



HAL
open science

**Une approche humaniste de la souffrance au travail. :
effet d'un programme de soutien multidimensionnel sur
les professionnels d'EHPAD (Etablissement
d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)**

Mathilde Chagneau

► **To cite this version:**

Mathilde Chagneau. Une approche humaniste de la souffrance au travail. : effet d'un programme de soutien multidimensionnel sur les professionnels d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Psychologie. Université d'Angers, 2019. Français. NNT : 2019ANGE0054 . tel-03065091

HAL Id: tel-03065091

<https://theses.hal.science/tel-03065091>

Submitted on 14 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE D'ANGERS
COMUE UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

ECOLE DOCTORALE N° 603
Education, Langages, Interaction, Cognition, Clinique
Spécialité : « *Psychologie* »

Par

Mathilde CHAGNEAU

Une approche humaniste de la souffrance au travail en EHPAD.

Effet d'un programme de soutien multidimensionnel sur les professionnels en
Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

Thèse présentée et soutenue à Angers, le 22 novembre 2019.

Unité de recherche : BePsyLab « Bien-être & Processus de subjectivation »

Rapporteurs avant soutenance :

Nathalie BAILLY, Maître de Conférences, HDR,
Université de Tours.
Antonia CSILLIK, Maître de Conférences, HDR,
Université Paris-Nanterre.

Rapporteurs avant soutenance :

Composition du Jury :

Valérie IGIER, Maître de Conférence, HDR, Université de
Toulouse Jean Jaurès.
Marie-Claire GAY, Professeur, HDR, Université Paris-Nanterre.
Président (*à préciser après la soutenance*)

Directeur de thèse
Benoît FROMAGE, Professeur, HDR, Université d'Angers.
Co-directeur de thèse
Claude FERRAND, Professeur, HDR, Université de Tours.

Composition du Jury :

Valérie IGIER, Maître de Conférence, HDR, Université de
Toulouse Jean Jaurès.
Marie-Claire GAY, Professeur, HDR, Université Paris-Nanterre.

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>



Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Benoît Fromage et Madame Claude Ferrand qui ont encadré mon travail de thèse au long de ces six années. Leur accompagnement, leur expérience, leur écoute, leur disponibilité, leurs encouragements et leur bienveillance m'ont permis de mener cette recherche à son terme.

Je remercie Madame Valérie Igier et Mme Marie-Claire Gay pour leurs regards et conseils annuels dans le cadre du comité de suivi individuel de ma thèse. Qu'elles soient également remerciées pour leur participation en tant qu'examinatrices.

J'exprime ma gratitude à Mme Nathalie Bailly et Mme Antonia Csillik pour avoir accepté d'être rapporteurs de cette thèse.

Je tiens tout particulièrement à remercier les professionnels des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ayant participé à cette recherche. Merci à eux pour la confiance et le temps qu'ils m'ont accordés.

Je remercie Mesdames Aurélie Lagadec, Florence Gaborieau, Adeline Chagneau, Marilyn Begaud, Marine Michineau, Aline Valot, Virginie Dupont, Josiane Chagneau, Nicole Charlot ainsi que Messieurs Sylvain Vrignaud, Anthony Michineau et Sylvain Pelloquin pour les relectures et corrections apportées à ce travail. Leur amour pour les lettres et l'orthographe a été d'un grand soutien.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance à ma famille et mes amis pour leur écoute et leurs encouragements durant ce parcours. Mes derniers remerciements vont à Aurélien Charlot. Je lui exprime toute ma gratitude pour sa patience, son respect et son soutien quotidien pendant ces six années de recherche.

Sommaire

UA INTRODUCTION.....	1
_UA_1^{ERE} PARTIE : ASPECTS THEORIQUES ET CONTEXTE DE LA RECHERCHE..	6
1. _ua_ Chapitre 1 : Stress au travail, Risques psycho sociaux et épuisement professionnel : historique et définitions.	6
1.1. _ua_ Introduction.	6
1.2. _ua_ Le stress au travail : historique, définitions et principales modélisations..	7
1.3. _ua_ Les risques psychosociaux (RPS) : historique, définitions, évolutions, causes et conséquences.	21
1.4. _ua_ Le burnout ou épuisement professionnel : historique, définitions, évolutions, causes et conséquences :	26
2. _ua_ Chapitre 2 : Accompagner les personnes âgées en Établissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).	40
2.1. _ua_ Introduction.	40
2.2. _ua_ L’Établissement d’Hébergement pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD).	41
2.3. _ua_ Travailler auprès des personnes âgées en EHPAD.	52
3. _ua_ Chapitre 3 : Les techniques de prévention et de remédiation dans le mal-être et la souffrance au travail auprès des personnes âgées : présentation et apports de la littérature.	70
3.1. _ua_ Introduction.	70
3.2. _ua_ Prévention et remédiation du mal-être et de la souffrance au travail, présentation des différentes approches.	71
3.3. _ua_ Présentation des techniques de prévention et remédiation du mal-être de la souffrance dans le soin auprès des personnes âgées et apports de la littérature. ...	75
4. _ua_ Problématique de recherche	97
_UA_2^{EME} PARTIE : OUTILS ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	100
5. _ua_ Chapitre 1 : Pour une prise en charge du mal-être et de la souffrance professionnelle en EHPAD : présentation des outils et techniques choisis.....	100
5.1. _ua_ Introduction.	100
5.2. _ua_ Outils d’inspiration pour une prise en charge multidimensionnelle du mal-être et de la souffrance au travail en EHPAD.....	101
5.3. _ua_ Outils d’inspiration pour une prise en charge unidimensionnelle du mal-être et de la souffrance au travail en EHPAD.....	123
6. _ua_ Chapitre 2 : Méthodologie de la recherche.	130
6.1. _ua_ Introduction.	130
6.2. _ua_ Population et outils de mesure.	131
6.3. _ua_ Construction et présentation du protocole de recherche.	136
7. _ua_ Hypothèse générale et hypothèses opérationnelles.	165
7.1. _ua_ Hypothèse générale.....	165
7.2. _ua_ Hypothèses opérationnelles.	165

_UA_3^{EME} PARTIE : RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	167
8. _ua_ Chapitre 1 : Analyse quantitative des résultats.....	167
8.1. _ua_ Introduction, présentation des données.....	167
8.2. _ua_ Interprétation des résultats.....	168
9. _ua_ Chapitre 2 : Analyse qualitative des résultats.....	178
9.1. _ua_ Analyse qualitative du programme de soutien multidimensionnel.....	178
9.2. _ua_ Analyse qualitative des programmes contrôles.....	223
10. _ua_ Chapitre 3 : Discussion et perspectives de recherche.....	229
10.1. _ua_ Introduction.....	229
10.2. _ua_ Discussion des résultats de la recherche.....	231
10.3. _ua_ Intérêts, limites et perceptives de recherche.....	242
UA CONCLUSION.....	257
UA_ BIBLIOGRAPHIE.....	262
UA_ TABLE DES MATIERES	300
UA_ TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	304
UA_ TABLE DES TABLEAUX	306
UA_ TABLE DES ANNEXES.....	307

ua Introduction

La notion de travail nous renvoie à la fois à des représentations positives comme le dépassement et la réalisation de soi, mais également à des représentations négatives comme la contrainte de l'effort. Amyot (2010) souligne que le mot travail a une double étymologie : l'une latine « tripalium », un instrument de torture, et l'autre grecque « ergon » qui signifie la force, l'action, l'ouvrage ou encore le travail accompli... Le travail peut être une source de souffrance comme le moyen de trouver un sens à son existence.

Les liens entre santé et travail existent depuis que l'homme a une activité et on a tendance à les penser aujourd'hui en termes d'atteinte à la santé, d'altération et de dégradation (Lhuillier & Amado, 2012). Au-delà des affections physiques comme la fatigue, les douleurs ou les troubles musculo-squelettiques qui intéressent les chercheurs depuis le XIX^e siècle, on parle d'affections psychiques ou mentales ou de souffrance psychique liées au travail.

La souffrance est à différencier de la douleur. Alors que la douleur serait plutôt sensorielle et ancrée dans le corps, la souffrance, quant à elle, aurait un aspect psychique ou morale. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la souffrance qualifie un être qui supporte, endure, ou subit une douleur physique et morale, un état de mal-être, c'est-à-dire un sentiment de non-adaptation au monde, d'étrangeté aux êtres et aux choses, d'indifférence douloureuse » (Gilloots, 2006).

Le terme de souffrance au travail est peu utilisé ailleurs qu'en France (Manoukian, 2016). Selon Dejours (1998), cette notion recouvre l'ensemble des impacts négatifs des environnements de travail sur l'individu. Parmi ces impacts figurent, le stress au travail (Cooper & Marshall, 1976 ; Karasek, 1979, 1990 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Seigrist, 1996), les risques psychosociaux (Nasse & Légeron, 2008 ; Gollac & Bodier, 2011) ou encore l'épuisement professionnel (Maslach & Jackson, 1981). Ces phénomènes peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé des salariés ainsi que sur l'organisation du travail (Selye, 1956 ; Cordes & Dougherty, 1993 ; INRS, 2016).

La notion opposée à la souffrance au travail est celle de bien-être ou de bonheur au travail. Elle se manifeste lorsque le travail devient l'occasion de se dépasser ou de se réaliser. Selon Boniwell & Chabanne (2017), ce bien-être se définit « comme une association entre le bien-être hédonique (celui des sensations plaisantes ressenties, des émotions positives et des évolutions cognitives) et le bien-être eudémonique (celui que l'on ressent lors de la réalisation d'une tâche qui a du sens et qui suit nos valeurs) » (Boniwell & Chabanne, 2017 p.34). Toujours d'après ces auteurs, ce bonheur a lui aussi

des conséquences sur la personne et son activité. Il influence l'engagement et la performance (Fuschs, Jeoffrion, Barré, & Savary, 2018).

Actuellement, le travail auprès des personnes âgées, est une activité dont la charge physique et psychique est lourde. Depuis plusieurs décennies, l'espérance de vie a considérablement augmenté (Bellamy, Beaumel, 2016 ; Blanpain, Chardon, 2010). Parallèlement, le nombre de personnes âgées dépendantes continue d'évoluer. En France, il pourrait atteindre 1 200 000 en 2040 contre 800 000 en 2006 (Duée, Rebillard, 2006). Face à ces évolutions, l'organisation du travail auprès des personnes âgées est souvent mise à mal. Dans ces milieux, les personnes accompagnées ont de plus en plus besoin d'aide, les budgets sont limités et le rythme s'accélère. Les soignants sont régulièrement confrontés à des vécus intenses comme la maladie, la désorientation, le handicap physique ou psychique et la mort (Manoukian, 2008). Amyot en 2010 décrit la gérontologie comme un milieu propice à l'épuisement et au stress des professionnels. Travailler en gérontologie « est un défi sans cesse renouvelé, une charge physique et émotionnelle omniprésente, une permanence de l'attention à l'autre. » (Amyot, 2010, p.155). Plusieurs études ont montré que les professionnels du soin confrontés à la maladie grave et à la mort sont exposés au stress et au burnout (Shanafelt, Chung, White, & Lyckholm, 2006). Une étude longitudinale Européenne PRESST-NEXT, ayant interrogé plus de 5000 soignants en France, a montré que les professionnels de gérontologie étaient les plus insatisfaits de leurs possibilités de donner à leurs patients la qualité des soins dont ils ont besoin et qu'ils n'avaient majoritairement pas le temps suffisant pour parler aux malades ou résidents (Estryn-Béhar, Salbreux, Paoli, & Le Nezet, 2007). Ces professionnels mettent également en avant le manque de temps et l'altération de la qualité de travail (Raybois, 2014a). En 2019, le rapport remis suite à la concertation nationale au sujet du grand âge et de l'autonomie, souligne une dégradation des conditions de travail en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Il estime également que les données sur l'absentéisme et les accidents de travail dans ces institutions sont préoccupantes (Libault, 2019).

Il est nécessaire de prendre en charge l'épuisement professionnel et le stress en EHPAD ainsi que de promouvoir le bien-être ou la qualité de vie au travail. La littérature nous informe que les interventions de soutien auprès des professionnels soignants en EHPAD ont été peu étudiées. Il existe différents types d'approches en prévention et remédiation de la souffrance au travail (Mouze-Amady & Neboit, 2003 ; Amyot, 2016). L'approche primaire s'attache aux causes du mal-être et agit en amont sur l'organisation, sur les facteurs psychosociaux ainsi que sur les conditions de travail. Il peut s'agir de formation du personnel, de soutiens collectifs tels que les groupes de parole ou les

groupes de réflexion éthiques. L'approche secondaire intervient auprès de la personne se trouvant confrontée aux situations de travail à fortes contraintes. Cette démarche est classée dans les mesures correctives plutôt que préventives (INRS, 2017b). Elles aident la personne à développer des capacités d'adaptation et à modifier ses comportements ou ses modes de pensée. Les interventions d'approche secondaire sont les techniques de gestion du stress telles que la relaxation ou la méditation par la pleine conscience ainsi que les techniques de développement des ressources de la personne, tirées de la psychologie positive.

Chacune de ces interventions possède leurs intérêts et leurs limites. La formation est considérée comme efficace mais elle devient frustrante quand la personne n'a pas les ressources psychiques pour mettre en place ses nouvelles compétences (De Rotrou, Thevenet, Richard, Cantegreil, Wenisch, Chausson, Moulin, Batouche, & Rigaud, 2006). Les groupes de paroles sont bénéfiques s'ils sont réguliers et sous-tendent un ratio personnel élevé (Jacobson & McGrath, 1983). Ils peuvent se révéler inefficaces ou même source de conflit lorsqu'ils ne sont pas effectués en parallèle de réels changements organisationnels (Kempe, Sauter, & Lindner, 1992). Les techniques de gestion du stress ont montré leur efficacité dans la littérature mais peuvent renvoyer la personne à son inadaptation et l'amener à développer le subir plutôt qu'à réaliser de réelles transformations (Lhuillier & Amado, 2012). Les effets de ce type de techniques ne se maintiennent pas dans le temps (McCabe, Bird, Davison, Mellor, MacPherson, Hallford, & Seedy, 2015).

Cependant, ces approches s'inscrivent dans une vision restreinte de la personne au travail. En effet, dans son milieu professionnel, l'homme reste un être global et social. Il y vient avec son histoire de vie, ses préoccupations et est en constante interaction avec le monde qui l'entoure. Selon une vision holistique de l'homme au travail, comment penser des dispositifs de soutien prenant en compte toutes ces dimensions ? Les approches multidimensionnelles combinant les interventions organisationnelles, individuelles et collectives se montrent efficaces dans la remédiation de la souffrance au travail (Sanchez, Mahmoudi, Moronne, Camonin, & Novella, 2015). Elles semblent également avoir des effets bénéfiques à plus long terme (McCabe et al., 2015).

La question de recherche étudiée dans ce travail interroge donc la prévalence d'un programme de soutien multidimensionnel et holistique des soignants en EHPAD contre la souffrance au travail sur un programme de soutien unidimensionnel standard tel que les groupes de parole ou la formation des soignants. Il est donc attendu qu'un programme de soutien multidimensionnel et holistique de soignants en EHPAD soit plus efficace dans la prise en charge de la souffrance au travail (stress perçu, burnout et bien-être au

travail) qu'un programme de soutien unidimensionnel standard tel que les groupes de parole ou la formation de soignants.

Cette recherche nous permet de penser un dispositif de soutien des professionnels en EHPAD efficace et innovant. Pour répondre à la souffrance au travail, phénomène multifactoriel et complexe, nous avons choisi de nous situer dans une perspective humaniste.

La psychologie humaniste est un courant de psychologie centré sur la personne dans son ensemble. Selon cette approche, elle est libre et responsable dans la réalisation de ses potentialités (Mehran, 2010). C'est elle qui possède les capacités et les ressources pour créer, s'inventer et s'actualiser. La psychologie humaniste a une vision du développement humain tournée vers l'avenir. La personne est continuellement dans un processus de changement et dotée de capacités telles que l'autodétermination ainsi que la possibilité d'investir son avenir à l'avance (Fromage, 2019). Enfin, selon cette approche, c'est la personne elle-même qui sait ce dont elle souffre et dans quelle direction il faut chercher pour l'aider. Le psychologue ou thérapeute se place dans une attitude empathique et de non-jugement (Rogers, 1971). La psychologie humaniste privilégie donc le discours de la personne sur elle-même pour étudier son expérience propre.

Le programme de soutien multidimensionnel pensé dans notre recherche s'appuie sur les aspects individuels, physiques, émotionnels mais également sur le vécu, les représentations et les valeurs de la personne. Il comprend un apprentissage de la relaxation et gestion des émotions selon le training autogène de Schultz (1958), un bilan de situation à l'aide de l'Épreuve des Trois Arbres de Fromage (2011) et un accompagnement collectif de création sur les pratiques, mené à l'aide du modèle de soutien des aidants de James & Stephenson (2007) et de la version collective du Cahier de l'Arbre (Fromage, 2015). Les outils utilisés, tels que l'Épreuve des Trois Arbres et le Cahier de l'Arbre Collectif, devront permettre à la personne de prendre conscience de ses ressources et de les développer pour s'appuyer sur les aspects positifs et négatifs de son fonctionnement et opérer des changements en profondeur. Il devra également permettre de sortir de la réalisation de la tâche pour aller vers une activité personnelle et personnalisante transformant le travail dans ses rapports à la vie.

La recherche menée au cours de ce travail est exploratoire. Elle concerne 38 soignants en EHPAD et teste l'efficacité d'un programme de soutien multidimensionnel global et novateur des soignants sur le stress perçu (PSS 14, Cohen, Kamarck, & Mermelstein 1983), le bien-être au travail (EMMBEPT, Gilbert, Daguenaïs-Desmarais, & Savoie, 2011) et le burnout (MBI, Maslach, Jackson, 1981). Ce programme est comparé

à des programmes contrôlés unidimensionnels comme le groupe de parole et la formation de soignants. Les programmes sont constitués de 12 séances hebdomadaires d'1h.

Dans la première partie de ce manuscrit, nous allons exposer les notions qui constituent les concepts de souffrance mentale au travail telles que la notion de stress, de risques psychosociaux et d'épuisement professionnel ou burnout. Ensuite nous présenterons les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et leur fonctionnement puis, nous exposerons le défi que représente le travail auprès des personnes âgées en EHPAD. Nous présenterons alors la spécificité de l'organisation, de la charge physique et psychique ainsi que du rythme de travail dans ces établissements. Pour terminer, nous exposerons les différentes approches qui permettent de prévenir et de remédier à la souffrance au travail. Nous étudierons la littérature concernant ces interventions dans le monde du travail en gérontologie et nous mettrons en évidence leurs intérêts et leurs limites. Enfin, nous résumerons le cheminement suivi pour soulever la problématique étudiée : un programme de soutien multidimensionnel et holistique des soignants en EHPAD serait-il plus efficace pour lutter contre la souffrance et développer le bien-être au travail qu'un programme de soutien unidimensionnel standard tel que les groupes de parole ou la formation des soignants ?

La deuxième partie de ce travail nous permettra de présenter la méthodologie de notre recherche. Dans un premier temps, nous exposerons les méthodes de prise en charge du mal être professionnel choisies pour inspirer ce travail de recherche telles que les techniques d'apaisement physique et mental, l'Épreuve de Trois Arbres, le modèle de soutien des aidants et le Cahier de l'Arbre Collectif. Ensuite, nous présenterons les outils sélectionnés pour une prise en charge unidimensionnelle de la souffrance au travail : les groupes de parole et la formation de soignants. Dans un deuxième temps, nous exposerons la méthodologie de la recherche exploratoire menée entre 2014 et 2016. Les étapes et les changements effectués pour parvenir au protocole final seront décrits. Nous présenterons les populations concernées, les outils de mesure utilisés ainsi que le protocole de recherche des programmes expérimentaux et contrôle. Enfin, nous énoncerons l'hypothèse générale et les hypothèses opérationnelles de l'expérimentation.

La troisième et dernière partie de ce manuscrit présentera tout d'abord l'analyse quantitative des résultats de la recherche. Puis, nous développerons l'analyse qualitative à partir des commentaires recueillis auprès des professionnels ainsi que du matériel récolté lors des passations individuelles de l'Épreuve des Trois Arbres et lors des séances collectives. Enfin, nous discuterons nos résultats en les mettant en lien avec le cadre théoriques exposé en première partie pour pointer les intérêts et limites de cette étude. Enfin, nous développerons les nouvelles perspectives auxquelles nous conduit cette recherche.

_ua_1^{ère} partie : ASPECTS THEORIQUES ET CONTEXTE DE LA RECHERCHE.

1. _ua_ Chapitre 1 : Stress au travail, Risques psychosociaux et épuisement professionnel : historique et définitions.

1.1. _ua_ Introduction.

Dans ce chapitre nous allons tout d'abord aborder le concept de stress. L'histoire et la définition de cette notion seront développées pour ensuite présenter les différentes modélisations du stress au travail au cours du XX^e siècle. Nous compléterons ces définitions avec l'approche psychodynamique du stress et de la souffrance au travail pour terminer par les définitions gouvernementales de ce phénomène.

Dans un deuxième temps, nous présenterons cette jeune notion ayant vu le jour dans les années 1990 aux Etats-Unis : les risques psychosociaux. Nous verrons comment ces derniers sont aussi bien facteurs de risque que risques et conséquences.

Enfin, nous exposerons le phénomène d'épuisement professionnel ou de burnout. Après un retour sur l'histoire et la définition de cette notion, nous présenterons les différentes modélisations du burnout, ses causes ainsi que ses effets.

1.2. ua Le stress au travail : historique, définitions et principales modélisations.

1.2.1. ua Le stress.

a) ua Historique et définitions du concept de stress.

Le « stress » est un terme anglais qui trouve son origine dans le verbe latin « stringere » qui signifie « serrer », « comprimer » mais aussi « blesser » ou « offenser ». Il était utilisé par les anglophones dès le XVII^e siècle, pour exprimer la souffrance, les privations, l'ennui, la calamité et l'adversité (Rivolier, 1989 ; Stora, 2016). Au XVIII^e siècle il est employé dans la métallurgie, non comme une conséquence, mais comme une force, une pression, une tension qui peut déformer le métal. Plus tard, le mot est utilisé par analogie chez l'homme pour signifier une tension entraînant des maladies ainsi que des troubles somatiques et/ou mentaux (Stora, 2016).

ua Le syndrome général d'adaptation de Selye (1956) :

Le concept de stress a été étudié dès les années 1930 par Selye. En 1956, il le décrit comme un processus général d'adaptation de l'organisme à l'environnement. Pour lui c'est une réponse commune, non spécifique de l'organisme, à tous les stimuli stressants. Il distingue trois phases du stress :

- Une phase d'alarme pendant laquelle l'organisme répond à la menace (accélération du rythme cardiaque, changements hormonaux...) ;
- Une phase de résistance pendant laquelle il fait face et s'adapte à la situation stressante ;
- Une phase d'épuisement qui survient si la phase de résistance perdure, que l'organisme s'affaiblit et qu'il s'ensuit l'apparition de maladies (troubles du sommeil, maladies cardiovasculaires, syndrome dépressif, affaiblissement du système immunitaire...).

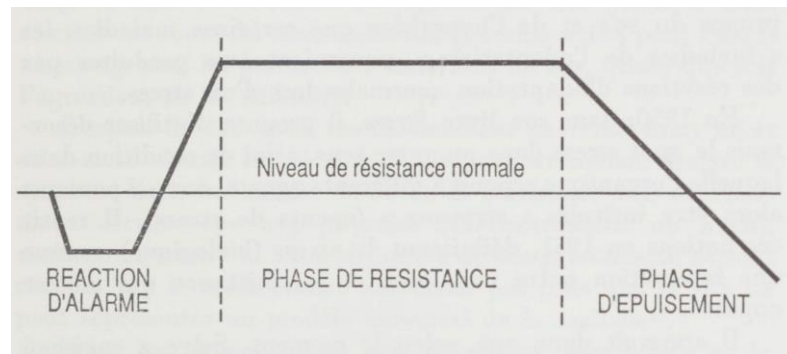


Figure 1 : Les trois phases du syndrome général d'adaptation selon Selye.

Source : (Rivolier, 1989).

Le modèle de Selye est basé sur une réponse unique non spécifique du corps à tous les stimuli stressants de l'environnement. Selon cet auteur, la réaction au stress est plus physiologique que psychique. Dans le point suivant, nous allons voir quelles sont les réponses physiologiques du corps à ce phénomène.

b) ua Physiologie du stress.

Les répercussions physiologiques du stress trouvent leurs origines dans la survie de l'espèce. Lorsqu'une personne vit une situation stressante, le corps réagit de manière utile afin de l'aider à agir et de la préparer à la fuite ou au combat.

L'approche bio-médicale du stress étudie les changements hormonaux, corporels en réaction aux stimuli stressants. Au niveau physiologique, les hormones sécrétées sont différentes en fonction des étapes du stress.

Immédiatement durant la phase d'alarme, c'est l'adrénaline (hormone d'urgence) qui est sécrétée de manière proportionnelle à la menace de la situation. Cette hormone permet l'accélération du rythme cardiaque, de la respiration et du débit sanguin afin d'oxygéner les organes et de fournir l'énergie nécessaire au corps. Si la situation de menace demande une vigilance et une attention soutenue, le système nerveux produit également la noradrénaline. Ces deux hormones (adrénaline et noradrénaline) permettent à l'organisme de s'adapter et de répondre en cas d'urgence. Pourtant elles deviennent toxiques en cas de stress répété et entraînent des troubles cardio-vasculaires ainsi que des troubles digestifs.

Lors de la phase de résistance ou d'adaptation, le système hypothalamo-hypophyséo-surrénalien sécrète le cortisol qui stimule la fabrication d'énergie pour le corps. Cette hormone exerce également un rétrocontrôle sur le système afin de réguler

les productions d'hormones sur une durée plus longue d'exposition à la situation menaçante. La production de cortisol serait également liée au sentiment de contrôle de l'individu sur la situation. La sensation de perte de contrôle et d'impossibilité de maîtrise serait favorable à une augmentation du taux de cortisol.

Si le système est sollicité de façon répétée, il peut se dérégler et les réserves d'énergie de l'organisme s'amenuisent : c'est la phase d'épuisement. Les hormones du stress ont également pour rôle d'inhiber le système immunitaire et donc réduisent nos défenses (Truchot, 2004).

On différencie le stress aigu du stress chronique (Moisan & Le Moal, 2012). Le stress aigu est une réponse de l'organisme à une situation brutale et imprévue. Les changements physiques sont soudains (accélération du rythme cardiaque, accélération du rythme respiratoire, transpiration...) et l'équilibre se rétablit facilement lorsque la menace s'éloigne. Cette réaction stimulante déploie l'énergie nécessaire à la situation et nous permet d'adapter notre comportement.

Le stress chronique fait suite à une exposition continue à la situation de menace. Ses effets sont néfastes et il peut engendrer diverses pathologies (ibid, 2012).

La définition du stress développée par Selye a été qualifiée de vision « stimulus-réponse » ignorant le contexte dans lequel ceux-ci apparaissent (Truchot, 2004). Si « le processus général d'adaptation » de Selye est une réponse unique de l'organisme et non spécifique pour l'ensemble de stressés, la limite principale de ce modèle est « son incapacité à distinguer les différences individuelles face à une situation potentiellement stressante » (Steiler & Rosnet, 2011). Depuis, les auteurs se sont intéressés à la raison pour laquelle les personnes ne présentent pas les mêmes réponses à ce phénomène. Cette approche psychosociale a intégré « les caractéristiques de l'environnement et celles de la personne. [...] (elle) marque un grand tournant dans la recherche sur le stress professionnel. Elle va être très prolifique en termes de modèles et d'études empiriques qui apportent des résultats cohérents » (Ben Tahar, 2015, p.53). Certains auteurs comme Hinkle (1974) ont montré que les réponses de l'organisme aux situations stressantes étaient multiples en fonction des menaces. Cooper & Marshall (1976) ont également pu mettre en évidence des caractéristiques individuelles prédictives du stress, notamment dans le milieu professionnel.

1.2.2. _ua_ Les modélisations du stress au travail.

a) _ua_ Le modèle du stress au travail de Cooper & Marshall (1976).

Durant la deuxième moitié du XXème siècle, parallèlement à la conceptualisation du stress, de nombreux chercheurs ont étudié ce phénomène dans le milieu professionnel et ont contribué à sa modélisation. Dès les années 1970, des auteurs comme Cooper & Marshall (1976) ainsi que Murrell (1978) étudient les causes, les effets et les résultats du stress au travail. Ces recherches aboutissent à une modélisation du phénomène reprenant les sources du stress au travail, les caractéristiques individuelles prédictives, les symptômes ainsi que les maladies individuelles et organisationnelles.

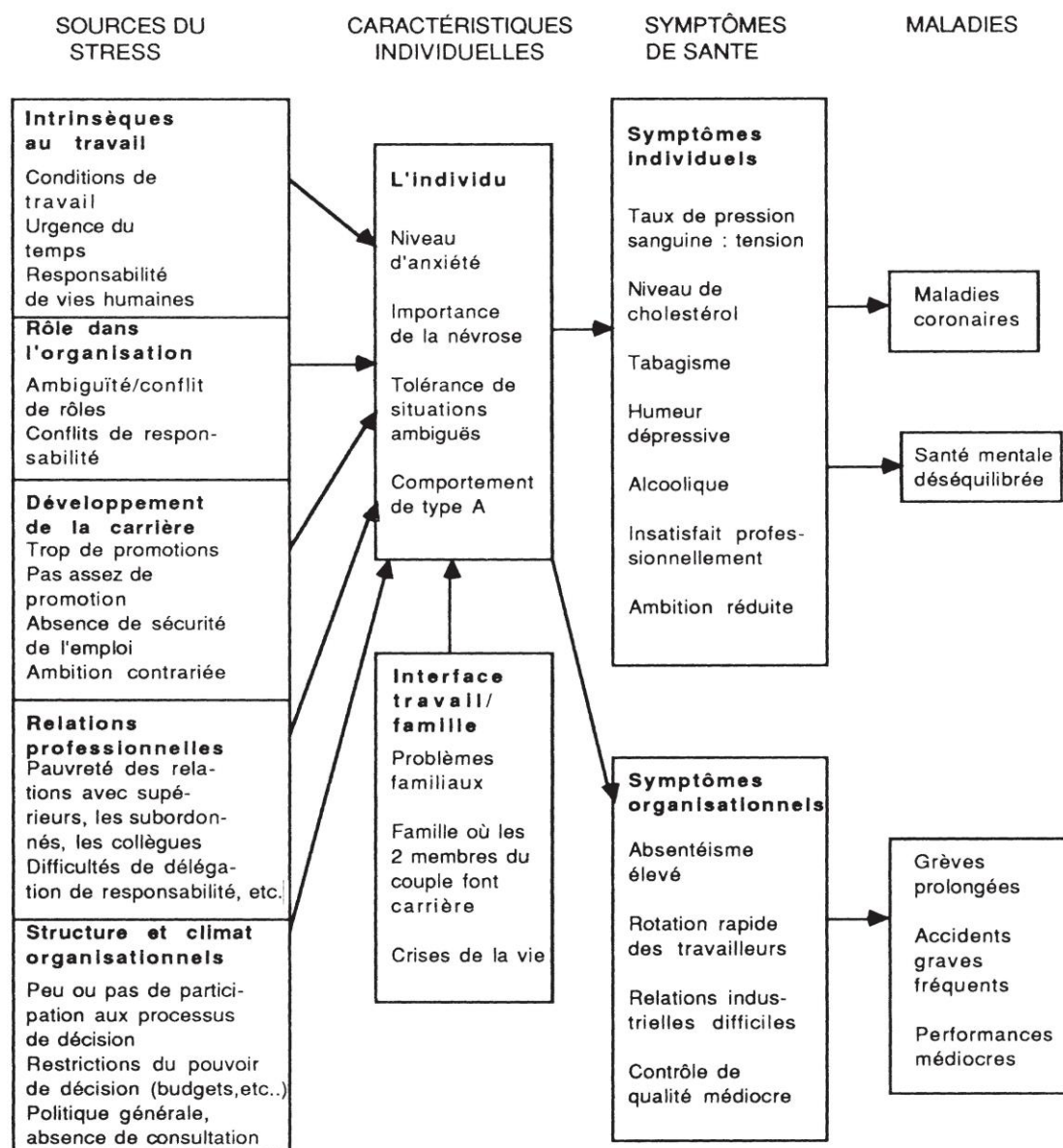


Figure 2 : Modélisation du stress au travail de Cooper (1986).

