner un sens au mot soigner. Le respect de la dignité passe par cette acceptation.

Ne pas infantiliser ni traiter la personne âgée comme un enfant docile, c'est aussi la respecter. La personne démente n'existe en fait qu'à travers les soignants. Sa raison d'être nous appartient. Utiles et rentables, ils ne le sont plus, rejetés de tous, les déments peuvent encore trouver la tendresse auprès des soignants conscients de la misère dans laquelle ils se trouvent. Pour mener à bien cette mission, il est important que les soignants prennent soin d'eux-mêmes. Un équilibre personnel, une maîtrise de soi et une maturité permettent de mieux appréhender le travail en MRS.

3. Difficultés des soignants

Travailler en MR-MRS, c'est s'exposer tous les jours à une demande relationnelle, quantitative et qualitative, à laquelle on ne peut jamais répondre complètement. Les soignants s'occupent de l'hygiène, du confort, des soins de nursing, du suivi médical tout en étant attentif à la relation, à la communication, aux besoins de sécurité, de revalorisation, d'encouragement, d'affection, ... L'écart entre tout ce que l'on donne et ce qui serait nécessaire de donner pour le bien être des personnes âgées provoque un déséquilibre générateur de stress. En MRS, l'idéal de la pratique soignante est régulièrement mis à mal. Chacun risque de se retrouver plus souvent face à ses limites et ses insatisfactions que face à des ressources et des gratifications. Plus la médicalisation des établissements est grande, plus le risque de ressembler à l'hôpital est important et plus le modèle du soin ayant pour objectifs de guérir et sauver de la mort risque de s'imposer. Ce décalage entre l'idéal et la réalité des conditions de la pratique est loin d'être le seul facteur d'angoisse, de stress et de souffrance pour le personnel. La confrontation au grand vieillissement est en elle-même éprouvante, car la vieillesse dans les institutions est le plus souvent difficile, pathologique, marquée par la détérioration physique, psychique, par les pertes, la solitude, l'abandon. Cette perception est probablement aussi renforcée par la valeur négative qui est attribuée à la vieillesse dans notre société. Le statut actuel des personnes âgées, la dénégation qui marque la relation que chacun noue avec son propre vieillissement, la dénégation aussi de la mort, ce sont des signes qui montrent les réticences de l'homme à accepter qu'il est un être de chair. L'image du vieillissement qui est renvoyée est ressentie comme effrayante par les soignants, bien peu de personnes ressemblent en effet au vieillard auquel on aimerait s'identifier, et s'ancre petit à petit l'idée de l'inéluctabilité de la dépendance dans le grand âge. La levée des inhibitions au niveau des comportements alimentaires, sexuels ou ceux liés à l'élimination qui se produit parfois chez les personnes démentes est également source d'angoisse.

La liste n'est pas exhaustive, elle relève les principales difficultés liées à la profession en MRS. Néanmoins toutes sont source de mal-être voire de souffrance pouvant aller jusqu'au "*burn-out*".

4. Conclusion

Si guérir, sauver de la mort sont des objectifs pertinents en secteur hospitalier en MRS, un tel projet risque de conduire à de nombreuses désillusions. Non pas que tout soin thérapeutique soit voué à l'échec, mais tout soignant sait bien que, quelle que soit son action et les efforts déployés, la mort est au bout du chemin à plus ou moins brève échéance. Notre rôle est d'encadrer le personnel mais surtout leur permettre d'avoir des formations en fonction de leurs besoins et à tous les niveaux afin de leur donner les moyens de fournir des soins de qualité. Le deuxième point qui est tout aussi important, c'est de veiller que la maison de repos soit toujours un lieu de vie où les résidents peuvent s'épanouir et non un endroit où on attend que le temps passe.

Chapitre 3 : Méthodologie

Comme le souligne C.Badey-Rodriguez, le travail en gérontologie « *expose tous les jours à une demande relationnelle, quantitative et qualitative, à laquelle on ne peut jamais répondre (...). En gérontologie, s'occuper de la qualité de vie des personnes âgées, c'est aussi prendre en compte les conditions de travail des soignants* »⁸

Avant d'en venir à l'analyse proprement dite nous souhaiterions rappeler et développer quelques notions théoriques de représentation sociale afin d'aider le lecteur à comprendre notre démarche pratique.

1. Problématique

Comme beaucoup de services de soins de santé travailler auprès de personnes âgées amène une souffrance. Ce public spécifique, nous le rencontrons dans les hôpitaux et dans les maisons de repos et de soins. Pour notre étude nous avons choisi ce dernier endroit car la concentration des personnes âgées y est la plus évidente. Il serait vain pour un cadre de dire que sa seule préoccupation est le bien-être de tous au sein de l'institution. Nous devons nous rendre à l'évidence que l'importance d'un personnel moins efficace, d'une diminution de la qualité des soins, de la mauvaise ambiance toujours source de conflits, de l'absentéisme et des accidents de travail interpelle tout autant. Il apparaît que mener un travail de réflexion et de résolutions qui déboucherait sur un meilleur rendement institutionnel et en même un bien-être au travail pour le personnel permettrait au cadre d'atteindre un double objectif dont il n'aurait qu'à se féliciter.

C'est par le recours à la théorie des représentations sociales, que nous réaliserons une étude exploratoire afin de cerner certains processus psychosociaux influençant les pratiques des soignants, et notamment :

Etudier et décrire les représentations que les personnels soignants en MRS ont de la personne âgée et de leur rôle vis-à-vis de ces derniers.

Mettre en rapport les processus relevant d'une dynamique sociale et d'une dynamique psychoaffective.

Etudier l'ancrage des attitudes dans les rapports sociaux qui les génèrent, les contextualiser pour en comprendre les mécanismes de création du sens et d'orientation des conduites.

⁸ Badey-Rodriguez C., Familles et professionnelles en gérontologie : quelles difficultés ? Quelle place pour chacun ?, 2008, p.72

Pour cela, nous utiliserons, comme grille d'analyse des représentations, celle proposée par S.Moscovici, qui consiste à décrire celles-ci en termes d'attitudes, d'informations, et de champs de représentation.

Nous espérons ainsi mettre en évidence l'importance de la mise à jour des représentations et de leur dimension affective dans la relation des soignants avec les personnes âgées en institution, et de leur prise en compte pour la réalisation de projets politiques au sens large (actions éducatives, accompagnement et soutien des soignants..) pour le bien-être au travail et un personnel efficient.

2. Hypothèses

La confrontation quotidienne au vieillissement et à la mort est source de souffrance pour le soignant fortement impliqué affectivement dans la relation au long cours avec les personnes âgées...

La représentation traditionnelle du rôle soignant est elle même source de souffrance dans un contexte où l'espoir thérapeutique est faible, où l'importance de la charge de travail est elle-même source de d'insatisfaction et d'épuisement.

L'institution, à travers son mode d'organisation et de management des personnels, détermine en partie les représentations du soin et de la personne âgée, ainsi que les rôles joués par les acteurs institutionnels.

3. Concepts théoriques

3.1. *Concept théorique de représentation sociale*

3.1.1 Origine

La notion de représentation sociale occupe une place particulière en psychologie sociale : elle n'est pas encore reconnue comme un domaine spécifique, en raison des approches behavioristes qui ont dominé les études de perception sociale et l'ont assimilé à ce courant. C'est Durkheim qui le premier (1898) utilisa ce terme et tenta de constituer celle-ci en objet d'étude autonome. Mais c'est l'étude de Moscovici (1961) qui a introduit ce concept en psychologie sociale. Mais c'est l'étude de Moscovici (1961) qui a introduit ce concept en psychologie sociale; il a connu en France un développement marqué par différentes approches, portant notamment sur les femmes (Chombart de Lauwe, 1967), la culture chez les ouvriers français (Kaess, 1968), la santé et la maladie (Herzlich,1969), l'espace (Milgram et Jodelet, 1976), la maladie mentale (Jodelet 1989).

3.1.2 Définition du concept de représentation sociale

Le concept de représentation désigne, dans un sens large, une activité mentale à travers laquelle on rend présent à l'esprit, au moyen d'une image, un objet ou un événement absent.

S.Moscovici⁹ définit la représentation sociale comme un " *univers d'opinions* ".

R.Kaës¹⁰ a ajouté à cette définition le terme de croyances, entendues comme "l'organisation durable de perception et de connaissances relatives à un certain aspect du monde de l'individu".

Selon D.Jodelet¹¹, les représentations sociales sont un système de référence, de signification, qui permettent d'interpréter, de comprendre, d'expliquer et ainsi de classer les informations, les événements, les individus. Elles sont une manière d'appréhender et de penser la réalité quotidienne. Elles ont pour but de donner du sens aux choses. Cette connaissance pratique, spontanée, a des incidences sur le comportement social. Elles sont "*des modalités de pensée orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal*".

La communication : puisque les représentations sociales offrent aux personnes « *un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde et de leur histoire individuelle ou collective* »¹². Moscovici (1961)

La reconstruction du réel : « *les représentations nous guident dans la façon de nommer et de définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours ; dans la façon de les interpréter, de statuer sur eux et le cas échéant de prendre une position à leur égard et de la défendre* »¹³. Jodelet (1992)

La maîtrise de l'environnement par le sujet : l'ensemble de ces représentations ou de ces connaissances pratiques permet à l'être humain de se situer dans son environnement et de le maîtriser. Il s'agit là d'une dimension plus concrète que les précédentes, parce que la maîtrise de l'environnement nous renvoie en partie à l'utilité sociale de la notion de représentation. Nous pouvons conclure en disant que le terme de représentation sociale désigne à la fois un processus et un contenu.

⁹ Moscovici S., La psychanalyse, son image et son public, Paris, P.U.F, p.283

¹⁰ Kaës R. Images de la culture chez les ouvriers français, Paris, éditions Cujas 1968, p.31, 32

¹¹ Jodelet D., Les représentations sociales, Sociologie d'aujourd'hui, PUF, p.360

¹² Moscovici S., La psychanalyse, son image et son public, Paris, P.U.F, p.283

¹³ Jodelet D., Les représentations sociales, Sociologie d'aujourd'hui, PUF, p.360

3.1.3 Caractéristiques des représentations sociales

Les représentations sociales sont "*socialement élaborées et partagées*"¹⁴, car elles sont constituées à partir de nos expériences, des savoirs et des modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation et les relations sociales. Selon C.Herzlich, "*la représentation sociale implique d'abord une activité de reproduction des propriétés d'un objet, s'effectuant à un niveau concret, fréquemment métaphorique et organisée autour d'une signification centrale*"¹⁵. Cette reproduction est en fait un remodelage, une véritable construction mentale de l'objet, conçu comme non séparable de l'activité symbolique du sujet, elle même solidaire de son insertion dans le champ social. "*S'élaborant à un niveau concret, le produit de la représentation apparaît à l'individu comme "donné" perceptif*". La représentation est médiatisée par le langage. Ce qui pose un problème méthodologique: l'analyse d'une représentation sociale porte fréquemment l'empreinte de l'instrument de recueil du matériel.

3.1.4 Analyse des représentations

Selon S.Moscovici, une représentation sociale est analysable selon plusieurs dimensions: l'attitude, l'information, et le champ de représentation.¹⁶

L'attitude

Elle exprime un positionnement, une orientation générale, positive ou négative par rapport à l'objet de la représentation. Elle se manifeste comme une dimension plus "*primitive*" que les deux autres en ce sens qu'elle peut exister dans le cas d'une information réduite et d'un champ de représentation peu organisé.

L'information

L'information renvoie à la somme des connaissances possédées à propos d'un objet social, à sa quantité et à sa qualité (plus ou moins stéréotypée, banale ou originale par exemple).

¹⁴ Ibid., p.360

¹⁵ Herzlich C, Santé et Maladie, Analyse d'une représentation, Paris, Mouton, 1969, p.32

¹⁶ Op. Cit., p.285

Le champ de représentation

Il renvoie à l'organisation du contenu et aux propriétés proprement qualitatives, imageantes, de la représentation. Comme le niveau d'information et l'attitude, il est variable d'un sujet à l'autre comme d'un groupe à l'autre.

3.1.5 DETERMINATION D'UNE REPRESENTATION SOCIALE

Les psychosociologues ont peu abordé le problème de la détermination sociale de la représentation, dont le caractère social se lit selon eux dans l'organisation de la représentation, dans les fonctions de construction de la réalité et d'orientation des comportements.

Selon Moscovici toutefois, il existerait à la fois une détermination par "*la totalité des circonstances sociales*", qui jouerait sur l'information circulant à propos de la représentation, et, d'autre part, une "*orientation de nature plus psychologique*"¹⁷.

Celle-ci serait une combinaison d'expériences individuelles et collectives et de facteurs motivationnels et normatifs.

3.1.6 REPRESENTATIONS SOCIALES ET CONDUITES

Le rôle de la représentation sociale dans l'élaboration des conduites a été peu étudié, dans la mesure où les études réalisées ont pour objet le recueil du discours et ne permettent pas d'analyser directement l'impact de l'une sur l'autre.

Selon C.Herzlich, l'orientation des conduites constitue toutefois une des fonctions essentielles et spécifiques de la représentation, "*à condition de ne pas donner à la notion d'orientation le sens d'un lien simple et direct manifestant un impact univoque de la représentation sur les conduites*"¹⁸.

3.1.7 Analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales

Le support de l'analyse de contenu est le discours produit dans le processus de communication. Ce fait indique un double objectif de l'analyse de contenu : d'un côté, elle tente de dégager la signification de l'énoncé pour l'émetteur, c'est-à-dire sa subjectivité, de l'autre côté, elle cherche à établir la pertinence pour le récepteur, à savoir son objectivité. L'objectivité de l'énoncé est liée à sa nature sociale, car celui-ci transporte des significations pertinentes pour un groupe donné. Dans ce processus, les représentations sociales enracinent le discours dans un contexte symbolique familier pour les deux participants classiques de la communication. Elles permettent aussi d'imprimer un caractère subjectif au contenu du

¹⁷ Op. Cit., p.343

¹⁸ Op. Cit., p.33

discours. Chaque énoncé peut alors devenir un indicateur des représentations sociales qui participent à sa constitution. Pour l'analyse de contenu qui vise l'examen à l'aide d'indicateurs des conditions de production du discours et de leur signification réelle pour la communication, les connaissances sur les dynamiques des représentations sociales sont très utiles.

Nous présenterons des techniques d'analyse de contenu qui ont pour objectif l'étude des unités fondamentales (attitudes, information, attitudes, champ de représentations) participant à la constitution des représentations sociales. Il est important de faire la distinction entre l'analyse de contenu et l'analyse du contenu d'une représentation sociale. Le contenu d'une représentation sociale est formé par l'ensemble des éléments d'une représentation. L'analyse du contenu est la méthode par laquelle on examine ces éléments. Si l'analyse du contenu se réfère à la représentation sociale, l'analyse de contenu se réfère au discours. Dans l'étude d'une représentation sociale par la méthode des entretiens, l'analyse de contenu des entretiens peut nous aider à faire l'analyse du contenu de la représentation sociale.

3.2. Notion de rôle

Le rôle est un concept majeur pour définir l'identité sociale des individus. Il en représente l'élément statique et structurel. Il sert à décrire les comportements des personnes qui occupent ces positions. Il en représente donc l'élément dynamique et fonctionnel. Dans la pratique, le comportement de rôle est toujours un compromis entre la définition normative du rôle, les attentes de rôle, et la personnalité de chacun. L'individu conserve donc toujours une part de liberté dans l'interprétation de son rôle. Il faut associer au statut non pas un, mais des faisceaux de rôles correspondant aux attentes des différentes personnes qui occupent des rôles complémentaires; par exemple, le statut d'aide-soignant engage ce dernier dans des relations avec plusieurs partenaires: les personnes âgées, leurs familles, ses collègues aides-soignants, mais également l'infirmière, le médecin chef, etc. Il est peu probable que chacun d'eux ait les mêmes attentes vis-à-vis de l'aide soignant. L'existence d'attentes contradictoires permettra au titulaire du rôle de préserver une certaine autonomie dans la manière de l'exercer.

En conclusion nous dirons que :

L'étude des représentations sociales nous apparaît pertinente car ce travail porte sur l'étude des comportements du personnel soignant face aux difficultés de la prise en charge des résidents. Sa prise en compte permet de comprendre les individus de l'institution et les groupes dont ils font partie en analysant la façon dont ils se représentent eux-mêmes et les résidents. Les connaissances produites par l'analyse des représentations peuvent aider à comprendre des fondements des systèmes de pensée et d'actions personnels et/ou collectifs

lors de cette prise en charge. La notion de rôle nous permettra d'opérer un lien entre individu et la société et plus particulièrement de passer du registre comportement à celui de la conduite sociale en fonction individuel de son statut.

4. Choix de la méthode de recueil

Nous avons choisi une méthode "*classique*" de recueil des représentations, c'est à dire l'entretien semi-directif individuel centré sur les conceptions et les logiques subjectives des interviewés. Durant cet entretien, pour le recueil de représentation nous avons utilisé l'outil du photolangage.

4.1. Concept

Le photolangage, c'est à la fois un outil et une méthode. Il est utilisé en animation pour faciliter l'expression des personnes et le travail en groupe. Ici, il est utilisé individuellement.

4.2. Origine du concept

Inventé en 1965 par Claire Belisle et Alain Baptiste (France), dans le contexte d'émergence de grands mouvements de pensée "*non-directifs*", le photolangage a connu un vif succès dans le secteur de l'éducation permanente et le secteur associatif en général, mais aussi dans le monde de l'entreprise ou des administrations. Il est utilisé un peu partout dans le monde, témoignant de son universalité comme média.

4.3. Support didactique

En tant qu'outil, le photolangage est composé d'une série de photos thématiques qui vont servir de support pour faciliter l'expression.

S'il est possible de trouver des séries toutes faites de photos, nous avons conçu l'outil en fonction des critères de choix des photos, qui dépasse le caractère esthétique de l'image.

Notons que toutes les photos sont en noir et blanc de manières à préserver leur neutralité.

Nous avons opté pour des vues de type environnementale c'est-à-dire différents espaces de vies (ex : promenade au parc, repas), différentes attitudes et comportements à composantes symboliques (ex : solitude, communauté, gestuel, sentiment).

4.4. Méthode

Le Photolangage est une méthode qui peut-être utilisée en groupe ou individuellement.

Le but de l'activité était de favoriser l'expression et la reconnaissance de la diversité des façons d'être en relation avec la personne âgée, des expériences de chacun dans sa diversité, avec ses opinions, ses désirs, ses valeurs. Il ne demande aucune compétence particulière.

5. Pré-test

Le pré-test à été effectué sur trois personnes d'une autre institution MRS de la région où se déroule l'enquête. A la suite de celui-ci certains items trop flou on été reprecisé notamment dans la liste sentiments et émotions 2.3, le nombre de mots à la question 3.1, ainsi que la liste des activités de la question 3.2

6. Construction de l'entretien

La construction de l'entretien s'est ordonnée en fonction des informations recherchées, c'est à dire :

- Un recueil d'informations générales, concernant l'origine des personnes, ainsi que leur formation.¹⁹
- Un questionnaire portant sur leurs représentations de la personne âgée vivant en institution.²⁰
- Un questionnaire portant sur leurs représentations du rôle joué par le soignant vis-à-vis des personnes âgées, à l'intérieur de l'institution.²¹

7. Techniques de recueil

Afin de recueillir et de pouvoir croiser des données significatives, nous avons eu recours à différentes techniques au cours de l'entretien, la conduite de l'entretien étant identique pour chaque personne. Chaque entretien a été fait, enregistré et retranscrit par une tierce personne afin de ne pas influencer l'enquête.

- Le photo langage: il s'agit d'une méthode projective, utilisée pour obtenir des représentations. Nous demandons aux personnes de choisir 2 photographies évoquant le plus l'objet de la représentation (ici, les personnes âgées vivant en institution), puis nous leur demandons d'expliquer leur choix.

19 voir Annexe 1

20 voir Annexe 1

21 voir Annexe 1

- Le choix d'items : nous demandons aux personnes de choisir un nombre donné d'items au sein d'un tableau proposant de multiples réponses. (Ici, nous avons demandé aux personnes de nommer les 5 sentiments qu'ils éprouvent le plus fréquemment vis-à-vis des personnes âgées).
- Les questions fermées. (Vérification d'hypothèses)
- Les questions ouvertes. (Recherche d'informations)

8. Choix de la population cible

L'institution que nous avons choisie comporte cinquante-six travailleurs répartis comme suit : seize infirmiers/ières, vingt-sept aides-soignant(e)s, trois kinésithérapeutes, un logopède, un ergothérapeute, un psychologue, une assistante sociale, cinq animatrices, une coiffeuse.

Ayant initialement limité la population enquêtée aux seules catégories infirmière et aides-soignantes, pour des raisons à la fois techniques (réalisation et exploitation des données), et stratégiques (ces deux catégories de personnels étant les plus présentes auprès des personnes âgées), nous avons intégré des personnes d'autres catégories pour avoir un autre point de vue, en effet nous pensons que dans leur fonction, ces personnes ont un rôle important et qu'elles aussi à leur niveau "*soignent*" Il s'agit d'animatrices, embauchées à plein temps auprès des personnes âgées, ainsi qu'une personne occupant la fonction de coiffeuse.

9. Déroulement de l'enquête

Après avoir obtenu l'accord de principe du directeur de l'institution, j'ai rencontré l'infirmière chef de service. Ce premier entretien m'a permis de recueillir une première information concernant le contexte institutionnel, de présenter l'objet de notre recherche ainsi que les principes et modalités selon lesquelles nous souhaitons effectuer ces entretiens: volontariat, confidentialité des données, retour à l'établissement et aux personnes sous forme de synthèse, enfin, durée approximative de trente minutes. Il fut convenu que l'infirmière chef de service présenterait elle même cette recherche à son équipe, afficherait dans le service un document présentant le thème de la recherche et un planning vierge afin que les personnes intéressées s'inscrivent.

10. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu sur une période de deux semaines, à l'intérieur de la plage de travail du personnel, et se sont déroulés dans une pièce à l'abri des perturbations, avec une grande table nous permettant de disposer les vingt-cinq photos du photo langage. Leur durée a varié entre vingt et trente-cinq minutes en fonction des personnes. Ils ont tous été enregistrés au magnétophone.

11. Analyse des données

Cette phase a d'abord nécessité l'écoute et la retranscription littérale de chaque entretien, puis le découpage thématique de ceux-ci en fonction des objectifs poursuivis, c'est à dire :

- Les représentations de la personne âgée vivant en institution. :
- Identification des thèmes principaux apparus lors du photo langage, et fréquence d'apparition par catégorie professionnelle.
- Identification des adjectifs choisis concernant les personnes âgées, et fréquence d'apparition par catégorie professionnelle.
- Identification des sentiments choisis, et fréquence d'apparition par catégorie professionnelle.
- Analyse thématique des réponses aux questions portant sur les relations avec les personnes démentes.
- Les représentations du rôle :
- Identification des items principaux et fréquence d'apparition par catégorie professionnelle.
- Description des activités.

12. Limites et biais méthodologiques

Il est important de noter que nous pouvons rencontrer certains biais qui affecteront plus ou moins nos résultats. Un des biais que nous avons pu éviter est lié au choix de l'endroit. C'est dans un établissement inconnu professionnellement que nous avons effectué l'enquête. Nous nous sommes efforcés de tenir compte des moments où la charge de travail laissait plus de temps aux différents intervenants afin d'éviter au maximum le stress. Pour donner aux personnes interrogées une aire neutre, on nous a octroyé un local spacieux un peu en dehors du service. Pour le photolangage, nous avons préféré d'une part des représentations en noir et blanc, et d'autre part d'un même format dans le but de garder à cet outil toute neutralité. Pour

tenter d'atténuer le biais de confirmation l'autocensure ainsi que les facteurs d'influence, les entretiens ont été enregistrés et retranscrit et classés par une tierce personne. Nous pensons que le photolangage a permis aux personnes de s'exprimer avec spontanéité et de ce fait diminuer le risque du biais de la désidérabilité sociale.

En résumé nous pouvons dire que du point de vue méthodologique, nous soulignons que la méthode de recueil des informations est sans doute discutable: il s'agit en effet de productions discursives dont il est difficile de savoir si elles sont liées au contexte ou si elles énoncent une opinion ou une attitude effectivement assumée par les personnes. Par ailleurs, si cette méthode peut permettre d'accéder à la détermination du contenu spécifique des représentations, elle n'autorise que le simple repérage d'axes généraux qui restent à confirmer. Enfin, la limite essentielle tient à la taille de l'échantillon ainsi qu'à son appartenance à un contexte spécifique, qui ne permet pas la généralisation des résultats à d'autres établissements.

Chapitre 4 : Résultats

Sur les vingt entretiens prévus, dix-sept seulement ont pu être réalisés, pour des raisons inhérentes d'une part à l'organisation du service, d'autre part à quelques "oublis" de rendez-vous.

Nota: chaque fois que c'est possible, un tableau permet de visualiser les thèmes.

1. Recueil d'informations

Les dix-sept personnes interrogées travaillent en maison de repos et de soins. Elles se sont portées volontaires. Le groupe ainsi constitué se compose d'une majorité de femmes dont la tranche d'âge dominante est de vingt à vingt neuf. Les fonctions occupées par le personnel ayant souhaité participer aux entretiens sont de quatre infirmières, un infirmier, sept aides-soignant(e)s ont répondu à l'appel alors qu'il y a plus de la moitié des animatrices. La coiffeuse a voulu participé car elle estimait qu'elle jouait un rôle dans la prise en charge du résident.

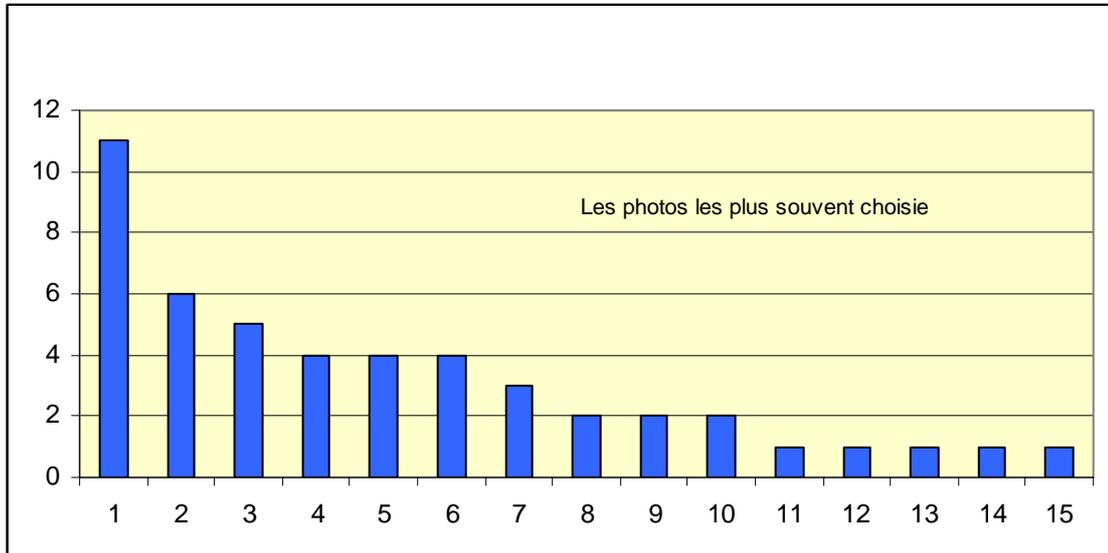
Nous constatons que sur les dix-sept personnes, seize ont suivi une formation. une seule récemment engagée n'a pas encore eu cette opportunité. Nous pouvons dire que nous sommes dans une institution qui incite son personnel à suivre des formations.

Un biais s'est introduit dans ce recueil d'information, en effet nous ignorons l'ancienneté du personnel. Cela nous aurait peut-être été utile pour l'interprétation des résultats de l'analyse.

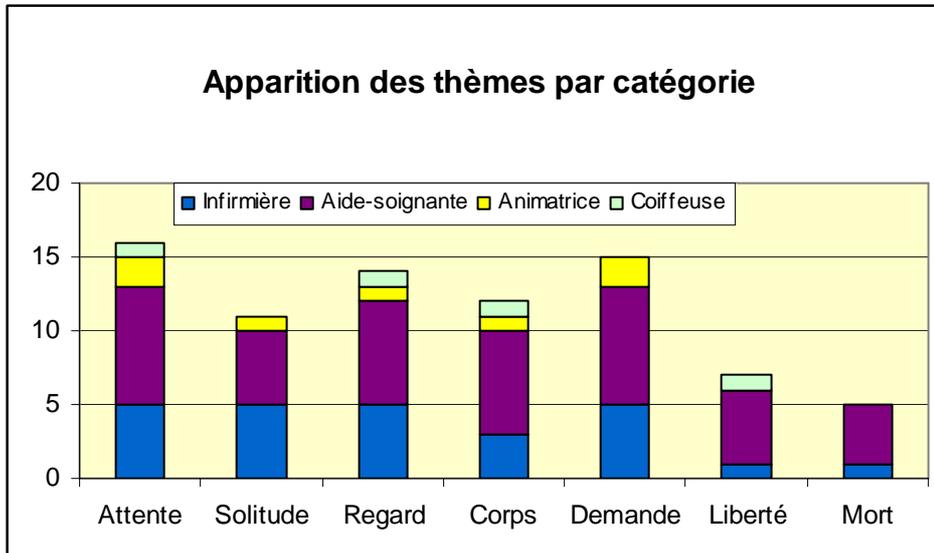
2. Représentations de la personne âgée

2.1. Photolangage : analyse thématique

a) Analyse quantitative



b) Analyse qualitative : Les thèmes évoqués lors du photolangage



L'attente

Evoqué par la quasi-totalité des personnes, le thème de l'attente émerge de façon récurrente à propos des photographies 1, 2, 5 et 7.

Les personnes âgées sont représentées dans un état permanent d'attente. Cette attente représente presque une activité à part entière: "*leur temps est consacré à l'attente*".

Elle est souvent sans objet précis: "*elles attendent*", parfois liée aux rythmes institutionnels: "*elles attendent le lever, puis elles attendent encore pour la toilette, puis de nouveau le repas etc...* ", dans une morne répétition, "*une chaîne sans fin*".

L'attente est également reliée à la perte d'autonomie, au besoin d'aide.

Elle est aussi reliée à la mort, bien que celle-ci ne soit pas évoquée de façon directe: "*le tunnel*" m'évoque leur attente. "*Ils ne voient pas le bout de leur vie...*", "*ici, c'est leur dernière demeure*". "*C'est l'attente du départ*".

La solitude

Le thème de la solitude est évoqué essentiellement à partir des photographies 1 et 2.

"*Ici il y a une grande solitude*", "*Ils sont seuls, si seuls, alors qu'ils sont nombreux*".

Certains soignants y associent l'impression d'isolement (4 fois), de retrait, de repli (10 fois), d'ennui (4 fois), de perte d'intérêt, de désinvestissement. "*A la fin ils ne veulent plus sortir*", "*la plupart s'isolent, refusent le contact avec les autres, plus rien ne les intéresse*".

Les personnes âgées sont aussi parfois perçues comme sans projet (2 fois).

Elles sont fréquemment décrites comme tristes (à 5 reprises).

Le regard

La photographie n°2 attire de nombreuses réflexions sur le regard de la personne âgée :

Regarder est une activité. Les personnes âgées regardent devant elles, autour d'elles, elles regardent aller et venir les soignants affairés: "*Elles regardent tout ce qui se passe...*", "*elles observent nos allées et venues*".

C'est tantôt un regard triste, vide, tantôt un regard actif, communicant: "*le regard ne vieillit pas*", "*il a le regard inquiet*", "*elles communiquent leurs sentiments et parfois leur rancœur par le regard*".

C'est aussi un regard inquiet cherchant dans le miroir, l'image de soi : "*elles cherchent à se reconnaître*".

Le corps

Le corps de la personne âgée est également évoqué, notamment à partir des photographies 3, 11, 13 et 15.

Corps douloureux, soumis à des soins ou à des manipulations parfois pénibles: *"On leur fait mal parfois"*.

Corps, *"vieilli"*, *"abîmé"*, *"meurtri"*, *"corps qui se dégrade"*, image du corps impossible à percevoir pour les personnes démentes, image de soi *"choquante pour les personnes en fauteuil roulant qui ne peuvent pas se voir au quotidien dans la glace"*, choquante pour certains soignants: *"c'est ça qui m'a choqué surtout, quand je suis arrivée, ces corps vieillissants, marqués"*.

Mais aussi corps mémoire, peau *"qui parle"*, peau qui est *"douce, agréable à toucher"*, *"les rides et les creux, les visages ridés sont beaux"*.

Les soignants parlent, nous l'avons dit plus haut, du regard *"clair"*, de ce regard *"qui ne vieillit pas"*.

Deux soignants évoquent avec une certaine force le non-respect de ce corps : *"Un corps à nu"*: Ici, il y a un manque de respect du corps. Ils sont changés à la chaîne, vite fait, sans respect du corps et de l'intimité. Le corps est mis à nu, tous les jours: on oblige à la douche et à la nudité, *"les soignants, pour aller plus vite, demandent qu'on coupe les cheveux des personnes"*.

Un soignant évoque les besoins sexuels des personnes âgées: *"elles ont les mêmes besoins que tout le monde, c'est ce qui m'a le plus surpris quand je suis arrivé, c'est leur vie intime, leur vie sexuelle"*.