Source : (Stora, 2016)

D'autres modèles ont pu tenir compte des particularités individuelles dans le stress au travail pour expliquer les différentes attitudes face au stress. L'un des principaux est le modèle interactionniste de Karasek (1979, 1990). L'approche interactionniste « offre une meilleure explication du comportement que les différences individuelles ou contextuelles. Selon cette approche, le stress apparaît en raison de l'interaction entre une personne et un environnement « incompatibles » » (Moisson & Gamassou, 2008, p. 4).



b) _ua_ Le modèle interactionniste de Karasek (1979, 1990).

Karasek (1979) introduit un modèle interactionniste du stress au travail qui conçoit le stress comme dépendant de la relation de l'individu avec son environnement. Il construit tout d'abord ce modèle à partir de deux dimensions :

- Les exigences du travail (« job demand ») : c'est à dire l'intensité des tâches, la quantité de travail, la complexité des actions, les obligations de productivité, etc ;
- L'autonomie décisionnelle (« job control ») qui regroupe la participation aux décisions, la marge de manœuvre de l'individu et l'utilisation de ses compétences.

Selon ce modèle, les situations générant le plus de stress sont celles pour lesquelles les exigences sont élevées et la latitude décisionnelle est faible. Il se décompose alors en 4 situations de travail répondant aux spécificités suivantes : « des demandes élevées avec des contrôles élevés (travail actif), des demandes faibles avec des contrôles élevés (travail détendu), des demandes faibles avec des contrôles réduits (travail passif) et finalement, des demandes élevées avec des contrôles réduits (travail tendu ou surchargé) » (Van Wassenhove, 2014, p.171). Avec ces travaux, Karasek a pu préconiser d'augmenter la latitude décisionnelle des travailleurs et de réduire leur charge mentale tout en conservant des exigences du travail, nécessaires à une certaine productivité.

En 1990, une troisième dimension (Karasek & Theorell) est ajoutée à ce modèle : le soutien social. Cette dimension recoupe l'aide des collègues et/ou de l'encadrement à un niveau informationnel, instrumental (aide à résoudre des problèmes), matériel et émotionnel (réassurance). Le soutien social a un rôle protecteur puisqu'il aide à supporter collectivement le stress. Les situations pour lesquelles l'individu est confronté à une forte exigence de travail, à une faible latitude émotionnelle et à un soutien social faible, voire à des relations conflictuelles, engendreraient alors le plus haut niveau de risque.

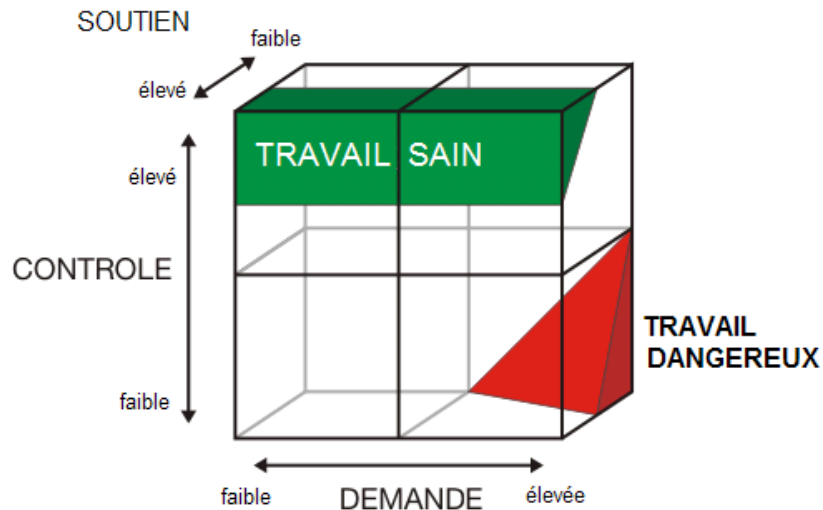


Figure 3 : Le modèle à trois dimensions de Karasek & Theorell (1990)
 Source : (Association Bruxelloise pour le Bien-être au Travail, 2013)

Cette approche interactionniste offre un point de vue plus complet du phénomène de stress au travail et le modèle de Karasek reste encore un des principaux utilisés aujourd’hui. Pourtant, elle n’explique pas la façon dont les individus s’adaptent à ces situations. L’approche transactionnelle s’est alors intéressée aux processus cognitifs qui sous-tendent les interactions entre la personne et son environnement lors d’un évènement stressant.

c) ua Le modèle transactionnel de Lazarus & Folkman (1984).

Dans le modèle transactionnel de Lazarus & Folkman (1984), le stress n'apparaît que si la personne juge la situation menaçante et dépassant ses capacités d'adaptation. C'est le fruit d'une évaluation de l'individu qui va évoluer continuellement en fonction de la réaction apportée à la situation et l'effet sur la menace. « Le stress n'est pas « dans la personne » ni « dans l'environnement ». Il provient de la relation entre les deux » (Truchot, 2004, p.49). Le stress apparaît lorsque la demande ou menace perçue par l'individu dépasse ses capacités estimées de pouvoir y faire face. La personne présentera alors des réactions physiologiques, psychologiques et comportementales : elle sera stressée.

Avec ce modèle naît la notion de « faire face » ou de capacité de l'individu à mettre en place des stratégies face au stress. Ces stratégies ont été décrites par Folkman (1984).

ua Les stratégies de coping ou de « faire face » :

Le mot anglais coping est traduit en français par l'expression « faire face » ; autrement dit, c'est la capacité de l'individu à s'adapter et résoudre la situation. Les stratégies de coping sont mises en place par la personne pour diminuer la tension générée par un événement stressant. C'est ainsi le moyen utilisé pour s'adapter à la menace, qui dépend de la situation comme de l'individu. Il correspond à des « efforts cognitifs et comportementaux pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et/ou externes créées par la transaction stressante » (Folkman, 1984, p. 843). Ces efforts peuvent alors être des actions ou des processus de pensée qui pourront changer et s'adapter lorsque la personne réévaluera leur efficacité face aux stimuli stressants.

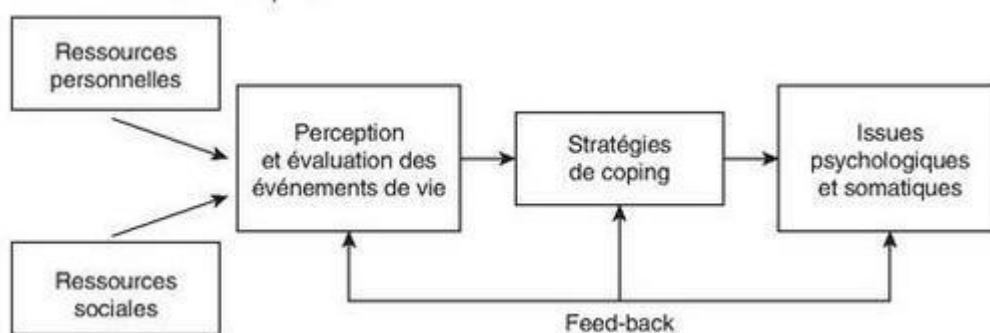


Figure 4 : Modèle transactionnel de Lazarus & Folkman incluant les stratégies de coping.

Source : (Bellego, 2012)

Folkman (1984) distingue deux grands types des stratégies de coping : les stratégies dites « actives » et les stratégies dites « passives ».

Les stratégies actives sont centrées sur le problème. La personne va tenter de résoudre le problème et de modifier la situation par le biais d'efforts, d'énergie, de nouveaux comportements et de compétences. Ces stratégies sont plus facilement choisies si la menace est évaluée comme maîtrisable.

Les stratégies passives sont centrées sur les émotions. La personne ne va pas chercher à résoudre le problème mais plutôt à diminuer la tension en régulant ses émotions. Ces stratégies vont être utilisées lorsque la situation ne peut pas être modifiée (Truchot, 2004). L'évitement est un troisième type de stratégies de coping qui peut également être considéré comme une stratégie passive (Endler & Parker, 1990)

Du côté de l'individu, et selon Rivolier (1989), les stratégies vont dépendre de son expérience passée, de l'auto-évaluation des capacités à faire face et du désir de contrôle.

d) ua Le modèle du déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist (1996).

Le modèle de Siegrist (1996), plus récent, prend en compte « des aspects relevant de la personne et de sa personnalité et des dimensions plus larges du contexte socio-économique de travail » (INSERM, 2011, p.29). Selon ce modèle, les efforts sont fournis par la personne sur son lieu de travail dans un contrat de réciprocité sociale dans lequel le salaire, l'estime, les perspectives de carrière et la sécurité de l'emploi sont des récompenses. Le risque pour la santé et le stress surviennent s'il se produit un déséquilibre entre les efforts de la personne et les récompenses qu'elle reçoit par son travail. Ce déséquilibre serait plus fréquent dans un climat d'insécurité d'emploi, de contrats précaires et de concurrence.

Siegrist (1996) décrit les efforts extrinsèques à fournir par la personne comme les contraintes de temps, les heures supplémentaires, la charge de travail et les responsabilités. Il définit également ce qu'il appelle les efforts intrinsèques ou le surinvestissement de la personne. Ce sont les aspects de la personnalité comme la compétitivité, le besoin d'approbation, l'hostilité poussant la personne à surinvestir le travail. Ce type de personnalité présenterait plus de risque de déséquilibre entre les efforts et les récompenses.

Des études ont pu mettre en évidence les effets de ce déséquilibre dans les maladies cardiovasculaires et les troubles de la santé mentale comme le stress (Kivimäki, Virtanen, Elovainio, Kouvonen, Vaananen, & Vahtera, 2006 ; Stansfeld & Candy, 2006).

Les différents modèles décrits plus haut abordent le phénomène du stress sur des variables négatives de l'environnement de travail. « Certains modèles et théories choisissent de prendre le contrepied et de se centrer également sur les ressources potentielles en présence » (Haberey-Knuessi, 2011, p.25). C'est le cas pour la théorie de conservation des ressources de Hobfoll (1989) ainsi que pour le modèle des exigences-ressources de Demerouti (Demerouti, Bakker, Naichreiner, & Schaufeli, 2000) que nous allons présenter.

e) ua La COR-Theory (Conservation of Resources Theory) ou théorie de conservation des ressources de Hobfoll (1989).

Dans sa théorie développée en 1989, Hobfoll met en avant « la tendance des individus à chercher activement à créer un monde qui leur apporte du plaisir et de la réussite » (Pailot, 2010, p.15). Ceci les conduirait à conserver, protéger et obtenir les ressources nécessaires. La personne n'est pas en position d'attente de subir un stress mais elle est actrice et met en place des stratégies de coping la mettant, elle et ses ressources, en position avantageuse (Hobfoll, 2001).

Hobfoll (1989, 1998) distingue alors 74 ressources qu'il classe en 4 grandes catégories (Pailot, 2010). Neveu (2012) décrit ses catégories adaptées au monde du travail.

- Les ressources personnelles sont les compétences et les traits personnels de l'individu (estime de soi, personnalité, capacités, assertivité, croyances...) ;
- Les ressources tangibles sont les ressources matérielles à la disposition de l'individu et dotées d'une valeur ressource réelle (voiture de fonction, logement, chèques-repas) ou symbolique (volume d'un bureau, situation d'une place de parking...) ;
- Les ressources interpersonnelles sont les conditions dans lesquelles s'exercent l'activité professionnelle comme le soutien professionnel des collègues et de la hiérarchie mais aussi extraprofessionnelle des proches et des amis ;
- Les ressources énergétiques sont des ressources qui permettent d'en acquérir ou d'en développer d'autres telles que le salaire, le temps... Ces ressources sont productrices d'énergie motivationnelle positive.

Selon Hobfoll (1989), le stress apparaîtrait lorsque l'individu est confronté à 3 sortes de situations : une perte de ressource, un échec après avoir investi des ressources ou une menace pesant sur des ressources investies.

La perte des ressources aurait un impact négatif plus fort comparé à l'impact positif de leur gain (Hobfoll, 1998). Les expériences de pertes entraîneraient plutôt des évitements et des stratégies pour limiter les pertes que des recherches actives de gain en ressource (Maroua, 2016). L'individu peut cependant compenser ou remplacer une perte selon un principe d'investissement de nouvelles ressources (Hobfoll, 2001).

Dans un principe qu'il nomme la « spirale de pertes », Hobfoll (1998) décrit comment les individus qui manquent de ressources sont plus vulnérables aux nouvelles menaces. Les ressources disponibles sont trop fragiles et dans l'incapacité à compenser les nouvelles pertes. Ces individus vivant les spirales de perte et d'échec verraient une dégradation de leur santé et une augmentation du stress pouvant entraîner un burnout (Gorgievsky & Hobfoll, 2008).

« A l'inverse de la spirale des pertes, un capital ressources important a, non seulement un effet protecteur face aux risques de pertes possibles (donc face aux événements stressants), mais il augmente aussi la probabilité pour un sujet de pouvoir développer son capital » (Pailot, 2010, p.19-20).

Dans la COR-Theory, Hobfoll (1998) avance enfin que l'individu évalue la situation stressante sous l'influence du contexte culturel dans lequel il évolue. L'évaluation qu'il fait des pertes et des gains serait liée aux significations et représentations sociales partagées avec son environnement. Il intègre donc « l'environnement et la dimension sociale comme partie intégrante à la fois dans le processus de stress et de coping. Le stress n'est plus une affaire individuelle (Halbesleben, 2008) » (Haberey-Knuessi, 2011, p.25).

f) ua Le JD-R Model (Job Demands-Resources Model) ou modèle des exigences-ressources de Demerouti, Bakker, Naichreiner, & Schaufeli (2000).

Dans ce modèle, Demerouti, Bakker, Naichreiner, & Schaufeli (2000) développent deux dimensions du travail : les exigences et les ressources professionnelles.

Les exigences représentent les aspects du travail entraînant une perte d'énergie, une fatigue et nécessitant des efforts et ajustements. Les ressources représentent les aspects du travail permettant un processus motivationnel d'apprentissage et de développement pour le professionnel.

Les ressources peuvent jouer un rôle de tampon par rapport à la charge et les exigences du travail (Bakker, Demerouti, De Boer, & Schaufeli, 2003), mais lorsque celles-ci sont trop importantes sur une longue période cela induit un échec des stratégies compensatoires et un épuisement.

Par ailleurs, si les exigences du travail dépassent d'emblée les ressources et que celles-ci ne permettent pas d'y répondre, la personne privilégiera une attitude de retrait et de désengagement.

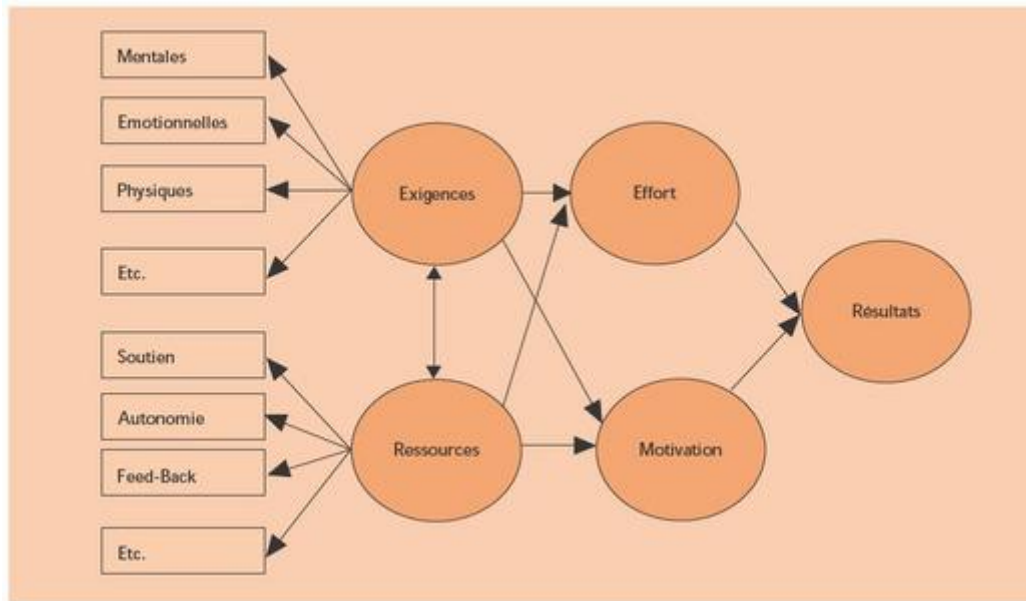


Figure 5 : Le modèle exigences-ressources de Demerouti et al (2000).

Source : (Haberey-Knuessi, 2011).

« L'épuisement et le désengagement étant deux éléments centraux du burnout, ce modèle est donc approprié à son étude. Ces deux postulats ont pu être largement vérifiés et validés (Demerouti, Bakker, Jonge, Janssen, & Schaufeli, 2001). Par ailleurs, les résultats de ces recherches sont en cohérence avec ceux de recherches axées sur le burnout et utilisant le MBI (Maslach Burnout Inventory), (Burke & Greenglass, 1995) comme outil d'évaluation » (Haberey-Knuessi, 2011, p.26).

g) ua L'approche psychodynamique du stress et de la souffrance au travail.

Parallèlement aux modélisations du stress au travail, l'approche psychodynamique de Dejours (1993) écarte la notion de stress décrit comme « lié aux théories dites « agressologiques ». [...] La souffrance au travail serait due à la négation, par l'organisation du travail, des projets, des désirs, des aspirations dont chaque être humain est porteur » (Stora, 2016, p.18-19). Cette souffrance peut aussi se transformer en plaisir puisque l'homme peut trouver dans le travail une base de création et de sens. C'est le moyen de se confronter au monde et au réel pour se transformer et y trouver des solutions. Ce processus de subjectivation de la personne par le biais du travail permet de se reconnaître et être reconnu (Vuattoux, 2016). Une inadéquation entre les caractéristiques psychosociales de l'individu et les conditions de travail sont source de symptômes comme anxiété, dépression et maladies somatiques.

Dans la clinique de l'activité développée par Clot (2007) la souffrance et le stress au travail trouvent leur origine dans tout ce que l'individu pourrait faire mais qu'il ne peut pas faire, c'est-à-dire, l'action empêchée. Lhuilier & Litim (2009) reprennent cette idée soulignant que le stress au travail naît de l'écart entre augmentation des exigences et réduction des moyens pour y répondre. Amyot (2010) ajoute également : « L'idée du travail comme expérience existentielle a conduit à une valorisation du travail et à l'idée de réalisation de soi dans et par le travail, posant ainsi la question de la signification personnelle du travail. Autrement dit, ce « que l'on fait » ou « ce que l'on ne fait pas », par impossibilité ou omission, joue un rôle déterminant dans la santé physique et psychique de chacun » (Amyot, 2010, p. 137)

Dans l'approche de psychosomatique intégrative de Stora (2013), les trois disciplines : Médecine, Neurosciences et Psychanalyse sont utilisées pour expliquer le stress. Cette approche interrelie le fonctionnement psychique, somatique et le système nerveux central. L'unité psychosomatique atteinte par un trouble comme le stress subit trois modifications : psychique, corporelle et cérébrale. « L'appareil psychique participe plus ou moins grandement à toutes les maladies somatiques sans pour autant lui en imputer la cause. Seule une explication multicausale doit être prise en considération. Pour mieux soigner nos patients, nous devons comprendre les interrelations à plusieurs niveaux du vivant des phénomènes en présence » (Stora, 2016, p.82).

Nous avons choisi de compléter l'exposition des principales modélisations du stress au travail par la présentation des définitions gouvernementales internationales et françaises du stress au travail.

1.2.3. ua Définitions gouvernementales du stress au travail.

Au début des années 1990, le stress est défini, notamment dans le monde professionnel, comme le nouveau mal du XXème siècle ou encore, selon le bureau d'étude du travail en 1994, l'un des plus graves problèmes de notre temps. En 2007, une étude de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS) estime le coût du stress professionnel autour de 2 à 3 milliards d'euros parmi les dépenses de soin en France (Trotin, Lassagne, Boini, & Rinal, 2010).

Selon la définition de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao, « un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise » (INRS, 2006, p.170). En 2002, cette Agence précise que « le stress n'est pas une maladie en soi, mais s'il est intense et se prolonge assez longtemps, il peut être la cause de problèmes de santé mentale et physique. Être sous pression, peut améliorer les performances et apporter une certaine satisfaction selon l'importance des objectifs poursuivis. Mais lorsque la demande et les pressions dépassent certaines limites, elles engendrent le stress. Et cette situation n'est favorable ni aux travailleurs ni à leur entreprise » (Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, 2002, p.1)

La brochure de l'INRS (2007) sur les démarches de prévention du stress au travail fait la distinction entre le stress aigu et le stress chronique en situation professionnelle. Le stress aigu survient « quand une personne doit faire face à un événement ponctuel exigeant : rendre un rapport écrit, prendre la parole devant une assemblée... Le stress disparaît alors avec la fin de l'événement stressant » (INRS, 2007, p.4). Le stress chronique se manifeste « quand la personne est confrontée à des contraintes de travail durables » (INRS, 2007, p.4).

Pour ce qui est des causes ou facteurs de stress, le décret relatif à la définition des facteurs de risque professionnel (2011), classe les facteurs de pénibilité en trois catégories :

- Les contraintes physiques marquées (manutentions de charges, postures pénibles...);
- L'environnement physique agressif (agents chimiques, bruits, températures...);
- Le rythme de travail (travail de nuit, travail posté...).

De son côté, l'INRS (2015) identifie la surcharge de travail, des objectifs insuffisamment définis, des relations difficiles avec la hiérarchie ou les collègues, un manque d'autonomie, comme de sources potentielles de stress au travail.

Enfin, les années 1990 ont permis de placer le stress au sein d'une notion plus large appelée « les risques psychosociaux ». En 1993, Cox les définit comme la notion qui permettrait d'aborder le stress dans sa globalité et inspirée des modèles

d'intervention en santé et sécurité au travail. Le rapport de Nasse & Légeron (2008) adressé au ministre du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, Xavier Bertrand, accorde une place centrale au stress et l'identifie comme le « premier risque psychosocial ». Lefebvre & Poirot (2015) affirment que la notion de risque psychosocial ne peut être séparée de celle du stress au travail. Le premier est une cause du second. Pour eux, il existe un continuum entre « un stress normal et un stress « dangereux » pouvant être qualifié de risque psychosocial » (Lefebvre & Poirot, 2015, p.10). Nous allons définir et décrire dans la partie suivante l'émergence et l'évolution du concept de risques psychosociaux.

1.3. ua Les risques psychosociaux (RPS) : historique, définitions, évolutions, causes et conséquences.

1.3.1. ua Historique.

La notion de risques ou de facteurs psychosociaux au travail apparaît dès les années 1990 sur la scène internationale et notamment aux Etats-Unis (Cox, 1993). Il faudra attendre les années 2000 pour que ce concept soit développé en Europe et en France. Selon Thebaud-Mony & Robatel (2009), c'est en 2000 que le terme de « risques psychosociaux » apparaît pour la première fois et notamment dans la presse. « Une notion forgée dans l'urgence, révélatrice de l'emballement devant la montée des préoccupations, indicateurs, symptômes de « nouvelles pathologies », de « nouveaux phénomènes » et notamment la multiplication des dépressions et des suicides sur le lieu de travail ou en lien avec lui » (Lhuillier 2010a, p.18).

En 2002, l'Agence européenne de santé et de sécurité au travail publie un rapport sur la prévention des risques psychosociaux et du stress au travail. Dans ce document, le terme de « risques psychosociaux » n'est pas réellement défini. Il est employé pour nommer des éléments de l'environnement de travail facteurs de stress. Il faudra ensuite quelques années pour que soit publié le rapport de l'Observatoire européen des risques de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (2007) faisant apparaître ces risques comme majeurs aux côtés des risques physiques et biologiques. A cette époque, ils sont encore considérés comme de « nouveaux risques » dus aux importants changements survenus dans le monde du travail des dernières décennies.

En France, à la suite de la conférence sur les conditions de travail d'octobre 2007, Monsieur Bertrand, Ministre en charge du travail a demandé à Nasse & Légeron (2008) un rapport sur la façon d'identifier, de quantifier et de suivre ces risques (Gollac & Bodier, 2011). Le premier rapport français intitulé « La détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » est remis en 2008. Ce rapport met ces risques en lien avec de nombreuses situations : stress, harcèlement moral, violence, souffrance, suicide, dépression, troubles musculo-squelettiques, etc. Déjà, il est souligné que les nombreux thèmes placés sous le terme de risques psychosociaux sont sources d'une grande confusion.

« Depuis, l'intérêt du Ministère du travail pour cette question a été rappelé notamment par une séance du Conseil d'orientation des conditions de travail tenue en 2009 et consacrée spécifiquement à ce thème. En outre, une mission d'information du Sénat a étudié le mal-être au travail (Dériot, 2010), une mission d'information de l'Assemblée Nationale a étudié les risques psychosociaux au travail et un rapport sur le bien-être au travail (Lachmann, Larose, Penicaud, & Molleux, 2010) a été réalisé à la suite d'une demande du Premier Ministre portant sur l'amélioration des conditions de santé psychologique au travail. Des initiatives de même nature ont été prises par certains partis politiques. De leur côté, les partenaires sociaux, consultés à l'occasion des travaux qui ont conduit à ce rapport, ont unanimement souligné l'importance qu'ils attachaient à la question des risques psychosociaux » (Gollac & Bodier, 2011, p.21).

En 2011, le rapport de Gollac & Bodier reprend la question de la mesure des risques psychosociaux sur la demande du ministère du Travail dans l'objectif d'une meilleure maîtrise. A la fin de l'année 2013, le ministère de la Réforme de l'État, de la Décentralisation et de la Fonction publique signe un accord sur la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique.

L'État ne cesse aujourd'hui d'accorder une grande attention à ces risques. Une enquête nationale a été menée par l'INSEE entre octobre 2015 et juin 2016 et est toujours en cours d'analyse. Cette enquête « permettra de mesurer l'évolution des conditions de travail [...] et d'approfondir l'analyse des risques psychosociaux au travail » (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, 2016).

1.3.2. ua Définitions des risques psychosociaux.

Au fil des rapports et des publications gouvernementales, les risques psychosociaux ont été définis mais le consensus n'a pas réellement été trouvé dans le monde scientifique (Gollac & Bodier, 2011). Le terme peut être qualifié de « notion-valise collectionnant les restes des classifications instituées précédemment » (Lhuillier, Giust-Desprairies, & Litim, 2010, p.8). Comme pour le concept de stress, les risques psychosociaux ont parfois été assimilés à leurs facteurs environnementaux ou bien à leurs conséquences.

Le rapport de Nasse & Légeron (2008) permet de différencier facteurs de risque, risques et effets. « La pratique internationale nous apparaît proposer une approche particulièrement intéressante à cet égard, distinguant trois « niveaux » : à l'amont, les dangers porteurs de risques ; les risques eux-mêmes ; à l'aval, les dommages causés par l'occurrence de ces risques » (Nasse & Légeron, 2008, p.7).

Gollac & Bodier (2011), soulignent également la double signification du terme « psychosociaux » selon les textes. « Dans certains cas, il est relatif au dommage. Dans l'esprit de ceux qui l'emploient de cette façon, les risques psychosociaux sont ceux qui se concrétisent par des troubles psychologiques (« sociaux » renvoyant éventuellement à des troubles de l'insertion sociale ou demeurant vide de sens). Une autre interprétation est que ce sont les causes du danger qui sont psychosociales : le danger est créé par l'interaction d'une situation sociale (organisation, statut, condition économique) avec le psychisme » (Gollac & Bodier, 2011, p.23).

Dans ce rapport, Gollac & Bodier (2011) relatent d'abord les différentes terminologies de ce concept selon pas moins de 8 disciplines avant de donner leur définition : « il convient de considérer que ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine : les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. La notion de fonctionnement mental est relative aussi bien à des phénomènes cognitifs qu'à des phénomènes psychiques d'une autre nature, si tant est que la séparation ait un sens » (Gollac & Bodier, 2011, p.31).

Les auteurs classent également, les facteurs de risque selon six catégories :

- les exigences et l'intensité du travail ;

- Les exigences émotionnelles ;
- Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre ;
- La mauvaise qualité des rapports sociaux et des relations de travail ;
- Les conflits de valeur ;
- L'insécurité de la situation de travail.

Enfin, les risques psychosociaux sont placés à l'origine de troubles psychologiques, physiques et sociaux. Ils peuvent engendrer des conséquences plus ou moins graves comme fatigue, troubles du sommeil, maladies psychiques, dépression, troubles musculo-squelettiques et maladies cardiovasculaires... Ils sont également considérés comme le groupe de risque principal parmi les risques professionnels.

1.3.3. **_ua_ Les trois dimensions des risques psychosociaux : facteurs de risque, risques et conséquences.**

L'Institut National de Recherche pour la Sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS) publie sur son site une définition des risques psychosociaux correspondant « à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

- Du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
- Des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;
- Des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...) » (INRS, 2016).

Le concept de RPS a alors été représenté selon un schéma reprenant les trois dimensions de risques psychosociaux : les facteurs de risque, les risques et leurs effets.

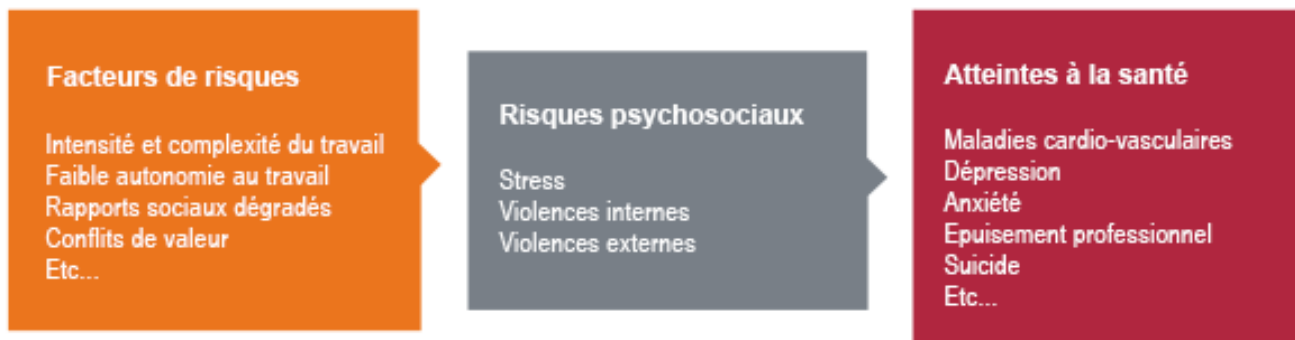


Figure 6 : Modélisation des risques psychosociaux.

Source (INRS, 2016).

Les facteurs de risque reprennent la classification de Gollac & Bodier (2011). Ils peuvent trouver leur origine dans l'activité elle-même ou être générés par l'organisation et les relations de travail. « L'exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur la santé des salariés, notamment en termes de maladies cardio-vasculaires, de troubles musculo-squelettiques, de troubles anxio-dépressifs, d'épuisement professionnel, voire de suicide » (INRS, 2016).

Selon Zawieja & Guarnieri (2014), le terme de « risques psychosociaux » est encore sujet « à d'infinies controverses scientifiques, soulignant son absence de définition précise, le périmètre fluctuant de son objet, mais aussi le primat de la subjectivité du travailleur (c'est-à-dire son ressenti de souffrance au travail) qui en constitue l'essence même et vient ébranler les approches objectivistes issues notamment, des sciences exactes. [...] Jamais sans doute, dans l'histoire récente, un objet scientifique n'a donné matière à une telle prolixité, voire une telle illisibilité » (Zawieja & Guarnieri, 2014, p.9).

On voit alors que le stress défini plus haut est considéré comme le principal risque psychosocial identifié dans le monde travail. Le stress et les risques psychosociaux conduisent à des conséquences physiques et psychiques telles que les maladies cardio-vasculaires, l'anxiété, la dépression et l'épuisement professionnel ou burnout. « Le burnout se manifeste le plus souvent à la suite d'une exposition prolongée à un stress, donc il serait juste de dire que là où il y a stress et incapacité de s'adapter à ce stress, les risques d'épuisement professionnel sont élevés » (Munroe & Brunette, 2001, p180). Mais qu'en est-il alors de ce phénomène appelé l'épuisement professionnel ou le burnout ? Comment l'articuler aux concepts de stress et de risques psychosociaux ?