La forte demande

Les personnes âgées sont perçues comme très demandeuses:

Demande d'ordre affectif : *"Elles demandent de l'affection, de l'attention, de l'écoute..."*, liée à la situation d'abandon dans laquelle elles se trouvent. Les soignants les décrivent en effet comme des *"sans famille"* (6 fois), *"ils n'ont souvent plus de famille..."*, *"J'en connais qui depuis des années n'ont jamais reçu une visite..."*

Demande d'aide également, pour les actes de la vie quotidienne et la satisfaction de leurs besoins, liée à la perte d'autonomie: *"Beaucoup dépendent de nous sinon elles ne font rien d'elles même, ni leur toilette, ni l'alimentation..."*

Cette demande leur semble importante, continuelle: "*Ils veulent tout, tout de suite*", "*Elles comptent beaucoup sur nous, pour tout...*", "*Elles nous sollicitent sans cesse, elles tendent la main, elles aussi...*".

En parallèle, les soignants évoquent leur difficulté à satisfaire cette demande (5 fois), difficulté attribuée par eux à la charge de travail : "*on n'a pas beaucoup de temps à leur consacrer*", "*je suis seule pour 80 personnes*", "*on n'a pas 5 minutes à leur accorder*".

Le respect de la liberté

L'absence de respect de la liberté des personnes âgées est également évoquée :

Liberté dans la décision d'institutionnalisation: "*Eux n'ont pas choisi d'être là ; ceux qui ont leur tête ils le disent, qu'ils aimeraient être ailleurs, s'évader...*"

Liberté d'expression et de décision au quotidien: "*La liberté: les laisser s'exprimer, choisir ce qu'ils veulent faire ou pas, respecter leurs choix, ne pas les forcer à assister à des animations lorsqu'ils ne le souhaitent pas. C'est aussi le fait de les laisser partir...*"

Absence de respect de l'intimité également: "*Beaucoup de soignants ne frappent même pas aux portes*".

La mort

Si le thème de la mort est peu évoqué directement (photos 9, 10, 13), il apparaît pourtant à de rares reprises, associé comme nous l'avons vu plus haut à l'attente, et mis à distance dans le langage: "*Ils s'en vont*", "*C'est ici leur dernière demeure*".

A deux reprises seulement le mot "*mort*" est utilisé: "*Ils attendent la mort*", cette personne me dit souvent "*je serai mieux dans le trou*".

c) Conclusion

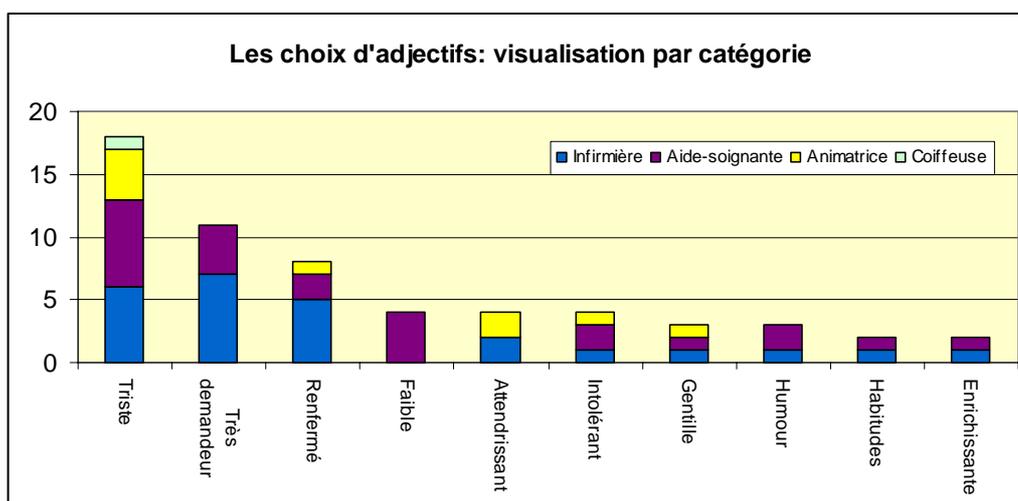
Deux thèmes se distinguent pour presque toutes les personnes interrogées : l'attente et la demande tant pour les soignants que les animatrices.

Ces deux états deviennent dans la représentation une activité à part entière. Le regard quand à lui est vu comme un moyen (parfois le dernier) de communication. Pour le corps et la demande, ils sont liés à la pénibilité du travail par le personnel soignant. Ils évoquent la difficulté de satisfaire à ces items.

Enfin, la liberté et la mort sont peu évoquées. Elles sont source de malaise. Le constat que l'on peut faire, c'est le caractère pessimiste des représentations de la personne âgée.

2.2. Choix d'adjectifs : analyse quantitative et qualitative

a) Analyse quantitative



b) Analyse qualitative

Je distinguerai, dans la présentation des adjectifs, les thèmes dominants, arbitrairement fixés à 8 apparitions et plus, et les thèmes secondaires, apparus 4 fois maximum.

Les thèmes dominants

Tristes

Le terme triste est choisi 9 fois, mais les soignants décrivent également les personnes âgées comme "déprimées" (1), lasses (2) : "elles sont lasses d'être là", "elles sont lasses de vivre", "ils en ont marre, marre de se voir comme ça", "elles sont fatiguées de la vie" (1).

Parfois décrites comme "résignées"(2), elles sont aussi perçues comme "malheureuses"(1), voire "en détresse" (1).

Très demandeuses

Ce sont surtout les infirmières qui jugent ainsi les personnes âgées: "Elles sont très demandeuses"(4), mais aussi exigeantes (1): "Souvent elles revendiquent, ou elles disent qu'elles ont mal", et impatientes (2): "Elles réclament beaucoup et tout de suite".

Les aides-soignantes n'évoquent ce dernier qualificatif qu'à 2 reprises: "*elles ont besoin qu'on s'occupe d'elles, qu'on leur parle, qu'on passe un moment avec elles*". L'une d'elle décrit comme "*stressantes*" les personnes âgées "*qui crient et déambulent*".

4 personnes expriment ici encore leur difficulté à répondre à cette demande.

Renfermées

Ce sont surtout les infirmières qui décrivent les personnes âgées comme seules, "*renfermées en elles-mêmes*", "*isolées*", "*dans le refus de ce qu'on leur propose*".

Les thèmes secondaires

La vulnérabilité

Cette fois, ce sont les aides soignants qui choisissent surtout le qualificatif faible.

Ces derniers décrivent les personnes âgées comme faibles "*moralemment et physiquement*", fragiles, vulnérables: "*elles ne peuvent pas se défendre*".

Une soignante évoque les réactions des personnes âgées vis à vis des comportements des soignants: "*quelquefois si on les bouscule (on a le chrono en main), elles lèvent la main*".

Attendrissantes

Ce sont les infirmières et les accompagnatrices de vie qui jugent ainsi les personnes âgées

"Elles sont mignonnes, même si elles perdent un peu la tête", "Elles sont attendrissantes: certains nous font penser à nos grands-parents", "elles sont émouvantes, surtout quand elles se mettent à raconter leur vie", "c'est un peu comme un retour à l'enfance, on rigole bien ensemble, la relation est affectueuse".

Intolérants

Les soignants jugent parfois les personnes âgées intolérantes entre elles, peu indulgentes, quelques fois même agressives.

Gentille

Certains soignants décrivent les personnes âgées comme amicales, gentilles: *"trop gentilles même: on n'est pas toujours sympa avec eux, on fait des soins parfois douloureux, ils le prennent bien"*.

L'humour

Certains soignants évoquent l'humour des personnes âgées, un humour qui est une forme de rempart contre le désespoir: *"Ils rient facilement ", "ils ont de l'humour: ici pour eux, c'est sans issue, et rien n'est fait pour rire, alors quand on leur tend la perche, ils rigolent ", "c'est tout ce qui leur reste "*.

Attachées à leurs habitudes

"Leurs habitudes ont une importance terrible pour eux: leur place dans le réfectoire, la place des choses...". "Ils sont ancrés à leurs habitudes qu'il ne faut surtout pas toucher, c'est énervant à la longue, d'entendre tous les jours les mêmes paroles, les mêmes recommandations: elles demandent de rapprocher la table, de poser tel objet à tel endroit précis, alors que de toutes façon je vais le faire".

Enrichissantes

"Elles m'apportent des connaissances du passé, racontent des choses, elles ont une façon de parler de leur vie qui nous enrichit. Elles arrivent à nous conseiller, nous soutenir...", *"ils nous apportent beaucoup aussi"*.

Elles ont besoin de donner leur avis sur ce qui les concerne

"Et il en est rarement tenu compte..."

Elles sont vulgaires

"Elles disent des gros mots..., alors qu'elles n'en avaient jamais dit de toute leur vie, c'est choquant !"(1 A.S.)

Elles sont perdues: (1 Infirmière).

c) Conclusion

Nous retrouvons ici certains thèmes apparus lors du photolangage comme la tristesse des personnes âgées reprise à part égale par tous les différents acteurs de l'institution. Leur isolement et la pression de la demande sont surtout mis en évidence par les infirmières, par contre, aucune des animatrices ne retient ce dernier adjectif. La difficulté de répondre aux demandes est de nouveau exprimée. Les thèmes dominants dans cette analyse sont de nouveau pessimistes.

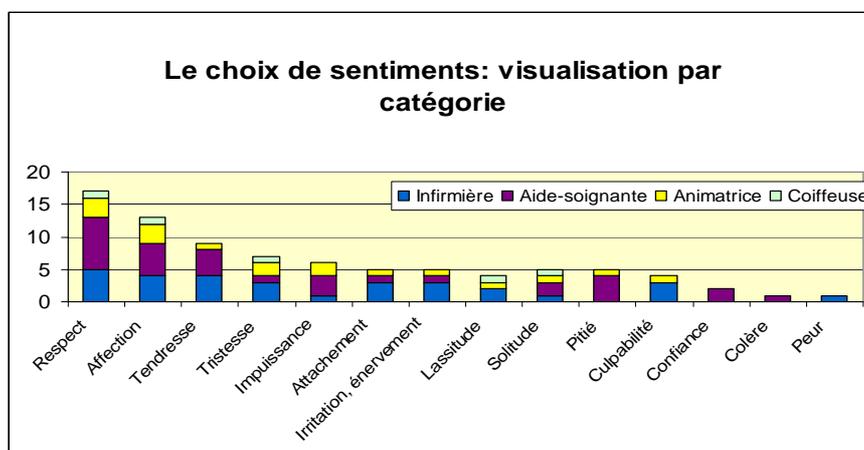
Dans les thèmes secondaires un adjectif est repris essentiellement par les aides-soignantes : la vulnérabilité. Nous faisons le rapprochement avec la représentation du corps dans le photolangage qui interpellait exclusivement cette même fonction. Nous pensons que le lien entre ces 2 thèmes est la toilette effectuée sur la personne âgée par ce personnel.

Notre travail théorique nous amène à dire que les aides-soignantes auraient entre leurs mains le dernier bastion de l'intimité, de l'identité de la personne âgée. Nous posons la question. Comment aborde-t-on de manière psychologique l'acte technique de la toilette ? Cette question est d'autant plus interpellante qu'aucune aide-soignante n'a qualifié la personne âgée d'attendrissante. La surcharge de travail liée à la routine serait-elle un frein à une relation privilégiée lors des toilettes ou devrait-on plutôt voir le fait que seul l'aspect physique retient l'attention de ce personnel.

Sur les dix adjectifs les plus souvent cités quatre sont positifs. Les infirmières et les animatrices jugent les personnes âgées attendrissantes. Tous s'entendent pour dire qu'elles sont gentilles. Ce sont plutôt le personnel infirmier et les aides-soignantes qui les jugent enrichissantes et ayant de l'humour bien que celui-ci apparaisse comme une forme de rempart contre le désespoir. Cependant, derrière l'image du bon vieillard respectable, enrichissant et affectueux, se profile bien que discrète, celle du vieux figé, tatillon, intolérant, voire sale, vulgaire et agressif.

2.3. Choix de sentiments : analyse quantitative et qualitative

a) Analyse quantitative



b) Analyse qualitative : Les thèmes évoqués lors du photolangage

Le respect

Certains d'entre eux évoquent la marque de l'éducation : *"Ce sont nos aînés, on leur doit le respect", "On doit respecter les personnes âgées"*.

Si le respect est dû à chacun, il est dû en particulier à la personne âgée eu égard: *"à son âge, à son expérience, à la vie qu'il a vécue, l'homme ou la femme qu'il a été"*.

C'est encore le respect dû à l'âgé qui pourrait être le grand-parent : *"Je les respecte et j'en prends soin comme si c'étaient mes grands-parents que je n'ai plus", "ici, on les compare à nos grands-parents et on les respecte, ça favorise la relation"*.

Le soignant, plus que tout autre, doit respecter la personne âgée, sans restriction : *"même s'ils perdent la tête", et "même s'ils nous tapent, même s'ils ont des réactions qu'on ne comprend pas"*. Certaines aides-soignantes insistent sur les marques de respect: On doit dire *"vous"*, et *"Madame"*, d'autres, sur leur nécessaire réciprocité : *"Ca doit être dans les deux sens"*.

On insiste également sur la nécessité de respecter les choix des personnes, *"ne pas les forcer par exemple à assister aux animations"*.

Une autre, enfin, dénonce avec passion le non-respect des personnes: Il est inadmissible de dire *"je n'ai pas eu le temps"*, C'est une faute grave ! Quand on expédie les toilettes, qu'on incite les gens à uriner dans les couches, il y a non-

respect des personnes et de leur corps. Le coucher, il faut le voir pour le croire...Je pense à mes parents et à ma grand-mère: pour rien au monde je ne les laisserai là-dedans.

La tendresse, l'affection

Un nombre important de choix (13 et 9) a été effectué sur ces deux items.

Ces termes sont choisis isolément ou bien ensemble par la totalité des personnes.

Beaucoup évoquent l'attachement, les liens qui se nouent avec le temps, entre eux et les personnes âgées (10) : "*On apprend à se connaître*", "*On fait partie de leur vie*", "*une relation s'instaure*".

Si les personnes âgées racontent leur vie, ils font aussi partie de la vie -fût-elle professionnelle- des soignants, et sont parfois témoins d'évènements importants de leur vie : "*quand j'ai attendu mon enfant, ils ont suivi toute ma grossesse et quand je suis venue présenter mon enfant à mes collègues et qu'ils l'ont vu, ils étaient aux anges ! On a vraiment partagé cela, cette joie*".

Certains soignants (7) évoquent des affections particulières, des affinités sélectives pour l'une ou l'autre des personnes dont elles s'occupent. Parfois (2), c'est la personne âgée qui instaure une relation où le soignant est "*pris*" pour l'enfant absent, parfois c'est le soignant qui "*retrouve*" chez certaines personnes des traits qui évoquent une grand-mère. Il arrive même qu'un soignant ait à veiller sur des proches: "*Quand je suis arrivé, je me suis occupé des parents de ma femme*".

Mais lorsque des liens d'attachement profond se tissent, les séparations sont douloureuses, alors les soignants essaient de se maintenir à distance affective : "*Quand je m'attache, c'est trop dur les départs*", "*J'évite de m'attacher maintenant car je me suis attachée à certains, et quand ils sont partis, ça m'a fait mal*".

Une soignante regrette enfin que l'on ne dispense finalement que peu de marques d'affection : "*on ne prend pas assez de temps pour faire des caresses*".

La tristesse

Ce qui cause la tristesse du soignant (7 rép.), C'est parfois la solitude, parfois le "départ" d'une personne âgée: *"j'en ai vu partir tout seuls dans leur coin, comme ce monsieur dont la femme, pourtant prévenue, n'a pas voulu se déplacer, ça me rend triste"*. C'est aussi sa déchéance, sa dégradation: *"quand on est jeune et que tout va bien, et qu'on voit les personnes âgées qui vieillissent, on est triste car on se dit qu'avant ils vivaient normalement, ils sortaient, bougeaient, en famille ou avec des amis; on est triste de les voir si diminués"*.

Une infirmière explique que sa tristesse est liée à un sentiment d'insatisfaction personnelle: *"J'ai le sentiment de ne pas bien travailler, je n'ai pas l'impression d'avancer, j'apporte ce que je peux mais ce n'est rien"*.

L'impuissance

Les soignants ayant exprimé ce choix (6 rép.), l'expliquent par ce qu'ils considèrent comme des échecs professionnels: *"Vis-à-vis de la santé. On a beau s'occuper d'eux, il arrive un moment où on ne peut plus grand-chose", "Surtout pour ceux qui ont perdu leur autonomie, on aimerait qu'ils puissent faire beaucoup de choses d'eux-mêmes, et on ne peut souvent rien faire"*.

Parfois pointe de la culpabilité : *"On remet en cause ce que l'on fait, par exemple en cas de chute, de plaie qui a mal évolué, qu'on aurait pu stopper, impuissance de ne pas pouvoir en faire plus, par rapport au temps"*.

Les animatrices expriment leur sentiment d'impuissance vis-à-vis des personnes âgées qui refusent leurs propositions d'accompagnement : *"J'insiste pour sortir la personne -ils disent toujours qu'ils s'ennuient- ou pour jouer, et ça ne marche pas"*, ainsi que vis-à-vis des personnes dépendantes: *"Je ne sais pas trop quoi faire, ni comment les aborder, surtout quand elles ne parlent plus"*.

La joie

Les personnes expriment leur joie à travailler avec les personnes âgées (5 rép.) : *"tous les matins, je suis contente de les retrouver", "je suis toujours contente de venir travailler. Je les fais rire, ils me font rire", "La joie par rapport à ce qu'on peut leur apporter, au travers d'un soin, d'une conversation, ça me rend joyeuse", "La joie d'être avec eux".*

Certaines évoquent la joie, le plaisir de constater les progrès d'une personne, ou son plaisir parfois: *"Pour certains qui ont perdu leur autonomie, un geste, une parole nous ravissent, on est contents. Ca n'est pas énorme, mais c'est déjà beaucoup", "Voir une personne qui a un problème qui se résout, comme Mme X qui remarche après sa fracture du col du fémur. C'est aussi voir une personne qui a de la visite, qui rit, qui est heureuse, ça nous rend heureux".*

L'irritation, l'énervement

Quelques soignants évoquent ces sentiments (5 rép.), qu'ils relient à l'importante demande des personnes âgées et à leur incapacité d'y faire face: *"Quand tout le monde me sollicite en même temps", "Vis-à-vis de certaines personnes, leurs demandes incessantes pour lesquelles je ne peux rien, la douleur par exemple".*

La lassitude

Quelques soignants (4 rép.) relient ce sentiment à leur travail, qu'ils jugent pénible ou répétitif: *"J'en ai un peu marre, c'est fatigant physiquement et moralement, de les supporter, et de les voir partir", "lassitude de toujours faire la même chose", "A cause de la répétition: c'est fatigant d'entendre tous les jours les mêmes choses, de supporter les rituels des personnes, de les voir faire les mêmes gestes, dire les mêmes mots".*

La solitude

Curieusement, le commentaire du choix solitude (5 rép.) a toujours été le suivant: *"Eux, ils sont seuls"*, commentaire non congruent avec l'ensemble des réponses vis-à-vis desquelles il y a eu peu d'ambiguïté concernant le sujet sensé éprouver les sentiments.

Pitié, compassion

Les soignants expriment parfois un sentiment de compassion vis-à-vis de la solitude des personnes âgées (5 rép.): "*beaucoup n'ont plus personne*", de leur dépendance: "*elles sont impuissantes, elles voudraient marcher, être valides et ne peuvent pas*", "*Elles ne peuvent plus faire ce qu'elles veulent*". "*Pitié aussi devant l'infirmité comme l'Alzheimer*".

Compassion face à la difficulté de vieillir, qui, comme le dit l'une d'entre elle, "*est notre lot commun*".

La culpabilité

3 personnes expriment un sentiment de culpabilité: "*Je n'ai pas l'impression de faire bien mon travail*", "*La culpabilité car on n'a pas trop le temps de les écouter, d'être avec eux, de rester le soir avec eux pour apaiser leur anxiété*", "*culpabilité quand elles demandent des choses et que je n'ai pas le temps...*"

La confiance

Parmi les soignants (4 rép.) qui s'expriment sur ce thème, deux évoquent la confiance que les personnes âgées éprouvent vis-à-vis des soignants, deux autres expriment la confiance qu'ils ont en leur propres ressources: "*La confiance en moi, en mes capacités à m'occuper d'eux, à les aider quand ils se souillent par exemple, à les soutenir*".

Colère

Une personne enfin, fait état de sa colère : "*Vis- à- vis du système. Beaucoup de choses sont inadmissibles: l'organisation, le manque de personnel. Ici il y a une infirmière pour 80 personnes: On ne peut pas travailler correctement, on ne peut pas s'occuper d'eux, même pour discuter quelques minutes. Je suis ici depuis 2 ans et je n'ai pas fait ce métier pour travailler de cette façon*".

Peur

Une personne fait part de sa peur face à son propre vieillissement: "*Peur de notre devenir. Un jour ça sera notre tour, et on devra se séparer de notre maison, de notre famille, de ceux qu'on aime. Peur encore de devenir vieux, moche, peur de la fin de la vie*".

c) Conclusion

Nous souhaiterions tout d'abord attirer l'attention sur une erreur méthodologique : en effet, même si le langage usuel utilise la tournure de phrase "*avoir un sentiment de respect*" le terme respect n'est pas un sentiment mais une valeur. A ce titre, il n'aurait pas dû figurer dans le tableau posé. Ayant constaté cette erreur trop tardivement, et noté par ailleurs l'importance occurrence de cet item (17 réponses). Nous avons toutefois décidé de le conserver à l'intérieur de la grille. Si les soignants ont tous choisi le terme respect, les commentaires vis à vis de ce terme sont caractérisés par leur grande diversité tel que : l'éducation, eu égard à la personne âgée et à son expérience, eu égard à l'âge, à son état mental, respect réciproque, respect du choix ... Dans cette analyse les sentiments affectueux sont mis en avant.

A travers tendresse et affection les soignants évoquent l'attachement, le lien qui se noue avec le temps entre eux et les personnes âgées. Ils disent aussi essayer de maintenir une distance affective pour se protéger lors des décès. C'est le paradoxe de la profession, dualité entre attachement et détachement d'où souffrance.

Dans le choix des sentiments, plusieurs font référence à la profession plutôt qu'à la personne comme demandée dans la question. Tristesse, impuissance, irritation, énervement, lassitude, culpabilité, colère sont le reflet pour le soignant d'une impuissance à remplir ses obligations professionnelles de façon enrichissante pour lui-même et pour la personne âgée. Nous nous trouvons à nouveau face à une frustration, un mal-être, une souffrance. Un sentiment a attiré notre attention, c'est la solitude. Si nous reprenons l'intitulé de la question et les réponses fournies nous ne pouvons vraiment pas distinguer si le personnel soignant parle vraiment de la personne âgée ou de lui-même.

Il y a moins d'ambiguïté quand le soignant exprime sa compassion vis à vis de la solitude de la personne âgée. Mais, seules les aides-soignantes et l'animatrice éprouvent ce sentiment. Dans l'analyse, sur le choix des adjectifs, de nouveau, seules les aides-soignantes les trouvaient faible. Comme elles trouvent les personnes âgées faibles, elles en ont pitié. Elles sont aussi celles qui évoquent la confiance que la personne âgée a en elles ainsi que la confiance en leur propre compétence.

Nous voyons que c'est encore une aide soignante qui fait état de sa colère par rapport au système qui empêche de travailler correctement. Toutes ces observations nous amènent à penser que les aides-soignantes souffriraient d'une non-reconnaissance et

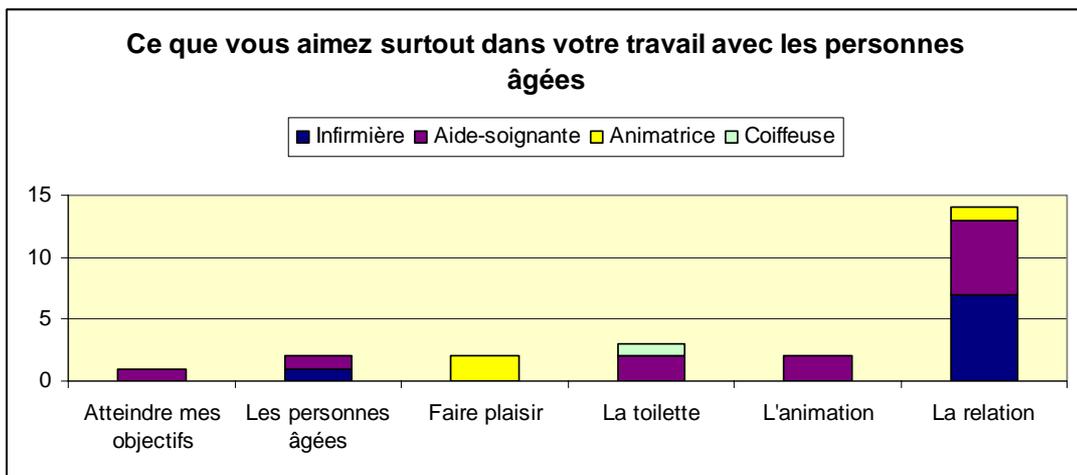
que pour exister elles œuvreraient pour que les personnes âgées reconnaissent leur valeur professionnelle.

Une personne fait part de sa peur face à son propre vieillissement. C'est l'effet miroir. Alors qu'en MRS le personnel est confronté régulièrement à la déchéance du corps et à la mort. Il est étonnant qu'une seule personne sur 17 en face état.

2.4. Affects et représentations : analyse quantitative et qualitative

2.4.1 "Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre travail avec les personnes âgées ?"

a) Analyse quantitative



b) Analyse qualitative :

La dimension relationnelle

Cette dimension est mise en avant par une partie importante des soignants (12 rép.), relations centrées sur les personnes avec lesquelles la communication ne pose pas de problème. Les soignants apprécient en effet "l'échange, les discussions avec les personnes âgées", et notamment avec "celles qui parlent", "avec celles qui racontent leur vie", "Le contact, les discussions avec ceux qui racontent", "Le contact, quand on arrive à parler : j'aime les entendre parler de leur passé".

L'animation

Deux aides-soignants évoquent leur intérêt pour l'animation qui, offrant un espace de liberté à la personne âgée, une rupture avec les activités et comportements habituels de chacun, permet "de voir les personnes autrement,

car là on leur donne la parole", "Ils sont différents, à tous points de vue, ils nous surprennent vraiment".

La toilette

Deux aides-soignants apprécient le moment de la toilette: l'un d'entre eux le juge important pour comprendre la personne âgée: *"les aspects toucher et relationnels permettent de mieux connaître la personne"*. L'autre personne évoque sa propre satisfaction à rendre la personne *"parfumée, coiffée, pomponnée"*.

La coiffeuse souligne quant à elle l'importance du bien-être corporel et de l'aspect pour le confort et l'image de soi de la personne âgée: *"Faire une modification de coiffure, une création, faire de beaux rinçages, et leur rendre les cheveux d'un très beau blanc, alors qu'elles sont arrivées avec des cheveux jaunes et ternes, et voir le contentement des personnes. Laver la tête, car ça leur fait du bien"*.

Faire plaisir

Deux des animatrices soulignent l'importance pour elles de faire plaisir aux personnes âgées: *"Quand je pars et que je sais que j'ai fait plaisir à certains, je me dis que j'ai réussi..."*, *"J'essaie de faire tout ce que je peux pour leur faire plaisir"*.

Les personnes âgées

Deux soignants évoquent leur attrait pour les personnes âgées : *"C'est des gens qui me plaisent"*, *"j'aime les personnes âgées, leurs mimiques, leur peau ridée, le toucher de leur peau douce, la stabilité de leur humeur"*.

Atteindre mes objectifs

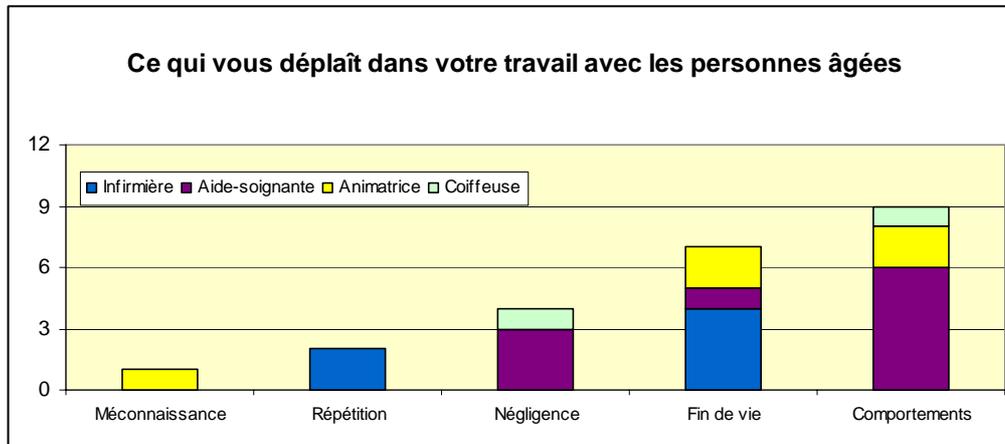
Un aide-soignant indique qu'il est stimulant pour lui d'atteindre ses objectifs, par exemple remonter quelqu'un qui baissait, traiter un problème d'incontinence, *"permettre qu'une personne remarque"*.

c) Conclusion

Les soignants expriment leur intérêt pour la dimension relationnelle de leur activité. La plupart le concentrent néanmoins sur les personnes âgées avec lesquelles la communication ne pose pas de problèmes. Cette relation est surtout vécue lors de la toilette et des animations en général. Le faire plaisir est le reflet de la satisfaction du travail bien fait.

2.4.2 "Qu'est-ce qui vous déplaît le plus (ou qui est difficile) dans votre travail avec les personnes âgées?"

a) Analyse quantitative



b) Analyse qualitative :

Les comportements des personnes âgées

A l'exception des infirmières, les personnels des autres catégories évoquent leurs difficultés à supporter les comportements de certaines personnes âgées (9 rép.):

Il s'agit surtout de comportements par excès: "*quand ils sont impatients*", "*certaines personnes Alzheimer notamment, à qui je dois couper les cheveux debout, en marchant*".

Il s'agit aussi de comportements de refus, d'opposition: "*Quand ils ne m'écoutent pas, qu'ils s'opposent à ce que l'on veut*", "*quand elles simulent, qu'elles ne veulent pas faire des choses alors qu'elles peuvent le faire*".

Ces personnes disent également leur difficulté à supporter la levée des inhibitions: "*les personnes vulgaires, qui se mettent à dire des grossièretés*", "*les personnes désagréables qui donnent des coups de pied ou qui crachent*", "*leurs réactions m'exaspèrent*", ces comportements sont sources d'angoisse car ils interpellent le respect des règles sociales, de ce qui est admis de faire publiquement., parfois vécus comme des agressions personnelles: "*Je ne supporte pas l'agressivité envers moi, j'aime qu'on soit poli*",

Il s'agit plus rarement de comportements par défaut "*peu de gens parlent: ça me gêne, je trouve ça triste, il n'y a pas de retour*".

La fin de vie

Les soignants désignent les situations de fin de vie comme difficiles à vivre, très douloureuses parfois (7 rép.), notamment lorsqu'elles surgissent brutalement: "*Les fins de vie sont toujours difficiles*", "*je n'aime pas quand ils partent, surtout quand c'est brutal*", "*quand c'est brutal et qu'on a pas le temps de se préparer*", "*La fin de vie, c'est une énorme difficulté pour moi, je ne sais pas si je pourrai jamais m'y faire...*"

L'accompagnement des familles représente lui aussi une difficulté supplémentaire. Deux infirmières trouvent particulièrement douloureux cet accompagnement: "*quand les gens sont en fin de vie, on a du mal avec les familles qui nous emmènent dans leur souffrance, on a du mal à mettre les barrières, ils nous contaminent...*"

L'une d'entre elle évoque sa difficulté à pratiquer des actes douloureux en fin de vie: "*Leur faire mal: on fait des soins, des pansements, des piqûres qui font mal, je n'aime pas cela, bien que cela fasse partie du rôle*".

Une autre insiste sur ses difficultés à supporter la dégradation rapide des personnes en fin de vie: "*Les voir se dégrader souvent très vite s'ils sont au lit - car ici on ne fait pas de changement de position - si on avait de bonnes relations avec eux comme si c'était nos grands-parents, ça fait mal*".

Enfin, une aide-soignante regrette que les conditions actuelles de travail ne permettent pas un véritable accompagnement des personnes: "*On n'a pas le temps d'être à côté d'eux pour leur permettre une fin de vie décente*".

Toutefois, ayant demandé aux personnes ne s'étant pas exprimées sur le sujet de le faire, notamment les aides-soignantes, j'ai obtenu des réponses analogues: "*On ne peut rien faire, c'est l'horreur*", "*c'est dur, surtout quand c'est rapide*", "*ça me rend triste*", "*la difficulté c'est la souffrance*", "*ça fait mal, alors on évite de s'attacher*", "*je vis des situations d'impuissance par rapport aux fins de vie: chez nous beaucoup de personnes ont des escarres... Malgré tous les soins, souvent cela n'a pas de résultats*". Une personne seulement affirme son indifférence: "*on n'y pense pas, c'est la vie*".

La négligence

Trois personnes expriment leur indignation devant ce qu'elles qualifient de négligences.