1.4. ua Le burnout ou épuisement professionnel : historique, définitions, évolutions, causes et conséquences :

Si selon Selye (1956), le stress est un processus général d'adaptation de l'organisme à l'environnement, le burnout est considéré comme une étape finale, un point de rupture à cette adaptation « qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre exigences et ressources, et ainsi d'un stress professionnel prolongé (Schaufeli & Buunk, 1996, p.317) » cité par (Ben Tahar, 2014, p.53). « Dans ses recherches sur les animaux, Hans Selye a démontré que le stress est parfois tellement aigu qu'il peut déséquilibrer l'homéostasie des systèmes physiologique et psychologique des animaux (Du Ranquet 1991). On pourrait s'attendre à des conséquences similaires chez l'humain qui vit des événements stressants sans relâche » (Munroe & Brunette, 2001, p.171).

Le terme anglais « burnout » est généralement traduit en français par « épuisement professionnel » mais cette traduction ne rendrait pas compte de toute la complexité de ce syndrome (Collange, Tavani, & Soula, 2013). Selon ces auteurs, la notion d'épuisement ne serait pas suffisante pour définir le burnout. En anglais, le terme de « burnout » fait référence à la fin d'une combustion ou à l'arrêt par épuisement du combustible (Ntsame Sima, 2012). En français, l'épuisement se rapporte à une grande fatigue et au fait d'être usé ou tari. Il renvoie également à la notion de perte des ressources. Pour Canouï (2016), le terme français serait trop « vague » et « qu'un pâle reflet du terme plus imagé burn-out » (Canouï, 2016, p23). Les auteurs comme Farber (2000) ont étudié différentes formes de burnout et l'ont observé dans le contexte professionnel comme extra professionnel. Le concept français d'épuisement professionnel renverrait donc à une forme particulière de burnout : le « professional burnout » (Vallerand, Paquet, Philippe, & Charest, 2010). Dans ce travail les termes de « syndrome » d'épuisement professionnel et de « burnout » seront utilisés comme synonymes et de manière interchangeable.

1.4.1. ua Historique et définitions du burnout :

Il ne semble pas exister de consensus de la part des chercheurs sur les origines du burnout ou de l'épuisement professionnel mais tous s'accordent à dire que celui-ci est dû à des transformations sociales (Munroe & Brunette, 2001). Certains auteurs comme Cherniss (1980) situent son origine dans les changements sociaux qui ont eu lieu depuis la fin du XIXème siècle avec la révolution industrielle. D'autres auteurs comment Gervais

(1991) pensent que l'apparition du burnout est rattachée à des modifications sociales datant des années 1980. Un accès aux emplois prestigieux demandant de plus en plus de compétences a contribué à transformer la perception des travailleurs dans une société déficitaire où le coût de la vie augmente et où les valeurs politiques, sociales et médicales sont remises en question (Munroe & Brunette, 2001).

Il semblerait que ce soit le chercheur français Veil (1959) qui ait employé le terme d'épuisement pour la première fois dans un de ses articles. Il avait alors constaté dans sa pratique de psychiatre du travail que le concept d'épuisement semblait un bon outil pour comprendre un état qui n'était pas encore répertorié dans la nosographie (Canouï, 2016). L'épuisement a donc trouvé son origine dans deux aspects complémentaires « en tant que problème social avec ses conséquences concrètes et en tant que champ d'études scientifiques avec sa portée théorique. » (Canouï, 2016, p.21). « La pluralité de définitions du burn-out existantes dans la littérature est, sans doute, une conséquence de cette origine elle-même hétérogène (Van Dierendonck, Schaufeli, & Sixma, 1994) » (Collange, Tavani, & Soula, 2013, p.36).

Les premières définitions du burnout ont ensuite été développées dans les années 1970 et 1980 par des auteurs comme Freudenberger (1974) puis Maslach & Jackson (1981). A l'époque, les auteurs considéraient ce phénomène comme spécifique aux professions orientées vers la relation d'aide. « Dans un de ses premiers écrits (1974), Herbert J. Freudenberger, psychanalyste sur la côte Est des Etats-Unis, avait interprété cette pathologie au travail comme « une maladie de l'âme en deuil de son idéal » (Canouï, 2016, p19). En 1980, il le définit comme : « Un état de fatigue et de frustration, de dépression, provoqué par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation et qui échoue à produire les résultats espérés » (Freudenberger & Richelson, 1980, p.13). Pour lui, le burnout surviendrait lorsque la personne a une image idéalisée d'elle-même et de ses compétences. Il situe donc les facteurs de l'épuisement professionnel du côté de l'individu et de ses caractéristiques. A l'inverse, au début des années 1980, Maslach place les causes du burnout dans l'environnement.

a) ua **Le modèle tridimensionnel de Maslach & Jackson (1981) :**

Dans les années 1980, Maslach étudie le burnout et cherche à valider l'idée d'un épuisement plus présent dans les professions qui supposent une implication relationnelle. Elle observe alors chez les professionnels une perte d'efficacité, un absentéisme, un turnover élevé, un épuisement émotionnel et une attitude distante, négative envers les clients ou patients. Elle remarque également un assèchement des ressources ainsi qu'un

phénomène de mise à distance et de désengagement. En 1981, Maslach et Jackson définissent un burnout à trois dimensions : « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » (Maslach & Jackson, 1981, p.1).

- L'épuisement émotionnel renverrait alors à une perte d'énergie, une perte de motivation, une sensation de vide et d'épuisement des ressources ;
- La dépersonnalisation renvoie aux attitudes négatives envers les personnes dont le professionnel s'occupe. La personne est détachée et cynique. Elle ne se sent plus concernée par les situations au travail. Cette stratégie d'adaptation face à l'épuisement des ressources peut entraîner des attitudes de rejet et de maltraitance ;
- La réduction de l'accomplissement professionnel représente l'autoévaluation de la personne sur elle et ses tâches. Le travail, le bénéfice au travail et les compétences de la personne sont dévalorisés.

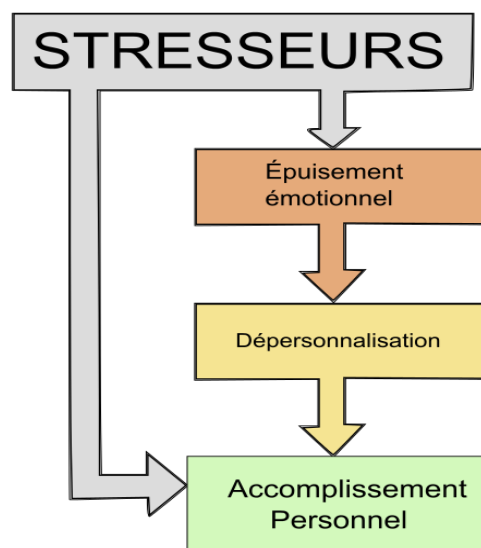


Figure 7 : Processus du burnout d'après le modèle tridimensionnel de Maslach & Jackson. (Maslach, Jackson, & Leiter 1996).

Selon la figure ci-dessus, l'épuisement émotionnel constitue alors la première étape d'un processus entraînant la dépersonnalisation ou déshumanisation. « Le sentiment d'accomplissement personnel s'émousserait en parallèle, de sorte que certains modèles alternatifs considèrent le burnout comme un processus bi- et non tridimensionnel (épuisement émotionnel et baisse du sentiment d'accomplissement personnel) » (Zawieja & Guarnieri, 2013, p.20). D'après Truchot (2004), un consensus se

dégagerait chez les différents auteurs pour affirmer que le burnout démarrerait avec l'épuisement émotionnel. Il entraînerait ensuite le phénomène de dépersonnalisation. A la différence du schéma ci-dessus, il affirme que c'est « L'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel soit directement, soit à travers la dépersonnalisation » (Truchot, 2004, p.14).

D'autres conceptions du burnout se sont développées, parallèlement au modèle de Maslach & Jackson (1981). Nous développons ci-dessous le modèle transactionnel de Cherniss (1980) puis l'approche motivationnelle de Pines (1993).

b) ua_ Le modèle transactionnel de Cherniss (1980) :

Selon les approches transactionnelles décrites plus haut pour le phénomène de stress, le burnout est « le produit d'une relation où l'individu et l'environnement ne sont pas des entités séparées, mais les composants d'un processus dans lequel ils s'influencent mutuellement et continuellement » (Truchot 2004, p. 16). D'après Cherniss (1980), le burnout serait le fruit d'un déséquilibre entre les ressources de l'individu et les exigences du travail. Il met en avant l'écart entre les attentes initiales de la personne dans son travail et la réalité du terrain. L'environnement professionnel est alors perçu comme décevant et la motivation de la personne diminue, faisant place à des attitudes négatives de retrait. Conformément aux modèles transactionnels, les sources de stress viennent à la fois de l'individu (attentes, formations inadaptées) et du travail (relations difficiles, conflits, surcharge...), (Truchot, 2004).

Cherniss (1980) présente 3 phases du burnout : une 1ère phase de déséquilibre entre situation et ressources comparable au stress ; une deuxième phase de réponse à ce stress, caractérisée par une tension, une fatigue et une anxiété et une dernière phase marquée par des changements d'attitudes comme un désengagement, un détachement, ou du cynisme. Il met en évidence des différences entre les individus selon les stratégies de coping utilisées. Les candidats au burnout seraient alors les individus privilégiant les stratégies passives plutôt qu'actives c'est à dire des attitudes négatives, cyniques et de retrait.

c) ua L'approche motivationnelle de Pines (1993) :

Selon Pines (1993), le burnout proviendrait d'une désillusion faisant suite à une implication et une motivation élevée. « Pour être " consommé ", dit-elle (une autre traduction possible du terme burnout), il faut avoir été enflammé » (Truchot, 2004, p.18). Pour elle, l'épuisement professionnel ne provient pas uniquement de la surcharge de travail ou des exigences du terrain mais de l'incapacité de l'individu à utiliser ses compétences le privant ainsi du sens qu'il recherche dans son travail. Les attentes professionnelles sont alors du domaine de la quête existentielle. Elles peuvent être universelles comme l'attente d'être apprécié par ses collègues ou de jouer un rôle important et significatif mais elles peuvent également être spécifiques à une profession puisque chaque métier attire des vocations particulières. Ces attentes peuvent enfin être personnelles en fonction de l'histoire de la personne.

Si l'environnement professionnel est favorable à la réalisation de ses attentes, ce succès renforcera les motivations premières selon une boucle positive. Cependant, l'environnement peut aussi être stressant et défavorable à la réalisation de ses buts. Alors l'individu sera confronté à l'échec de ses objectifs initiaux et pourra tomber dans le burnout. Pour Truchot (2004), « ce n'est pas l'échec en tant que tel qui provoque le burnout. C'est plutôt la perception que, quels que soient les efforts, on ne peut avoir un impact significatif » (Truchot, 2004, p.19).

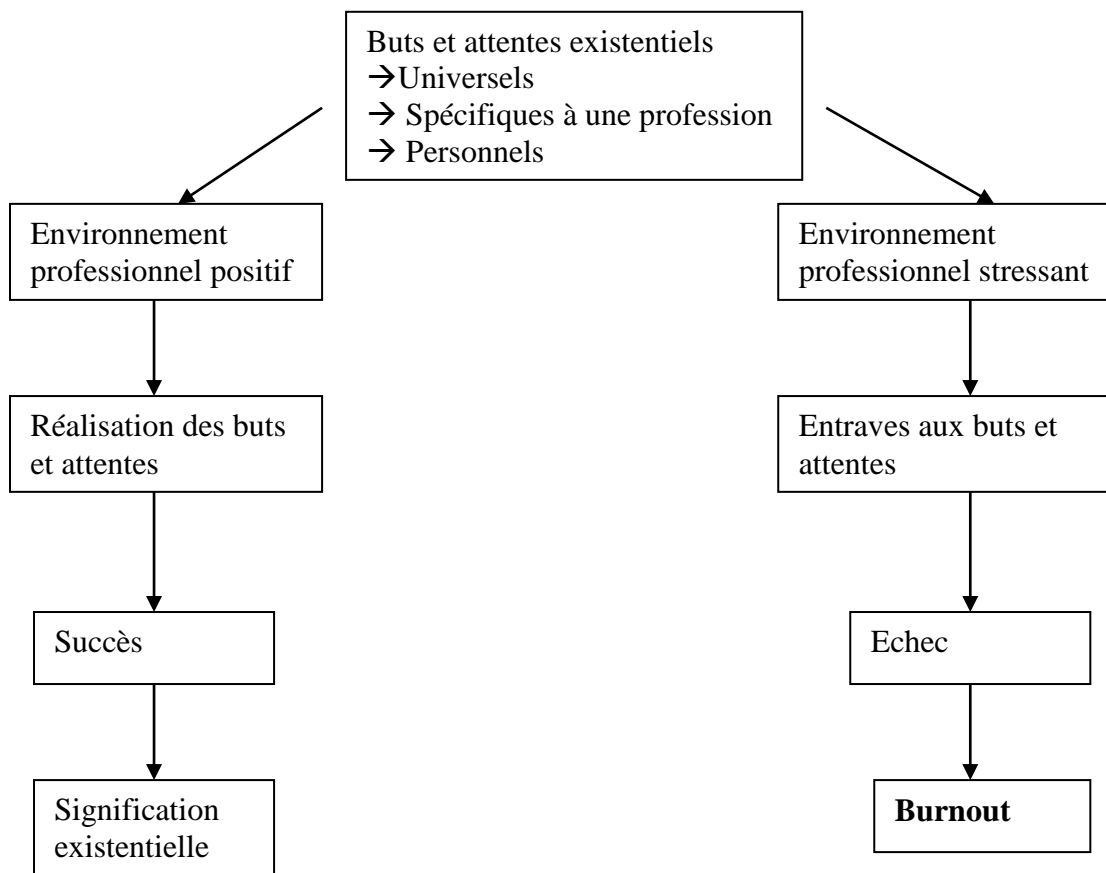


Figure 8 : Modèle existentiel du burnout d'après Pines (1993).

Pines ne s'est pas limité à l'étude de ce phénomène dans le milieu professionnel mais elle l'a aussi observé dans les relations de couples (Pines, 1987, 1996) ou dans les conflits politiques (Pines, 1994) (Truchot, 2004).

Par la suite, de nombreux auteurs en Amérique de Nord et en Europe vont travailler sur le burnout « en tentant de clarifier son contenu pour définir clairement le concept. La première revue de littérature parue en 1982 (Perlman & Hartman) ne comptait pas moins de 48 définitions » (Coutanceau, Bennegadi, & Bornstein, 2015, p21).

En 1998 Schaufeli & Enzmann proposent une synthèse des définitions antérieures : « Le burnout est un état d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus "normaux". Il est d'abord marqué par l'épuisement, accompagné d'anxiété et de tension (distress), d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et du développement de comportements inadaptés au travail. Cette condition psychique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une

inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle. Le burnout s'installe en raison de mauvaises stratégies d'adaptation associées au syndrome, souvent auto-entretenu » (Schaufeli & Enzmann, 1998, p.36). En 1993, Cordes & Dougherty établissent une modélisation globale du burnout.

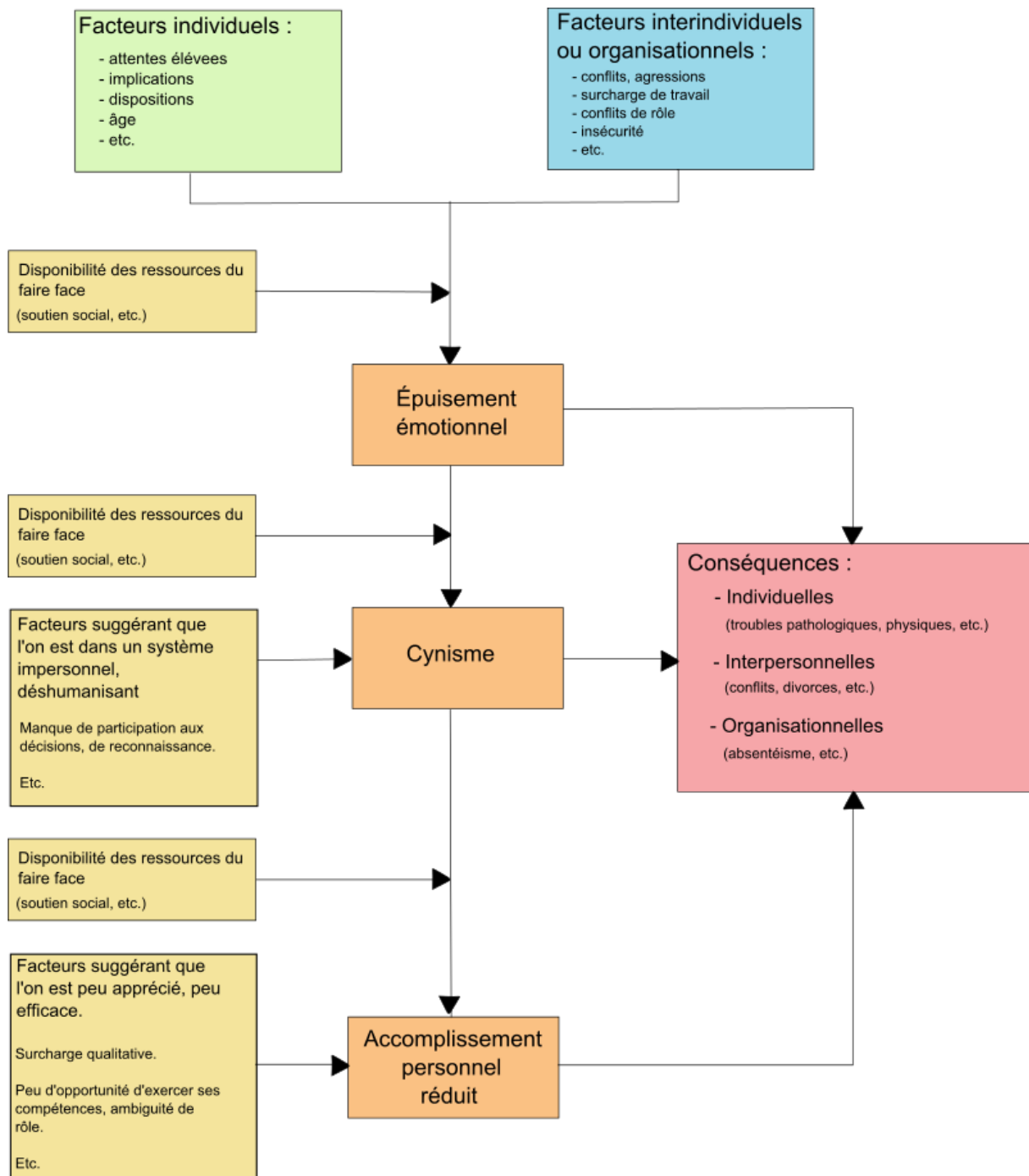


Figure 9 : Modélisation globale du burnout d'après Cordes & Dougherty (1993).

La multiplicité des définitions et modélisations du burnout en fait un concept largement étudié et difficile à délimiter. Entre 1993 et 2013, selon Coutanceau, Bennegadi, & Bornstein (2015) on trouve près de 4000 occurrences consacrées au burnout en se limitant aux articles originaux. Comme précédemment pour le concept de stress, ce travail est complété par la présentation des définitions françaises gouvernementales de l'épuisement professionnel.

1.4.2. ua Définitions actuelles et gouvernementales du burnout :

Dans le guide d'aide à la prévention du Ministère et de Direction Générale du Travail (DGT) sur le « Syndrome d'épuisement professionnel ou burnout », ce phénomène est, comme nous l'avons expliqué plus haut, placé au sein du paysage des risques psychosociaux. Il y est défini comme « un concept mouvant aux multiples définitions dont aucune ne peut prétendre en faire la synthèse. » (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social & Direction générale du travail, 2015, p.7). C'est un « processus de dégradation du rapport de l'individu à son travail ; processus au bout duquel, complètement vidé de ses ressources, il s'écroule » (ibid, 2015, p.12).

Selon la définition de Schaufeli & Greenglass (2001), le burnout se traduirait alors « par un "épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel" » (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social & Direction générale du travail, 2015, p.8.). Les trois dimensions mises en évidence par Maslach & Jackson (1981) : l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail et la réduction de l'accomplissement personnel sont conservées pour décrire ce syndrome.

Actuellement, le burnout ne fait pas partie des classifications de maladies de la CIM-10 (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2015), ni de maladies psychiatriques du DSM-V (Association Américaine de Psychiatrie, 2013). Il ne fait pas l'objet d'un diagnostic clinique mais il est plutôt défini comme un syndrome, c'est-à-dire un ensemble de signes et de symptômes apparaissant progressivement chez un sujet (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social & Direction générale du travail, 2015). Une mission parlementaire du 15 février 2017 propose de faciliter la reconnaissance du burnout en maladie professionnelle. Le président de la mission, Yves Censi a insisté sur le « problème de définition » du burnout, et a prévenu qu'il serait « très important d'être précis » et de « ne pas tomber

dans les confusions » avec d'autres pathologies : surmenage, anxiété, dépression, etc. » (Agence France Presse, 2017).

En effet, le burnout doit être distingué d'autres manifestations pouvant être observées dans le milieu professionnel. A la différence de l'état de dépression, le burnout est décrit par le guide d'aide à la prévention comme un processus « de dégradation du rapport subjectif au travail » (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnel et du Dialogue social & Direction générale du travail, 2015, p.11). Il est lié de manière spécifique au monde professionnel et s'exprime d'abord dans cette sphère alors que la dépression touche globalement tous les aspects de la vie. Delbrouck (2008) distingue également la dépression de l'épuisement professionnel et précise que : « la personne réellement dépressive voit toutes les sphères de sa vie touchées par cet état asthénique à l'opposé de la personne épuisée professionnellement. Alors qu'une personne dépressive aura tendance à se sentir coupable de ce qui lui arrive, le soignant en burnout éprouvera plutôt de la colère » (Delbrouck, 2008, p.34)

Toujours selon le guide du ministère du travail et de la direction générale du travail, le burnout se distingue également de l'addiction au travail ou « workaholisme ». Le workaholisme se manifeste par un état de dépendance chez des personnes qui travaillent compulsivement, fournissant des efforts au-delà de ce qui leur est demandé au point que la vie privée en est affectée. Le burnout, quant à lui, concerne les personnes qui ont de grandes attentes vis-à-vis de leur travail et qui accordent une grande importance au sens de celui-ci. Le workaholisme peut évoluer en burnout mais le burnout n'en est pas la conséquence propre (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnel et du Dialogue social & Direction générale du travail, 2015, p.11)

La présentation gouvernementale à travers ce guide met elle aussi en évidence la pléthore de définitions de ce concept. Selon Zawieja & Guarnieri, la différenciation du burnout d'avec les autres manifestations ou pathologies n'est pas aisée. « La difficulté du diagnostic différentiel [...] et le maintien du terme anglais dans presque toutes les langues du monde, qui ajoute à la confusion, illustrent bien que cette absence de définition consensuelle fait du burnout une entité aux contours mouvants » (Zawieja & Guarnieri, 2013, p.13). Nous verrons par la suite que les causes et conséquences du burnout ont elle aussi été différemment étudiées au fur et à mesure des recherches internationales.

1.4.3. _ua_ Causes et conséquences du burnout :

a) _ua_ Les causes du burnout :

Les causes et éléments déclenchants du burnout sont classés différemment selon les multiples définitions de ce phénomène. Certains auteurs estiment que les causes du burnout sont organisationnelles comme Gervais (1991) qui place la source de l'épuisement professionnel dans le travail lui-même et les tensions qui en résultent. Il en est de même pour Maslach & Jackson (1981) ou encore Maslach & Leiter (1997) qui identifient six facteurs organisationnels du burnout : la surcharge de travail, le manque de contrôle, l'insuffisance des rétributions, l'effondrement du sentiment collectif, les manquements à la justice et les conflits de valeurs (Maslach & Leiter, 1997). « Pour le Ministère du Travail, le burn-out résulte de l'exposition à plusieurs facteurs de RPS, créant une situation de déséquilibre pour l'individu (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social & Direction générale du travail, 2015). Mais, les études manquent pour apprécier le poids de chacun de ces facteurs » (Olié & Légeron, 2016, p.6)

D'autres auteurs placent les causes du burnout du côté individuel (Freudenberger & Richelson 1980). Truchot (2004), quant à lui, estime que les causes de ce phénomène se trouvent à différents niveaux :

- Un niveau organisationnel renvoyant au contexte de travail et au contenu de l'activité : la surcharge de travail, le rythme, les horaires, la monotonie des tâches, des rôles ou consignes contradictoires... ;
- Un niveau interindividuel renvoyant aux relations entre l'individu et ses collègues ou les personnes dont il s'occupe ;
- Et un niveau intra-individuel qui se réfère aux caractéristiques propres de la personne, à son implication et à sa disposition. Ce niveau renvoie aussi aux variations d'un individu à l'autre, aux attentes de la personne, à ses propres réactions face au stress et à l'écart entre ses attentes et la réalité.

Truchot ajoute également que « personne ne conteste aujourd'hui l'impact des contacts interpersonnels sur l'apparition du burnout. Les professions tournées vers autrui sont particulièrement exposées et sont toujours l'objet de nombreuses recherches » (Truchot, 2004, p7).

Tout comme Truchot (2004), le guide d'aide à la prévention du burnout du ministère du travail (2015), considère que « le syndrome d'épuisement professionnel provient de la rencontre entre un individu et une situation de travail dégradée. Il peut s'expliquer à la fois par des caractéristiques liées au travail et à l'individu » (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social & Direction générale du travail, 2015, p.13). Les causes du burnout sont, selon ce guide, les mêmes que celles contribuant à l'émergence des risques psychosociaux et décrites plus haut : des exigences au travail, des exigences émotionnelles, un manque d'autonomie et de marge de manœuvre, de mauvais rapports sociaux et des relations de travail, des conflits de valeurs ainsi qu'une qualité empêchée et une insécurité dans les situations de travail.

Dans leur article, Munroe & Brunette (2001) décrivent également des facteurs personnels et sociaux contribuant au burnout. Au niveau personnel, la personne trop disciplinée ou perfectionniste peut se dévouer excessivement au travail. Elle a parfois une faible estime d'elle-même, un fort besoin d'auto-actualisation et une adaptabilité difficile. Les individus qui ont le rôle de conjoint et parent sont parfois plus stressés et, comme nous l'avons vu plus haut, le stress s'aggrave quand il n'y a pas de soutien familial (Karasek & Theorell, 1990).

Les facteurs sociaux contribuant à l'épuisement professionnel s'inscrivent dans les structures de la société et du travail (Munroe & Brunette, 2001). L'idéologie concernant le travail a changé au fil de ces dernières années. Les employeurs ont augmenté leur niveau d'exigence avec le niveau d'étude requis. La précarité de l'emploi des dernières décennies conduit à la limitation des choix de l'individu dans un marché difficile. Le salaire minimum augmente lentement, les entreprises embauchent moins et le temps de travail est souvent partiel alors que la charge augmente. Dans ce contexte, le soutien s'amenuise, et la personne qui quitte son emploi ou est renvoyée est pénalisée par le système social.

b) ua Les conséquences et manifestations du burnout :

Dans la littérature, Schaufeli & Enzmann (1998) ont dénombré, plus de 130 symptômes du burnout. « La typologie de ces manifestations s'inspire habituellement de la classification en cinq catégories proposée par Cordes & Dougherty » (Zawieja & Guarnieri, 2013, p.16). Ces auteurs (1993), distinguent 5 catégories de manifestations du burnout :

- Physiques : fatigue, épuisement, trouble du sommeil, douleurs musculo-squelettiques (mal de dos), mal de ventre, ulcères, troubles gastro-

intestinaux, baisse des défenses immunitaires, rythmes cardiaques plus élevés, diabète... ;

- Émotionnelles : manifestation du stress, transpiration, angoisse, sentiment d'être vidé. Irritabilité, sensibilité, agressivité, tristesse, anxiété, désespoir, diminution des ressources psychologiques... ;
- Attitudinales : attitudes négatives, isolement, moins d'implication, cynisme... ;
- Comportementales : grande activité, alcool, difficultés de concentration, pensées intrusives, problèmes pour prendre des décisions... ;
- Interpersonnelles : conflits, détérioration des relations (collègues, patients) ...

La Direction générale du Travail (2015), a repris les trois premières catégories de Cordes & Dougherty (1993). Elle regroupe ensuite les manifestations comportementales et interpersonnelles et crée les manifestations cognitives :

- Manifestations cognitives : conséquence sur le traitement de l'information, diminution de la concentration, difficulté à prendre des décisions, à réaliser plusieurs tâches à la fois, erreurs, oublis... ;
- Manifestations comportementales ou interpersonnelles : repli sur soi, isolement, agressivité qui traduit une diminution de la tolérance à la frustration, diminution de l'empathie voire dépersonnalisation, ressentiment, hostilité, comportements addictifs... (DGT, ANACT, INRS, 2015).

Selon ces descriptions, l'épuisement professionnel devient un état. D'autres auteurs ont préféré une approche dynamique et l'ont décrit plutôt à la manière d'un processus. C'est le cas dans le modèle transactionnel de Cherniss (1980). Freudenberger (1986) expose, quant à lui, 12 phases d'épuisement professionnel. Sans les nommer ou les décrire une à une, nous donnons ici les grandes lignes du processus. Celui-ci commence par l'envie obsessionnelle de réussir en travaillant de manière intense chez des individus qui ne peuvent déléguer. Petit à petit la personne accorde moins d'importance à ses besoins puis les symptômes physiques surviennent sans qu'elle y porte attention. La personne commence à confondre ce qui est prioritaire et ce qui ne l'est pas. Elle s'éloigne de son entourage et dénie son état. Elle va ensuite se désengager de son environnement et son changement de comportement (colère, inflexibilité) témoigne de sa condition. La personne va se couper de son corps, se dépersonnaliser. Toujours selon les phases de Freudenberger (1986) elle va passer par une phase d'apathie et de dépression pour arriver à l'épuisement total mettant en danger sa survie. Plus tard, Gervais (1991) décrit

ce processus en 12 phases également. Au fur et à mesure de l'accroissement du stress, ces phases vont de la gestion des tensions à l'envahissement par le stress et l'anxiété provoquant un changement de comportement ainsi que des symptômes d'épuisement psychologiques et physiques.

Pour conclure cette partie, nous citerons Zawieja & Guarnieri (2013), qui affirment que, comme tous les risques psycho-sociaux, le burnout désigne à la fois ses causes et ses symptômes. « Il répond au final à cinq types d'explicitations:

- Le burnout en tant que syndrome de stress et qu'ensemble de symptômes émotionnels et comportementaux ;
- Le burnout comme trouble mental et comme stade final d'un processus de burnout ;
- Le burnout comme processus survenant au terme de certaines étapes mises en évidence chez tous les sujets ;
- Le burnout comme ensemble de facteurs menant à lui ;
- Le burnout comme un enchaînement de nature organisationnelle (Paine, 1982). » (Zawieja & Guarnieri, 2013, p.13, 14)

Synthèse/Encadré du chapitre

Les notions de stress, de risques psychosociaux et de burnout sont souvent associées aux facteurs de risque, aux risques et à leurs conséquences. Ces trois phénomènes touchent la personne dans toutes ses dimensions et dépendent de la relation qu'entretient l'individu avec son environnement. Ils possèdent des causes et des conséquences intra-individuelles, interindividuelles et organisationnelles.

Ces notions sont complexes et multidimensionnelles. Elles concernent la personne dans ses comportements, son ressenti, ses attentes intimes ainsi que dans son aspect relationnel et ses comportements sociaux.

Il apparaît nécessaire d'aborder ces phénomènes et d'y répondre de manière globale. Une approche subjective et holistique prenant en compte la personne dans sa globalité et sa complexité doit être privilégiée.

La relation de l'individu au travail n'est pas réductible au stress ainsi qu'à la souffrance et l'homme peut trouver l'occasion de s'y réaliser et d'y créer du sens. Il est également indispensable d'adopter une approche considérant les ressources et les capacités d'ajustement de la personne.

L'épuisement de l'individu au travail toucherait plus particulièrement les professions tournées vers autrui. Qu'en est-il de du travail après des personnes âgées en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) ?

2. _ua_ Chapitre 2 : Accompagner les personnes âgées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

2.1. _ua_ Introduction.