L'une d'entre elles dénonce *"le manque de respect de la personne, le fait de les servir à la va-vite, la maltraitance verbale et physique, la brutalité des gestes"*.

Une autre exprime sa colère vis-à-vis de ce qu'elle vit comme de la négligence vis-à-vis des personnes âgées: *"Le fait que tout le monde ne soit pas conscient de l'importance à accorder à tout ce que l'on fait: tout est important, la personne l'hygiène, tout, c'est cette négligence qui me pousserait à partir"*.

Une troisième souligne l'absence de prise en compte, au niveau de l'équipe, des actes de soin qu'elle réalise: *"la négligence de certaines personnes: faire une mise en pli à quelqu'un, et que le lendemain on la baigne sans en tenir compte"*.

L'absence de prise en compte du désir de la personne âgée

Un soignant déplore que l'on ne prenne pas plus en compte le désir des personnes, voire qu'on aille contre ce désir: *"Les forcer à quelque chose, par exemple au point de vue alimentaire, certaines personnes n'ont pas faim, on les force à manger, c'est pareil pour les médicaments, le sommeil, les animations, on ne tient pas compte des personnes, il y a un manque de dialogue avec elles"*.

La répétition

Deux infirmières déclarent être insatisfaites par la répétition, la routine dans le travail.

L'absence de savoir-faire

Une personne avoue son incompetence présente à aborder des personnes âgées dépendantes: *"Je ne sais pas comment les approcher: physiquement je ne sais pas quoi ni comment faire, et quand elles ne parlent pas je ne sais pas quoi faire non plus"*.

c) Conclusion

Ce sont les comportements des personnes âgées qui déplaisent le plus à toutes les catégories de personnel hormis les infirmières. Le peu de temps passé par les infirmières auprès des résidents peut expliquer qu'elles sont moins concernées par les comportements des personnes âgées ceci résulte de leur petit nombre face au travail à faire et de la non possibilité de déléguer certaines tâches.

Par contre, la fin de vie pose plus problème chez les infirmières par rapport aux aides-soignantes. Leur formation les prépare à soigner dans l'espoir d'une guérison. Elles sont parfois impuissantes face à la douleur provoquée par des actes techniques obligatoire. Il est difficile pour elles de prendre en charge les familles alors qu'elles-mêmes n'acceptent pas les décès. Nous constatons que les soignants sont démunis face à la fin de vie et que ce processus est source de souffrance. Les animatrices évoquent aussi la fin de vie alors qu'elles n'en ont jamais parlé auparavant. Pourquoi ?

La négligence au travail est mise en évidence par les aides-soignantes et la coiffeuse. C'est surtout le manque de reconnaissance de leurs actions qu'elle pointe du doigt.

La répétition dans le sens de routine du travail est une autre insatisfaction mais cette fois de la part des infirmières. Quand à la méconnaissance c'est une souffrance de l'animatrice cette fois.

Nous pouvons conclure de cette analyse que la difficulté de prendre du recul, à percevoir le sens de certaines activités dont ils ne voient plus que le caractère répétitif ou rebutant devient souffrance. Nous percevons également une difficulté à vivre certaines situations, comprendre et supporter la levée des inhibitions ou des manifestations d'oppositions et d'agressivité dont ils font parfois l'expérience. Enfin, on constate la souffrance des soignants à l'approche des fins de vie, surtout lorsque ces dernières, particulièrement brutales ou douloureuses soumettent les soignants à des bombardements émotionnels, et mettent à mal les défenses érigées contre l'angoisse de mort.

2.4.3 Relations avec personnes démentes : analyse par catégorie de personnel

Relations avec personnes démentes : analyse par catégorie de personnel

On notera tout d'abord que cette question a été rarement abordée spontanément au cours des entretiens.

a) Les infirmières expriment toutes leur désarroi face à ces patients qu'elles ne comprennent pas, et dont elles n'arrivent pas à se faire comprendre. Certaines alors évitent la relation: *"J'ai du mal, car je n'arrive pas à les comprendre ni à me faire comprendre... Il n'y a rien qui passe... Alors si je n'ai pas de soin, j'évite de m'en occuper. Je sais que c'est lâche !", "c'est différent...on ne leur parle pas, on fait les soins comme ça, vite". "On n'en a pas trop, en fait on ne s'en occupe pas trop, ce sont les aides-soignantes qui s'en occupent. On ne sait pas trop se comporter avec elles", "Ca ne passe pas tellement...On essaie quand même de maintenir des relations pour maintenir éveiller", "Les cris surtout, c'est difficile à supporter... La communication avec eux ça passe par le toucher, mais je ne sais pas dire s'ils ont mal. Ils sont difficiles à saisir, mais il faut redoubler de vigilance vis-à-vis des cris et des plaintes, car personne ne crie pour rien. Il faut être à l'écoute: un cri, c'est souvent un appel, un signal".*

b) Les réactions des aides-soignants sont plus partagées :

Certaines personnes avouent leurs difficultés, leur manque de patience vis-à-vis des personnes démentes (4 rép.): *"j'essaie d'être patiente, mais c'est dur. On a beau leur parler, ils ne comprennent pas, c'est stressant, pas facile du tout", "J'ai du mal, car je ne les comprends pas plus qu'ils me comprennent, on ne peut pas se comprendre", "Je suis patient, mais ça n'est pas facile, certaines bougent beaucoup, et quelquefois elles nous irritent car elles ne sont pas souvent cohérentes et ne font pas ce qu'on veut. Par exemple elles s'en vont au moment où on fait la toilette, ça nous irrite". "J'aime bien ceux qui peuvent parler, comprendre, les autres, c'est difficile"...*

Selon d'autres, ces personnes ne leur posent pas de problèmes particuliers (4 rép.): *"Je n'ai pas de problème, c'est comme les autres", "Je n'ai pas de problème particulier, il faut avoir beaucoup de patience", "C'est pareil, moi je base tout sur l'humour, alors on rigole".*

c) Un soignant travaillant au "cantou" raconte: *"C'est surtout une question de communication, de dialogue: on arrive parfois à s'asseoir avec eux... Il faut surtout les écouter, souvent elles nous tiennent la main, elles nous parlent. Le rapport qu'on a au cantou, c'est d'être proche d'eux. Elles sont aussi moins nombreuses, on est avec elles durant 10 heures et on gère nous-même notre temps. A l'étage, c'est plus contraignant".*

d) Pour les animatrices, la relation avec les personnes âgées atteintes de démence ne pose pas de problème: "*cela ne pose pas de problème: on joue, on discute*", "*c'est un peu plus compliqué: on ne peut pas faire de jeux, il suffit de leur tenir la main, de leur sourire*", "*Je suis plutôt attirées vers elles car elles ont encore plus besoin d'attention*"

e) La coiffeuse évoque son inquiétude personnel face au processus démentiel et sa difficulté à coiffer les patients qui déambulent : "*Je m'informe sur la maladie d'Alzheimer car c'est terrible, et ça peut arriver à n'importe qui: je me dis "je ne veux pas devenir comme ça. Ces patients là, c'est très dur de les faire tenir en place, il m'arrive de les coiffer en marchant."*

f) Conclusion

Si quelques soignants vivent avec une relative sérénité les relations avec les personnes démentes, la plupart des soignants souffrent de cette confrontation souvent marquée par l'échec relationnel. Ils se trouvent en situation d'impuissance, se sentent souvent incapables d'entrer en relation avec ces patients, coupables de comportements d'abandon ou de réactions à connotation agressive (impatience, énervement).

3. Représentations du rôle

a) Les représentations du rôle chez les infirmières

Les infirmières citent d'abord le rôle soignant (4 réponses): leur rôle consiste selon elles à "*repérer les problèmes de santé*", "*apaiser les souffrances, on en rencontre tout le temps*", et à "*donner les traitements, les personnes les réclament, c'est important pour elles, les médicaments*".

Une personne précise son rôle de relais par rapport au médecin.

Elles doivent aussi "*subvenir à leurs besoins en temps et en heure, qu'ils soient d'ordre relationnel, alimentaire ou médical*", "*les assister en tout*", "*les aider pour les repas*", (3 rép.).

Leur rôle consiste encore à animer: "*stimuler, provoquer l'expression*", "*je les entraîne, je raconte des histoires*", "*sortir de la monotonie du rythme lever, toilette, repas, attente, repas...*", (3 rép.)

Une personne évoque son rôle de soutien: "*les rassurer, quand ils sont inquiets, qu'ils ont des soucis*".

Enfin une personne fournit la réponse: "*me donner: je suis là pour eux*".

Rôle et activité

Interrogées sur leurs activités, les infirmières citent:

La préparation et la distribution de médicaments (5 réponses): Certaines ajoutent que cette activité représente l'essentiel du temps de travail: "80 traitements!"

Soins Infirmiers: 5 réponses

Aide aux toilettes: 4 réponses

Aides aux repas (4 réponses): une infirmière évoque son rôle de supervision des équipes: "*c'est important car on a vite fait de déraper: par exemple servir un repas mouliné au lieu d'un repas normal, aller vite sans tenir compte du rythme de la personne...*"

Activités d'animation (une réponse): une personne indique que pour elle l'animation fait partie intégrante de l'activité quotidienne, même si elle ne passe pas par l'animation d'ateliers... Deux autres indiquent qu' "*avant*", les infirmières elles aussi étaient chargées d'animation. Une troisième ajoute qu'elle trouve les animations "*pauvres*".

Evaluation de l'autonomie (3 rép): si cet aspect de leur activité leur semble important, elle est plutôt informelle et non systématique: "*Il est important d'être très vigilant sur ce point car tout peut se dégrader très vite...*", "*On le fait à la louche, on n'utilise pas de support*", "*avec le kiné, souvent de façon informelle, pendant les repas*".

Elaboration du projet de soin (3 rép.): Cette activité ne semble pas être valorisée: "*pas beaucoup, on parle un peu, aux transmissions*", "*à la louche, on n'utilise pas de support*", "*normalement on devrait, mais ici on n'utilise pas la démarche de soin*".

Les infirmières effectuent des transmissions écrites destinées aux médecins, aux surveillantes et à leurs collègues infirmières.

Elles participent aux transmissions orales avec leurs collègues soignantes.

Elles sont en relation avec les personnes âgées et leur famille, mais il n'existe pas de rôle de référent. Elles sont en relation avec les médecins, mais ne participent que rarement à des réunions de travail ou de synthèse avec ces derniers.

b) Les représentations du rôle chez les aides soignantes

Les aides-soignants citent les soins d'hygiène et l'aide à la vie quotidienne (8 réponses), "*apporter un maximum de bien-être aux personnes, apporter une aide totale ou partielle à la toilette, à l'alimentation*", "*satisfaire les besoins de la vie quotidienne*".

La plupart se situent toutefois dans un rôle d'assistance, où il s'agit souvent de faire à la place: "*satisfaire leurs besoins alimentaires*", "*faire leur toilette, les habiller, les faire manger*", "*les assister dans la toilette*", "*faire le training pipi*".

Deux personnes toutefois évoquent un rôle éducatif: "*les aider à retrouver les gestes de la vie quotidienne*", "*leur permettre parfois de retrouver certaines fonctions*".

Les personnes évoquent également un rôle d'aide et de soutien affectif (6 rép.): "*on a un rôle d'aide*", d'écoute (4 rép.): "*on est là pour les écouter*", "*on doit être disponibles*", "*on doit s'occuper d'eux au maximum*", "*on doit leur apporter de la gentillesse, car ici c'est leur dernière maison*", "*on doit leur apporter de l'amour, car ils n'ont que nous*". L'une d'entre elle ajoute qu'elle n'a pas le temps de remplir ce rôle, "*c'est pour ça qu'on a embauché les animatrices*".

Une personne évoque son rôle dans l'animation. "*L'animation au sens large, aussi bien passer des moments en sortie, que de s'arrêter, passer un moment avec eux, les aider à marcher*".

Une autre personne, enfin, évoque "*l'accompagnement de vie*": "*on est là pour les accompagner et que ça se passe au mieux jusqu'à la fin. Ca peut être long le vieillissement. Tout ce qu'on fait est hyper important, et tout ce que l'on fait il faut le faire bien: même les petits détails ont une grande importance*".

Rôle et activité

Interrogées sur leurs activités, les aides-soignants citent :

L'Aide aux toilettes : 8

Aides aux repas : 8

Aide aux déplacements : 1

Training pipi : 2

Distribution de médicaments : 7

Activités d'animation: 2 personnes seulement pratiquent des activités d'animation, les autres considérant que c'est le rôle des animatrices.

Évaluation de l'autonomie: 7 personnes déclarent participer à l'évaluation de l'autonomie, mais de façon ponctuelle: "*quelquefois*", "*On aide parfois à remplir l'échelle de Katz*", et en général informelle: "*On en discute un peu aux transmissions, parfois*".

Elaboration du projet de soin: Les aides soignantes déclarent qu'il n'existe pas de projet de soin, si ce n'est médical, et de façon ponctuelle.

Transmissions écrites: La plupart des aides-soignants avouent écrire peu, en général dans les cahiers des aides soignantes: "*Dans le cahier des selles, urines toilettes*".

Les transmissions d'information sont souvent orales: "*on n'a pas le temps d'écrire dans les dossiers*". Deux personnes seulement écrivent dans le dossier du patient et effectuent des transmissions écrites aux infirmières.

Transmissions orales avec les aides-soignantes et les infirmières.

c) Les représentations du rôle chez les animatrices

Les personnes ont une vision assez affective et contraignante de leur rôle puisqu'il s'agit pour elles de "*répondre à tous leurs souhaits*", "*faire tout ce qu'ils demandent*", mais aussi de "*les rendre heureux*".

d) Les représentations du rôle chez la coiffeuse.

Cette personne a une vision assez globale de son rôle vis-à-vis des personnes âgées comme de l'équipe: "*C'est plus que de la coiffure: je le fais naturellement. Je vais les chercher, les emmène aux toilettes, je fais ce dont ils ont besoin, mais aussi je leur demande le plus possible de choisir leur couleur, leur coupe, c'est important pour eux. Je signale aussi à l'équipe et je demande toujours aux infirmières s'il n'y a pas de problème. J'apporte le plus d'humanité et de chaleur humaine que je peux*".

e) Conclusion

Chez la plupart des acteurs, la conception du rôle est empreinte d'affectivité. Les soignants sont davantage centrés sur les incapacités que sur la promotion de l'autonomie de la personne âgée, placée plus fréquemment en objet passif de soins et d'affection, qu'en position de sujet, partenaire de la relation de soin.

Si les infirmières ont une vision assez globale de leur rôle, l'exercice de l'activité est pour elles fréquemment source de frustration et d'insatisfaction.

Les aides-soignants ont une vision de leur rôle souvent restreinte à la satisfaction des besoins corporels, leur activité étant fréquemment perçue comme une succession de tâches à accomplir à la chaîne.

Les jeunes animatrices ont une vision essentiellement affective de leur rôle, qui se résume souvent à "*faire plaisir*".

Enfin, la coiffeuse a une vision globale de son rôle, elle n'est pas seulement coiffeuse, elle les aide dans la vie quotidienne, les reconforte, les embellis, leur laisse le choix, ...

4. Synthèse interprétative

4.1. Représentations de la personne âgée

Rappel méthodologique: nous utilisons pour l'analyse des représentations, la grille proposée par S.Moscovici, qui consiste à décrire celles-ci en terme d'attitudes, d'informations, et de champs de représentation.

a) L'attitude

L'attitude des soignants à l'égard des personnes âgées se caractérise par son ambivalence: si la plupart des personnes n'ont pas fait un choix en venant travailler en MRS, et bien qu'elles regrettent l'image socialement dévalorisée de leur activité, elles apprécient souvent malgré sa difficulté, ce travail utile socialement et où domine l'aspect relationnel. Mais malgré l'affection et la tendresse parfois presque filiale mis en avant par les soignants eux-mêmes, on constate l'émergence de sentiments dépressifs (tristesse, lassitude, impuissance, culpabilité), voire agressifs (irritation, énervement). La confrontation à la grande vieillesse, à la démence et à la mort est lourde de retentissement émotionnel, source de souffrance et d'angoisses plus ou moins bien tenus à distance grâce à des mécanismes défensifs divers: réification des personnes, fuite dans l'activité, surinvestissement ou non investissement des personnes, projection des sentiments agressifs sur les personnes elles-mêmes ou la famille.

b) L'information

La plupart des soignants ont peu ou pas de connaissance sur la personne âgée, ses besoins spécifiques. Elles ne disposent pas de connaissance sur le processus démentiel ni sur les modalités possibles de relation avec les personnes réputées démentes. Enfin, peu nombreux sont les soignants ayant suivi une formation sur l'accompagnement des personnes en fin de vie.

c) Le champ de représentation

Les personnels disposent tous d'une valeur éducative partagée, le respect de l'aîné, et de fréquents rapprochements sont fait avec des images familiales. Toutefois la personne âgée est essentiellement appréhendée à travers le prisme de la perte, à travers sa dégradation physique, sa détresse affective et sociale, ses incapacités, sa proximité avec la mort...

4.2. Représentations du rôle

a) Les infirmières

Attitude

Les infirmières ont un sentiment d'insatisfaction par rapport aux conditions et à l'exercice du rôle, et par rapport à ce qu'elles considèrent parfois comme l'échec du soin. Toutefois, elles vivent souvent ces sentiments sur un mode fataliste, sans vraiment militer et œuvrer pour une évolution des pratiques. Elles ne pratiquent pas la démarche de soin, et utilisent peu les outils de soins (échelles d'évaluation de l'autonomie, de la douleur...).

Information

Les infirmières connaissent parfaitement le rôle de l'infirmière généraliste, elles n'ont pas toujours en revanche de connaissances spécifiques sur le rôle de l'infirmière en gériatrie, les outils utilisés, les recherches en cours, les pratiques développées par d'autres établissements.

Champ de représentation

Les infirmières possèdent un idéal soignant, la réponse à l'ensemble des besoins de la personne, la lutte contre la douleur, la maladie et la représentation d'une certaine technicité liée aux soins.

b) Les aides-soignants

Attitude

Les aides-soignantes sont essentiellement centrées sur la tâche (toilettes, "*training pipi*"), sur l'obligation d'enchaîner les soins au plus vite, sans prise en compte du rythme ni des capacités des personnes âgées. Elles en tirent fréquemment un sentiment d'insatisfaction.

Information

Le rôle attendu de l'aide-soignante est ambigu : bien que la fiche de poste décrive une fonction élargie et situe le rôle dans une approche globale des personnes, celle-ci semble en décalage avec la réalité des pratiques et la demande institutionnelle. Ces dernières comme les infirmières ont par ailleurs peu d'information sur l'évolution des connaissances et des pratiques en gériatrie.

Champ de représentation

Les aides soignantes considèrent que leur rôle consiste à la fois à apporter de l'affection et à pallier les incapacités de la personne âgée: faire ce qu'elles ne peuvent plus faire.

c) Les animatrices

Attitudes

Ces dernières ont des attitudes essentiellement affectives vis-à-vis de leur rôle, qu'elles estiment globalement gratifiant et satisfaisant.

Information

L'information dont elles disposent est très faible. Ayant (à l'exception d'une personne), pas plus de formation à l'activité qu'en gériatrie, les jeunes animatrices manquent de points de repère pour situer le sens de leur action.

Champ de représentation

Elles ont donc toute latitude pour se jeter dans des relations très affectives, sans distance aucune auprès des personnes âgées, puisque pour elles, leur rôle consiste à leur apporter de l'affection ainsi qu'à leur faire plaisir.

Chapitre 5 : Missions et stratégies d'actions pour prévenir la souffrance des soignants

1. Missions du cadre

De plus en plus, nous serons amenés à prendre soin de personnes âgées quelque soit le service ou la structure dans laquelle nous travaillons. La personne âgée malade n'est pas très bien considérée et l'état de dépendance crée de nombreux problèmes. Richard Lefrancois parle de déclin : « *Foncièrement, le paradigme du déclin insiste sur la santé chancelante, les pertes, les deuils ou renoncements auxquels font face les personnes vieillissantes. Suivant cette conception, vieillir signifie se diriger de façon incontournable vers une fragilisation physique accrue, une diminution des capacités et une plus grande dépendance, même si certains états déficitaires sont parfois réversibles.* »²²

En tant que cadre de santé, cette évolution questionne notre prise en charge de la personne âgée, nos comportements envers cette population et les soignants qui travaillent auprès d'eux.

Aujourd'hui, nous nous représentons cette fonction en nous appuyant sur notre réalité, les textes législatifs auxquels se rajoutent nos valeurs propres.

« *L'organisation nouvelle ne pourra naître que si de nouvelles manières de penser, d'être soi-même et d'être ensemble émergent.* »²³. Nous devons identifier tous ces paramètres précités pour que les soignants puissent se positionner et œuvrer vers un soin de qualité avec le résident. Les mutations actuelles de la santé accentuent ce flou qui entoure la fonction de cadre. La fonction d'encadrement a considérablement évolué. Tout d'abord centrée sur un rôle de surveillance et d'application des directives médicales, elle est progressivement devenue autonome et tient un rôle central dans les établissements de soins. L'accomplissement de tâches administratives et de gestion a modifié l'exercice de notre fonction.

Nous sommes des acteurs de changement et leader qui passons rapidement de la réflexion à l'action. Sans être autoritaire, nous faisons autorité. Nous animons afin de mobiliser et dynamiser l'équipe et la direction dans les projets. Nous sommes pédagogue et stratège envers les soignants et étudiants afin de leur permettre d'optimiser leur potentiel. « Le

22 LEFRANÇOIS R. *Les nouvelles frontières de l'âge*, les presses de l'université de Montréal canada, aout 2004, 352 p, pp196-198

23 CROZIER, SERIEYX, *Du management panique à l'entreprise du 21^e siècle*, Paris, Maxima, 1997

cadre n'est pas celui qui fait ; il n'est pas non plus celui qui se contente de faire faire ; le cadre est celui qui organise les conditions pour que puisse se faire... »²⁴.

Pour exécuter cette mission, une formation adaptée est indispensable, notamment en terme de management. A cet égard, les instituts de formation des cadres de santé proposent des bases sérieuses pour pouvoir aider les futurs cadres à se construire et à gérer une équipe et pour que celle-ci tourne bien, nous devons leur apprendre à fonctionner ensemble dans l'individualité de chacun afin de diminuer les conflits et d'être le garant du bon fonctionnement du service. Cette évolution ne peut prendre racine sans une connaissance exacte des fonctions et missions de chacun. Le personnel et le cadre de santé sont ancrés dans la réalité à laquelle ils appartiennent. Cette réalité est fonction de leurs valeurs, de leurs sentiments, de leurs émotions mais aussi de leurs histoires et de l'histoire du service dans lequel ils exercent.

1.1. Dans la reconnaissance

La reconnaissance du personnel est un facteur déterminant de la motivation. Le cadre est lui-même reconnu par l'Institution qui le place à sa place hiérarchique. La reconnaissance est décisive dans la mobilisation de l'énergie du personnel ; elle renforce l'identité, l'image de soi. Si nous reconnaissons la personne et la qualité de son travail fourni, nous assurons un épanouissement, un sentiment de la « *tâche accomplie* », de l'utilité de la personne dans un processus de soin. Notre jugement est en fait celui de l'Institution et le soignant dont le travail est valorisé se sent reconnu par cette dernière. Nous devons avoir des valeurs professionnelles fortes et les faire partager.

1.2. Dans le sens

Le sens est une sensation que les choses ont une raison d'être. De par notre position et nos aptitudes, nous sommes le mieux placé pour comprendre le sens des politiques sociales, économiques et financières pour ensuite les intégrer et les restituer à l'ensemble de l'équipe. Nous sommes aussi le mieux placé pour donner un sens au travail en équipe dans le même but : qualité de la prise en charge du résident.

24 COTTRET, Revue soins cadres n° 35

1.3. Dans les projets

Le projet est au départ une intention, puis il devient peu à peu une action. Il comporte des objectifs et nécessite la mise en application de stratégies, de planification, il devra une fois réalisé être évalué. Pour conduire un projet, nous devons à la fois animer l'équipe mais aussi lui offrir un cadre structurant, méthodologique, des outils... Conduire un projet, c'est diriger un changement. Il importe de préciser la finalité, la justification auprès des acteurs concernés, facteur dans l'adhésion et la motivation des personnes. Dans la conduite de projet, nous sommes initiateurs de la démarche, décideurs sur les points stratégiques, facilitateurs et garants du processus de changement, animateurs et formateurs de l'équipe. Nous avons donc un double rôle d'animation et de formation et il nous incombe de susciter l'expression des membres de l'équipe. Le rôle d'animateur ne se limite pas à transmettre les informations, à organiser et contrôler le travail mais il exige de recueillir les intentions et propositions.

1.4. Dans l'image

L'image que nous donnons est basée sur des qualités de justice, d'équité, de transparence et de vérité. Nous pensons que l'une des conditions majeures de la motivation réside dans la valeur de l'exemple donné par le responsable direct. Le reflet du service dépend de l'image du chef. Le personnel apprécie que nous soyons juste, leur faisons confiance et que nous leur demandions leur avis. La confiance réciproque semble être un facteur important d'appréciation. Faire accéder les membres de l'équipe à certaines informations administratives ou médicales, renforce les relations. Le personnel s'estime reconnu, respecté puisqu'il est intégré dans la dynamique du service et, il est reconnaissant à celui qui ne profite pas de sa position hiérarchique pour conserver le savoir pour lui seul. La notion d'équité se traduit par le fait que le cadre considère chaque personne en fonction de ses efforts, des conditions dans lesquelles il les fournit (situation familiale, maladie...) en ayant un cadre de réflexion, des règles communes et acceptées de tous. L'équipe attend du cadre qu'il mette l'accent sur les points forts également et ne pas se contenter de ne relever que les points faibles et les défauts.

1.5. Dans la gestion des conflits

La mission essentielle du cadre soignant est de **gérer**. Gérer doit être vu ici dans son sens premier à savoir « *gerare* » en latin qui signifie tourner (cf : le sens giratoire). Cependant, il ne s'agit pas de gérer pour le plaisir de gérer mais plutôt de tout mettre en œuvre pour que les résidents bénéficient de la meilleure prise en charge soignante. Pour ce, nous pensons que, le cadre doit développer des qualités et aptitudes dans la gestion des équipes puisqu'il se situe au carrefour de logiques différentes axées vers le patient.

La première aptitude du cadre est de **communiquer**. Nous croyons que communiquer, c'est avant tout savoir écouter, entendre, et très souvent décrypter les messages. Le malaise dans une équipe se ressent, mais il n'est pas toujours exprimé en mots mais plutôt en maux. Ces maux sont à prendre en compte et doivent alerter le cadre. (Le mal de dos, les maux de tête, la mauvaise humeur permanente, l'absentéisme pour maladie peuvent en effet constituer des indicateurs du fonctionnement de l'équipe) Lorsque le malaise est mis en mots, il faut être vigilant, le malaise peut être tout autre que celui qui est exprimé. Il est alors important de repérer toutes les interactions qui existent au sein de l'équipe (les alliances, les enjeux, ...) et de prendre du temps avant de poser un diagnostic.

Une seconde aptitude à développer est **la capacité de médiation**. Nous dirons que l'interdépendance des parties et leur souci de préserver la relation future doivent inciter le cadre à rechercher tous les moyens pour éviter les issues « *perdants - perdants* ». La médiation est le moyen de briser les impasses et engendrer des accords acceptables. Le cadre de santé en tant que médiateur n'intervient pas pour juger, arbitrer ou conseiller mais pour faciliter la communication entre les parties. Sa présence leur garantit que celle-ci se déroule dans le respect des personnes et de leurs intérêts. Il agit donc comme catalyseur de la négociation. La médiation est souvent plus rapide, plus efficace, plus satisfaisante qu'une négociation bloquée ou un recours au tribunal pour trancher un litige. Le cadre en proposant une rencontre mettant les partis en présence, portera un regard bienveillant, tout en rappelant les règles. L'intérêt du plus grand nombre, donc des deux partis, doit primer sur l'intérêt personnel (ex : la gestion des congés annuels d'été, ou encore les fêtes de fin d'année, sont parfois sources de conflits...). Le résident doit toujours être placé au centre du discours. Il priera les personnes de rechercher ensemble des solutions, qui soient acceptables, et qui puissent prévenir d'autres épisodes. **La négociation** s'inscrit comme une parenthèse qui n'exclut pas, en cas d'échec, de recourir à des moyens plus drastiques (procédures judiciaires, arbitrage etc.)

1.6. Conclusion

Le cadre doit permettre la satisfaction de chacun afin de construire le collectif. S'il valorise les agents, il renforce l'estime de soi. De plus, par le respect de l'individu, le cadre favorisera l'émergence d'une valeur fondamentale : l'acceptation des différences. L'acceptation des différences par l'inter-connaissance et la prise de conscience d'une co-responsabilité de tous les acteurs, sera à la base de l'équilibre d'une équipe conjuguant : respect des attentes personnelles et perspectives de l'équipe. Le cadre personnalise son management pour que le soignant personnalise ses prestations. Le style de management du cadre peut être très différent d'un individu à un autre. Nous pensons qu'un management entre le management participatif et un management situationnel serait bénéfique. Toute fois, il serait directif quand la situation le nécessite.

Le cadre de santé peut manager son équipe de différentes façons. Tous les styles de leadership se rencontrent, mais les difficultés subsistent quand il s'agit de faire coopérer les soignants. La multiplication des réunions, une réelle politique de communication, un langage cohérent de la part du cadre et un positionnement adapté sont des moyens de favoriser le travail en équipe. La cohésion d'une équipe est à la fois liée à l'homogénéité dans les aspirations communes, les valeurs partagées et à l'hétérogénéité, source de créativité et de « *vie* » dans l'équipe. Cette « *vie* » ne peut s'épanouir sans communication qui est une des pièces maîtresses dans les rouages de la dynamique des équipes.

2. Stratégies

Le risque de souffrance des soignants de la MRS étant avéré, la direction de l'établissement a déjà entrepris des actions destinées à la prévenir. Cependant, dans un contexte de vieillissement de la population soignante, la mise en œuvre d'une politique de prévention de la souffrance des soignants permettrait non seulement d'approfondir les actions engagées mais également de réfléchir à de nouvelles orientations.

2.1. Importance d'une politique de prévention de la souffrance des soignants dans un contexte de vieillissement de la population

Le vieillissement de la population européenne va bouleverser la façon d'exercer des professions soignantes. Alors que la part de jeunes en âge de travailler va décroître jusqu'en 2020, la part des personnes actives âgées de plus de 45 ans va continuer à augmenter. La Belgique est l'un des pays européens qui connaît un vieillissement de population des plus importants : « *le poids des individus de plus de 60 ans dans la population totale passera de*

20% en 1995, à 27% en 2020 et à 33% en 2040 ». Le secteur sanitaire et social est particulièrement touché par cette évolution. Ainsi, le rapport de 2004 de l'Inspection générale des affaires sociales souligne la prise de conscience encore trop faible des enjeux liés à cette problématique. Selon ce rapport, en 2002, les plus de 50 ans représentaient 21% des infirmiers, alors qu'ils ne représentaient que 8% en 1990. La population soignante des MRS suit cette tendance. En effet, aujourd'hui, 22,2 % des infirmiers ont plus de 50 ans et 83,3 % ont plus de 40 ans. De même, la pyramide des âges des aides-soignants est préoccupante puisque 43,4% d'entre eux ont plus de 50 ans. A ce vieillissement des soignants vient s'ajouter un vieillissement des résidents (dont l'âge moyen est de 85,5 ans). Celui-ci s'accompagne d'un alourdissement et d'une aggravation de leurs pathologies, ce qui entraîne une augmentation de la pénibilité du travail des soignants.

Face à ce constat, nous devons œuvrer en faveur du maintien de la capacité professionnelle des soignants. L'établissement accueille des stagiaires au sein de l'établissement afin de se faire connaître auprès des jeunes diplômés et dans un objectif de renouvellement des personnels qui partent à la retraite. Cependant, face à la configuration de la pyramide des âges des soignants de la maison de repos et de soins, nous devons également mettre en place des actions destinées à permettre aux soignants ayant plus de 45 ans de maintenir une capacité professionnelle satisfaisante au regard des exigences de leur poste de travail. La prévention de la souffrance des soignants constitue un axe essentiel de l'action menée en faveur du maintien de la capacité professionnelle des soignants.

2.2. Amélioration des actions déjà engagées en vue d'ancrer une politique forte de prévention de la souffrance des soignants.

Certaines actions destinées à prévenir la souffrance des soignants et à maintenir leur capacité professionnelle ont déjà été engagées par le directeur. Ces initiatives demandent à être poursuivies et approfondies en vue d'ancrer une véritable politique de prévention au sein de l'établissement.