Dans ce chapitre, les Établissements pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) vont être présentés. Après un bref historique, les missions, la population accueillie, le fonctionnement et les professionnels des EHPAD seront exposés.

Ensuite, nous exposerons le défi que représente le travail auprès des personnes âgées en EHPAD. Nous présenterons alors la spécificité de l'organisation, de la charge et du rythme de travail dans ces établissements.

Enfin, nous étudierons la charge psychique du travail en EHPAD. Nous développerons les représentations de la vieillesse et du travail auprès des personnes âgées. Ensuite, la confrontation du soignant à la démence, à la souffrance et à la mort y sera exposée. Pour terminer, nous évoquerons les conflits entre l'idéal du soignant et la réalité du terrain mais aussi les conflits éthiques et moraux des professionnels avant de présenter la noblesse de l'accompagnement et du travail auprès des personnes âgées.

Selon Amyot (2010), l'institution gériatrique concentre des pathologies multiples et extrêmes. Elle confronte quotidiennement les soignants à des questions morales qu'il ne se serait pas posées dans un autre contexte. « Cette innombrable multitude de vulnérabilités rend l'acteur soignant lui-même vulnérable » (Amyot, 2010, p.155). Une personne vulnérable est une personne fragile, faible qui peut être attaquée et blessée facilement. Cette qualification vient du latin vulnero qui signifie « blesser ». En droit, une personne vulnérable est une personne exposée aux agressions de la société. Dans ce chapitre, nous allons étudier comment cette vulnérabilité est exacerbée dans le travail auprès des personnes âgées.

2.2. ua L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD).

2.2.1. ua Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

a) ua Historique.

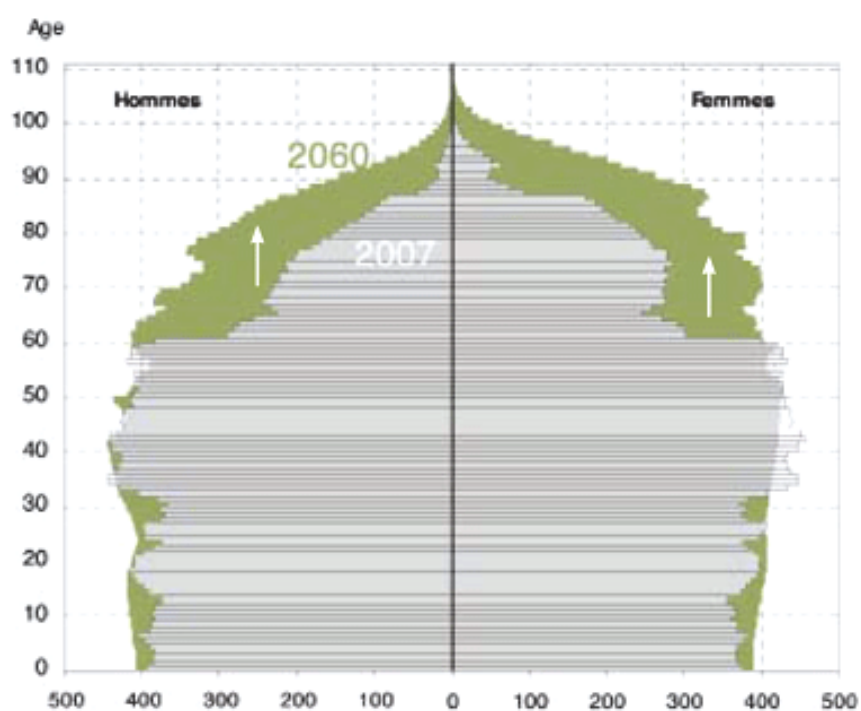
Au cours du dernier siècle, les lieux d'habitation et d'accueil des personnes âgées ont considérablement évolués. Dans les milieux ruraux, la cohabitation des générations a commencé à disparaître à la fin des années 60 et les grands-parents ont quitté la cellule familiale. Le modèle des trois générations est passé à un modèle nucléaire comptant simplement les parents et les enfants (Villez, 2007). « Les recensements qui se sont succédés depuis ces vingt dernières années attestent de ce recul ainsi en 1962, 15% des personnes âgées de plus de 65 ans cohabitaient en famille, alors qu'elles n'étaient plus que 5% à le faire au dernier recensement de 1999 » (Villez, 2007, p.170)

Dans les milieux citadins, les hospices se sont développés dès la fin du XIX^e siècle pour répondre aux besoins des familles qui n'avaient pas les moyens d'héberger un de leurs membres sans salaire. Ces hospices, souvent rattachés à des hôpitaux publics ou privés accueillait traditionnellement les individus considérés comme les vieillards, les infirmes, les incurables et les orphelins...

Pour Villez (2007) cette double évolution, citadine et rurale, ne doit pas être interprétée comme un recul des solidarités familiales mais comme une mutation importante dans le rapport au logement. Par la suite, les personnes âgées ont eu accès à des pensions de retraite et donc à des logements indépendants. Dans les années 60, elles ont élaboré une stratégie d'anticipation « étayée par une volonté farouche de certaines catégories de personnes âgées de ne pas être à charge de ses enfants en cas de survenance de handicap ou de maladie » (Villez, 2007, p.172) et justifiant l'ouverture de la première génération de maison de retraite. Les hospices étaient perçus comme asilaires par les personnes âgées qui les fuyaient et ces derniers ont été abrogés par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Cette loi donnait dix ans aux pouvoirs publics pour les transformer en maison de retraite ou en unité de long séjour hospitalier. En réalité, cette transformation a demandé plus de trente ans. De nouveaux établissements ont donc vu le jour comme les maisons de retraite, ou les foyers-logements réservés en majorité aux personnes autonomes. Le vieillissement de la population au sein de ces institutions a conduit le gouvernement à créer, selon le décret n° 77-1289. du 22 novembre 1977, des

places médicalisées à hauteur de 25% de la capacité totale de ces établissements pour continuer à héberger les personnes devenues malades ou dépendantes. Les individus dont l'état nécessitait des soins et une surveillance médicale constante étaient accueillis en unités rattachées la plupart du temps à des hôpitaux et appelées Unités de Soins Longue Durée (USLD).

La population mondiale et française a considérablement évolué durant ces dernières décennies. Le vieillissement de la population, l'allongement de la durée de vie et l'arrivée des « Papy-Boomers » ont modifié les besoins en matière de soin et d'hébergement de cette tranche d'âge. Les prévisions indiquent que la population des plus de 60 ans atteindrait 32.1% en 2060 (Blanpain & Chardon, 2010) et le nombre de personnes âgées dépendantes n'a cessé d'augmenter (Duée & Rebillard, 2006). Il a alors fallu repenser les offres de services des maisons de retraite dont les résidents nécessitaient de plus en plus de soins.



Source : hypothèse médiane - INSEE Projections de la population 2007-2060, publication oct. 2010

Figure 10 : Pyramide des âges en 2007 et 2060.

Source : (Blanpain & Chardon, 2010).

Afin de répondre à ces besoins « le secteur a fait l'objet d'une structuration au travers de plusieurs évolutions règlementaires. L'objectif de ces réformes a été [...] de permettre l'évolution des structures en vue d'une meilleure réponse aux besoins :



médicalisation, renforcement de la qualité, individualisation de la prise en charge » (Marquier, Vroylandt, Chenal, Jolidon, Laurent, Peyrot, Straub, & Toldre, 2016, p.10-11). Dès l'année 1999, les maisons de retraite fusionnent avec les Unités de Soins Longue Durée pour s'adapter à la demande (Saint Jean & Somme, 2003). La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, a changé le statut des maisons de retraite médicalisées pour les transformer en Établissements pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD). A la fin de l'année 2011, en France et dans le DOM, les EHPAD représentaient 95% des maisons de retraite (DREES, 2013, p.5).

Cette nouvelle terminologie a supprimé le mot « maison » associé au lieu de vie ou au foyer pour le remplacer par un acronyme évoquant souvent « une institution à vocation sanitaire, voire hospitalière, et suscitant par conséquent certaines réticences [...] l'EHPAD [...] doit rester un lieu de vie chaleureux, où le résident comme le professionnel sont connus et reconnus. La revendication du caractère « familial » de l'établissement, et des enjeux de protection de cette dimension, est ainsi très fréquente. » (Marquier et al., 2016, p.11).

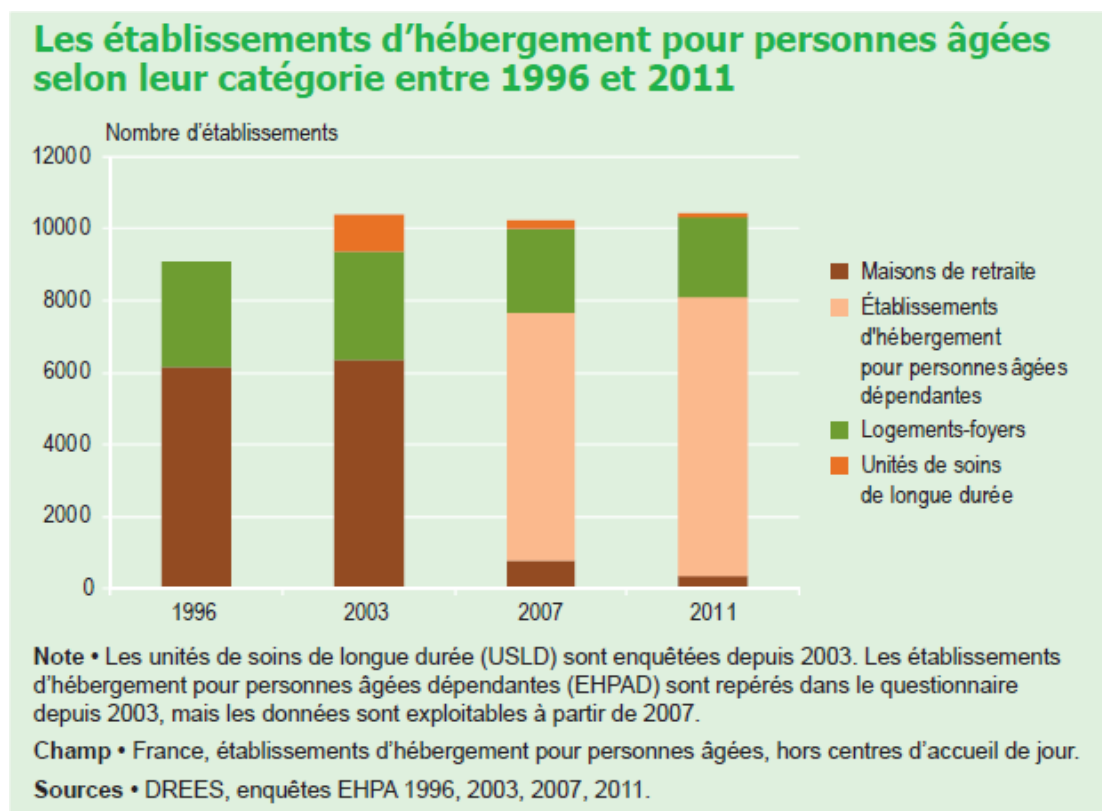


Figure 11 : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en France selon leur catégorie entre 1996 et 2011. Source : (Volant, 2014a).

b) ua Définition et missions de l'EHPAD.

L'EHPAD, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, est un établissement médico-social. Il accueille les personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin de soins et d'aide au quotidien et qui louent un logement au sein de cette résidence. « Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin » (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017).

Les prestations d'hébergement comprennent : l'administration, l'accueil hôteliers (chambre, salle de bain, toilettes, ménage, maintenance, accès à la télévision, téléphone et internet), la restauration, le blanchissage et la gestion du linge ainsi que les prestations d'animation de la vie sociale.

Les prestations de soin et d'accompagnement dans la préservation de l'autonomie comprennent : l'accompagnement et l'aide dans les actes de la vie quotidienne (lever, coucher, toilette, repas...) et les soins journaliers nécessaires ainsi que la surveillance médicale sous le contrôle d'un médecin coordonnateur (pansements, mesure de la glycémie, distribution des médicaments...), (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017).

Selon l'Agence National de l'Évaluation de la qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) (2001), les EHPAD ont tous pour mission « d'accueillir, soigner, soutenir et accompagner des personnes âgées dépendantes » (ANESM, 2011, p.8), mais les projets d'établissements peuvent différer selon la mission d'origine de l'institution. Si l'EHPAD est un ancien « foyer-logement » son projet d'établissement aura plus de chance d'être construit autour de l'hébergement et de la vie sociale alors que pour les anciennes Unités de Soins Longue Durée, le projet sera plutôt axé sur les réponses aux pathologies et à la dépendance. Certains EHPAD ont construit leur projet institutionnel sur l'accueil exclusif de personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée. D'autres encore ont choisi d'ouvrir des unités spécialisées telles que des Unités pour Personnes Agées Désorientées (UPAD), des accueils de jour, des places d'hébergement temporaire ou encore des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)... « L'EHPAD est un acteur économique et social inscrit sur un territoire. Le plus souvent, résidents et professionnels en sont originaires. » (ANESM, 2011, p.16). La localisation géographique comme l'environnement rural, urbain, les cultures régionales

ou l'histoire locale ainsi que les différentes disciplines professionnelles sont également des variantes pouvant influencer sur le projet d'établissement (ANESM, 2011).

« L'EHPAD constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, et ce quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression... Pour une majorité des personnes accompagnées, il est le dernier lieu de vie. La qualité de vie englobe inévitablement celle de l'accompagnement de la fin de vie » (ANESM, 2011, p.7). Chaque année, 90 000 personnes décèdent en EHPAD et dans la grande majorité des situations, la fin de vie de ces résidents nécessite un accompagnement spécifique. Ces établissements sont globalement en capacité d'accompagner au mieux cette étape en lien avec les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) et l'Hospitalisation à Domicile (HAD). (Observatoire National de la Fin de Vie, 2013).

Les principales missions des EHPAD concernant la population dépendante accueillie dans ces institutions renvoient souvent à des représentations négatives partagées par les individus au sein ou en dehors des EHPAD. Ces représentations sont liées aux peurs de chacun liées au vieillissement, à la maladie, à la perte des capacités, à la dépendance et à la mort. Souvent, l'EHPAD est perçu comme un lieu de privation de liberté, d'abandon, de vie en collectivité coercitive ou encore, comme un hôpital ou un mouvoir. Sans oublier la réalité du vieillissement ou de la dépendance, les acteurs de ces établissements doivent en faire des lieux de vie et d'envie dans le respect de l'individualité et des libertés de chacun (ANESM, 2011).

2.2.2. ua Les caractéristiques de la population accueillie.

a) ua L'entrée en EHPAD.

Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2011 dans son enquête EHPA, l'âge moyen d'entrée en EHPAD était de 84 ans et 5 mois (DREES, 2013). Cette même année, 573 600 personnes âgées vivaient en EHPAD en France soit 16% de plus qu'en 2007. 80% de ces résidents avaient plus de 80 ans et 75% environ étaient des femmes (Volant, 2014b).

Répartition hommes femmes en EHPAD

	proportion
hommes	25%
femmes	75%

Moyenne d'âge des résidents en EHPAD

	1994	2003	2007
moyenne d'âge	81,1 ans	83,8 ans	84,2 ans

Figure 12 : Répartition par sexe et par âge en EHPAD.

Source : (Drees, 2007).

Souvent, l'entrée en EHPAD a lieu lorsque les possibilités de rester au domicile pour la personne sont épuisées. Elle est donc la plupart du temps associée à une dernière étape du parcours de vie. De plus, cette entrée est, dans un grand nombre de cas, la conséquence d'un événement comme la perte du conjoint, une chute, la perte des capacités ou une hospitalisation et ne représente pas un choix (Marquier et al, 2016, p.8). A l'entrée en EHPAD, le consentement libre et éclairé de la personne doit être activement recherché. Il s'agit alors de l'informer sur les conditions et conséquences de son entrée ainsi que de son accompagnement au sein de l'établissement en utilisant des modes de communication adaptés à sa compréhension. Lorsque le consentement explicite est impossible, un avis positif ou négatif de la personne sur son entrée en institution doit être recueilli. Il s'agit « de poser clairement la situation entre les éléments qui l'amènent (la personne âgée), elle ou ses proches, à faire cette demande et les possibilités de l'établissement de répondre à ses besoins et ses attentes » (ANESM, 2011, p.24). Le choix d'entrer en établissement peut aussi être effectué par le représentant légal lorsque la personne n'est pas en capacité de le réaliser. Parfois, la nécessité d'entrer en EHPAD est imposée à la personne ou bien celle-ci ne constitue une résignation ce qui pourra impacter la possibilité pour elle d'y épanouir (ANESM, 2011).

b) ua Les pathologies et la dépendance.

Du fait du vieillissement de la population, les résidents des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées en général sont plus dépendants en 2011 qu'en 2007 « et ce pour toutes les activités et à tout âge. Ainsi à la fin 2011, 91 % des résidents hors logements-foyers ont besoin d'une aide pour la toilette et 83 % pour l'habillement. Ils étaient respectivement 88 % et 79 % dans ce cas à la fin 2007. De même, 81 % d'entre eux présentent des problèmes d'incohérence dans le comportement ou la communication, contre 76 % à la fin 2007 » (Volant, 2014b, p.4). Le nombre de

personnes âgées dépendantes augmente considérablement et il pourrait atteindre 1 200 000 en France en 2040 contre 800 000 en 2006 (Duée & Rebillard, 2006).

En EHPAD, les pathologies des personnes accueillies sont multiples. De plus, on y rencontre différents degrés de dépendance et environ 50% des résidents présentent une maladie d’Alzheimer ou apparentée. Les résidents présentent également des différences au niveau de leur parcours de vie, leur environnement, leur niveau socio-économique et culturel « Autant de caractéristiques qui renvoient à des attentes et des besoins divers, et des manières d’habiter l’espace et de cohabiter avec les autres sensiblement différentes » (ANESM, 2011, p.7). Les quatre principales pathologies en EHPAD sont : l’hypertension artérielle, la démence, les troubles du comportement, et la dépression.

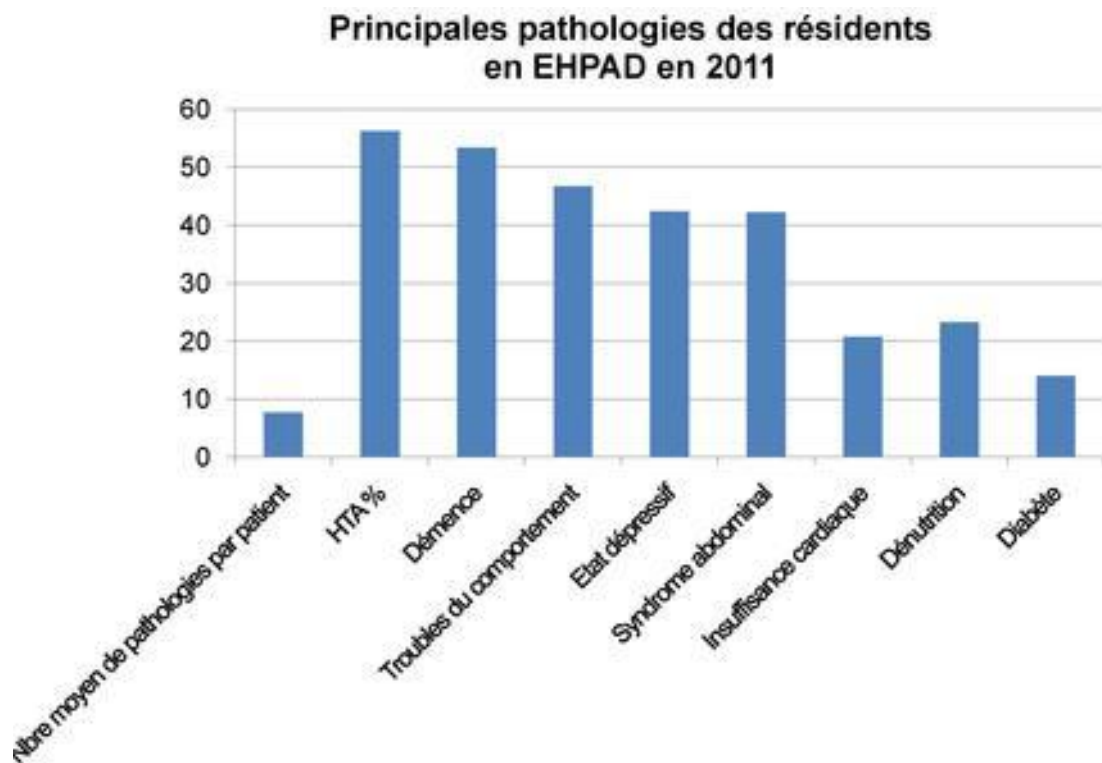


Figure 13 : Principales pathologies des résidents en EHPAD en 2011 en %.

Source : (Fédération Hospitalière de France).

ua_ Les niveaux de dépendance.

Avant leur entrée ou au moment de celle-ci, les résidents des EHPAD se voient attribuer un niveau de dépendance ou niveau de d’autonomie qui permet de déterminer le seuil des subventions « d’Allocation Personnalisée d’Autonomie » (APA) qui leur est



accordée dans le cadre de cet hébergement. Cette autonomie est calculée à partir de la grille « Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources » (AGGIR) au travers de 10 activités corporelles et intellectuelles et 7 activités domestiques et sociales. Le score donne un classement divisé en 6 « Groupes Iso-ressources » (GIR) : le GIR 1 correspondant au niveau d'autonomie le plus faible et le GIR 6 au plus fort.

Les personnes de GIR 1 ou 2 sont le plus souvent confinées au fauteuil ou au lit, leurs fonctions intellectuelles sont gravement altérées, elles ont besoin d'une aide dans la plupart des activités quotidiennes voire d'une aide totale.

Les personnes de GIR 3 ont partiellement conservé leurs capacités motrices mais ont besoin d'aide pour se nourrir, se lever, se laver alors que les personnes de GIR 4 peuvent se déplacer seules dans leur logement et doivent être assistées pour la toilette, l'habillage ou les repas.

Les personnes de GIR 5 sont relativement autonomes mais ont besoin d'aide ponctuelle pour la toilette, les repas ou l'entretien du logement alors que les personnes de GIR 6 sont autonomes dans tous les actes de la vie courante.

En EHPAD, les niveaux de GIR 1, 2 et 3 représentent 70% des résidents (Volant, 2014a).

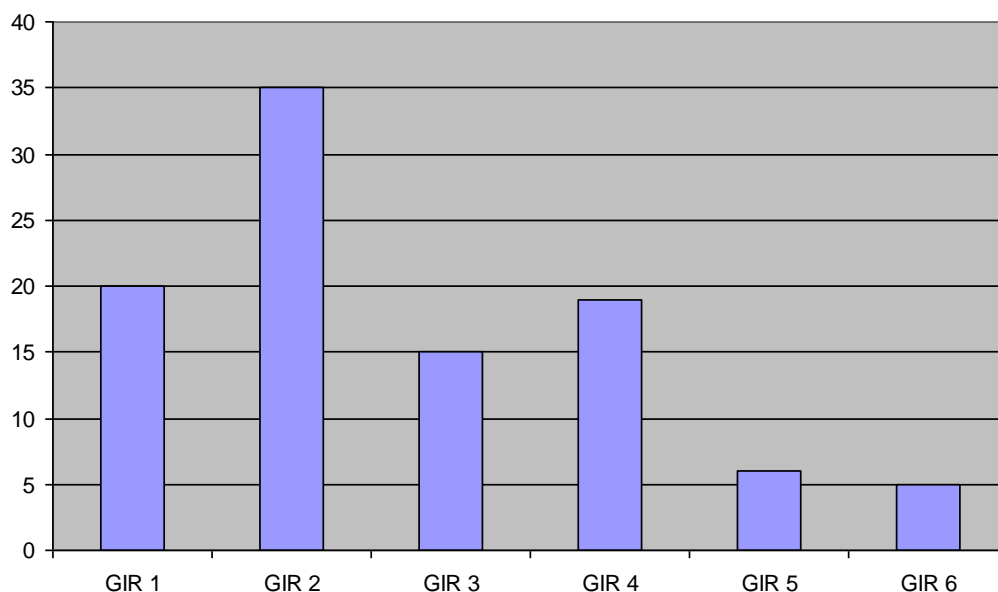


Figure 14 : Répartition (%) des résidents selon le GIR en EHPAD en 2011.

Source : (Volant, 2014a).

c) ua Le départ.

L'âge moyen de départ définitif de l'EHPAD est de 86 ans et 10 mois en 2011. La durée moyenne de séjour, de 2 ans ½, est restée stable de 2007 à 2011 (Volant, 2014b). Comme nous l'avons dit plus haut, chaque année, 90 000 personnes décèdent en EHPAD ce qui représente la plupart des sorties définitives. Au cours de l'année 2011, 1 résident sur 5 est décédé. Les 3/4 des décès surviennent au sein de l'établissement alors qu'un quart se produit au cours d'une hospitalisation. En 2015, l'EHPAD a été le dernier lieu de vie pour ¼ des personnes décédées en France (DREES, 2018a).

La personne âgée en EHPAD conserve le droit de quitter l'établissement lorsqu'elle le souhaite mais cette décision est souvent soumise à l'avis du médecin traitant et de l'entourage organisant la sortie. Au cours d'un séjour en EHPAD, il est possible que la personne récupère une autonomie lui permettant de rentrer à son domicile. Même si ce type de sorties existe, il reste tout de même assez faible. Lorsque l'EHPAD n'est plus adapté au besoin de la personne, elle peut changer d'établissement. Enfin, le changement d'EHPAD à EHPAD peut se faire dans le cas d'un rapprochement familial ou pour toute autre raison poussant la personne à s'inscrire dans une autre institution. Cependant, la personne bénéficiant déjà d'un lieu d'hébergement ne sera pas prioritaire pour entrer dans ce nouvel établissement.

2.2.3. ua Fonctionnement et financement des EHPAD.

Pour créer un EHPAD, il est nécessaire de répondre à une sélection lors d'un appel à projet lancé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). L'exploitation d'un EHPAD demande également « une autorisation (loi n°75-535 du 30 juin 1975, modifiée par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002), qui est délivrée par les autorités de tutelle (Président du Conseil Départemental et Directeur Général de l'ARS) et qui est renouvelable tous les 15 ans » (Martin, 2014, p.133).

Un EHPAD accueille généralement entre 50 et 120 résidents. Comme décrit dans notre introduction, il peut être public, privé à but non lucratif ou privé à but lucratif. Les EHPAD publics peuvent dépendre de la fonction publique hospitalière ou bien de la fonction publique territoriale.

Chaque mois, le résident doit payer une facture se décomposant en un tarif d'hébergement et un tarif dépendance. Le tarif d'hébergement est entièrement à la charge du résident alors qu'il partage avec le Conseil Départemental (CD) le tarif

dépendance. Au-dessus d'un certain seuil de revenu, ce tarif est appliqué à la personne en fonction de son niveau de dépendance. Le tarif soin, quant à lui, est entièrement financé par l'ARS par l'intermédiaire de l'assurance maladie.

Avant 2017, les EHPAD étaient soumis à une convention tripartite signée entre l'établissement, le président du Conseil Départemental (CD) et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Fixée pour 5 ans, cette convention permettait de définir les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et les moyens financiers pour y parvenir. Les EHPAD disposaient alors d'un budget dépendance et hébergement délivré par le CD et d'un budget soins délivré par l'ARS.

Depuis le début de l'année 2017, la réforme de la tarification des EHPAD est entrée en vigueur. Selon la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) et la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75), cette réforme « doit permettre de simplifier l'allocation des financements et donner davantage de transparence sur les tarifs et les coûts des EHPAD » (CNSA, 2017). Avec cette modification, les conventions tripartites sont remplacées par le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Comme la convention tripartite, le CPOM est conclu tous les 5 ans entre l'établissement, le Conseil Départemental et l'ARS. Le pilotage se fait par les ressources et non plus par les dépenses. Il prévoit un financement forfaitaire des soins et de la dépendance (CNSA, 2017).

Au début de l'exercice, le gestionnaire de l'établissement reçoit son arrêté de tarification. Celui-ci est calculé selon l'activité de l'établissement, le niveau moyen de dépendance (GIR Moyen Pondéré, GMP) et le besoin moyen en soin de la population accueillie (Pathos Moyen Pondéré, PMP). Le gestionnaire va alors transmettre à l'ARS et au Conseil Départemental son État Prévisionnel des Ressources et des Dépenses (EPRD). À la fin de l'exercice, le gestionnaire transmettra son État Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD). Les négociations budgétaires annuelles, qui étaient encore possibles avec les conventions tripartites, ont disparu avec les CPOM (EHPA Conseil Presse Formation, 2016).

2.2.4. ua Les professionnels des EHPAD.

En 2016, l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD est réalisé par 361 000 professionnels en équivalent temps plein (Marquier et al., 2016, p.3). Même si certains corps de métiers ou spécialités peuvent varier en fonction des services offerts

par l'EHPAD, d'une manière générale, les équipes sont constituées comme tels : Un Directeur ;

- Une équipe administrative : agent comptable, secrétaire, qualicien ;
- Une équipe de soin : un médecin coordonnateur, un cadre de santé ou un infirmier coordinateur, un référent hôtelier, des Infirmiers Diplômés d'État (IDE), des Aides-Soignants (AS), des Aides Médico-Psychologiques (AMP), des Auxiliaires de Vie Sociale (AVS);
- Une équipe d'hébergement et de vie sociale : un référent hôtelier, des Agents de Service Hospitaliers ou Hôteliers (ASH), une équipe de restauration, un agent de maintenance, un animateur, un coiffeur... ;
- Une équipe paramédicale : kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens... Ces derniers peuvent être salariés de l'institution ou intervenants extérieurs.

Plus précisément, d'après le rapport de Marquier et al. (2016), parmi les métiers de soignants et d'accompagnement en EHPAD l'Infirmier Diplômé d'État (IDE) dispense, surveille et coordonne les soins médicaux selon les prescriptions médicales dans l'objectif de maintenir ou restaurer la santé des résidents.

L'aide-soignant (AS) exerce sous la responsabilité de l'infirmier. Il effectue les soins liés aux actes de la vie quotidienne (aide à la toilette, repas, lever, coucher...) en cherchant à préserver l'autonomie de la personne. Il réalise ces actes dans une appréhension globale des besoins de la personne et, notamment relationnels.

L'Aide Médico Psychologique a pour mission d'accompagner les personnes âgées atteintes de troubles neurodégénératifs dans l'éveil, la communication, l'échange et les actes de la vie quotidienne. L'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) est, quant à lui, formé pour accompagner les personnes âgées dans les actes quotidiens et de la vie sociale. Le nouveau diplôme d'Accompagnant Éducatif et Social (AES) fusionne ces deux professions depuis janvier 2016 pour une meilleure lisibilité de la formation ainsi que pour clarifier les missions de ces postes.

L'Agent de Service Hospitalier ou Hôtelier (ASH) veille au bien-être des résidents en assurant le confort, l'entretien de leur environnement et de l'établissement. Il côtoie les résidents et peut être amené à les aider (lever, alimentation...) ou alerter le personnel compétent en cas de besoin.

Même si ces fonctions sont définies de manière précise et bénéficient de budgets propres, dans la majorité des établissements, il arrive régulièrement que les différents professionnels effectuent les mêmes tâches voire occupent des postes identiques. « Dans la grande majorité des établissements rencontrés, les aides-soignants et les aides médico-psychologiques occupent les mêmes postes et sont « interchangeables » dans

l'accompagnement quotidien des résidents. Il s'agit presque toujours d'actes de « nursing », relevant donc de la catégorie des soins apportés à des personnes fragiles » (Marquier et al., 2016, p.12).

2.3. ua Travailler auprès des personnes âgées en EHPAD.

2.3.1. ua Quelques chiffres.

Nous avons vu dans le premier chapitre que, depuis plusieurs décennies, les thématiques de la souffrance, du stress et de l'insatisfaction au travail avaient largement été étudiées. Il en est de même dans le domaine du soin. Canoui (2003) évoque une épidémie d'épuisement professionnel chez les soignants des pays occidentaux quel que soit leur milieu de travail. Il propose une appellation spécifique : le SEPS, Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants. Une étude internationale a mesuré le degré de satisfaction au travail et le sentiment de burnout de 43 000 infirmières dans 5 pays. Ces chiffres vont de 36% des infirmières insatisfaites et se sentant un burnout en Angleterre à 43% ayant le sentiment de burnout et 46% insatisfaites au travail aux Etats-Unis (Aiken, Clarke, Sloane, .Sochalski, Busse, Clarke, Giovannetti, Hunt, Rafferty, & Shamian, 2001).

Plus particulièrement, dans le domaine du soin auprès des personnes âgées, les professionnels seraient « plus susceptibles que d'autres de vivre l'épuisement professionnel (Astrom, Norberg, Nilsson, & Winblad, 1987 ; Hare & Pratt, 1988) » (Courty, Buisson, & Compagnone, 2004, p 216). Le score le plus élevé du burnout des soignants se retrouverait en psychiatrie et en établissement pour personnes âgées. Le burnout le plus fréquent serait également dans les établissements pour personnes âgées et handicapées et 41,8% de soignants y ont un score de burnout élevé. Dans les maisons de retraite, 42,8% des soignants disent avoir rarement ou jamais le temps de parler aux résidents (Amyot, 2010).

Les personnels de ces institutions déplorent leurs conditions professionnelles mais les résidents s'expriment aussi sur ce sujet. Selon une étude de la DRASS Aquitaine en 2005 (Scandella, 2006), 35% des résidents sont insatisfaits du peu de temps qui leur est consacré par les professionnels et 10% désignent une rudesse, brutalité et insensibilité dans les soins. Dans les EHPAD en France, le « turnover » du personnel infirmier et aide-soignant est également important. Il est respectivement de 52,5% et 48,3% par an en

moyenne en 2008 et génère des conséquences négatives en termes de coûts et de qualité (Martin, 2014).

Une étude longitudinale Européenne PRESST-NEXT, ayant interrogé plus de 5000 soignants en France, a montré que les professionnels de gériatrie étaient les plus insatisfaits de leurs possibilités de donner à leurs patients la qualité des soins dont ils ont besoin et qu'ils n'avaient majoritairement pas le temps suffisant pour parler aux malades ou résidents (Estryn-Behar, Caillard, Le Nézet, Chartron-Promeyrat, Heurteux, & Ben-Brik, 2004). Au début de l'année 2018, la France a vu le personnel des EHPAD, les directeurs ainsi que les familles des résidents se mobiliser et manifester pour de meilleures conditions de travail. En juin 2018, la DREES publie une étude sur les difficultés de recrutement rencontrées en EHPAD. En 2015, un établissement privé sur deux fait face à ces difficultés. Environ 10% des EHPAD signalent avoir un poste de médecin coordonnateur et au moins un poste d'aide-soignant vacants (DREES, 2018b). D'octobre 2018 à mars 2019, le gouvernement a lancé une concertation nationale autour du grand âge. Dans le rapport finalisant cette concertation (Libault, 2019), l'auteur souligne une dégradation des conditions de travail et estime que les données sur l'absentéisme et les accidents de travail en EHPAD sont préoccupantes.

Face à ces chiffres, nous pouvons nous interroger sur l'origine des difficultés dans les conditions de travail en EHPAD. Quelle est la réalité du travail auprès des personnes âgées aujourd'hui ? A quelle charge de travail et à quelles confrontations éthiques et morales est soumis le personnel au quotidien ? Dans la troisième partie de ce chapitre nous allons tenter de répondre à ces questions et d'étudier les raisons de la pénibilité dans l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD.

2.3.2. _uu_ Organisation, rythmes et charge de travail du personnel soignant en EHPAD.

a) _uu_ Organisation, horaires et roulements.

L'organisation du temps de travail en EHPAD est souvent très hétérogène en fonction des établissements et des métiers. Un même soignant peut connaître 4 à 5 types d'horaires en fonction du roulement, du poste ou du service occupé. Certains établissements ont fait le choix d'une amplitude horaire de 12 heures donnant accès à des repos consécutifs plus importants et permettant de concilier plus facilement la vie personnelle et professionnelle. Pourtant, la journée de 12 heures oblige le soignant à

réaliser les mêmes tâches difficiles, comme certains transferts et manutentions plusieurs fois par jours et peut entraîner plus de fatigue et d'irritabilité. De même, avec l'essoufflement dans l'enchaînement de plusieurs journées de 12h, le soignant peut connaître des difficultés d'attention et un plus grand risque d'erreur (Marquier et al., 2016).

Les EHPAD ont une obligation de continuité de service, ce qui signifie que l'accompagnement du résident ne doit pas connaître d'interruption au quotidien. Il y a donc en continu du personnel présent, veillant et prêt à assurer des soins en cas de besoin. Selon Amyot (2010), il existe dans les EHPAD un manque chronique de personnel lié aux problèmes de financements, à la fréquence des arrêts, aux accidents de travail et à la difficulté à remplacer les professionnels manquants. Le remplacement d'un professionnel absent nécessite donc de changer le planning, les horaires, de faire appel à du personnel intérimaire, insuffisamment encadré qui perturbe malgré lui le travail collectif (Amyot, 2010) ou de rappeler un professionnel au repos. En cas d'impossibilité, le personnel passe en effectif réduit au strict minimum ce qui équivaut souvent à une organisation calquée sur les weekends et jours fériés. Les professionnels mentionnent leur appréhension d'être rappelé lorsqu'ils sont en repos ou en weekend avec un sentiment « d'être constamment en alerte », un sentiment de stress supplémentaire et un surinvestissement du travail. Les politiques de remplacement des établissements sont variables et le rappel des professionnels peut être très rare comme très récurrent (Marquier et al., 2016).

L'organisation du travail en EHPAD répond donc à des exigences particulières (continuité de services, gestion des absences, choix des amplitudes horaires et roulements) et peut s'avérer génératrice de stress pour les soignants. Ces aménagements sont d'autant plus complexes à mettre en place lorsque la charge de travail et les tâches à réaliser sont importantes dans des temps limités.

b) ua Charge, rythme et conditions de travail.

ua Niveau de dépendance et charge de travail.

D'après ce que nous avons développé dans notre première partie, le public des EHPAD connaît des évolutions importantes depuis les dernières années. Les résidents qui entrent plus tardivement en institution sont de plus en plus âgés et le niveau de

dépendance augmente. D'après Paquet (2013) les politiques publiques incitent également à vider les hôpitaux et les personnes âgées sont poussées dans les autres établissements. Certaines maisons de retraite atteignent alors des niveaux de dépendance dignes des longs séjours hospitaliers. Dans le dossier de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur les conditions de travail en EHPAD, Marquier et al. (2016) indiquent que ces changements alourdissent la charge de travail car les tâches des soignants dépendent directement du public accueilli. Ainsi, au fil des années, les conditions de travail se sont modifiées et l'accompagnement s'est d'avantage centré sur les soins techniques de « nursing » et d'hygiène que sur la préservation de capacités et l'accompagnement relationnel. « Ces mêmes gestes sans cesse réalisés (toilettes au lit, transferts, etc.), mais aussi les efforts de manutention (levées, portés, etc.) inhérents à la perte de mobilité des résidents, entraînent une pénibilité physique prononcée » (Marquier et al., 2016, p.9).

Dans le dossier de la DREES, Marquier et al. (2016), indiquent que les soignants en EHPAD font souvent référence au champ lexical de l'industrie et de l'usine pour parler de leurs conditions de travail. « Les métaphores mobilisées assimilent le professionnel à un robot ou une machine, le résident à un objet et l'établissement à une usine où l'on travaille à la chaîne. [...] Les professionnels disent se battre contre cette évolution, mais y être poussés malgré eux » (Marquier et al., 2016, p.16). Le risque de ce vécu professionnel étant la déshumanisation du résident, le désinvestissement du personnel et la perte de sens au travail. Les soignants n'hésitent pas à parler de maltraitance et reportent leur critique sur les « politiques » chargées de l'organisation et du financement du secteur médico-social (Marquier et al., 2016). Dans son article, Raybois (2014b) considère que le second trait du burnout, la déshumanisation dans la relation à l'autre, n'est pas un symptôme du soignant mais bien un problème généré par l'activité soignante puisque la relation est incessamment en concurrence avec les autres tâches. Face à l'éventualité d'une déshumanisation, le soin va chercher à préserver l'humanité des personnes. Sa condition sine qua non est la relation puisqu'elle permet de reconnaître l'autre en tant que sujet.

Si les tâches sont plus lourdes à réaliser, les moyens financiers n'ont, pour leur part, pas été augmentés. Pour certains établissements, ils ont même diminué et la principale conséquence est l'intensification du rythme de travail. La seule solution qui apparaît au soignant est alors la rapidité et le travail dans l'urgence. Souvent le soin subit la contrainte du temps avec, en tête, la prochaine tâche ou le prochain accompagnement empêchant ainsi la réflexion et l'adaptation du soignant (Marquier et al., 2016). Selon Amyot & Villez (2001), les professionnels ont peur d'augmenter leur charge de travail s'ils prennent le temps d'écouter les résidents et de recueillir leurs

souhaits. Pour les mêmes raisons, ils hésitent à se questionner sur les réponses apportées à la personne et à lutter contre le systématisme. L'intensification du rythme et la pression de la pendule accentuent donc autant la charge physique que la charge mentale du personnel soignant en EHPAD.

ua L'interruption dans le soin et le sentiment de travail empêché.

Selon Raybois (2014b), le soignant est très souvent occupé à une autre tâche lors des échanges avec le résident. « Ainsi, durant 91 % du temps des interactions verbales le matin, le soignant réalise conjointement une tâche (toilette, ménage, rangement, etc.) tout en conversant avec le résident. L'après-midi, cette simultanéité entre l'exécution d'une tâche prescrite et le dialogue représente 78 % du temps des interactions avec le résident » (Raybois, 2014b, p.8). Le soignant connaît également de nombreuses interruptions lors de ses tâches comme les sonnettes, les appels téléphoniques voire les intrusions des collègues pendant un soin. L'éventualité d'une chute, d'un malaise ou d'une autres situation dangereuse pour le résident donne au soignant un sentiment d'urgence lorsqu'il entend ces alarmes. Au-delà de ces situations, les appels et sonneries génèrent un agacement et détournent le professionnel de son objectifs en demandant un effort supplémentaire de concentration et d'attention. Ces interruptions engendrent également une frustration en rompant la relation et l'échange avec le résident et alimentent un sentiment d'indisponibilité du soignant. (Canouï & Mauranges, 2015 ; Marquier et al., 2016). Dans leur étude sur 10 services de soins, Estryne-Behar & Fouillot (1990) nous indiquent que seulement 6% des conversations des professionnels en général dépassent les 2 minutes. On voit alors comment les soignants, pressés par le temps ou interrompus sont dans l'incapacité d'offrir un moment d'échange et de relation aux résidents.

Dans les professions soignantes, le plus dur et le plus stressant serait, comme le souligne Clot (2007), tout ce que l'on pourrait faire mais que l'on ne peut pas faire c'est à dire, l'action empêchée comme une amputation au pouvoir d'agir. Lhuillier & Litim (2009) reprennent cette idée soulignant que le stress au travail naît de l'écart entre augmentation des exigences et réduction des moyens pour y répondre. Du fait des contraintes et de l'organisation, le travail ne peut pas être mené à bien et cela peut entraîner le sentiment d'aller contre ses valeurs personnelles et professionnelles et une perte de sens dans le travail (Marquier et al., 2016). Cet écart, entre le travail possible et l'idéal culpabilise le soignant qui se sent impuissant et non conforme aux recommandations et augmenterait le risque d'apparition des actes brutaux (Amyot,

2010). On voit bien comment la charge de travail physique contribue à augmenter la charge mentale et la charge psychique des soignants.

ua Charge de travail et asymétrie soignant/soigné.

Amyot (2010) distingue trois catégories d'asymétries entre les soignants et les résidents en EHPAD qui influeraient sur la charge de travail et favoriseraient l'épuisement des professionnels :

- L'asymétrie locomotrice est une première asymétrie située dans le corps et qui est en majorité due à la différence d'âge entre les acteurs. Le personnel est souvent contraint à un temps limité dans un objectif de productivité alors que les personnes âgées sont lentes et faibles. Les soignants doivent contrôler leur action pour s'adapter au rythme, aux pathologies et à la douleur des âgés ;
- L'asymétrie contextuelle concerne la différence de contextes entre les deux protagonistes. L'un est sur son lieu de vie tandis que l'autre est sur son lieu de travail. Le personnel vient pour une plage horaire précise, effectuer une tâche répétitive puis rentre chez lui alors que le résident est chez lui et attend de l'autre une relation d'aide. Pour l'auteur, la demande de la personne âgée est alors amplifiée, intense et immédiate ;
- L'asymétrie relationnelle s'explique par le déséquilibre dans la représentation des droits et des devoirs de chacun. Ces derniers temps, les droits de la personne âgée ont été fortement valorisés alors que ce sont les devoirs du professionnel qui ont été mis en avant. « La tension entre ces deux tendances opposables est évidemment une source de préoccupations chez le professionnel qui est implicitement considéré comme le seul responsable du bon équilibre de l'échange » (Amyot, 2010, p.157).

Toujours selon cet auteur, la perte d'autonomie physique et psychique ainsi que les troubles du comportement des personnes âgées sollicitent une qualité d'attention et de présence des professionnels en continu. L'investissement et l'engagement personnels y sont donc très forts. Comme écrit en introduction de cette recherche, Amyot souligne que travailler en gérontologie « est un défi sans cesse renouvelé, une charge physique et émotionnelle omniprésente, une permanence de l'attention à l'autre. [...] Tous les risques psychosociologiques qui témoignent aujourd'hui de la part croissante des situations d'épuisement professionnel dans les relations de travail en général, trouvent une acuité toute particulière dans le cas spécifique de l'accompagnement de la personne âgée » (Amyot, 2010, p.155). Badey-Rodriguez (2003) indique également dans son article que

la confrontation au grand vieillissement est éprouvante et retentit sur le soignant pour toutes ces raisons mais aussi parce qu'elle est marquée par les pertes, la solitude et l'abandon. Nous allons étudier dans la partie suivante les différents facteurs influençant la charge psychique des professionnels soignants en EHPAD.

2.3.3. ua La charge psychique de travail : représentations, conflits éthiques, confrontation à la souffrance et à la mort en EHPAD.

a) ua Représentations de la vieillesse et du travail auprès des personnes âgées.

« Il en faut modérément pour s'assurer qu'il est possible de vieillir, mais un groupe, un bus, un établissement rien qu'avec des vieux, c'est le début du vertige, des affres, des sueurs froides » (Amyot, 2016, p.46).

L'idée de représentation sociale a été introduite par Durkheim (1898) à la fin du XIX^e siècle sous le nom de représentation collective. Elle a ensuite été conceptualisée par Moscovici en 1961. Selon Jodelet (1984) la représentation sociale est une modalité de pensée pratique, marquée par le social selon les conditions et le contexte dans lequel elle émerge. Il la définit comme une connaissance spécifique, un savoir du sens commun ou une forme de pensée sociale. La représentation est à distinguer de l'image mentale. Si l'image est un reflet constitué de sensations mentales et d'impressions, la représentation sociale est « un mécanisme cognitif qui met en jeu un univers d'opinions, de croyances et d'attitudes et qui permet, par un triple processus de référence, d'interprétation et de catégorisation, d'organiser et de structurer le réel afin de se l'approprier et de le contrôler » (Amyot, 2016, p. 25). Elle donnerait ainsi à l'individu ou au groupe la possibilité de s'adapter et d'orienter ses actions.

Dans notre société, les représentations de la vieillesse et du vieillissement sont multiples. Si elles sont plutôt ambivalentes en ce qui concerne les jeunes retraités (amoindrissement des capacités mais aussi préservation du dynamisme, des loisirs et des voyages...), elles sont souvent négatives pour le grand âge (maladies, pertes, grabatisation, inutilité, mort...). Comme décrit plus haut, la représentation sociale va nous permettre d'orienter nos actions et va donc guider notre comportement. La représentation négative de la vieillesse peut donc entraîner un certain rejet ou un

dégoût. Dans certains cas, elle va susciter la peur, la fuite et même l'horreur (Amyot, 2016).

Toujours selon Amyot (2016), la maladie, le deuil, la faiblesse et les incapacités rencontrées plus fréquemment à cette période de la vie, réactiverait notre peur d'être détruit (angoisse fondamentale), ou notre peur d'être diminué (angoisse de castration). La réactivation de ces angoisses permet de mieux comprendre la force des mécanismes de défense face à la vieillesse et le refus de ce qui est perçu comme dangereux par le grand public et par les soignants eux-mêmes.

Au-delà de la perte des capacités et de la maladie, c'est la mort qui est souvent associée au vieillissement. Les progrès médicaux de nos sociétés permettent sans cesse de faire reculer le nombre de décès aux âges les plus jeunes et la mort est petit à petit évacuée vers la vieillesse. On ne la retrouve plus qu'à cette extrémité du développement de la personne. Face à la médecine anti-âge, la mort est un échec incarné par la personne âgée. Le vieux devient donc le symbole de la mort et représente une menace dans une société qui souhaite tendre vers « le risque zéro » (Amyot & Villez, 2001).

Ces représentations sont partagées par tous les individus de nos sociétés occidentales y compris les personnes âgées elles-mêmes et les professionnels des EHPAD. Amyot (2016) nous dit que le travail des professionnels ne prend son sens et sa valeur qu'à travers le prisme de cette réalité. Les soignants subissent de leur côté une dévalorisation de leur métier, un manque de reconnaissance et un épuisement. Leurs attitudes et leurs comportements sont guidés par ces représentations qui rend leur travail difficile : « où puiser les ressources nécessaires pour accompagner le grand âge quand chaque jour on croit avoir vu autant de naufrages que de vieux... » (Amyot, 2016, p.39). Selon Courty (2003), il existe une dévalorisation du travail de soignants auprès des personnes âgées en service dits d'hébergement contre les services de médecine dits actifs. Ceci conduirait les soignants à une autoévaluation négative. Pour Amado & Lhuillier (2012), le travail auprès des personnes âgées est en charge du traitement du « négatif psychosocial » en œuvrant avec ce qui est rejeté par le corps social (Lhuillier, 2009). C'est ce que Hughes (1997) décrit comme une hiérarchisation morale au travail en déléguant à d'autres ce que nous ne souhaitons pas faire. « Les agents dépositaires, qui garantissent l'accomplissement des activités considérées comme du sale boulot, peuvent devenir, en temps de crise ou de circonstances difficiles, des boucs émissaires. Cette cristallisation des affects négatifs représentés par la figure du bouc émissaire éloigne du sein d'une catégorie professionnelle toute peur d'échec et de défaillance » (Guerra Gomes-Pereira, 2013, p.43).

Pour Amyot (2016), il va donc falloir prendre conscience de ces représentations et reconnaître qu'elles guident nos actions et nos attitudes pour commencer à les déconstruire et lutter contre ce qui nous condamnerait tous successivement à une

« persécution feutrée » ou un « isolement forcé ». En EHPAD, l'auto évaluation négative des professionnels dans leur métier entre en conflit avec l'idéal du soignant mais parfois, c'est la réalité du terrain qui vient se confronter avec cet idéal.

b) ua Le conflit entre l'idéal du soignant et la réalité de terrain.

On l'a vu dans la première partie de ce chapitre, les EHPAD et leurs professionnels ont tous pour mission « d'accueillir, soigner, soutenir et accompagner des personnes âgées dépendantes » (ANESM, 2011, p.8). Il s'agit également de préserver l'autonomie des résidents et d'accompagner la personne âgée dans les actes de la vie quotidienne qui sont en permanence à renouveler. L'aide aux repas, aux levers, aux couchers, aux transferts, aux toilettes ou aux douches se répètent jusqu'à plusieurs fois par jour. Le renouvellement du public est également fréquent et il s'agit pour le personnel de s'adapter constamment à de nouveaux arrivants, à leurs habitudes, à leur histoire et à leurs proches. Ce caractère répétitif inscrit le travail de soignant dans une temporalité spécifique. Selon Marquier et al. (2016), l'objectif de maintien de l'autonomie peut être vécu difficilement par les soignants qui constatent, jour après jour, la perte d'autonomie progressive et souvent inéluctable des résidents. Ceci peut engendrer un sentiment d'échec, d'impuissance et de culpabilité qui les touche personnellement. Le soignant peut se sentir insuffisamment efficace et penser que, par une mauvaise organisation personnelle ou collective et une attention restreinte, il contribue à la dégradation de la personne. Manoukian (2008) souligne également le niveau d'exigence dans ces professions, où il faut parfois faire preuve d'une tolérance absolue dans des situations renvoyant à une intolérance absolue (insultes physiques, racisme, violence...). Pourtant, l'opinion publique classe les personnes âgées du côté du fragile et du vulnérable face aux jeunes et forts donc en position de victime. Selon l'ANESM (2011) les valeurs et la philosophie des soignants ainsi que « les grands principes de l'accompagnement autour du respect de la personne, du maintien et de la stimulation de l'autonomie peuvent être percutés par la multiplicité des directives, l'intervention des médias sur les questions de maltraitance, de maladie d'Alzheimer, etc. » (ANESM, 2011, p.8)

Toutes ces situations participeraient à la perte d'enthousiasme, d'idéal et du sens du travail. Manoukian (2016) ajoute qu'être soignant demande une technique (le savoir-faire), une réflexion (le savoir) et, qu'on le veuille ou non, des émotions et des sentiments. « Le tout donnerait un savoir-être idéal si chaque partie ne tirait pas la couverture à elle. Cet équilibre relève de l'habileté du funambule. Ainsi, le soignant doit-il garder son objectif en vue, s'aventurer dans un espace vide de relation qu'il va remplir progressivement avec la collaboration du patient, tout en contrôlant ses émotions avec la

sérénité d'un grand yogi. Et le grand public attend du soignant cette compétence multidimensionnelle en même temps qu'une abnégation passéiste » (Manoukian, 2016, p.XV)

L'activité intense et l'enchaînement des tâches lourdes et répétitives, dans un souci de productivité, sont en contradiction avec la philosophie d'accompagnement recherchée dans les institutions de soin. Le travail effectué entre en opposition avec l'idéal du soignant dans un conflit de valeurs. Selon Colpé (2007), la culpabilité en gériatrie est un danger permanent. « L'idéal thérapeutique est exigeant, souvent même persécutant et le travail avec les personnes âgées va constamment le prendre en défaut. » (Colpé, 2007, p.258). L'auteur précise que l'idéal du soignant dans le grand âge est trop éloigné de sa pratique. Pour lui, il est pris au piège dans sa fonction puisqu'il ne sauvera pas et la culpabilité serait omniprésente guettant, rendant confus et totalement inefficace le professionnel. C'est ce phénomène que Goldenberg (1989) appelle le désespoir thérapeutique. De plus, les professionnels de soin sont soumis à une loi du silence qui s'étaye sur le secret médical et qui peut s'élargir à l'interdiction de se plaindre, la dissimulation de certaines pratiques ou l'évitement des situations embarrassantes (Canoui & Mauranges, 2015). Selon les auteurs, cette loi enferme les soignants dans une solitude qui peut être lourde.

Le soignant en EHPAD est sans cesse exposé aux situations à un fort niveau d'exigence (Manoukian, 2008) comme la maladie, la désorientation, le handicap physique ou psychique ainsi que les décès. Nous allons étudier plus précisément dans la partie suivante les conséquences de la confrontation du soignant à la souffrance, à la fin de vie et à la mort.

c) ua La confrontation à la souffrance, à la fin de vie et à la mort.

Selon Lepoutre (2014), le soignant à, en quelque sorte, besoin de la souffrance de l'autre pour exister, « un médecin de Molière (1846) nous l'a fait entendre avec humour : « Devenez malade, Nourrice, je vous en prie ; devenez malade, pour l'amour de moi : j'aurais toutes les joies du monde de vous guérir » (Lepoutre, 2014, p.199). Cette souffrance nécessaire au soignant fonderait son métier sur un certain sadisme. Pour guérir, il faut que l'autre ait mal et les mains du chirurgien, quand il opère, ou de l'infirmière, quand elle pique, ne doivent pas trembler. L'auteur précise que « le soignant n'a les mains parfaitement blanches qu'aussi longtemps qu'il n'a pas de mains, ou qu'il n'est tout simplement pas soignant » (Lepoutre, 2014, p.209). Ce sadisme nécessaire décrit par Lepoutre pour l'acte du soignant n'est pas sans engendrer la culpabilité face à

la souffrance grâce à laquelle il existe et qu'il a le devoir de soulager. D'autant plus qu'il arrive que la personne refuse les soins. Dans l'accompagnement de fin de vie, le soignant a le devoir de tout mettre en œuvre pour soulager la personne et le refus fait naître un paradoxe entraînant un sentiment de culpabilité et d'abandon. Selon Amyot & Villez (2001), « si rien ne doit être fait contre le consentement de la personne, le soignant doit toujours chercher à convaincre de l'utilité des soins » (Amyot & Villez, 2001, p.57). Le refus de soin d'un résident peut alors être interprété comme une incapacité à convaincre et donc comme un échec.

Avec la confrontation à la mort, la souffrance reste l'un des facteurs majeurs de l'épuisement professionnel des soignants (Shanafelt, Chung, White, & Lyckholm, 2006). La douleur lors d'un soin, la douleur morale d'un résident ou de ses proches, face à la pathologie incurable ou les pertes vont retentir sur le soignant (Canoui & Mauranges, 2015). Tous ses sens sont sollicités et peuvent être mis à mal : odeurs corporelles, de selles, de plaies, couleur d'une peau qui annonce la fin de vie ou de la chair abîmée, blessée... Certains soignants peuvent ressentir des dégoûts alimentaires après leur journée de travail ou se sentir poursuivi par une odeur. Guex (2008) souligne que le soignant exposé à la maladie grave et à la mort souhaite parfois le décès pour le soulager de son impuissance.

Les professionnels vont être déstabilisés, vulnérabilisés par ces confrontations répétitives ou brutales lorsqu'un décès inattendu survient. Le deuil est d'autant plus difficile à faire qu'en EHPAD, lieu d'hébergement et de vie, la relation est souvent établie depuis des mois voire des années avec les résidents. En miroir, la souffrance du soignant va donc être liée à l'angoisse face à sa finitude et aux limites du soin (Canoui & Mauranges, 2015). Les EHPAD sont souvent le dernier lieu de vie et, selon Costa-Clermont (2015), ils sont susceptibles de devenir de grandes unités de soins palliatifs. Comme écrit dans la première partie de ce chapitre, chaque année, 90000 personnes meurent en EHPAD (Observatoire National de la Fin de Vie, 2013). Ces établissements vont accueillir ¼ des décès français en 2015 (DREES, 2018a). Ces décès fréquents comportent une charge traumatique qui se répète pour le soignant. Même si elle est naturelle, la mort n'est pas un événement facile et, nous l'avons vu plus haut, avec les progrès de la médecine, notre société l'a rejetée. La mort est donc cloisonnée dans ces établissements où seuls les soignants sont confrontés aux souffrances de l'existence que sont les drames normaux de la vie humaine (Canoui & Mauranges, 2015).

Selon Delbrouck (2008), le soignant va être confronté dans sa pratique à des affects importants, voire à des traumatismes qui vont se répéter. « Le soignant, souvent malgré lui, est projeté face à une multitude de questions métaphysiques, éthiques,

morales, psychologiques, émotionnelles, qu'il n'aurait pas rencontrées s'il avait choisi une autre profession » (Delbrouck, 2008, p. 47). Lors de ces situations répétitives et prégnantes, il est doublement impliqué puisqu'il est face au vécu de l'autre et à sa souffrance mais également à son propre vécu par identification projective. Badey-Rodriguez (2003) écrit que chaque soignant en EHPAD sait que son accompagnement se terminera presque dans la totalité des cas par la mort du résident et a régulièrement de nouveaux deuils à faire alors que les précédents n'ont pas forcément été achevés. L'auteur ajoute que « Travailler en gérontologie, c'est voir sa propre histoire constamment questionnée, " remise sur le tapis ", revisitée, réactivée ; c'est être confronté tous les jours au sens de sa vie » (Badey-Rodriguez, 2003, p.70-71). Nous allons maintenant aborder plus précisément ces conflits éthiques et moraux qui questionnent sans arrêt le sens du travail et plus largement de la vie du soignant.

d) ua Travailler auprès des personnes souffrant de démence.

L'évolution de la population en EHPAD a entraîné une augmentation du nombre de personnes souffrant de démence dans ces institutions. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2016) « la démence est un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes ». La maladie d'Alzheimer, ainsi que les maladies apparentées pour lesquelles on retrouve une altération des fonctions cognitives, sont les principales causes de la démence. Comme écrit plus haut, plus de 50% des personnes âgées en EHPAD souffrent de démence et 81% d'entre elles présentent des problèmes d'incohérence dans le comportement ou la communication (Volant, 2014b). L'accompagnement de ces personnes entraîne une charge physique, mentale et psychique importante, surtout quand l'organisation de l'établissement ou la formation du personnel n'y sont pas adaptées. La confrontation à la démence, à la désorientation, aux pertes de mémoire, aux difficultés de communication sont autant de situations pouvant entraîner l'effroi des professionnels, interrogeant le vieillissement et le sens de la vie. Whitehouse (2008) écrit alors : « l'une des raisons par lesquelles je trouve la maladie d'Alzheimer si perturbante, c'est que sa description comporte une histoire forte, qui génère une peur énorme, de l'angoisse et une stigmatisation sociale pour les millions de personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer et pour les millions d'autres parmi nous qui vieillissons » (Whitehouse, 2008, p.77). Pour Amyot (2010), le soignant en gériatrie est également confronté à des questions éthiques et philosophiques entre la vie et la mort, le beau et le sale, la résignation et l'espoir. « L'accompagnement de la personne âgée érode toute certitude et quiétude chez son soignant » (Amyot, 2010, p.155).

Dans les pathologies neurodégénératives comme les démences, on retrouve des troubles du comportement souvent sources de stress pour le soignant. Ces troubles sont de différents types selon l'argumentaire de la Haute Autorité de Santé (2009) :

- les réactions d'opposition sont des refus de la part de la personne de coopérer lors de ses soins d'hygiène, de l'alimentation ou dans le respect des règles sociales. Le soignant doit alors prendre le temps d'entendre le refus, le valider, et entamer des négociations pour remplir sa mission. Cette tâche est souvent difficile quand la personne n'a plus accès à la parole et à la compréhension du langage et qu'il faut communiquer par l'intermédiaire du non verbal ;
- L'agitation peut être verbale (cris, stéréotypies...) ou physique (activité excessive et inappropriée). Elle interroge souvent les soignants qui éprouvent des difficultés à explorer le sens de ces comportements. Face à l'agitation, les soignants vont avoir comme objectif d'apaiser et rechercher activement l'existence d'une cause organique à ces réactions ;
- L'agressivité est un comportement verbal ou physique perçu comme violent par l'entourage. Elle représente une menace ou un danger pour la personne elle-même ou son environnement. L'agressivité est souvent la conséquence de l'agitation et de l'opposition. Ce trouble du comportement soumet souvent le soignant à des violences telles que des coups, griffures, gifles, crachats, empoignements ou encore des propos racistes ou des insultes. Ces violences peuvent menacer la dignité, ainsi que l'intégrité psychique et physique des professionnels ;
- Les comportements de déambulation inadaptée sont souvent associés à l'angoisse et l'agitation. Ils représentent des errances, des poursuites incessantes, des activités répétitives et excessives de déambulation sans but apparent ou dans un but inapproprié. Ils nécessitent la plupart du temps une hyper vigilance des soignants qui doivent s'assurer que la personne ne se perde pas. Dans ces situations, le soignant doit chercher, réorienter et rassurer la personne ;
- La désinhibition est un comportement impulsif et inapproprié par rapport aux normes sociales au moment où il est observé (comportements impudiques ou envahissants, attitudes sexuelles incongrues, agressivité envers soi-même ou autrui). Ces situations peuvent porter atteinte à la dignité du résident lui-même et s'avérer dangereuse pour les autres. Les soignants doivent être vigilants afin de réorienter la personne vers un comportement adapté ;
- Les cris ou comportements vocaux inadaptés se manifestent sous formes de hurlements, plaintes vocales, demandes répétitives... Ce sont des verbalisations compréhensibles ou non souvent très perturbantes pour les professionnels. Les cris, hurlements provoquent des réactions de stress chez le soignant d'autant plus qu'ils

témoignent souvent d'une détresse psychologique, d'un inconfort ou de demandes d'attention. La charge de travail et le manque de temps ne lui permet pas toujours de répondre à ces comportements et c'est le sentiment de laisser le résident dans la détresse qui atteint alors le professionnel.