Poursuivre et adapter l'équipement en matériel destiné à réduire la charge physique de travail

La station debout et la manutention des personnes âgées à mobilité réduite est le lot quotidien des soignants de la maison de repos et de soins. Cette contrainte physique peut être allégée grâce à l'utilisation d'un matériel adapté. La majorité des soignants interrogés au cours des entretiens déclare les utiliser, lors des transferts des résidents du lit au fauteuil et du

fauteuil au lit, lorsqu'ils sont facilement accessibles et qu'ils prennent le temps d'aller les chercher. Une formation à l'utilisation de ce matériel a été organisée par l'ergothérapeute de l'établissement. Cependant, l'exiguïté des locaux et notamment des chambres constitue un frein réel à l'utilisation des lève-malades. Aussi, il semble intéressant d'étudier la possibilité d'investir dans du matériel facilitant les manipulations des résidents. Ces outils présentent des avantages en matière de prévention des troubles musculo-squelettiques pour le personnel soignant. De plus, ils sont toujours prêts à l'emploi, ce qui incite le personnel à les utiliser plus souvent. Ils permettent également aux soignants de passer plus de temps auprès du résident car ils ne perdent pas de temps à aller chercher le lève-malades mobile à l'autre bout du couloir. De même, on pourrait également constater une diminution des déclarations d'accident du travail lié à un problème de manutention. Le choix d'investir dans ce type de matériel me semble judicieux non seulement au vu de l'évolution de la dépendance des résidents aujourd'hui accueillis au sein de l'établissement, mais également en terme de gains financiers. En effet, les directeurs de maison de repos et de soins qui ont opté pour ces systèmes observent de nombreux avantages tels que la diminution des arrêts maladie, du recours à l'intérim et l'atténuation de la fatigue physique des soignants. Or, cette fatigue physique, comme on l'a vu précédemment, risque de se transformer en fatigue morale et de contribuer à l'apparition de l'épuisement professionnel d'une partie du personnel soignant.

En outre, il est intéressant de prévoir une session de formation à l'utilisation du matériel par les sociétés qui les vendent. De plus, l'acquisition de verticalisateurs peut être envisagée. Ce sont des appareils de transfert destinés à redresser le résident pour pouvoir le transférer du lit au fauteuil. Ces derniers sont plus efficaces qu'un lève-malades pour les résidents qui peuvent encore être sollicités, car il encourage leur mobilité. Ce matériel a été laissé à la disposition du personnel pour essai pendant trois semaines, il a été observé une forte utilisation du verticalisateur par le personnel qui l'a trouvé « *facile à manier et très utile* ». L'investissement en matériel destiné à réduire la souffrance des soignants doit donc être approfondi, au vu des évolutions architecturales de l'établissement.

En outre, le directeur n'étant pas au quotidien auprès des soignants, il pourrait envisager la constitution d'un groupe de travail composé du cadre de santé, du médecin du travail, du médecin coordonnateur, de l'ergothérapeute d'une infirmière et d'une aide soignante de l'établissement. Les missions de ce groupe consisteraient, d'une part à évaluer les effets bénéfiques du matériel et les difficultés rencontrées dans son utilisation et, d'autre part, à suggérer des axes d'améliorations et d'éventuelles actions correctrices. L'investissement et le renouvellement du matériel destiné à alléger la charge physique de travail des soignants

constitue un axe essentiel de prévention des risques de souffrances des soignants coordonné par le directeur.

Mettre en place un système d'évaluation des formations et privilégier les plus performantes en termes de prévention de la souffrance des soignants

Le directeur de l'établissement accorde une grande importance à la formation du personnel. Aussi, le cadre en soins de santé élabore tous les ans un plan de formation dont l'objectif est de permettre au personnel d'acquérir des compétences et des qualifications nouvelles pour s'adapter aux évolutions des techniques et de la qualité des soins. Le directeur, en accord avec le cadre, estime que la formation peut être un des moyens de prévenir la souffrance des soignants. Aussi, on constate qu'en 2006, la prévention des accidents du travail apparaissait parmi les priorités de l'établissement du plan de formation. En outre, le directeur souhaite permettre au personnel soignant d'évoluer professionnellement. A cet effet, l'établissement consent un effort important aux formations de promotion professionnelle, Trois personnes ont obtenu le diplôme d'infirmière, une personne celui de cadre de santé, et une autre la spécialisation en soins palliatifs. De plus, plusieurs formations destinées à réduire la souffrance physique et morale des soignants sont organisées à la fois au sein de l'établissement et en externe. Sur le plan physique, des formations à la manutention manuelle et à celle avec utilisation d'aides techniques sont organisées par l'ergothérapeute et la kinésithérapeute. Ces dernières ont pour objectif d'enseigner aux soignants des gestes simples pouvant les aider dans les manutentions effectuées quotidiennement. En outre, elles permettent de s'assurer que les agents utilisent correctement les lève-malades qui sont mis à leur disposition. Concernant les formations destinées à aider les soignants à supporter la charge psychique inhérente à leur profession les formations suivantes sont proposées : connaissance de la personne âgée, accompagnement de la fin de vie, troubles de la démence et maladie d'Alzheimer, gestion du stress. Cependant, les actions de formations destinées à prévenir la souffrance des soignants semblent perfectibles. En effet, tous les soignants n'ont pas pu profiter des formations de manutention organisées par l'ergothérapeute et la kinésithérapeute. Aussi, au vu des résultats positifs notamment sur la fréquence d'utilisation des lève-malades dans les services ayant bénéficié de cette formation, il est important qu'elle soit organisée pour l'ensemble des soignants de l'établissement.

En outre, un effort particulier est à mener vis à vis du cadre de l'établissement. En effet, d'après les deux derniers plans de formation, aucune formation axée sur les techniques de management destinés à prévenir la souffrance des soignants ne lui a été dispensée. Or, le cadre constitue un partenaire primordial dans la politique de prévention de la souffrance des soignants élaborée par le directeur. Aussi, il semble important que des formations spécifiques lui soient proposées.

Enfin, pour que la formation constitue un outil efficace en matière de prévention, le cadre doit mettre en place des instruments d'évaluation des besoins et des résultats des formations organisées pour les soignants. D'une part, une évaluation des besoins du personnel permet d'adapter la formation aux types de souffrance et de difficultés majoritairement rencontrées par les soignants. A cet effet, le cadre propose tous les ans aux soignants de formuler leurs demandes pour l'année à venir. Cependant, ceux-ci ne se sentent pas vraiment impliqués dans la démarche. En effet, seulement environ un tiers d'entre eux ont fait part de leurs souhaits. Aussi, une véritable participation des soignants et du cadre à la conception du plan de formation pourrait être mise en place. Des entretiens menés entre le cadre et chaque soignant, par exemple lors des entretiens d'évaluation de fin d'année, pourraient être organisés afin d'obtenir des informations plus précises sur les besoins réels en matière de prévention de la souffrance des soignants. D'autre part, il n'existe pas aujourd'hui de système d'évaluation des formations réalisées. Lors des entretiens menés auprès des soignants, nous avons pu nous rendre compte qu'ils avaient de nombreuses observations à faire remonter. Ainsi une infirmière a regretté, durant la formation de l'accompagnement à la fin de vie, l'absence de cas concrets. De même, une aide-soignante a indiqué « *la formation m'a apporté beaucoup, mais ce qui m'a surtout plu c'est de pouvoir partager avec des collègues* ». Or, faute de système destiné au recueil d'observations, ces dernières ne peuvent être traitées par la direction. Aussi, le cadre de l'établissement pourrait envisager de mettre en place un système reposant, par exemple, sur la distribution d'un questionnaire aux soignants à l'issue de chaque formation. Ceci lui permettrait de privilégier, en concertation avec la direction, les formations les plus performantes au regard notamment de la souffrance des soignants.

Valoriser le groupe de parole et l'étendre à l'ensemble du personnel

Un groupe de parole a été mis en place en 2002 par le directeur peu de temps après sa prise de poste, suite au constat de l'augmentation de l'absentéisme et du mal être des soignants intervenant au sein des unités spécialisées dans l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces groupes sont animés par un psychologue extérieur à

l'établissement pendant deux heures une fois par mois et fonctionnent sur la base du volontariat. L'objectif de ce groupe de parole est d'aider et de soutenir les soignants dans leur pratique quotidienne et ainsi de prévenir l'apparition d'un certain épuisement des équipes. Au cours de ces réunions, les soignants peuvent, sous la houlette de l'animateur, exposer leurs difficultés. Il s'agit d'offrir aux soignants un espace d'échange, un temps de partage destiné à leur permettre de réfléchir à leur pratique, de valoriser leur travail et de rétablir entre eux une communication lorsqu'elle fait défaut.

Lors des entretiens menés avec les soignants et le psychologue animant ce groupe, nous avons pu faire certains constats. Tout d'abord, l'organisation de ce groupe semble bénéfique pour les soignants qui y participent. Ainsi, nous avons pu recueillir les témoignages suivants : « *j'apprécie de pouvoir m'exprimer librement avec une personne de l'extérieur* », « *ça me fait du bien de pouvoir parler de mes problèmes* », ou encore « *c'est utile pour prendre du recul par rapport à la façon de prendre en charge les résidents* ». De plus, ce groupe permet de libérer les paroles retenues dans les équipes et surtout de dédramatiser certaines situations conflictuelles en raison notamment de non-dits ou de rumeurs. Ainsi, lors d'une des séances, le psychologue a senti une tension entre deux personnes qui, selon lui, « *se regardaient avec des mitrailleuses à la place des yeux* », une d'entre elles ayant pris la parole en indiquant « *moi, j'ai un conflit avec celle-là* » en pointant du doigt sa collègue. Grâce à l'intervention de l'animateur, ces personnes ont pu dédramatiser la situation lorsqu'elles ont pu verbaliser chacune ce qu'elles reprochaient à l'autre. Ainsi, grâce au soutien du psychologue et de leurs collègues, elles se sont rendu compte que les griefs n'avaient pas l'ampleur qu'elles leur attribuaient. Cependant, comme nous l'avons vu, ces groupes ne sont ouverts qu'à une partie du personnel. Or, la souffrance est susceptible de toucher tous les soignants travaillant au sein de l'établissement. Aussi, lors des entretiens, plusieurs de ces soignants ont exprimé le souhait de pouvoir également y participer. Ensuite, la participation, qui se situe entre six et dix personnes, reste faible. En effet, certains soignants n'y participent pas car ils pensent ne pas y avoir accès. Ainsi, alors que tous les soignants y ont accès, les infirmières que nous avons rencontrées nous ont expliqué, au cours des entretiens, qu'elles n'y allaient pas parce que ce groupe était réservé aux aides-soignants et paramédicaux. Or, l'utilité de ce groupe est notamment de permettre à l'ensemble des soignants d'échanger en dehors du rapport hiérarchique qui existe entre aides-soignants, paramédicaux et infirmiers dans le travail quotidien. D'autres soignants ne participent pas à ces séances parce qu'ils n'en voient pas l'utilité ou ont peur de se confier. Ainsi, une aide-soignante nous a dit « *je n'en ai pas*

besoin », une de ses collègues a précisé « *parler c'est bien beau, mais moi je veux des réponses concrètes à mes problèmes* ».

Face à ces constats, le cadre doit mener une réflexion d'ensemble sur l'organisation de ce groupe de travail. En effet, il conviendrait, d'une part, en concertation avec le directeur de l'établissement, de mettre en place un système d'évaluation des interventions du psychologue extérieur auprès des équipes. Suite aux conclusions de cette évaluation, il pourrait être envisagé d'étendre l'accès de ce groupe de parole à tous les acteurs de la maison de repos et de soins. D'autre part, un travail de valorisation doit être entrepris afin que plus de soignants y compris les infirmiers y participent réellement. Aussi, la participation possible de tous les soignants au groupe de parole a été rappelée notamment lors des séances de travail organisées en vue d'élaborer le projet de vie des unités accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce travail de valorisation du groupe de parole pourrait être confié au cadre de santé de l'établissement.

Il n'existe pas aujourd'hui de véritable politique de prévention de la souffrance identifiée comme telle par les soignants de l'établissement. Aussi, au-delà de la poursuite des actions qui ont été initiées par le directeur, la mise en œuvre d'une politique coordonnée impliquant l'ensemble du personnel de l'institution pourrait être envisagée. Cette dernière permettrait, d'une part de sensibiliser l'ensemble du personnel, la de direction, le médecin du travail et le cadre de santé à la démarche et, d'autre part, d'obtenir de meilleurs résultats en matière de prévention. En vue d'asseoir cette politique, de nouvelles pistes d'actions peuvent être envisagées.

2.3. Nouvelles pistes de réflexion à explorer

Plusieurs pistes de réflexion peuvent être analysées en vue de mettre en place une véritable politique de prévention de la souffrance des soignants. Toutefois, il convient tout d'abord d'identifier les acteurs clés de cette politique sur lesquelles l'équipe de direction peut s'appuyer.

Identifier et sensibiliser des acteurs clés dans la prévention de la souffrance des soignants

Les principaux acteurs de la politique de prévention de la souffrance des soignants sont le directeur, le médecin du travail et le cadre de santé. Tout d'abord, le directeur a un rôle de coordination et d'interface à jouer entre l'équipe de direction et les acteurs de terrain que sont le médecin du travail et le cadre de santé. Ensuite, le médecin du travail a un rôle particulier à jouer dans la prévention collective de la souffrance des soignants. En effet, sa mission

première doit être de se faire l'écho auprès de l'équipe de direction de la souffrance exprimée par les soignants. Il lui appartient également, au vu d'une analyse de terrain, de fournir des modèles d'explication tenant compte de l'organisation du travail. Enfin, l'activité du médecin du travail ne doit pas se cantonner à une action de simple constat médico-administratif. Il a un rôle dynamique à jouer dans la proposition de stratégies de prévention.

Enfin, le cadre de santé est en contact direct avec le personnel soignant et donc au premier plan pour repérer des signes annonciateurs d'une souffrance. Ils sont garants tant de la qualité des soins que de la qualité de vie au travail des membres de leur équipe. Cette tâche n'est pas toujours évidente pour le cadre qui, en raison de sa position intermédiaire entre les équipes soignantes, les résidents, les familles et l'équipe de direction, est également exposés à la souffrance. Au sein de la maison de repos et de soins, ce professionnel passe la quasi totalité de son temps de travail à gérer les horaires et les plannings du personnel. Aussi, il doit être sensibilisé et encouragé par l'équipe de direction à mener une action dynamique de veille et de prévention de la souffrance des soignants.

Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire et privilégier une démarche participative du personnel dans la gestion de projet

Le travail en équipe n'est pas une conception intégrée naturellement dans la formation des soignants. Il ne devient réel et ne peut se comprendre que dans la pratique professionnelle.

Aujourd'hui, au sein de l'établissement, les réunions en équipes pluridisciplinaires incluant les aides-soignants, infirmiers, l'ergothérapeute, la psychomotricienne, la kinésithérapeute, la psychologue, mais également le cadre et le médecin coordinateur ne sont pas réalisées de façon régulière. En effet, si des réunions sont organisées entre l'équipe soignante, le cadre et le médecin, les entretiens menés avec les soignants ont mis en évidence la rareté des réunions pluridisciplinaires. Or, au vu des difficultés illustrées par certains propos des aides-soignants : « *on ne nous écoute pas, de toutes façons* », l'organisation régulière de réunions d'équipes pluridisciplinaires au cours desquelles chaque professionnel aurait l'occasion de donner son avis sur l'état de santé des résidents mais également de partager des connaissances essentielles à la cohérence des soins et au bon fonctionnement des équipes pourrait être envisagée. Ceci permettrait en effet aux soignants et notamment aux aides-soignants qui sont porteurs d'informations importantes concernant l'évolution de l'état de santé des résidents d'en faire part à leurs collègues soignants mais également aux autres intervenants. L'effet d'un tel partage semble bénéfique à plusieurs égards. En effet, d'une part,

les soignants se sentent valorisés parce qu'ils sont entendus par leurs collègues. D'autre part, leur investissement dans le travail et l'ambiance s'améliorent également.

Nous avons eu l'occasion d'expérimenter certains des effets positifs du travail en pluridisciplinarité. Dans le cadre de l'élaboration d'un projet de vie au sein d'une unité accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, nous avons réuni, une fois par mois, les aides-soignants, infirmiers, l'ergothérapeute, la kinésithérapeute et les techniciennes de surface intervenant au sein de cette unité. Ces réunions ont eu pour objectif de réfléchir, à partir du vécu quotidien du personnel et de leurs idées, pour améliorer la cohérence du travail d'équipe et la prise en charge des résidents, sur des thèmes tels que l'accueil de la personne âgée, le respect du résident, le maintien de son autonomie et enfin l'intégration des familles. Plusieurs résultats positifs pouvant alimenter la réflexion relative à l'élaboration d'une politique de prévention de la souffrance ont pu être observés. D'une part, les soignants, dont plusieurs se plaignaient de perte de motivation, se sont fortement investis dans ce projet. D'autre part, leur avis a été non seulement entendu mais également pris en compte dans l'élaboration du projet de vie. Ceci a valorisé leur travail quotidien auprès des personnes âgées et également renforcé leur investissement et leur motivation. On a aussi constaté une diminution de l'absentéisme

Selon Marshall (1978), une politique de prévention de la souffrance au travail doit permettre aux soignants d'exprimer et de partager leurs réactions dans des réunions d'équipes régulières. Aussi, la mise en place de réunions pluridisciplinaires où les idées et l'avis de chacun peut être mentionné et pris en compte constitue un levier important en matière de motivation du personnel et ainsi de prévention de la souffrance des soignants.