- Les symptômes psychotiques tels que le délire ou les hallucinations. Le délire est une perception ou un jugement erroné de la réalité, le plus souvent sur le thème du vol, du préjudice, de l'abandon, de la jalousie ainsi que de la non identification d'un lieu ou d'un proche. Il génère souvent beaucoup d'anxiété chez le résident et parfois de l'agressivité. Le délire peut être associé à des hallucinations, c'est-à-dire des perceptions sensorielles sans objet réel. Les symptômes psychotiques entraînent souvent de l'incompréhension et de la peur chez les professionnels surtout lorsqu'ils sont associés à de l'agressivité. Les professionnels mettent en avant le sentiment de ne pas disposer de la formation adéquate pour accompagner les résidents présentant des troubles psychotiques (Marquier et al., 2016)

Face à ces troubles du comportement, on voit comment les professionnels peuvent facilement être dans état quotidien de vigilance accrue. La fuite, la chute éventuelle d'un résident ainsi que la violence verbale ou physique sont des stress permanents pour les soignants « d'autant plus perturbant qu'un mauvais réflexe en réponse à une situation de violence peut être assimilé à une forme de maltraitance » (Marquier et al., 2016, p.10). Ces risques entraînent régulièrement des pratiques sécuritaires dans les EHPAD, contentions, services fermés, pouvant aller jusqu'à la privation de liberté des individus. Nous allons décrire dans la partie suivante ces pratiques sécuritaires et les conflits éthiques auxquels elles confrontent les soignants.

e) ua **Conflits éthiques, privations de liberté et pratiques sécuritaires en EHPAD.**

Selon Amyot & Villez (2001), dès l'entrée en institution il peut y avoir une certaine spoliation de l'individu. Le changement de domicile, la contrainte du choix des meubles, la dispersion du patrimoine forment déjà une restriction de liberté. Les familles sont souvent sollicitées dans ce changement et l'aide ainsi que l'avis apportés peuvent aller jusqu'à l'arbitrage et l'ingérence dans la vie de la personne âgée. Tout se passe comme si le résident allait laisser une partie de ses droits à l'entrée de l'établissement. Il ne sait plus ce qui est fait de son linge, ce qu'il va manger, s'il a le droit de faire une grasse matinée ou ce qu'il peut demander puisque désormais, il vit en collectivité. « Ce processus d'aliénation des personnes âgées est à l'œuvre de façon sourde dans toutes les institutions, les personnels le constatent, le déplorent et finalement en souffrent sans

qu'ils soient en mesure de le déjouer » (Amyot & Villez, 2001, p.12). Les professionnels doivent souvent redoubler d'énergie et de créativité pour réinstaller la personne au centre de ses désirs et de ses choix. La question du choix pose également la question du risque et de la décision. La personne âgée dépendante qui entre en EHPAD a besoin d'assistance et de ce fait, tout ce qui peut lui arriver est susceptible d'engager la responsabilité des professionnels. On entre alors dans la spirale du risque et de la responsabilité (Amyot & Villez, 2001). Il s'agit alors de protéger la personne pour se mettre soi-même en sécurité.

Selon Siméone (1999), le manque de temps et de formation des soignants entraînerait des prises de décisions hâtives pouvant mener à l'excès dans les pratiques sécuritaires. Il est difficile pour un soignant pressé par le temps et les appels incessants des autres résidents de ne pas aller au plus vite et de laisser à la personne, par exemple, le choix de ses vêtements.

D'après Amyot & Villez (2001), les réflexes sécuritaires en institution trouveraient leur origine dans la réalité même du travail, c'est-à-dire dans la confrontation à la perte des capacités, au handicap, à la fin de vie et à la mort. Sous couvert de protéger la personne de ces risques, on peut l'empêcher de se lever, de sortir ou d'ouvrir une fenêtre pour finalement la priver de sa liberté. Le rejet de la mort et la tendance vers le risque zéro de la société encourageraient également ces pratiques. Les formations des soignants sont souvent axées autour de l'hygiène et de la technique et les risques sont hiérarchisés par les professionnels. Une chute ou la sortie d'une personne désorientée paraîtront alors plus dangereuses que la perte de la dignité, de l'intégrité psychique ou sociale. L'excès d'attention du soignant peut aller jusqu'à la surveillance et attenter à la liberté, l'intimité ou la dignité. « Perpétuellement écartelé entre soupçon et négligence, déni de soin et excès de pouvoir, les soignants sont en recherche de repères et de référentiels » (Amyot & Villez, 2001, p.11). Ces pratiques leur posent souvent des conflits éthiques et les professionnels cherchent des conduites à tenir pour éviter les gestions abusives, les privations et les intrusions dans la sphère intime de l'individu. Pourtant, l'idéal d'une réflexion et d'un discours éthique peut parfois entrer en conflit avec la réalité de ce qui est mis en place pour préserver la dignité de la personne (Amyot & Villez, 2001). Selon Thomas & Hazif-Thomas (2014), la prévalence du principe de précaution sur le droit au risque des personnes accueillies emprisonnent les soignants, comme les soignés, dans une dynamique d'enfermement.

Le soignant va être acteur dans la préservation des droits et de la citoyenneté des personnes âgées. « En proclamant que la personne âgée est totalement investie de ses droits, en démontrant comment ceux-ci sont préservés, malgré l'âge, le handicap, en expliquant aux juges, aux familles, au public une action souvent méconnue, les soignants deviennent des acteurs du droit. Ils sont appelés à travailler ces notions, à les rendre

intelligibles, claires et compréhensibles par tous. Ils sont appelés à investir les cercles de réflexion et de décision, à faire vivre les réseaux pour que la personne âgée puisse rester un acteur de la vie sociale » (Amyot & Villez, 2001, p.61).

Malgré tous les éléments cités dans cette partie, influençant la charge, la pénibilité physique et psychique de leur métier, les professionnels des EHPAD constituent une population particulièrement engagée dans son travail (Marquier et al., 2016). Nous allons voir dans la partie suivante comment ces soignants créent une identité positive et mettent en avant la gratification dans l'accompagnement des personnes âgées.

2.3.4. ua La noblesse de l'accompagnement des personnes âgées : une gratification pour le soignant.

Comme nous l'avons vu plus haut, chez les professionnels soignants, en général, la pénibilité du travail est importante. Pourtant, ceux-ci conservent une satisfaction du travail effectué au cours de leur journée. En Belgique, une étude de Darras, Dubois, & Léonard (2003) a montré que même si 69% des infirmières considéraient que le contexte des soins était stressant, un pourcentage semblable de soignants reconnaissait être fatigué mais content à la fin de la journée. Cette étude indique également que 87% des infirmières sont fières de leur métier. « Les satisfactions qui parsèment la journée du soignant sont autant de supports positifs qui contrecarrent l'épuisement. Ces satisfactions sont d'abord liées au métier lui-même » (Manoukian, 2016, p.18). En effet, être soignant c'est soulager, apporter de l'aide, soigner pour parfois guérir des personnes qui en ont besoin.

Même si les soignants en EHPAD savent qu'ils ne guériront pas les résidents et qu'ils ne les sauveront pas de cette mort inéluctable, ils sont là pour leur apporter confort, bien-être, qualité de vie, envie... C'est souvent cette finalité du métier qui a été évoquée dans les entretiens avec les professionnels d'EHPAD pour le dossier de Marquier et al. (2016). Le vocabulaire utilisé par les soignants renvoie alors à la noblesse des tâches effectuées « il s'agit de se mettre au service d'un public fragile pour lui assurer des conditions de vie de qualité et lui permettre de maintenir sa dignité – plus encore, les personnes âgées peuvent être décrites comme un public de valeur, injustement négligé par la société : les "anciens" » (Marquier et al., 2016, p.22). Malgré les représentations négatives de la vieillesse dans nos sociétés occidentales, il persiste une vision positive de la personne âgée comme possédant la sagesse, l'expérience et la connaissance. Le « vieux » conserve alors une place centrale puisqu'il peut transmettre le savoir. Par son histoire, il fait le lien entre le passé, le présent et nous permet de comprendre ce vers

quoi nous tendons : l'avenir. Un adage africain nous affirme qu'« un vieillard assis voit plus loin qu'un jeune debout ». Cette vision est davantage conservée dans les sociétés traditionnelles que dans nos sociétés occidentales. Pourtant, c'est cette représentation qui est mise en avant par les professionnels des EHPAD. La tâche en est alors d'autant plus noble et utile puisqu'ils doivent répondre aux besoins de ces personnes qui ne peuvent plus vivre seules et dont les proches ne sont pas en capacité d'assurer l'accompagnement nécessaire (Marquier et al., 2016).

Dans le dossier de la DREES sur les conditions de travail en EHPAD, Marquier et al. (2016) écrivent que « se dessinent ainsi les contours d'une identité professionnelle forte, construite autour de métiers dont la pénibilité n'est pas dissimulée, mais est souvent dépassée par un engagement individuel et des gratifications multiples » (Marquier et al., 2016, p.3). En effet, les activités pénibles vont alors être revendiquées par les soignants différenciant ainsi les personnes capables de travailler en EHPAD et celles qui ne le sont pas. Selon ces auteurs, les professionnels ne partageraient pas le point de vue selon lequel ils se chargeraient d'un « sale boulot ». C'est ce que Lhuillier (2002) appelle la construction d'une légitimation par les professionnels évitant l'assimilation-identification à l'objet déchu par le social et dont ils ont la charge. De plus, les professionnels mettent en avant la satisfaction et la gratification ressentie dans la relation, la dimension émotionnelle et l'attachement à la personne âgée. La tendresse et les marques d'affection sont souvent décrites par les soignants mais ceux-ci disent avoir conscience des risques liés à cette affection et de la distance nécessaire à conserver dans la relation aux résidents (Marquier et al., 2016). Ainsi, le professionnel peut rapidement passer de l'attachement à la peine lorsque la personne souffre, perd ses capacités ou décède.

Enfin, Moulias (2003) indique que le professionnel de gériatrie reste l'un des derniers contacts humains des personnes dont il s'occupe. Il est garant de leur humanité et de leur dignité. L'auteur témoigne alors des propos d'une professionnelle d'Unité de Soins Longue Durée (USLD) se levant en réunion et déclarant « Je suis Aide-Soignante en Long Séjour. Ce que je fais est difficile et indispensable. Personne d'autre au monde ne le fait. Je suis fière de mon métier ! » (Moulias, 2003, p. 28).

Synthèse/Encadré du chapitre

Les EHPAD sont de jeunes établissements d'une vingtaine d'années. Lieux de vie, accueillant et accompagnant les personnes âgées vulnérables, ils ont pour mission de préserver leur autonomie et leur qualité de vie. Le travail auprès des personnes âgées en EHPAD représente une charge lourde tant au niveau physique que psychique. La population accueillie y est très âgée, les professionnels sont régulièrement confrontés à la pathologie et à la mort et les budgets sont limités. Les institutions et leurs soignants sont les garants de la qualité d'un lieu de soin, de vie et d'envie dans le respect de l'individualité et des libertés de chacun.

Au sein de leur pratique, ces professionnels sont sans cesse soumis à des questionnements éthiques et moraux. Ils sont en permanence tiraillés entre la relation de soin et le temps qui lui est alloué. Le sens de leur pratique est constamment interrogé par l'accompagnement des personnes démentes

Nous avons vu dans le chapitre précédent que la prise en charge de la souffrance au travail doit être globale et multidimensionnelle. Il est également nécessaire de considérer les ressources de la personne et ses capacités d'adaptation. Ce deuxième chapitre nous indique encore que le soutien des soignants en EHPAD doit s'orienter vers un travail holistique dans lequel le professionnel pourra réinterroger ses valeurs, son vécu, et l'aspect relationnel de son métier. Enfin, il s'agit de leur proposer un lieu pour travailler la question du sens dans l'accompagnement de la personne âgée ainsi que pour réactualiser leurs représentations de manière individuelle et collective.

3. _ua_ Chapitre 3 : Les techniques de prévention et de remédiation dans le mal-être et la souffrance au travail auprès des personnes âgées : présentation et apports de la littérature.

3.1. _ua_ Introduction.

D'après ce qui a été présenté dans le chapitre précédent, le soin dans le grand âge a un fort niveau d'exigence. Les soignants sont confrontés de manière régulière et fréquente à des vécus intenses comme la maladie, la désorientation, le handicap physique ou psychique (Manoukian, 2008). Les professionnels soignants en gérontologie mettent en avant le manque de temps et l'altération de la qualité de travail (Raybois, 2014a) et sont les plus insatisfaits de leurs possibilités à donner aux patients la qualité des soins dont ils ont besoin (Estryn-Behar, Salbreux, Paoli, & Le Nezet, 2007). La littérature concernant la prise en charge du stress et de l'épuisement au travail est abondante mais elle l'est beaucoup moins lorsqu'il s'agit des soignants travaillant auprès de la personne âgée. Pourtant, ceux-ci seraient « plus susceptibles que d'autres de vivre l'épuisement professionnel (Astrom, Norberg, Nilsson, & Winblad, 1987 ; Hare & Pratt, 1988) » (Courty, Buisson, & Compagnone., 2004, p 216). Qu'en est-il des techniques de lutte et de prévention contre le mal-être et la souffrance au travail en EHPAD ? Après une présentation des différentes approches dans ce domaine, nous étudierons les apports de la littérature sur les techniques spécifiques de lutte et de prévention de la souffrance au travail en EHPAD. Nous nous appuierons également sur les interventions concernant le soutien des aidants familiaux des personnes âgées, pour ouvrir la réflexion sur de nouvelles perspectives de recherche.

3.2. ua Prévention et remédiation du mal-être et de la souffrance au travail, présentation des différentes approches.

La gestion de la souffrance au travail est une obligation légale pour tous les employeurs, fixée par la directive européenne, directive-cadre 89/391/CEE, relative à la sécurité et à la santé au travail (Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail, 2014). En prévention et remédiation de la souffrance au travail, au niveau français comme au niveau européen, on distingue trois types d'approches : l'approche primaire, l'approche secondaire et l'approche tertiaire (Mouze-Amady & Neboit, 2003 ; Amyot, 2016).

a) ua L'approche primaire.

L'approche primaire est la première démarche de prévention de la souffrance au travail. Elle est centrée sur les causes du mal-être plutôt que sur ses symptômes. Elle agit en amont sur l'organisation, sur les facteurs psychosociaux et sur les conditions de travail. Il s'agit alors d'adapter l'environnement physique (matériel, conditions de sécurité, cadre de travail...).

Cette approche préconise une démarche de prévention collective de la souffrance au travail (INRS, 2017a ; INRS, 2017b ; INRS, 2017c). La démarche est centrée sur le travail dans sa globalité et sur son organisation. Elle visera à réduire les facteurs de risques connus et décrits dans le premier chapitre : exigences et intensité du travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie et de marges de manœuvre, mauvaise qualité des rapports sociaux et des relations de travail, conflits de valeur, insécurité de situation de travail (Gollac & Bodier, 2011, p.31). Canoui & Mauranges (2015) définissent également les stressseurs environnementaux qu'ils appellent les « 5M » : le milieu (architecture, niveau sonore, température, longueur des couloirs), le matériel (accès ou non, facilement ou non à ces produits, matériel de manutention, le manque de matériel, le manque de rangement...), la méthode de travail (horaires, organisation...), la main-d'œuvre (insuffisance des effectifs, alourdissement de la charge de travail, sentiment d'impuissance, culpabilité, incompréhension, insécurité, absentéisme). Pour ces auteurs, les 5M peuvent constituer une base d'analyse et de prévention de la souffrance au travail.

Les actions de prévention collective doivent engager les acteurs principaux : le directeur de l'établissement, l'équipe d'encadrement, les représentants du personnel, les instances (syndicats, Comité Technique d'Établissement, Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail...), les salariés. Elles doivent également s'assurer d'une information régulière auprès de ces acteurs.

Cette méthodologie nécessite d'avoir réalisé un diagnostic précis et une évaluation des facteurs de stress. Il s'agit alors d'inventorier les risques, d'identifier leurs sources, d'analyser l'exposition des salariés à ces risques et de mettre en place un plan d'actions adapté à cette évaluation. Ce diagnostic peut être réalisé par les acteurs de l'établissement ou celui-ci peut avoir recours à des ressources externes comme des cabinets privés ainsi que des services ou organismes publics de santé au travail. « Différentes méthodes et outils de diagnostic peuvent être utilisés : observation de l'activité et des conditions de travail, entretiens individuels ou de groupe, questionnaires... » (INRS, 2017b).

Cette étape de diagnostic est également un dépistage des individus en situation de souffrance voire d'épuisement professionnel. L'établissement doit alors repérer les signaux collectifs et individuels (absentéisme, « turnover », qualité du service, grèves, violences, maladies professionnelles, accidents de travail) (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social & Direction générale du travail, 2015).

Selon cette approche collective ou globale, prévenir la souffrance au travail, c'est mettre en place une organisation « favorable à la santé physique et mentale des salariés : travail en équipe, utilisation des compétences des salariés, marges de manœuvre suffisantes, participation des salariés aux décisions les concernant... » (INRS, 2017b). Cette organisation doit chercher à développer le bien-être et la qualité de vie au travail. Elle s'attache à promouvoir les actions positives et préventives basées sur les ressources de l'environnement, de l'organisation et de la personne.

ua Qualité de vie au travail.

Selon l'OMS (1946), la santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité mais elle est un état de bien-être physique, mental et social. La santé psychologique au travail peut être représentée par un continuum d'un côté duquel on placerait la souffrance, le mal-être, le stress, le burnout, les risques psychosociaux et de l'autre le bien-être, la qualité de vie au travail et la réalisation de soi.

La qualité de vie au travail est définie par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) comme « un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. [...] Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte » (Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, 2013, p.2-3).

Les techniques d'approche primaire visent à développer une qualité de vie au travail. Elles doivent faire diminuer les exigences pesant sur les salariés et augmenter les ressources à leur disposition (INRS, 2017a). Les actions mises en place peuvent porter sur l'adaptation et l'organisation du travail pour le rendre stimulant, la définition des rôles et responsabilités de chacun, la possibilité pour les salariés de participer au changement, la facilitation de la communication (INRS, 2017b). L'établissement peut proposer des plans de formation pour augmenter les ressources de ses salariés. Il peut également mettre en place un cadre étayant contenant les règles, repères et procédures à appliquer ou redéfinir les valeurs, missions, projets de services et d'établissement (Amyot, 2016). Le travail en équipe et le soutien social des professionnels seront favorisés (espaces de partage et d'échanges), (INRS, 2017a). L'établissement cherchera à améliorer les retours et la reconnaissance du travail accompli, ainsi qu'à éviter les conflits éthiques ou les situations qui mettent en porte-à-faux les salariés vis-à-vis des règles et valeurs (INRS, 2017a). Enfin, une amélioration de la rémunération permettra d'augmenter la valorisation et la reconnaissance des salariés (Manoukian, 2016).

Les établissements ou les entreprises peuvent définir un groupe de travail représentatif de l'ensemble des salariés pour réfléchir et mettre en œuvre cette méthodologie.

b) ua L'approche secondaire.

L'approche secondaire agit sur l'individu qui se trouve confronté aux situations de travail à fortes contraintes. Elle l'aide à développer des capacités d'adaptation en modifiant ses comportements ou ses modes de pensée. Cette démarche est classée dans les mesures correctives plutôt que préventives. Il faut nécessairement l'associer à des actions issues d'une démarche de prévention collective (INRS, 2017b). Selon Canouï & Mauranges (2015), le burnout est individuel et vécu en intériorité pourtant il a un

retentissement sur le groupe social, l'équipe, l'institution, le malade. Le burnout du soignant peut être provoqué par une désorganisation du monde de la santé et des dysfonctionnements des lieux de soin. « Le syndrome d'épuisement professionnel est donc un phénomène qui mène du singulier au social, de l'individu au groupe » (Canoui & Mauranges, 2015, p. 151). Si on ne considère pas ces deux dimensions, on les renvoie dos à dos et on nie : soit la dimension organisationnelle - et le soignant porte à lui seul la responsabilité de son mal-être-, soit la dimension individuelle, sans prendre en considération le poids émotionnel.

L'Agence d'information de l'Union Européenne en matière de Santé et de Sécurité au Travail (EU-OSHA) (2014) a créé un guide électronique sur la gestion du stress et des risques psychosociaux. Dans ce guide, une des mesures individuelles et correctives serait d'aider les salariés à augmenter leur résilience.

Des méthodes de lutte individuelle contre le stress existent depuis les années 1930 (Stora, 2016). Elles ont pour objectif de diminuer les tensions musculaires et psychiques de la personne ainsi que de baisser son excitation sensorielle. Il peut s'agir de techniques de relaxation corporelle qui visent à abaisser le rythme cardiaque, la respiration et la tension pour maîtriser le stress. Ces techniques peuvent aussi être associées à une relaxation mentale comme la méditation (Stora, 2016). Selon Canoui & Mauranges (2015), les réponses individuelles au burnout suivent trois directions : le soutien de soi (basé sur des ressources comme le repos, les loisirs, la créativité, l'humour...), les techniques de développement personnel (psychothérapie, approches psychocorporelles...) et la réflexion sur son expérience de vie.

L'Institut National de Recherche pour la Sécurité et la santé au travail (INRS) recommande une vigilance accrue aux signaux individuels d'un éventuel burnout chez un professionnel (INRS, 2017a). Nous pouvons prendre l'exemple d'un salarié présentant les signes de burnout suivants : il se plaint de manquer d'énergie, de concentration, de disponibilité mentale au travail et il est facilement irritable. Le salarié se dévalorise et est insatisfait du travail accompli. « Un changement dans l'attitude du salarié, un repli sur soi, un désengagement inhabituel sont autant de signaux qui doivent interpeller l'entourage professionnel » (INRS, 2017a).

L'INRS recommande les interventions individuelles telles que la « gestion individuelle du stress (renforcer la résistance des salariés par des techniques de relaxation ou de psychothérapie), [la] formation à la gestion des conflits, [et la] prise en charge des salariés en souffrance » (INRS, 2017b). Mais il rappelle que ces techniques ne s'attaquent pas aux sources du problème et, si on ne les associe pas à une démarche collective, leurs effets bénéfiques ne se maintiendront pas dans le temps.

c) ua **L'approche tertiaire.**

L'approche tertiaire vient en aide aux personnes qui souffrent déjà de problèmes de santé dus aux facteurs de stress et de souffrance au travail. Les symptômes sont présents chez le salarié : le stress ou l'épuisement sont avérés. Pour l'établissement, il ne s'agit plus d'éviter ou de dépister mais d'aider ou de restaurer (Amyot, 2016). Tout d'abord, l'encadrement de l'établissement doit s'entretenir avec les professionnels. Les causes de l'état des salariés doivent être activement recherchées et des mesures de soutien doivent être mises en œuvre (INRS, 2017a).

Parallèlement, les professionnels peuvent être dirigés vers la médecine du travail qui pourra mettre des traitements médicamenteux en place ou orientera les professionnels vers des consultations spécialisées (psychologues, psychothérapeutes...). Un aménagement du poste ou des horaires peut également être envisagé. L'établissement peut s'aider du service de santé au travail pour repérer les facteurs de risques professionnels en lien avec les cas de burnout portés à sa connaissance (INRS, 2017a). Certaines grandes villes de France ont mis en place des consultations spécialisées sur la souffrance au travail au sein des centres hospitaliers (Stora, 2016).

Enfin, l'état des salariés doit être régulièrement réévalué grâce à des entretiens ou des questionnaires afin de dépister et prévenir un éventuel retour de la souffrance au travail.

3.3. ua Présentation des techniques de prévention et remédiation du mal-être de la souffrance dans le soin auprès des personnes âgées et apports de la littérature.

a) ua **Les approches primaires.**

Comme nous l'avons vu plus haut, la première étape lorsqu'il s'agit de lutter contre la souffrance au travail est une approche primaire, collective, intervenant sur l'organisation, les facteurs psychosociaux et sur les conditions de travail. Ces interventions permettraient de réduire le déséquilibre effort-récompense perçu par les salariés et ainsi de prévenir l'épuisement chez les travailleurs (Koch, Kertsen, Stranzinger, & Nienhaus, 2017). En gérontologie, Karantzas, McCabe, Mellor, Von Treuer,

Davison, O'Connor, Haselden, & Konis (2016) ont montré, dans une étude auprès de 250 professionnels exerçant en maison de retraite, que le stress et la tension des salariés étaient liés à l'efficacité personnelle et aux variables organisationnelles d'autonomie, de confiance, de soutien, de plaisir et de pression. De même, McCabe, Mellor, Karantzas, Von Treuer, Davison, & O'Connor (2017) ont montré que ces facteurs organisationnels étaient associés au niveau de confiance des soignants dans leur capacité à gérer les symptômes psycho comportementaux de la démence. Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark, & Edvardsson (2015) ont réalisé une étude auprès des soignants en gérontologie et constatent que l'environnement favorable et le climat positif de travail sont associés à la façon dont le personnel perçoit les soins comme centrés sur la personne âgée.

Dans la revue de littérature de Sanchez, Mahmoudi, Moronne, Camonin, & Novella (2015) au sujet des interventions sur le burnout en gériatrie, deux études révèlent que les interventions sur l'organisation du travail ont permis aux soignants d'agir sur le travail lui-même par l'intermédiaire d'un programme de réadaptation cognitive auprès des personnes âgées (Baldelli, Fabbo, Costopulos, Carbone, Gatti, & Zucchi, 2004) ou encore en modifiant les pratiques telles que la mise en place systématique d'évaluation de la douleur chez les patients déments (Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, & Lix, 2008). Ces deux interventions ont eu des impacts positifs sur une à trois composantes de l'échelle de burnout MBI.

Au-delà des interventions organisationnelles concernant l'emploi du temps ou encore l'aspect quantitatif du travail, les interventions primaires les plus répandues dans le soin auprès des personnes âgées sont : la formation de soignants ou le soutien collectif des professionnels tels que les groupes de parole, les groupes de réflexion éthique, les groupes de travail ou encore les groupes d'études de cas. Dans les paragraphes suivants, nous allons étudier l'intérêt et les limites de ces techniques dans le travail auprès des personnes âgées.

ua La formation.

Dans une approche primaire et collective, l'assurance d'une formation adéquate des salariés, de leurs connaissances et compétences est nécessaire. L'établissement peut établir un plan de formation dans l'objectif d'augmenter les ressources des professionnels pour une meilleure qualité de vie au travail.

ua Apports de la littérature : les bénéfices de la formation sur la souffrance au travail.

Au début des années 2000, la formation en gérontologie ne s'était pas encore réellement développée en Europe. Une étude PRESS-NEXT, datant de 2004, indiquait que 50% des soignants en maison de retraite n'avaient bénéficié d'aucun jour de formation. (Estry-Behar, Caillard, Le Nézet, Chartron-Promeyrat, Heurteux, & Ben-Brik, 2004 ; Estry-Behar, Salbreux, Paoli, & Le Nezet, 2007; Estrien-Behar, Van der Heijden, Oginska, Camerino, Le Nezet, Conway, Fry, & Hasselhorn, 2007). Pourtant, Darras, Dubois, & Léonard (2003) ont montré que 85,8% des infirmières belges pensaient que la formation était une source de satisfaction et 85.2% une source de qualité de soin.

Une étude d'Hallberg, Cabrera, Jolley, Raamat, Renom-Guiteras, Verbeek, Soto, Stolt, & Karlsson (2016) a été menée dans huit pays européens auprès des professionnels accompagnant les personnes souffrant de démence. Cette étude montre que les niveaux de formations diffèrent d'un pays à l'autre. Les professionnels impliqués dans les soins de la vie quotidienne n'ont parfois aucune formation. La formation spécifique à la démence serait finalement peu fréquente.

En France aujourd'hui, le secteur de la formation gérontologique est bien développé (Reintjens & Charras, 2015), notamment autour de la démence et de ses symptômes. Clanet (2017), préconise dans son rapport au ministère des Affaires Sociales et de la Santé, une formation spécifique des médecins à la psychiatrie de la personne âgée, et l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux maquettes des formations y répond. Jaouen (2016) juge que la formation spécifique des professionnels exerçant auprès de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée est fondamentale. La formation courte et continue aux techniques de relation, de communication ainsi qu'à l'accompagnement de la personne malade permet aux soignants de ne pas être démunis face aux troubles du comportement, pourtant d'après Jaouen (2016) les formations proposées par l'État sont trop généralistes.

Certaines études ont montré l'intérêt de la formation dans le bien-être des professionnels travaillant auprès de personnes souffrant de démence type Alzheimer. Mackenzie & Peragine (2003) ont constaté une amélioration de la sous-dimension « accomplissement professionnel » au questionnaire de burnout (MBI) immédiatement après une formation des soignants en gériatrie. Cette intervention visait à renforcer les compétences et l'auto-efficacité des professionnels. Cependant, l'amélioration de l'accomplissement professionnel avait disparu 3 mois après la formation. Zwijsen, Gerritsen, Eefsting, Smalbrugge, Hertogh, & Pot (2015), ont montré qu'une formation à la détection, l'évaluation multidisciplinaire, l'analyse et le traitement

des comportements difficiles auprès de 400 professionnels néerlandais dans des unités spécialisées a permis une augmentation significative de la satisfaction au travail, mais n'a pas eu d'effet sur l'épuisement professionnel. Sanchez, Gallin, Stefanuto, Treffel, Antoine, & Denormandie (2016) ont également montré qu'une formation sur l'apprentissage des troubles liés aux syndromes démentiels auprès de 150 salariés de 15 métiers différents en EHPAD participait à modifier les représentations de la démence chez les professionnels. Islam, Baker, Huxley, Russell, & Dennis (2017) recommandent la formation du personnel, dans leur étude sur le stress et le bien-être au travail des équipes soignantes en foyers de soin au Pays de Galles (EHPAD). Franzmann, Haberstroh, & Pantel (2016) montrent également que la formation du personnel soignant à des compétences sociales et relationnelles dans la démence réduit durablement les stressés et le stress mental au travail.

En 2014, Edvardsson, Sandman, & Borell (2014) montrent qu'une formation basée sur les lignes directrices nationales des soins aux personnes démentes réduisait le stress du personnel de maison de retraite et augmentait leur satisfaction au travail.

Pélissier, Vohito, Fort, Sellier, Agard, Fontana, & Charbotel (2015), dans leur enquête auprès des salariés de 105 maisons de retraite en France, soulignent que la formation professionnelle jouerait un rôle dans la prévention du stress des professionnels et sur leurs conditions de travail. Sprangers, Dijkstra, & Romijn-Luijten (2015) mettent également en évidence que la formation à la communication avec les personnes atteintes de démence auprès des professionnels de maison de retraite aurait un impact positif sur leur détresse. Tilden, Thompson, Gajewski, & Bott (2012) recommandent la formation du personnel infirmier des EHPAD dans l'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs pour lutter contre l'épuisement professionnel et le turn-over.

Enfin, Rapaport, Livingston, Murray, Mulla, & Cooper (2017) ont publié une revue de littérature recensant une cinquantaine d'articles au sujet de la formation du personnel soignant auprès des personnes souffrant de démence. L'efficacité de ces interventions est rarement évaluée au-delà de 6 mois. Les professionnels semblent attachés aux interventions permettant de connaître et comprendre les résidents atteints de démence et d'établir une relation avec eux. Les interventions efficaces préconisées par les auteurs sont celles centrées sur une formation interactive, un soutien post-formation, une volonté de former la plupart du personnel, une mise à disposition de supports écrits après la formation et une intégration des interventions dans la routine de l'aide et des soins.

Cependant, même si la formation est régulièrement utilisée pour prévenir et lutter contre la souffrance au travail auprès des personnes démentes, elle est souvent « l'héritière d'un modèle scolaire et éducatif dans lequel les enseignements tendent à

reproduire l'organisation et la division du travail hospitalier » (Reintjens & Charras, 2015, p.29). Selon ces auteurs, elle ne correspond pas toujours aux besoins des soignants puisqu'elle tend parfois vers la recherche de « recettes » pour réduire les troubles du comportement alors que ce qui fait le plus défaut aux soignants seraient une information sur les problématiques quotidiennes relationnelles plus que l'approfondissement des informations sur la pathologie. En effet, Vaquin-Villeminey (2007) remarque qu'une formation continue axée sur les aspects cliniques auprès de médecins généralistes alourdit la charge de travail et favorise le burnout, alors qu'une formation médicale continue axée sur la communication, la relation patient-malade ou la relaxation, les protège du burnout.

Dans la prochaine partie, nous allons présenter la littérature ayant mis en évidence les limites de la formation sur la souffrance au travail.

ua Apports de la littérature : les limites de la formation sur la souffrance au travail.

Canouï & Mauranges écrivent en 2015 qu'il « serait licite de penser que tout ce qui concourt à apporter une formation et une expérience supplémentaire pourrait être un soutien face à l'épuisement professionnel. Mais le syndrome d'épuisement professionnel est multifactoriel » (Canouï & Mauranges, 2015, p.54). En effet, en 1990 déjà, Duquette, Kerouac, & Beaudet indiquaient dans leur étude que l'on ne pouvait retenir de corrélation entre la formation, la fonction, le nombre d'années d'expérience et l'épuisement professionnel. De plus, on relèverait une hétérogénéité de formation et, parfois, des manques importants en ce qui concerne la compréhension de la démence dans les EHPAD (Talbot & Brewer, 2015).

Pour Manoukian (2016) la formation en EHPAD, telle que celle proposée pour gérer l'agressivité des résidents, n'est qu'une première strate de réponses qui met l'accent sur la « pointe de l'iceberg » et qui place la communication comme la réponse la plus adaptée. Sans mettre de côté cette approche, il recommande une vision systémique de la violence intégrant les facteurs environnementaux, externes, liés au fonctionnement de l'équipe et à celui de l'institution. Moulias (2003) souligne également qu'on « peut "tout savoir" et ne savoir rien faire. L'objectif de la formation c'est la compétence dans la pratique quotidienne de l'art de soigner. Ce qui est utile ce n'est pas la masse de savoir, c'est l'utilisation du savoir utile dans son attitude quotidienne. C'est aussi la connaissance des limites de son savoir » (Moulias, 2003, p31-32). Selon Amyot (2010), la formation est un soutien face à la charge émotionnelle et potentialise les ressources des soignants si elle est adaptée à leurs besoins et ajustée à leurs connaissances. Elle peut ouvrir un espace de compréhension, de transformation et d'action. « C'est comprendre mieux et

mieux se comprendre pour "trans-former" sa relation au monde, aux autres et à soi-même » (Amyot, 2010, p.177). Le retour de formation doit être accompagné et intégré à la démarche globale de l'établissement. Le transfert des compétences doit être pensé pour éviter les ruptures entre personnes formées et non formées. « Trop souvent, ce travail d'ajustement institutionnel et de partage n'étant pas effectué, la formation ne sert plus le changement, mais fomenté de nouvelles résistances et cloisonnements entre les professionnels. [...] Rien n'est plus déstabilisant pour un professionnel, quel qu'il soit, que d'être sensibilisé à une thématique et d'être démuné ensuite pour appliquer les recommandations formatives » (Amyot, 2010, p.177-178). La formation ne serait efficace que dans la perspective d'un pouvoir d'agir.

Richardson, Kitchen, & Livingston (2002) ont mené une étude concernant la formation des professionnels soignants en gériatrie pour améliorer la gestion des troubles du comportement chez les personnes âgées. Les auteurs n'ont pas repéré de différence significative sur le score d'épuisement professionnel en comparant des groupes de face à face pédagogique à des groupes suivant un matériel pédagogique imprimé. Dans cette étude, les attitudes positives des soignants face aux troubles du comportement semblaient être corrélées à leur niveau de base de connaissance mais n'étaient pas influencées par l'une ou l'autre des interventions pédagogiques. Argyle & Schneider (2015), ont testé l'efficacité d'une formation par la représentation théâtrale auprès de 800 professionnels d'EHPAD. L'étude montre que, même si la participation cognitive et émotionnelle est positive et durable, les salariés ne sont pas prêts à changer leurs pratiques et souvent le contexte de l'organisation du travail ne leur permet pas.

La formation visant à acquérir des connaissances et compétences est un soutien qui a également été largement étudié auprès des aidants familiaux des personnes âgées depuis les années 2000. Plusieurs auteurs ont montré son efficacité sur l'anxiété des aidants et sur les troubles du comportement de l'aidé (Gonzalez, Polansky, Lippa, Gitlin, & Zauszniewski, 2014; Gavrilova, Ferri, Mikhaylova, Sokolova, Banerjee, & Prince, 2009) et elle est parfois considérée comme l'approche la plus efficace (Dumont, Asthana, Meziani, Rouvière, & Miceli, 2015).

Pourtant, même si les attentes des aidants se situent majoritairement autour de l'information sur la maladie et autour de l'acquisition d'habiletés (Amieva, Rullier, Bouisson, Diatrigues, Dubois, & Salomon, 2012), les programmes psycho-éducatifs ont leurs limites et peuvent augmenter la frustration après la formation. En effet, s'inscrire dans une formation peut augmenter la pression, le stress pesant sur l'aidant et devenir frustrant lorsqu'il prend conscience de la manière dont il pourrait améliorer ses pratiques (De Rotrou, Thevenet, Richard, Cantegreil, Wenisch, Chausson, Moulin, Batouche, & Rigaud, 2006). Au-delà du seul temps de formation, il s'agit bien de trouver les moyens

de proposer, si le besoin existe, un accompagnement au long cours. Selon Charazac (2013), les formations pour les aidants n'échappent pas à l'écueil, inhérent à toute formation, de faire surestimer ce qui est appris, au détriment du savoir qui s'acquiert auprès du proche dans la relation avec lui et sa maladie. Caire, Sarrazy, Tetreault, & Auriacombe, (2013) écrivent : « il ne s'agit pas de prescrire aux aidants ce qu'ils doivent faire, mais plutôt de les aider à développer leur potentiel de changement en proposant des moyens personnalisés facilitant leur adaptation à cette nouvelle et évolutive situation ».

Au-delà de la formation, il existe d'autres techniques axées sur le soutien des soignants, qui peuvent aider à réduire ou prévenir la souffrance au travail et le syndrome d'épuisement professionnel. Dans leur enquête, Calvet, Charles, & Clément (2017) montrent que, face aux troubles comportementaux générés par la démence tels que les cris, les ressentis des professionnels sont négatifs et le syndrome d'épuisement professionnel en est accentué. Selon les auteurs, des interventions comme la formation, l'analyse de la pratique, la réflexion auprès d'équipes mobiles spécialisées ou encore les groupes de parole peuvent prévenir ce risque. D'autres auteurs comme Machavoine (2015) identifient également les groupes de paroles ou l'analyse de la pratique comme des moyens de prévenir ou d'endiguer le burnout.

ua_ Le soutien des professionnels : les groupes de parole.

Comme expliqué plus haut, le soutien des professionnels fait partie des approches primaires de la prévention de la souffrance au travail. Selon Canouï & Mauranges (2015), il « représente tout ce qui concerne la dimension psychologique de l'acte soignant » (Canouï & Mauranges, 2015, p.148).

Selon Badey-Rodriguez (2003), l'accompagnement psychologique du personnel travaillant auprès des personnes âgées est fondamental. Il doit passer par la libération de la parole et par le droit de s'exprimer sur ce qui est ressenti et vécu au quotidien. Le psychologue doit alors ouvrir des espaces de parole formels ou informels. L'auteur précise que ces temps de parole favorisent la communication, font circuler l'information et contribuent à décroiser l'intervention de chacun pour une approche globale du résident.

Amyot (2010) recommande également de porter la réflexion sur l'approche primaire, c'est-à-dire l'organisation du travail (horaire, emploi du temps, organisation, répartition de la charge de travail), pour prendre soin des professionnels. Il s'agit aussi

de développer des connaissances et d'améliorer le soutien des soignants avec des groupes de parole ou d'analyse de la pratique.

Selon Canouï & Mauranges (2015), le soutien occupe une place centrale dans la prévention de la souffrance au travail. Il est souvent demandé par les professionnels et représente un facteur déterminant dans les études sur l'épuisement professionnel. Selon les auteurs, « les soutiens en milieu de travail ont un effet modérateur sur la relation entre le stress perçu et l'épuisement professionnel » (Canouï & Mauranges, 2015, p.147). Ils définissent le soutien comme une facilitation du support social c'est-à-dire de la relation, du soutien des pairs ou de la hiérarchie. Le groupe de parole intervient alors plutôt du côté du soutien des pairs. Il aide à soutenir les soignants dans leur pratique quotidienne, c'est un espace d'échange et de partage pour réfléchir aux pratiques et favoriser la communication. Canouï & Mauranges (2015) expliquent que le groupe de parole fait du lien dans l'équipe en renforçant sa cohésion. Il amène également à réfléchir aux processus psychiques en jeu dans la relation soignant-soigné. « Un groupe de parole permet de faire le constat d'une pensée bloquée ou retenue et de mettre en évidence deux éléments récurrents : les décalages existants au sein d'une équipe et l'existence de non-dits » (Canouï & Mauranges, 2015, p.149). Les auteurs décrivent ce type de soutien comme un espace d'analyse des problématiques professionnelles et non individuelles. Selon Manoukian (2016), la parole dans ces espaces forme et transforme les représentations, le sens. Il préconise alors des groupes d'analyse de pratique ainsi que des groupes de parole.

La littérature sur les bénéfices et les limites des groupes de parole destinés aux professionnels en EHPAD est minime. Par la suite, nous exposons les études qui ont été menées auprès de soignants en général puis les références concernant le travail auprès des personnes âgées en particulier.

ua Apports de la littérature : les bénéfices et limites du soutien par groupe de parole sur la souffrance au travail.

Selon la littérature et dès les années 1980, les techniques, telles que le groupe de parole, démontrent leur efficacité dans le burnout si elles sont régulières, ce qui sous-entend un ratio personnel élevé (Jacobson & McGrath, 1983). Dans sa circulaire, Laroque (1986) recommande des réunions régulières pour les soignants travaillant en établissement où les personnes meurent régulièrement. Celles-ci doivent se dérouler en présence de psychologues. Selon Rimé (2000), des recherches ont montré que parler de ses émotions négatives à autrui pouvait avoir un effet positif sur la santé.

Par la suite, le groupe de parole a été largement développé dans le soutien des soignants (Rusniewski, 1999 ; Brulin, Le Pape, Montéan, Béliet, & Tourinel, 2014).

Une étude européenne INRS (2004) indique que les troubles de santé mentale sont plus importants chez les soignants qui ne peuvent pas débattre des questions professionnelles dans leur service. Ces soignants sont aussi 31.6% à avoir des problèmes de sommeil contre 14.7% pour ceux qui peuvent discuter de ces questions. Ils sont enfin 21.2 % à prendre des somnifères contre 8.9% pouvant discuter de leurs préoccupations.

Dans sa recherche clinique, Guibert (2017) montre qu'un espace de parole auprès de soignants en gériatrie pourrait permettre de dépasser le passage à l'acte maltraitant et rétablir une pensée, une parole et un agir dans le soin aux personnes âgées.

Pourtant, les groupes de parole ont eux aussi leurs limites. Kempe, Sauter, & Lindner, (1992) ont étudié l'efficacité des groupes de parole comme ceux de type "Balint" dans lesquels une situation clinique est présentée et analysée par les membres du groupe dans la relation soignant-soigné. Ils remarquent que l'efficacité est nulle s'il n'y a aucun changement significatif institutionnel et organisationnel. Selon eux, cela pourrait, au contraire, augmenter les conflits.

Canoui & Mauranges (2015) indiquent quant à eux que les écueils et limites des groupes de parole sont nombreux. Ils citent notamment le faible investissement des soignants (peu de participation et participation irrégulière) ou la peur et l'inhibition de la parole.

Le soutien par le groupe de parole est d'abord un soutien par le collectif. Comme le souligne Rimé (2000), le groupe serait l'occasion de construire, de manière collective, un sens acceptable pour les événements difficiles à l'origine des émotions négatives. Dans le paragraphe suivant, nous revenons sur cette notion de collectif de travail en clinique de l'activité.

ua Le collectif de travail en clinique de l'activité.

La clinique de l'activité est une approche du travail qui questionne la psychologie, la clinique ou encore l'ergonomie (Clot, 2012). En clinique de l'activité, l'activité est à différencier de l'action effective observable (Clot, 2002). Elle est « triplement adressée : à son objet bien sûr, aux autres qui partagent le même objet d'activité, et au sujet lui-même. C'est en ce sens qu'il parle d'une « triple vie de la même activité », faite de discordances entre les trois adresses, l'objet, les autres et soi-même, et à l'intérieur même de chacun de ces trois pôles » (Ruelland-Roger, 2007, p.116).

Pour Lhuilier & Litim (2009), l'activité de travail, même si elle est activité singulière « se lie à l'activité des autres, en particulier par l'entremise du collectif de travail, instrument de l'activité individuelle » (Lhuilier & Litim, 2009, p.87). Cette activité est le moyen par lequel l'homme s'élabore lui-même dans le travail lorsqu'il a les moyens de la développer (Lhuilier, 2010b). L'auteur utilise la définition de l'activité de Tosquelles (1964) qui s'oppose au mouvement proposé par l'autre que soi-même mais connote une activité propre, personnelle et personnalisante. Cette notion d'activité prendrait source et s'enracinerait chez tout un chacun.

Canguilhem (2002) écrivait que la santé était de porter la responsabilité de ses actes, porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des liens qui ne leur viendraient pas sans nous. Lhuilier & Litim (2009) expliquent alors que l'action du psychologue est de « donner les moyens à ceux qui travaillent de développer leur pouvoir d'agir sur l'organisation du travail, au-delà de l'organisation du travail, pour une autre organisation du travail » (Lhuilier & Litim, 2009, p.96). Ce qui permettrait de se sentir en bonne santé, serait cette possibilité de transformer le travail, dans tous ses rapports à la vie sans quoi les personnes désignées comme vulnérables seraient juste « sommées de se soigner » par des formations, de la gestion du stress, du coaching... (Lhuilier, Sarfati, & Waser, 2013). Amado & Lhuilier (2012) préconisent d'intervenir à partir de l'activité pour découvrir un immense champ de possibles. L'activité reliait lorsque la crise est déliaison et ferait fonction de médiation entre le sujet et autrui ainsi qu'entre le sujet et le réel. Le dispositif collectif permettrait « de penser différemment son rapport au travail, de réévaluer ses marges de manœuvre entre tâche et activité, et de développer de nouvelles modalités de traitement des situations critiques » (Amado & Lhuilier, 2012, p.267).

Avant d'étudier la notion du collectif dans le travail, Lhuilier & Litim (2010) rappellent l'importance du groupe, de l'interindividuel et du collectif dans les conduites humaines. Lewin, dans les années 1940 définissait les conduites humaines comme le résultat du champ de forces psychologiques individuelles, mais aussi de forces du groupe auquel l'individu appartient. Dans les théories psychanalytiques, l'appareil psychique a lui-même une organisation groupale et la réalité psychique du groupe précéderait et conditionnerait la construction du sujet.

Le collectif a également toute son importance dans le bien-être au travail. Pour Rouchy & Soula-Desroche (2004), le métier possède quatre instances (personnelle, interpersonnelle, impersonnelle et genre professionnel) en liaison conflictuelle qui seraient condition de la vitalité du métier et du sujet. Clot (2007) définit la vitalité au travail par la capacité à repousser ensemble les limites du métier. Il met en évidence la

différence entre une équipe organisée et coordonnée autour d'une tâche et ce qu'il appelle « le collectif » possédant une histoire commune. Pour lui, on peut être seul et travailler en collectif et inversement. Amado & Lhuillier (2012) considèrent que les épreuves du travail doivent être déprivatisées pour une élaboration collective produisant des ressources collectives permettant le dégagement des impasses.

En ce qui concerne le travail dans le soin, Manoukian (2016) affirme que le noyau de l'équipe soignante, constitué d'objectifs, de savoirs et de pratiques partagés, est un lieu qui rattache au collectif et sur lequel le soignant peut s'adosser. Dans le travail auprès des personnes âgées, Amyot (2010) recommande d'améliorer la communication d'équipe afin de développer la reconnaissance des compétences, la coopération et le soutien du groupe. « C'est ainsi que se construit véritablement un collectif de travail » (Amyot, 2010, p.177). Il faut un référentiel opératif commun pour aider à développer le collectif et fédérer les acteurs, c'est-à-dire une zone commune où les objectifs du service, les pratiques, l'éthique, la philosophie sont construits. Le collectif est ainsi défini, selon Amyot (2010), comme « le désaccord ». L'auteur explique que ce n'est pas « qu'il ne faille pas de l'accord pour qu'il y ait un collectif. Mais pour que ça reste vivant, il faut qu'il y ait de la controverse et qu'on discute métier, qu'on discute qualité, qu'on continue à se demander à quelles conditions ce serait possible de continuer à "faire du bon boulot" nous rappelle Yves Clot » (Amyot, 2010, p.179). On l'a vu plus haut, il y a de nombreux profils de poste au sein des EHPAD et certains exécutent les mêmes tâches. Selon l'auteur, il est important de clarifier la place de chacun. « Mettre à jour le rôle des uns et des autres, l'intégrer, le comprendre, l'articuler dans la dynamique collective et les objectifs poursuivis, apaise et sécurise » (Amyot, 2010, p.179).

ua Apports de la littérature.

Dans la littérature, les interventions utilisant le collectif de travail sont jugées complexes et difficiles à étudier (Reuther, Holle, Buscher, Dortmann, Müller, Bartholomeyczik, & Halek, 2014). Comme présenté plus haut, ces interventions sont celles faisant intervenir la réflexion d'équipe, où l'on discute du métier, où l'on exprime son accord ou son désaccord sur ce qui fait ou non « du bon boulot ». Il peut s'agir de groupes de parole, de formations, d'études de cas, de groupes de réflexion éthique ou d'autres méthodes faisant intervenir le collectif. Les références dans le soin et en particulier dans le soin en gériatrie sont peu nombreuses.

Reuther, Holle, Buscher, Dortmann, Müller, Bartholomeyczik, & Halek (2014), écrivent que les études de cas auprès des professionnels en maison de retraite ont des

effets positifs sur l'épuisement professionnel, le fardeau lié à la démence et la compétence d'action du personnel.

James & Stephenson (2007) ont créé un modèle de soutien des aidants professionnels et familiaux des personnes âgées intégrant le collectif. Ce modèle se centre sur l'analyse des besoins de la personne pour comprendre son comportement. Le groupe d'aidants construit une vision partagée de la situation et détermine les déclencheurs possibles du comportement difficile. L'efficacité de ce modèle a été montrée sur les troubles du comportement observés chez la personne aidée et sur le stress des professionnels.

En ce qui concerne la réflexion collective et éthique, Alzheimer Europe (2016) a publié une traduction française de son rapport de 2015 sur les dilemmes éthiques rencontrés par les professionnels impliqués dans le soin et l'accompagnement des personnes ayant des troubles cognitifs en maison de retraite et à l'hôpital. Ce document est un support de travail destiné à la formation continue des professionnels. Il contient des informations, conseils, vignettes (courtes histoires), commentaires et activités servant à alimenter la discussion et à adapter au degré d'expérience des différents professionnels (Alzheimer Europe, 2016). L'efficacité de ce document et son impact sur la souffrance au travail n'ont pas encore été testés scientifiquement. Dans leur revue de littérature, Preshaw, Brazil, McLaughlin, & Frolic (2016) recommandent la réflexion éthique pour les soignants en maison de retraite.

b) ua Les approches secondaires :

Comme décrit plus haut, les approches secondaires interviennent auprès des individus qui sont déjà confrontés à de fortes contraintes de travail en les aidant à s'y adapter. Elles peuvent concerner les techniques de développement personnel telles que les approches psychocorporelles, la gestion du stress, la relaxation ou la réflexion sur l'expérience de vie. Ces méthodes sont considérées davantage comme correctives que préventives dans le domaine de la souffrance au travail. La psychologie positive peut être rattachée aux approches primaires et préventives mais également aux approches secondaires permettant à l'individu d'adapter et développer ses propres ressources aux conditions de travail. Dans cette partie, les méthodes d'approche secondaire, telles que les techniques d'apaisement mental et physique ainsi que les interventions tirées de la psychologie positive seront présentées. Leurs apports et leurs limites seront également détaillés.

ua La gestion du stress et les techniques de relaxation.

« Le stress, contrairement à une idée reçue, n'est pas pathologique en soi ; c'est un phénomène normal d'adaptation de l'homme à son environnement ; le stress pathologique se manifeste uniquement quand les capacités d'adaptation de l'homme l'ont dépassé » (Canouï, 2016, p31).

Nous avons vu que les méthodes de lutte individuelle contre le stress existent depuis les années 1930 (Stora, 2016), avec pour objectif de diminuer les tensions musculaires et psychiques et de baisser l'excitation sensorielle.

Il peut s'agir de techniques de relaxation corporelle qui visent à abaisser le rythme cardiaque, la respiration et la tension pour maîtriser le stress. Ces techniques peuvent aussi être associées à une relaxation mentale telle que la méditation (Stora, 2016).

Amyot (2010), recommande ce type d'approches centrées sur le développement personnel pour faire face à la charge émotionnelle et mobiliser les ressources personnelles.

ua Apports de la littérature : les bénéfices de la gestion du stress et des techniques de relaxation.

Dans leur ouvrage sur le stress dans le soin infirmier, Bailey & Clark (1989) expliquent déjà que les méthodes de relaxation peuvent être une réponse adaptée dans la gestion du stress. Jacobson & Mc Garth (1983) mentionnent les techniques de yoga, de méditation, et de relaxation dans une classification de stratégies face au stress dans le soin. En 2011, dans une recherche exploratoire, Fromage & Barbe constatent l'efficacité de la relaxation sur les tensions ressenties par le personnel soignant en maison de retraite.

Dans une étude datant de 2010 sur 134 soignants auprès de personnes souffrant de démence, Takizawa, Takahashi, Takai, Ikeda, & Miyaoka (2016) ont montré, que la formation à la gestion du stress diminuait celui-ci, ressenti au travail, et améliorerait les capacités d'adaptation des professionnels. Suite à leur recherche, Ericson-Lidman & Åhlin (2017) recommandent des interventions visant à enseigner aux professionnels des EHPAD à gérer le stress dû aux problèmes éthiques et « de conscience ».

Dans le domaine de la recherche auprès des aidants familiaux, Gonyea, O'Connor, & Boyle (2006) ont montré qu'une intervention comportementale comprenant une formation à la gestion de comportements, une formation aux événements agréables et à la relaxation, conduisait à une réduction du stress plus importante que ceux d'un groupe contrôle « psycho-éducatif » visant à acquérir des connaissances et compétences. Le ressenti de fardeau n'avait cependant pas diminué significativement dans les deux groupes. Une revue de littérature sur les interventions visant à réduire l'anxiété chez les aidants familiaux des personnes souffrant de démence va dans le sens de l'efficacité des techniques utilisant la relaxation (Cooper, Balamurali, Selwood, & Livingston, 2007).

Parmi les formations à la gestion du stress, la technique du Mindfulness (méditation par la pleine conscience) a montré son efficacité dans la réduction du stress (Kabat-Zinn, 2013), de la douleur (Plews-Ogan, Owens, Goodman, Wolfe, & Schorling, 2005) ou encore l'amélioration de la qualité de vie (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). Cette technique utilise la méditation comme outil thérapeutique en proposant un travail sur la façon d'être présent au monde et à soi-même. Auprès du personnel soignant, la Mindfulness-Based Stress Reduction ou MBSR a déjà prouvé son efficacité sur le stress, la qualité de vie et l'auto-compassion en 8 semaines d'intervention (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). Williams, Tricomi, Gupta, & Janise (2015), dans leur revue de littérature, remarquent également que les interventions d'auto-développement comme la gestion du stress et la formation à la pleine conscience semblent réduire l'épuisement professionnel des étudiants en médecine. Singh, Lancioni, Karazsia, & Myers (2016) ont montré que des professionnels soignants exerçant auprès de personnes déficientes intellectuelles et ayant suivi un programme en MBSR voyaient leur stress et leur turnover diminuer. Baker, Huxley, Dennis, Islam, & Russell (2015), recommandent ce type de thérapie dans le travail auprès de personnes démentes. Mackenzie, Poulin, & Seidman-Carlson (2006) ont quant à eux constaté une baisse de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation au questionnaire de burnout MBI après 1 mois de programme de réduction du stress par la méditation en pleine conscience chez les soignants en maison de retraite.

ua Les limites de la gestion du stress et des techniques de relaxation.

Les programmes de réduction du stress par la formation à la relaxation ou à la méditation ont souvent prouvé leur efficacité. Mais pour certains auteurs, ces programmes auraient toutefois des limites. Pour Lhuillier & Litim (2009), ces techniques

seraient un apprentissage sur soi, voire contre soi, pour adapter son ressenti. Lhuilier & Amado (2012), soutiennent l'idée que les techniques individualisantes de traitement de la souffrance au travail, telles que le coaching ou les séminaires de « gestion du stress » et de « développement personnel », renvoient la personne à sa problématique psychique et à son inadaptation. Il s'agit alors de développer le "subir" et l'augmentation de la résistance aux épreuves du travail plutôt que la transformation. Lhuilier (2013), s'inspire des travaux de Veil (2012), et ajoute que l'individu ne doit pas s'adapter mais bien se transformer et transformer son monde sinon ce ne serait qu'une habitude conformiste et donc une aliénation. Estry Behar (1997), affirme que ces techniques doivent être appropriées sous peine d'inefficacité voire d'aggravation.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'INRS recommande les interventions individuelles comme la « gestion individuelle du stress (renforcer la résistance des salariés par des techniques de relaxation ou de psychothérapie), [la] formation à la gestion des conflits, [la] prise en charge des salariés en souffrance » (INRS, 2017b). Pourtant, l'INRS rappelle que ces techniques ne s'attaquent pas aux sources du problème, et si on ne les associe pas à une démarche collective, leurs effets bénéfiques ne se maintiendront pas dans le temps.

ua La psychologie positive.

La psychologie positive est initiée dans les années 90 par Seligman. Elle partage ses fondements avec le courant humaniste, même si certains auteurs ont discuté les liens entre les deux disciplines (Bohart & Greening, 2001 ; Friedman, 2008 ; Robbins, 2008). La psychologie positive met en avant les ressources de la personne ainsi que les aspects positifs de son fonctionnement. Seligman pose les fondements de la psychologie positive en 2000 et la présente comme une science de l'expérience subjective positive qui a pour finalité d'améliorer la qualité de vie des individus (Martin-Krumm & Tarquinio, 2011). Cette discipline postule que l'individu possède des ressources pour répondre au stress. Selon Gable & Haidt (2005), « la psychologie positive est l'étude scientifique des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou à un fonctionnement optimal des individus, des groupes ou des institutions » (Gable & Haidt, 2005, p.103). La santé psychologique au travail peut être représentée par un continuum sur lequel on placerait d'un côté, la souffrance, le mal-être, le stress, le burnout, les risques psychosociaux, et de l'autre, le bien-être, le bonheur, la qualité de vie au travail et la réalisation de soi. Si la psychologie s'est longtemps concentrée sur la réparation, les risques et le mal être au travail, les recherches récentes en psychologie positive

contribuent à développer des approches positives et protectrices. En prenant le contrepied du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (DSM), (APA, 2013), Peterson & Seligman (2004) ont entrepris de mettre au point l'inventaire des vertus et forces de caractère d'une personne. Les 24 forces de caractères se déclinent à partir des 6 vertus universelles que sont le courage, la sagesse, la tempérance, la justice, la transcendance et l'humanité.

En psychologie positive, le travail est une source de sens et de satisfaction. Il est rattaché au sentiment, d'utilité, d'accomplissement, d'estime de soi, de motivation et d'efficacité personnelle (Lecomte, 2012). Cette discipline est intégrative et étudie toutes les facettes de l'homme. Selon l'Association française et francophone de Psychologie Positive (AFfPP, 2018), « la psychologie positive appliquée au travail vise le développement du bien-être au travail, en permettant aux salariés, aux managers ou aux équipes, d'identifier leurs ressources individuelles et organisationnelles pour un vécu au travail plus épanouissant. ». Il s'agit alors de fournir aux individus et aux organisations les moyens pour favoriser l'engagement, la performance et le bien-être.

La psychologie positive attache une grande importance aux ressources de la personne. Les émotions positives joueraient un rôle majeur dans la création de ressources à long terme comme le bien-être ou la résilience (Martin-Krumm & Tarquinio, 2011). Dès les années 1970, les auteurs s'interrogent sur les capacités de l'individu à gérer naturellement le stress. Pour Mechanic en 1976, l'individu serait doté d'aptitudes individuelles à gérer le stress (habiletés, motivation, confiance, estime de soi...) mais il y aurait aussi une dimension sociale à cette capacité (formation, gratification, soutien...). Lhuilier & Litim (2009), avancent l'idée « qu'entre les contraintes du travail, radicalisées par la précarisation et l'intensification soulignées dans de nombreuses enquêtes et études, et la maladie, s'interposent un individu et les ressources disponibles ou créées pour y résister, les euphémiser ou les transformer. » (Lhuilier & Litim, 2009, p88). Dans le milieu du soin, Manoukian (2016), considère également qu'il est important pour le soignant de prendre conscience de ses ressources personnelles face à l'épuisement.

Au cours des années 2000, la psychologie positive a été controversée (Lazarus, 2003 ; Held, 2004 ; Cabanas & Illouz, 2018), notamment pour avoir porté un message dominant soutenant que le négatif peut disparaître lorsque la personne se concentre sur le renforcement de ses forces positives (Regourd-Laizeau, 2017). Cette vision du fonctionnement humain ignorerait le caractère productif des émotions négatives, véhiculerait un message séparatiste et s'apparenterait à une tyrannie de l'attitude positive (Held, 2004). Ces critiques ont donné naissance à la seconde vague de la psychologie positive plus équilibrée et intégrative préférant « la dialectique plutôt que l'approche bipolaire positivité-négativité » (Regourd Laizeau, 2017, p.24).

ua Apports de la littérature.

Les travaux de psychologie positive dans le domaine du travail sont nombreux. Leur méthode est scientifique et ils sont centrés autour de différents thèmes tels que les comportements organisationnels positifs (Positive Organizational Behaviour), les études organisationnelles positives (Positive Organizational Scholarship) et le concept de leadership positif (Positive Leadership), (Boniwell & Chabanne, 2017). Les comportements organisationnels positifs concernent le développement et la gestion des capacités, les forces et les ressources de l'individu dans son environnement de travail. Les études organisationnelles positives travaillent sur la façon dont les entreprises et leurs membres s'épanouissent et progressent. Le leadership positif est un concept de leadership possédant des capacités à faire face aux demandes complexes du travail et à tirer les individus et les organisations vers le haut. Ce leadership est basé sur les forces, les signes de reconnaissance et les encouragements fréquents (Arakawa, Greenberg, 2007).

Des études ont testé des programmes d'entraînement développant les capacités et bien-être des personnes au travail. Depuis les années 1990, Shatté & Becker développent un programme d'entraînement destiné à augmenter la résilience des personnes (capacités à posséder les ressources pour affronter les situations de stress). Dans les années 2000, ils testent ce programme au sein de plusieurs entreprises et observent des améliorations significatives des performances des salariés ayant suivi le programme (Shatté & Becker, 2011). Certaines études se consacrent aussi à l'utilisation des forces de caractères au travail. Une méta-analyse sur le bien-être au travail auprès d'une cinquantaine d'entreprises a montré que les salariés qui utilisaient leurs forces de caractère étaient plus performants que ceux centrés sur leurs faiblesses (Harter, Schmidt, & Keyes, 2003 ; Harzer & Ruch, 2012). Des chercheurs ont également montré l'influence de la passion dans le travail sur le phénomène de burnout (Lavigne, Forest, & Crevier-Braud, 2012). La passion est une « forte inclination envers une activité qu'un individu aime, valorise et dans laquelle il investit du temps et de l'énergie régulièrement » (Bragoli-Barzan & Vallerand, 2017, p.22). Cette passion peut être harmonieuse ou obsessionnelle et c'est la passion harmonieuse qui aura une influence positive sur le burnout (Lavigne, Forest, & Crevier-Braud, 2012). D'autres études encore ont développé des programmes de promotion du bien-être organisationnel au travail (Parks & Steelman, 2008) ou encore de gestion du stress organisationnel (Elo, Ervasti, Kuosma, & Mattila, 2008). Cette liste, non exhaustive, d'études reprend quelques thèmes principaux de la psychologie positive au travail. Cependant, les travaux de psychologie positive

concernant le travail en gérontologie sont moins nombreux.