En effet, ces séances privilégient l'expression et la reconnaissance des soignants. Or, selon E. CARRE et A. LABRUFF²⁵, l'expression et la reconnaissance constituent deux des facteurs essentiels de la motivation du personnel. En effet, ces derniers évoquent en parlant de la motivation du personnel, quatre besoins fondamentaux de l'homme au travail qui sont le besoin fondamental de connaissance, la progression et le perfectionnement, l'expression et enfin la reconnaissance.

Ainsi, une réflexion destinée à généraliser la démarche de travail en équipe pluridisciplinaire pourrait être envisagée. A cet effet, le directeur de la maison de repos et se soins pourrait charger le cadre de coordonner cette démarche.

25 Carre E., Labruff A., 2004, 100 questions pour comprendre et agir, Le Management. Saint Denis La Plaine : AFNOR, p.229

Mettre en place une organisation favorisant le partage d'information

A la maison de repos et de soins, les transmissions se font principalement par écrit. Elles se font également de manière informelle oralement entre infirmières d'une part, et aides-soignants d'autre part au moment de la relève. Toutefois, les temps de chevauchement (entre 13h30 et 13h45, 21h et 21h15) ne sont pas mis à profit pour échanger des informations entre soignants. De plus, on constate l'absence de transmissions orales entre les aides-soignantes, les infirmiers et les paramédicaux. Même si l'essentiel des informations circule, on peut regretter l'absence d'une organisation favorisant le partage régulier d'informations. En outre, l'organisation systématique de transmissions de courte durée (quinze minutes environ) entre les infirmiers, les aides-soignants, et paramédicaux, leur permettrait d'échanger régulièrement sur l'évolution de l'état de santé des résidents ainsi que sur les modes de prise en charge. Une telle organisation permettrait de renforcer la cohérence du travail des soignants et donc diminuerait le sentiment de solitude observé. Chez certains d'entre eux. Ces réunions pourraient également, par leur fréquence, désamorcer certaines situations de blocage et de conflits entre soignants et, ainsi, améliorer l'ambiance de travail. Tous ces effets bénéfiques sont à prendre en compte dans une politique de prévention de la souffrance des soignants.

Ainsi, le cadre de santé, doit insister pour que les temps de chevauchement soient réellement utilisés pour les transmissions.

2.4. Pistes testées pratiquement

Depuis deux ans que nous fonctionnons en tant que cadre dans une MRS, nous avons initié différents projets.

Le Snoezelen est presque une onomatopée : la contraction de deux mots hollandais : snuffelen qui signifie renifler, sentir et doezelen qui signifie somnoler, se laisser aller à la détente. Cette contraction de deux mots évoque le plaisir de la détente dans une atmosphère propice et un climat affectif harmonieux. Le Snoezelen consiste à proposer un temps « d'activité » dans un environnement qui propose des sollicitations sensorielles qui génèrent du plaisir et de la détente, ce qui se traduit par la réalisation de salles différentes. Toutes ces propositions ont en commun d'amener des sollicitations sensorielles douces, diversifiées, où tous les sens pourront être sollicités séparément ou simultanément : vue, toucher, odorat, sens de l'équilibre (vestibulaire), audition. Ces propositions doivent être douces dans une atmosphère propice et un climat sécurisant.

À ce titre le projet du Snoezelen se définit comme étant sans objectif éducatif, sans objectif thérapeutique, le seul objectif déclaré étant de proposer un loisir : loisir étymologiquement vient du mot licere : être permis, temps dont quelqu'un peut disposer pour faire ce qu'il a choisi, temps suffisant pour faire un choix (Larousse). Cet objectif suppose donc la liberté du choix et le respect du rythme de la personne accompagnée. Il s'agit donc de permettre, de favoriser l'expression d'un choix de personnes dont la motricité et la capacité à communiquer et à se faire comprendre sont limitées et pour lesquelles la mise en sens revêt des formes très singulières. Parfois cette liberté de choix ne peut s'exprimer que par le refus ou l'éviction de la relation. Quant au rythme, il s'agit de laisser le temps à ces personnes de répondre ou d'agir à leur manière, de leur accorder du temps pour tenter de comprendre leurs modalités d'expression si particulières.

L'autre élément fondamental du Snoezelen est la sécurité :

- L'hypothèse de base des Hollandais est que nos potentialités ne peuvent émerger que dans un climat de sécurité. C'est la raison pour laquelle le lieu d'accueil doit donner de la sécurité, par sa conception, par les matériels qu'il contient, par la qualité de l'accompagnement qui est aussi un facteur de sécurité.

- Quand tous ces ingrédients sont réunis, les praticiens constatent que les personnes sont plus aptes à entrer en relation à utiliser leurs capacités voire même à en révéler certaines.

Au travers de cette définition, le Snoezelen apparaît à la fois comme un lieu, une activité, une philosophie : une façon de penser l'autre différent comme sujet.

Les journées à thèmes, une fois par mois tous les résidents partagent un repas et participent à une animation festive préparée par le personnel. Ex. : journée alsacienne qui comprenait un repas choucroute et ensuite des saynètes montagnardes et un diaporama d'un voyage alsacien fait par les résidents quelque temps auparavant.

L'aromathérapie, dans certains locaux et couloirs de la maison des diffuseurs sont installés. Les huiles essentielles choisies avec soin sont fonction des activités (ex : huile stimulante lors de la gym, huile relaxante lors du bain, huile apaisante lors d'une fin de vie). L'aromathérapie est un outil de plus pour aider à retrouver l'équilibre. Elle utilise les huiles essentielles contenues dans les plantes pour améliorer la santé du corps et de l'esprit. Ses propriétés thérapeutiques découlent des molécules aromatiques qui entrent dans la circulation sanguine par la peau ou les poumons après l'inhalation. Elle peut être employée dans les cas de problèmes liés au stress comme l'anxiété, la dépression modérée, l'insomnie et la fatigue.

Certains parfums peuvent avoir des effets bénéfiques sur le système nerveux ou la santé en général. Voici quelques huiles essentielles à employer en fonction des effets recherchés :

Effet relaxant : camomille, cyprès, mandarine, bois de santal vanille, ylang ylang.

Effet stimulant : cannelle, clou de girofle, poivre noir, gingembre, eucalyptus, menthe, pin, romarin, vraie mélisse.

Effet équilibrant : basilic, lavande, bergamote, néroli, menthe.

Effet antidépresseur : basilic, camomille, jasmin, lavande, orange, ylang ylang, bois de santal

Pour améliorer la concentration : coriandre, cardamome, eucalyptus, citron, pin, romarin

Nous avons en cours le projet d'adopter un chien au sein de la maison.

Depuis que nos projets fonctionnent nous avons pu observer un changement dans la qualité de vie de la maison. Ils se rejoignent plus facilement et en nombre aux activités proposées. Ils s'y préparent notamment dans le choix de leurs vêtements et en font un sujet de conversation.

Pour le personnel soignant, on observe un taux d'absentéisme moins important. Certains proposent des thèmes et des animations en fonction de ceux-ci. On remarque un certain bénévolat pour ces activités et une certaine solidarité. Le repas du personnel est commun et le dessert partagé avec tous.

Statistiquement parlant, on ne peut pas parler de lien de cause à effet, il n'empêche que c'est intéressant et si l'on dit que "*les petits ruisseaux font les grandes rivières*" continuons à initier des petits ruisseaux.

CONCLUSION

Les multiples recherches concernant ce travail nous ont amenés à sortir des sentiers battus, à approfondir notre réflexion d'une manière assez incongrue nous le concevons. En effet, en regardant les sportifs s'entraîner durement, nous avons vu qu'ils peinaient, qu'ils souffraient afin d'arriver à ce que l'entraîneur exigeait d'eux. Celui-ci ne cessait de les mobiliser en criant "*Allez, en avant, au travail*". Pourtant en fin de séance, quelle satisfaction brillait dans leur regard. Observant cette scène, nous nous sommes retrouvés au cœur même de ce mémoire.

Soigner, c'est travailler, c'est alléger la souffrance du patient tout en canalisant la sienne. Tout travail comporte une part de souffrance chez le travailleur. La question est de savoir si celui-ci peut la surmonter, lui donner un sens par rapport à son histoire et à ses projets. Alors ne confondons pas la souffrance du patient qui est de subir, de supporter la douleur et la "*souffrance-passion*" qui est un mouvement naturel de l'humain orienté vers la recherche d'une satisfaction, d'une reconnaissance.

L'équilibre est fragile et le personnel soignant pour des raisons que nous évoquerons ci-dessous le brise. Alors, le "*travail satisfaction*" devient "*travail souffrance*".

En référence à nos hypothèses de départ, nous nous livrons à quelques réflexions. Cette souffrance des soignants interrogés apparaît au travers des entretiens, et on constate qu'elle prend sa source dans la confrontation quotidienne à la mort et aux déchéances multiples auxquelles conduit le processus de vieillissement. Elle prend également son origine dans le processus d'attachement aux personnes âgées et dans les inévitables séparations auxquelles sont confrontés les personnels soignants. Il paraît difficile de conclure que la représentation du rôle est elle-même source de souffrance. En revanche, il apparaît ici nettement que les connaissances des soignants ne leur permettent pas aujourd'hui d'interpréter de façon satisfaisante leurs rôles respectifs, et que la méconnaissance est elle-même source d'errance et de frustration. Par ailleurs peut-être la définition et la répartition actuelle des rôles contribuent-elles à placer les soignants dans des situations insatisfaisantes. Enfin le morcellement des tâches, et l'absence de travail d'équipe s'ajoutent à l'épuisement physique lié à la charge de travail et contribuent en partie au malaise soignant et à la mise en place d'attitudes stéréotypées ou défensives.

Toutefois ce travail ne peut conduire à des conclusions définitives sur l'impact de la dynamique institutionnelle sur les représentations que les soignants ont de la personne âgée et du rôle qu'ils jouent vis-à-vis d'elle. Ce pourrait être l'objet d'une recherche ultérieure qui nécessiterait l'étude comparative d'un nombre significatif d'établissements.

Les constats effectués au cours de ce travail militent malgré tout, à notre avis, pour la mise en place d'actions parmi lesquelles nous pouvons citer la redéfinition du soin en MRS, l'élaboration collective de projets, la formation de l'ensemble des acteurs à condition qu'elle soit articulée autour de ces projets et qu'elle réponde aux besoins, à la mise en place du travail en équipe, l'analyse des pratiques, le soutien et l'accompagnement des personnels face au retentissement émotionnel du travail en MRS. Il s'agit, au-delà des constats de carence et des discours d'intention, de donner à l'ensemble des acteurs les moyens d'un engagement dans des changements concrets. C'est le travail qu'il faut adapter à l'homme et non l'inverse. Si les changements à conduire sont d'importance et demandent du temps, les établissements disposent de ressources, notamment l'engagement et le dévouement de beaucoup de soignants, leur attachement aux personnes âgées dont elles s'occupent, ainsi que leur capacité à inventer et à découvrir d'autres manières de "*prendre soin*" en MRS.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- Abric J.C : Pratiques sociales et représentations, Paris, P.U.F. 1994
- Beaujard J.M. : Représentations et institutions in Connexions n°51 -1988/1, Eres, (pp71-81)
- Fischer G.N. : Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, 2ème éd, Paris Dunod 1985.
- Giust-Ddesprairies F. : Le sujet dans la représentation sociale, Connexions n°51 -1988/1, Eres, (pp82-87).
- Herzlich C. : Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, Mouton 1969
- Hesbeen Walter : Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante , Masson, 1997
- Jodelet D. : Les représentations sociales, P.U.F. Sociologie
- Jodelet D. : les représentations sociales, Sociologie d'aujourd'hui, P.U.F.1989
- Jodelet D. : Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie, in Moscovici S. (ed) Psychologie sociale, P.U.F. 1984b - pp357-378
- Kaess R. : L'appareil psychique groupal, construction d'un groupe, Paris-Dunod 1976
- Mannoni Pierre : Les représentations sociales - P.U.F. Que-Sais-Je
- Moscovici S. : Psychologie sociale Paris - P.U.F. 1984
- Moscovici S. : La psychanalyse, son image et son public - Paris-P.U.F. 1961
- Rateau P., Rouquette J.L. : Introduction à l'étude des représentations sociales P.U.G, col. La psychologie en plus, 1998
- Rocheblave-Spenlé A-M. : La notion de rôle en psychologie sociale, P.U.F., 2èm ed.1969

Recherche internet :

PETIT Marie : http://www.pedagopsy.eu/definition_psychotherapie.htm

Cours :

M. FLORIN C. et M. VANTOMME P., cours inclus dans la formation des cadres en soins de santé de l'Ecole d'Enseignement et Promotion sociale de la Communauté Française. Tournai. Année scolaire 2005-2006 et 2006-2007

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

1 QUESTIONNAIRE : RECUEIL D'INFORMATIONS

1.1 SERVICE

Maison de repos

Maison de repos et de soins

1.2 DETERMINANTS SOCIAUX

a) Le sexe : M F

b) L'âge : 20-29 30-39 40-49 50-59

c) La position sociale :

Fonction exercée dans l'institution

Mode d'exercice de l'activité professionnelle

d) formation

Formation initiale:

Formation professionnelle continue:

2 RECUEIL DES REPRESENTATIONS

2.1 Choisissez 2 ou 3 photographies représentant le plus les personnes âgées dont vous occupez

a) Numéros :

b) Expliquez les raisons de ce choix :

2.2 Donnez 5 adjectifs qualifiant le plus pour vous ces personnes âgées

2.3 Choisir dans la liste suivante 5 sentiments ou émotions que vous éprouvez le plus fréquemment vis à vis des personnes Âgées dont vous vous occupez

Lassitude	Colère	Pitié	Tendresse	Enervement
Joie	Regret	Surprise	Peur	Confiance
Dégoût	Amour	Agressivité	Incompréhension	Impuissance
Affection	Irritation	Etonnement	Tristesse	Respect
Culpabilité	Compassion	Solitude	Nostalgie	Sérénité
Autres :				

Pourquoi ?

2.4 Relations avec les personnes âgées :

Qu'est ce que vous aimez surtout dans votre travail avec les personnes âgées ?

Qu'est ce qui vous déplaît surtout dans votre travail avec les personnes âgées ?

Quelles relations avez-vous avec les personnes âgées atteintes de démence ?

3 REPRESENTATIONS DU RÔLE

3.1 Pour vous, votre rôle auprès des personnes âgées consiste en quoi surtout ? (5 mots)

3.2 Pouvez-vous me décrire l'essentiel de vos activités ?

Aide aux toilettes

Aides aux repas

Préparation de médicaments

Distribution de médicaments

Soins Infirmiers

Activités d'animation

Evaluation de l'autonomie (participation à)

Elaboration du projet de soin (participation à)

Transmissions écrites

Transmissions orales

Communication avec : les personnes âgées

Les familles

Les médecins

L'équipe (préciser)

Autres

ANNEXE 2

Le recueil d'informations

- 1 L'origine des personnes interrogées
Maison de repos et de soins : 17 Personnes interrogées
- 2 Les déterminants sociaux
Le sexe : 15 Femmes, 2 Hommes
L'âge : 20-29 30-39 40-49 50-59
8 pers 5 pers 3 pers 1 pers
- 3 Les fonctions occupées
5 Infirmières.
8 Aides soignantes
3 Animatrices.
1 Coiffeuse.
- 4 Le mode d'exercice de la profession
10 personnes travaillent à temps plein, dont 2 qui ne travaille que la nuit.
3 personnes travaillent à $\frac{3}{4}$ temps.
4 personnes travaillent à mi-temps.
- 5 La formation des personnes interrogées
 - 5.1 La formation initiale
Les 5 infirmières : 2 graduées et 3 brevetées.
Sur les 8 aides-soignants: 6 aides soignantes et 2 puéricultrices "*faisant- fonction*".
3 Animatrices.
1 Coiffeuse.
 - 5.2 La formation continue
Formation continue des 5 infirmières :
 - 5 ont suivi une formation "*manutention*",
 - 3 d'entre elles ont suivi une formation "*soins palliatifs*",
 - 2 d'entre elles ont suivi une formation "*accompagnement des désorientés*",

Formation continue des 8 aides-soignants.

8 ont suivi une formation "*manutention*",

3 ont suivi une formation "*soins palliatifs*",

3 ont suivi une formation "*accompagnement des désorientés*",

1 a suivi une formation "*gestion du stress*",

Formation continue des 3 personnes animatrices:

1 a suivi une formation, en "*manutention*".

1 a suivi une formation "*accompagnement des désorientés*",

Formation continue de la personne exerçant les fonctions de coiffeuse:

Cette personne a suivi 2 formations, l'une en esthétique, l'autre concernant la manutention des personnes.











































© Bubbles