Dans le soin auprès des personnes âgées, les techniques inspirées de la psychologie positive peuvent concerner les représentations des personnes et des tâches dont les professionnels s'occupent.

Pifano (2014) écrit que la préservation chez les professionnels d'une représentation positive et porteuse de sens pour les personnes âgées, est une gageure. Selon lui, les attitudes des professionnels diffèrent en fonction des représentations de chacun.

Dans leur étude, Shinan-Altman, Werner, & Cohen (2016), ont également montré que les représentations et perceptions négatives de la maladie d'Alzheimer chez les soignants pouvaient être un facteur de risque pour le développement de l'épuisement professionnel. Les auteurs préconisent alors d'orienter les programmes d'intervention visant à réduire cet épuisement vers de nouvelles représentations de la maladie.

En 2016, le développement des ressources personnelles, telles que les capacités d'empathie, a également été étudié lors d'une séance de formation du personnel soignant. Les questions posées pour développer l'empathie des professionnels ont aidé à mieux comprendre le vécu des résidents (James, 2016). Dans leur étude, Marilaf-Caro, San-Martin, Delgado-Bolton, & Vivanco (2017), confirment le rôle important que joue l'empathie dans la prévention de la solitude, de l'épuisement professionnel et dans la promotion de la satisfaction de la vie pour les soignants de services de soins palliatifs. Selon ces résultats, les compétences empathiques pourraient être améliorées par l'expérience professionnelle.

Dans le domaine du soutien des aidants familiaux des personnes âgées, certains chercheurs expliquent que la focalisation sur le fardeau conduit à développer des formules de soutien qui ne répondraient pas toujours aux besoins des aidants. Ces interventions ignoreraient les approches fondées sur le renforcement des ressources des aidants, qui pourtant, pourraient favoriser l'équilibre et la recherche de sens dans leur rôle (Berg-Weger, Rubio, & Tebb, 2001). Searson, Hendry, Ramachandran, Burns, & Purandare (2008), dans une étude basée sur des activités que les personnes malades et aidants jugent plaisantes, affirment qu'il est utile de se centrer sur les aspects positifs. Chez les aidants familiaux, Schulz et al. (2007), ont aussi montré que les représentations existentielles et spirituelles, donnant du sens à la situation vécue, influenceraient le besoin d'aide face au stress des aidants et leur capacité à évaluer la souffrance de leur proche.

Même si les approches secondaires ont montré leur intérêt, les chercheurs,

notamment ceux de la Fondation européenne sur les conditions de travail, recommandent d'aller plus loin et de considérer l'être humain au travail dans toutes ses dimensions (Stora, 2016). Nous exposerons dans le paragraphe suivant l'apport d'une vision holistique de l'individu au travail.

c) ua Pour une approche holistique et multidimensionnelle :

En 1957, Veil écrit que « l'homme au travail et l'homme dans sa vie familiale sont le même homme, les préoccupations ou échecs dans une sphère se répercutent sur l'autre » (Lhuilier, 2010a, p 19). Choque & Choque (2007) mettent également en avant la nécessité d'avoir une vision holistique pour se resituer dans une démarche de vie où l'échec et le succès se transforment en notion d'expérience. Cette vision permettrait d'être prêt au changement et ouvrirait la créativité. Les auteurs ont développé des techniques adaptées aux soignants, centrées sur la personne et ses émotions (mieux se connaître et communiquer, faire des exercices physiques, améliorer son hygiène de vie, se former, changer son mental...).

Canoui (2003) considère que le syndrome d'épuisement professionnel des soignants doit être vu comme un phénomène intégrant l'aspect social, l'équipe et l'institution. D'après lui, ce syndrome dépend de la question organisationnelle mais aussi humaine : de la souffrance, des limites de soins, de l'éthique... Il faut donc, selon lui, trois dimensions de réponses à ce phénomène : organisationnelle, individuelle et collective. Lhuilier & Litim (2009) affirment de leur côté que les processus de construction de la santé sont intriqués entre les niveaux suivants : le niveau du sujet, celui de son engagement dans différentes sphères d'activités et celui de son histoire de vie. Pour Lhuilier, Sarfati, & Waser (2013), la santé touche l'ensemble des sphères d'activités de chacun. Le travail se situerait également dans un « univers de contraintes et de ressources et avec des visées qui dépassent le lieu de sa réalisation : d'où la nécessité d'explorer la part du « hors travail », comme celle du passé et du futur dans l'ici et maintenant de cette conduite » (Lhuilier, 2013, p.17).

La psychodynamique du travail est une discipline adoptant une approche holistique de l'homme au travail. Elle prend en compte l'organisation du travail mais également les désirs et les aspirations inassouvies. Elle met l'accent sur l'accomplissement de soi comme objectif parce qu'il donne du sens et du plaisir au travail. Cette discipline étudie les mécanismes de défense et d'adaptation collective au travail tels que le déni, la coopération et l'auto-organisation, la collision et le changement de statut. Ces mécanismes de défense sont vus comme un mode de protection contre la décompensation et les déviations comportementales. « L'équilibre psychique repose sur

la nécessité d'entretenir une harmonisation de ses ressources individuelles. Faute de ne pouvoir consolider par un ajustement suffisant cette économie psychique, la personne exprime sur le mode comportemental, psychologique et somatique, le malaise qui l'éloigne de plus en plus du plaisir au travail » (Canoui & Mauranges, 2015, p. 87,88).

Selon Stora (2016), ce courant a développé une approche psychanalytique qui a écarté la notion de stress pour parler de souffrance au travail en étudiant l'adéquation des caractéristiques psychosociale de l'individu aux conditions de travail de son environnement. En cas d'inadéquation, apparaissent les symptômes comme anxiété, dépression, mécontentements et maladies somatiques...

Comme évoqué plus haut, Stora (1999, 2006, 2007, 2013, 2016), développe cette idée en proposant une approche intégrative pour ces manifestations psychosomatiques. Pour l'auteur, la psychanalyse ou la médecine ne suffisent pas, sur le plan épistémologique, à expliquer les processus de somatisation. Il inter-relie alors le fonctionnement psychique, les fonctions et organes somatiques ainsi que le système nerveux central. Stora utilise la notion de Psychosomatique Intégrative, en faisant référence aux trois disciplines que sont : la Médecine, les Neurosciences et la Psychanalyse. Il avance l'idée que seule une explication multicausale doit être prise en considération. « Pour mieux soigner nos patients, nous devons comprendre les interrelations à plusieurs niveaux du vivant des phénomènes en présence et pour ce faire nous devons comprendre : quels sont les mécanismes biologiques et neuro-hormonaux de stress » (Stora, 2016, p81 et 82). Selon lui, ce sont les approches multidimensionnelles qui permettront de mieux prendre en charge la souffrance au travail. De la même manière, la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité choisissent un regard psychosocial permettant d'éviter le réductionnisme des autres approches (Probst, 2004). « L'accent n'est plus mis, dans une perspective déterministe, sur les causes des atteintes à la santé, mais [sur] l'activité des sujets pour préserver leur santé, une activité qui repose en particulier sur des ressources collectives » (Probst, 2004, p.49-50).

L'Institut National de la sécurité et de la santé au travail aux Etats-Unis (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), 2008) préconise également les approches combinées, centrées sur l'individu et sur l'organisation du travail.

ua Apports de la littérature.

Dans leur revue de littérature, Westermann, Kozak, Harling, & Nienhaus (2014) étudient les interventions sur l'épuisement professionnel du personnel infirmier en soin

longue durée auprès de personnes âgées. Les chercheurs ont identifié des interventions d'approches primaires, secondaires, et des interventions combinant les deux approches, que l'on peut appeler interventions « multidimensionnelles ». Les auteurs recommandent alors les interventions combinées utilisant d'une part des techniques centrées sur le travail ou son organisation et d'autre part des techniques centrées sur les personnes telles que la relaxation ou le développement personnel. Ils montrent que ce sont ces interventions qui ont des effets bénéfiques à plus long terme.

En 2015, Sanchez, Mahmoudi, Moronne, Camonin, & Novella ont publié une revue de littérature dans laquelle ils comparaient des études utilisant des approches professionnelles, qui font référence aux approches primaires ou organisationnelles, et des approches individuelles faisant références aux approches secondaires. Deux études combinant des approches professionnelles et individuelles ont montré une amélioration significative du MBI (Jeon, Luscombe, Chenoweth, Stein-Parbury, Brodaty, King, & Hass, 2012; Schrijnemaekers, Van Rossum, Candel, Frederiks, Derix, Sielhorst, & Van den Brandt, 2003). Dans leur étude, Kuske, Luck, Hanns, Matschinger, Angermeyer, Behrens, & Riedel-Heller (2009) mettent en avant la complexité du cadre de travail en maison de retraite, nécessitant des interventions spécifiques combinant les approches institutionnelles telles que la formation et les approches personnelles telles que la relaxation. McCabe, Bird, Davison, Mellor, MacPherson, Hallford, & Seedy (2015), ont montré dans leur recherche auprès de 204 soignants en maison de retraite qu'une formation à un protocole d'accompagnement des symptômes psycho-comportementaux de la démence accompagné d'un soutien clinique avait des effets bénéfiques sur les troubles du comportement et l'adaptation du personnel. Ces bénéfices étaient valables autant pour le personnel que pour les résidents et étaient durables dans le temps alors qu'une formation simple entraînait une amélioration non durable de certaines variables seulement.

La recherche sur le soutien des aidants familiaux de personnes souffrant de démence a mis également en évidence l'efficacité des programmes multidimensionnels. Plusieurs recherches ont montré que des interventions ciblées et intégrant plusieurs dimensions d'aide aux aidants s'avèrent plus efficaces que des interventions psycho éducatives (Tarlow, Wisniewski, Belle, Rubert, Ory, & Gallagher-Thompson, 2004). Une méta-analyse de six types d'interventions de Sörensen, Pinquart, & Duberstein (2002) remarque que celles combinées conjuguant plusieurs dimensions produisent des améliorations significatives sur plusieurs domaines (fardeau, dépression, bien-être, capacités et connaissances...). Les programmes de counseling développés par Mittelman, Haley, Clay, & Roth (2006), qui conjuguent conseils, soutien individuel, familial, groupal et téléphonique satisfont les aidants et développent l'offre de répit par des capacités

(empowerment) à mieux gérer leur stress. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2008). Enfin, une étude de Sarre, Bird, & Caldwell (2005), combinant les aspects émotionnels et pratiques ainsi que les discussions de groupes dans le soutien des aidants et des aidés, montre également une amélioration de la santé mentale générale des aidants.

Synthèse/Encadré du chapitre

Dans ce troisième chapitre, nous avons présenté les différentes approches qui permettent de prévenir et de remédier à la souffrance au travail. Nous avons étudié la littérature concernant ces interventions dans le monde du travail en gériatrie. Nous avons vu que chacune de ces approches possède des intérêts et des limites.

Il a été constaté que les interventions appartenant aux approches primaires ont été peu étudiées dans le domaine du travail auprès des personnes âgées en EHPAD. La formation est considérée comme efficace mais elle peut devenir frustrante lorsque malgré ses compétences, la personne n'a pas les ressources psychiques pour les mettre en place. Les groupes de paroles peuvent être bénéfiques s'ils sont réguliers et sous-tendent un ratio personnel élevé. Les formations à la gestion du stress, la relaxation ou la méditation par la pleine conscience ont montré leur efficacité dans la littérature mais peuvent renvoyer la personne à son inadaptation et l'inciter à développer le subir plutôt qu'à opérer une réelle transformation. Elles sont souvent efficaces mais ont une durée limitée.

Nous constatons alors la nécessité d'avoir une vision holistique de l'homme au travail et de penser des dispositifs de soutien prenant en compte toutes ses dimensions. Les dispositifs de soutien utilisant des interventions combinées entre les différentes approches ont des effets bénéfiques à plus long terme.

4. ua Problématique de recherche

Les EHPAD ont vu le jour il y a une vingtaine d'année en réponse à l'évolution de la population mondiale et française. L'augmentation de la dépendance de la population et la nécessité de la médicalisation des anciennes maisons de retraite a justifié la création de ces Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

L'EHPAD est un lieu de vie qui a pour mission d'accueillir et d'accompagner ces personnes âgées fragiles en préservant leur autonomie et leur qualité de vie. La population y est âgée voire très âgée (en moyenne 84,2 ans) et souffre souvent de poly pathologies. Ces établissements représentent la plupart du temps la dernière demeure de la personne et environ 1 résident sur 5 y décède chaque année. Partagé entre le résident, le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé, leur financement est complexe. Les budgets sont souvent limités et parviennent difficilement à couvrir les besoins.

Dans ce contexte, les professionnels sont confrontés à une charge de travail intense, à des tâches difficiles et répétitives représentant une pénibilité physique et psychique. Avant tout, ces soignants doivent être garants de la qualité d'un lieu de soin, de vie et d'environnement dans le respect de l'individualité et des libertés de chacun.

Le travail auprès des personnes âgées en EHPAD représente une charge physique et psychique lourde pour les soignants. L'organisation, le rythme et l'intensité des tâches engageant en permanence les professionnels dans un conflit entre la relation de soin et le temps qui lui est accordé.

Parallèlement à cela, le soignant est quotidiennement soumis à des questionnements éthiques et moraux dans sa pratique auprès des personnes âgées. La confrontation à la maladie, à la fin de vie et à la mort, sont autant de charges psychiques pour les professionnels. De plus, la perte de soi, les troubles du comportement et les privations de liberté dans l'accompagnement des personnes démentes interrogent sans cesse le sens de leur pratique et plus largement de la condition humaine.

C'est sur ces questions que le soutien des soignants en EHPAD doit s'orienter. Il s'agit alors de proposer aux professionnels un lieu pour travailler sur les représentations d'eux-mêmes et des personnes dont ils s'occupent, sur leur vécu, leurs valeurs et les conflits associés. Il s'agit également de leur proposer un lieu pour travailler, de manière individuelle et collective, la question du sens dans l'accompagnement de la personne âgée.

Au regard de la littérature, on constate que les interventions de soutien auprès des professionnels soignants en EHPAD ont été peu étudiées. Beaucoup d'études portent sur l'efficacité des formations de soignants sur la prise en charge de la démence et la réduction des troubles du comportement. Néanmoins, peu d'études analysent la répercussion des méthodes primaires comme la formation, les groupes de paroles ou les groupes collectifs de réflexion sur le stress ou le bien-être de soignants au travail.

On a vu que les dispositifs collectifs dans lesquels les professionnels peuvent trouver un espace de réflexion, questionner leur responsabilité et créer des liens entre les choses étaient nécessaires. Le psychologue accompagnant les professionnels doit alors créer ces espaces pour les aider à développer leur pouvoir d'agir et à transformer le travail.

Pour penser un programme d'accompagnement des professionnels efficace, il faudrait donc y intégrer un espace collectif où les acteurs réfléchissent ensemble sur leur activité. Ce lieu devra être un lieu de création de ressources collectives qui ouvre les perspectives d'actions et de conduites.

D'après la littérature, il apparaît également que les techniques d'approche secondaire, intervenant lorsque la personne est déjà soumise à des conditions difficiles de travail, ont prouvé leur efficacité sur la gestion du stress au travail. Cependant, ces approches conservent des limites. Elles agiraient sur l'individu afin de l'aider à s'adapter au cadre de travail sans lui permettre de transformer réellement son activité. Les études ont montré que leurs effets étaient souvent bénéfiques mais qu'ils ne se maintenaient pas dans le temps.

Au travail, l'homme reste un être global et social. Il y vient avec son histoire de vie, ses préoccupations et est en constante interaction avec le monde qui l'entoure. D'après les travaux étudiés dans le troisième chapitre, il paraît nécessaire d'avoir une vision holistique de l'homme au travail et de penser des dispositifs de soutien prenant en compte toutes ces dimensions. Les approches multidimensionnelles combinant les interventions organisationnelles, individuelles et collectives se montrent efficaces dans la remédiation de la souffrance au travail.

Dans le premier chapitre, nous avons vu que le stress au travail, les risques psycho-sociaux ainsi que le burnout ou l'épuisement professionnel étaient des phénomènes complexes. Ils touchent l'individu dans ses dimensions, personnelles, intimes mais également interpersonnelles et sociales. Leurs conséquences sont physiques, psychiques, relationnelles et organisationnelles.

Ces phénomènes ne sont pas seulement déterminés par les événements extérieurs mais par la personne qui perçoit et vit ces événements. Ils sont alors le fruit d'une relation entre la personne et son environnement. Ils sont complexes « car ils prennent naissance là où les comportements psychiques individuels les plus intimes entrent en symbiose avec les comportements sociaux les plus complexes : ceux des hommes au travail » (Nasse & Légeron, 2008, p.5).

Il apparaît indispensable de ne pas aborder ces phénomènes de manière principalement négative mais de considérer les ressources et capacités d'ajustement de la personne en lui permettant de se réaliser et de créer du sens au travail. Il est également important de considérer la souffrance au travail du côté de la subjectivité et du ressenti de l'individu. C'est cette approche subjective et holistique prenant en compte la personne dans sa globalité et sa complexité qui sera privilégiée dans ce travail.

D'après cette première partie, nous pouvons poser la question de recherche étudiée dans ce travail. **Un programme de soutien multidimensionnel et holistique des soignants en EHPAD serait-il plus efficace pour lutter contre la souffrance et développer le bien-être au travail qu'un programme de soutien unidimensionnel standard tel que les groupes de parole ou la formation des soignants ?**

D'après les apports et limites apportés par la littérature dans ce chapitre, nous pouvons penser un dispositif de soutien des professionnels en EHPAD efficace et innovant. Pour répondre à la souffrance au travail, phénomène multifactoriel et complexe, nous choisissons une intervention humaniste utilisant des outils tirés des différentes approches. En plus d'une intervention institutionnelle et collective, le programme de soutien pensé devra s'appuyer sur les aspects individuels, physiques, émotionnels mais également sur le vécu, les représentations et les valeurs de la personne. Ce soutien holistique devra permettre à la personne de prendre conscience de ses ressources et de les développer pour s'appuyer sur les aspects positifs et négatifs de son fonctionnement pour opérer des changements en profondeur. Il devra enfin permettre de sortir de la réalisation de la tâche pour aller vers une activité personnelle et personnalisante transformant le travail dans ses rapports à la vie.

Dans la partie suivante, nous présenterons et décrirons la méthodologie ainsi que les outils retenus pour construire cette recherche dans la prise en charge du mal-être de la souffrance au travail en EHPAD.

_ua_2^{ème} partie : OUTILS ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.

5. _ua_ Chapitre 1 : Pour une prise en charge du mal-être et de la souffrance professionnelle en EHPAD : présentation des outils et techniques choisis.

5.1. _ua_ Introduction.

Dans ce chapitre, nous allons exposer les méthodes de prise en charge du mal-être professionnel choisies pour inspirer ce travail de recherche. Dans un premier temps, nous présenterons les techniques d'apaisement physique et mental que nous proposerons au soignant. Dans un deuxième temps, nous décrirons la méthode d'accompagnement lui permettant d'exposer sa situation personnelle et professionnelle par l'intermédiaire du dessin de l'arbre. Cette expérience lui propose un retour sur son vécu et son expérience propre ainsi qu'une mise à jour de ses valeurs et de ses représentations. Ensuite, nous décrirons le modèle de soutien centré sur la personne permettant à un groupe d'aidants de travailler sur des prises en soin difficiles. Nous présenterons également la démarche d'accompagnement utilisant le dessin de l'arbre pour faire naître une expérience et un point de vue collectif. Ces méthodes permettent de libérer une créativité ainsi que des ressources aidant à faire évoluer la situation. Enfin, nous exposerons les outils choisis pour inspirer le programme contrôle et unidimensionnel de cette recherche : les groupes de paroles et la formation des soignants.

5.2. ua Outils d'inspiration pour une prise en charge multidimensionnelle du mal-être et de la souffrance au travail en EHPAD.

5.2.1. ua Les techniques d'apaisement physique et mental.

Dans cette partie, nous allons décrire les méthodes d'apaisement physique et mental choisies dans ce travail de recherche. Nous présenterons le Training autogène de Schultz (1958) ainsi que la méditation par la pleine conscience ou Mindfulness développée par Kabat-Zinn dans les années 1970. « Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique » Durand de Bousingen (1992).

a) ua Le training autogène de Schultz (1958).

Le psychiatre allemand J.-H. Schultz a mis au point le Training Autogène au début du XX^{ème} siècle. Cette méthode de relaxation fonctionne par ce qu'il appelle une autodécontraction concentrative et s'assimile à un état d'autohypnose. Elle est utilisée pour réduire les tensions liées au stress. Son principe est d'induire une déconnexion générale de l'organisme par un mécanisme d'autosuggestion. Après avoir longtemps étudié et expérimenté l'induction en état hypnotique, Schultz s'est intéressé à l'autohypnose et à la relaxation par l'autosuggestion. Dans ces recherches sur l'hypnose, il remarque deux étapes fondamentales : les expériences de pesanteur et de chaleur. Ce sont ces deux étapes qui constitueront la technique de base du training autogène.

Schultz détermine des conditions nécessaires à son induction suggestive. Selon lui il n'est pas possible de réaliser des suggestions sans l'accord de la personne et le sujet doit impérativement avoir accepté l'entraînement. Il faut également que la personne possède une « autonomie », c'est à dire que cela exclut selon lui les très jeunes enfants et ceux que Schultz nomme en 1958 les « malades mentaux ». La personne doit avoir une attitude corporelle de repos ou d'inhibition tonique. Elle doit être en tenue aisée et

peut adopter une position assise ou allongée pourvue qu'elle soit confortable. La personne se laisse guider par la voix du praticien ou thérapeute.

Selon l'auteur, un affaiblissement des stimuli extérieurs ou une certaine monotonie dans les champs sensoriels est nécessaire à la mise en condition du training autogène. C'est ce qu'il appelle « un retrait du dehors ». Les séances doivent alors se dérouler dans un endroit tranquille avec une température moyenne et une demi-obscurité.

La personne accorde son attention aux processus somatiques. Elle doit être attentive à ses propres sensations cénesthésiques et son vécu corporel : « le patient pénètre ainsi dans les couches sensibles et émotionnelles de son moi corporel et se trouve alors amené sans contrainte vers une concentration intériorisante » (Schultz, 2013, p.23) ce qui amènera vers une prédominance de ce que l'auteur appelle la « vie réflexe ».

Enfin, ce processus entraînera des modifications du vécu vers des phénomènes légers de dépersonnalisation, des vécus imagés rejoignant une certaine conscience onirique. Toujours selon Schultz, cette déconnexion suggestive est un phénomène normal accessible à tout un chacun et s'apparente au sommeil.

Le training autogène de Schultz est composé de deux cycles, le cycle inférieur et le cycle supérieur. Chacun de ces deux cycles nécessitent plusieurs semaines d'entraînement.

ua Le cycle inférieur.

Au cours du cycle inférieur, la personne se concentre sur les suggestions du praticien. Elle est invitée à vivre des sensations corporelles agréables et reposantes. L'expérience fondamentale de pesanteur permet la détente musculaire et celle de chaleur produit des modifications vasculaires dans le sens d'une vasodilatation (Schultz, 2013). Selon l'auteur, le processus de décontraction doit devenir l'objet d'exercices systématiques et corrects (plusieurs fois par jour) qui amèneront l'ensemble de la déconnexion souhaitée.

Ce premier cycle comporte six phases. Chaque séance commence par une phase préalable d'induction au calme. Elle permet d'aider la personne à mettre son esprit au repos avant de se concentrer sur la détente corporelle. Le relaxologue accompagne la personne avec une voix calme et une formule telle que « Je suis calme, tout à fait calme ».

Lors de la première phase, le praticien induit une sensation de lourdeur dans chaque membre du corps. Il propose d'abord à la personne une suggestion telle que « " Mon bras droit (gauche) est tout lourd " (5 à 6 fois), " je suis tout à fait calme " (1 fois) » (Schultz, 2013, p.223). Après plusieurs entraînements par jour pendant une quinzaine de jours, la personne pourra étendre cette sensation de pesanteur aux autres parties du corps.

La deuxième phase permet d'induire la sensation de chaleur dans les membres du corps. À chaque séance, le thérapeute reprend les mots clés des séances précédentes puis enchaîne sur les suggestions de la phase suivante. « Tranquille, lourd, le bras droit (gauche) est tout chaud » (Schultz, 2013, p.223). À l'instar de la première phase, le praticien suggère d'abord cette expérience dans le bras puis il généralise la sensation après entraînements.

Selon Schultz, la maîtrise de ces deux phases peut durer plusieurs semaines. Ce n'est que lorsque la personne maîtrise une étape qu'elle peut continuer avec la suivante. Lorsqu'elle se sent à l'aise dans ces deux premières étapes, elle peut alors « établir en l'espace d'une seconde une sensation généralisée de pesanteur et de chaleur, objectivement contrôlable : "Je suis tout à fait calme, tout le corps est lourd et chaud " » (Schultz, 2013, p. 55-56).

Les étapes suivantes sont vues comme des exercices complémentaires au training autogène. Lors de la troisième phase, la personne est invitée à se concentrer sur son cœur et la perception de son rythme cardiaque. Elle peut poser la main sur son thorax ou son cou et d'abord observer les mouvements induits par le cœur dans son corps. Ensuite, le praticien peut lui suggérer : « Calme, lourd, chaud, le cœur bat calme et fort » (Schultz, 2013, p.223).

La quatrième phase permet à la personne de se concentrer sur sa respiration. Pour les patients, il s'agit alors de « s'abandonner à leur respiration, sans vouloir l'influencer d'aucune manière » (Schultz, 2013, p.60). Il en résulte souvent une détente de l'appareil respiratoire.

Pour les deux phases suivantes, il s'agit d'induire des sensations qui rappellent ce que Schultz appelle les bains chauds prolongés. La cinquième phase, permet d'inviter la personne à porter son attention sur son plexus solaire et à le sentir inondé de chaleur. Enfin, la sixième phase permet simplement au thérapeute de suggérer une fraîcheur au niveau du front comme une légère brise afin de rétablir une sensation vasoconstrictrice.

Chaque séance se termine par un temps de retour de la personne vers un état d'éveil. Le praticien lui suggère alors d'effectuer des mouvements des bras et jambes ainsi que quelques respirations avant d'ouvrir les yeux.

Une septième séance sert de reprise des éléments clés des séances précédentes et lors d'une huitième séance la personne est invitée à effectuer seule le protocole sous la supervision du thérapeute afin d'aller vers une autonomisation.

Pour Schultz, l'apprentissage de cette technique générale ne nécessite pas moins de 12 à 18 semaines.

ua_ Le cycle supérieur.

Le deuxième cycle, cycle supérieur est assimilée par Schultz à une psychothérapie. C'est une méthode psychanalytique utilisant l'imagerie mentale.

Le cycle supérieur du training autogène comporte également plusieurs étapes. Tout d'abord, la personne porte son attention sur un point au milieu du front afin de favoriser sa sensation de déconnexion du monde extérieur. Ensuite, elle doit laisser venir à sa conscience une couleur, appelée « couleur propre ». Cette couleur est associée à un objet.

Une deuxième étape invite la personne à laisser venir à sa conscience des objets du quotidien puis des concepts généraux comme « la justice » ou « le bonheur ».

Lors de la troisième étape, le praticien amène les personnes à « laisser se dérouler intérieurement l'expérience qui leur paraît l'expression ou le symbole de l'état d'âme le plus intensément souhaité » (Schultz, 2013, p.206). C'est la recherche du « sentiment propre ».

La quatrième étape demande à se représenter une personne déterminée afin que la personne travaille sa relation aux autres.

Enfin, le thérapeute invite le patient à s'observer et à se demander ce qu'il a pu faire de mal dans son existence puis il enchaîne avec plusieurs questions qu'il appelle « questions à l'inconscient » telles que « Quel sens a le travail ? », « Comment imaginer la mort ? » ou encore « Qu'est-ce que je désire ? », « Que disent les autres de moi ? »...

Chaque étape dure elle-même plusieurs semaines. Ce deuxième cycle permet alors à la personne d'être capable d'entrer en contact avec ses propres valeurs existentielles.

Schultz précise que le travail réalisé dans le cycle inférieur « consiste à manier des réalités extraordinairement subtiles, délicates et qui remuent profondément la personnalité. Il nous faut donc souligner avec insistance que seules de grandes précautions, du sens critique et une véritable compréhension du patient autorisent l'utilisation sans danger de cette partie de notre méthode » (Schultz, 2013, p.213).

b) ua La méditation par la pleine conscience ou Mindfulness de Jon Kabat-Zinn.

« La plupart du temps, nos pensées envahissent notre perception du moment présent. Elles peuvent nous faire perdre entièrement notre connexion au présent » (Kabat-Zinn, 2013, p. 96).

Dans les années 1970, le professeur de biologie Jon Kabatt-Zinn a développé une technique de réduction du stress à partir de la pleine conscience qu'il a nommée en anglais Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). En France elle est appelée : Méditation par la pleine conscience. Cette technique provient de la culture bouddhiste, pour laquelle elle désigne le fait d'être conscient de ses propres pensées, actions et motivations.

La pleine conscience consiste à ramener son attention sur l'instant présent et sur les sensations. Il s'agit d'observer les objets physiques et mentaux qui se présentent à l'esprit sans les juger. « Comme vous le verrez, la définition opérationnelle que je donne de la Mindfulness est *la conscience qui émerge en faisant attention délibérément, dans l'instant présent, et de façon non jugeante* » (Kabat-Zinn, 2013, p.36).

Jon Kabat-Zinn (2013) présente 7 attitudes qui fondent la pratique de la pleine conscience.

Tout d'abord il décrit l'attitude de non-jugement. La personne doit observer les expériences et sensations qui se présentent à elle sans les juger. L'enjeu est alors d'éviter les automatismes et réflexes immédiats qui nous poussent à catégoriser une information en « bonne » ou « mauvaise » ou une sensation en « agréable » ou « désagréable ». L'objectif est d'accueillir ces expériences et seulement d'en prendre note de façon impartiale. Dans un premier temps, cela implique également d'observer son esprit juger sans l'arrêter mais d'en prendre conscience et de le reconnaître.

La personne doit conserver une attitude patiente et accepter que les événements se déroulent à leur propre rythme. Kabat-Zinn rappelle que chaque moment constitue la vie et qu'il ne sert à rien d'un presser certains pour en atteindre de meilleurs.

Garder l'esprit du débutant et adopter un regard neuf sur les expériences est nécessaire dans la pratique de la pleine conscience. Il s'agit alors d'observer les choses avec curiosité comme si on les découvrait pour la première fois. Avec l'esprit du débutant, l'ordinaire devient « extra-ordinaire ». Cette attitude découle de la première puisque pour découvrir ou redécouvrir le monde qui nous entoure il faut laisser les préjugés.

Le non-effort ou « effort sans effort » est une attitude qui rappelle que la pleine conscience n'a pas de but autre que d'être soi-même. En cela elle est « non-effort » ou « non-faire » puisque la personne est déjà elle-même. En pleine conscience il ne s'agit pas d'être plus calme ou moins agité mais bien d'observer et d'être attentif à son état.

L'acceptation « signifie voir les choses comme elles sont réellement dans le moment présent » (Kabat-Zinn, 2013, p.100). L'acceptation n'est pas soumission ou résignation mais un acte dynamique, une étape vers la guérison.

L'attitude de confiance en pleine conscience suppose de croire en ses propres capacités. Elle permet de prendre la responsabilité de son expérience, son ressenti sans en être effrayé. Développer la confiance en soi amènera alors la confiance dans l'autre.

Enfin, pour adopter l'attitude de lâcher-prise, il s'agit pour la personne d'observer d'abord ce à quoi elle est attachée au sein de sa vie et ce qu'au contraire, elle rejette. Elle doit ensuite se laisser aller au présent.

ua La Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).

Dans les années 70, Kabat-Zinn créa le programme MBSR afin d'aider à mieux gérer le stress et la douleur lors de maladies chroniques. La méditation par la pleine conscience avait alors pour but de réduire le stress, l'anxiété, la douleur ou la maladie. Actuellement, cette technique s'inscrit également dans le courant de psychologie positive et peut aussi être utilisée en prévention ou promotion du bien-être. Elle permet à l'individu d'être de manière plus intense dans le moment présent.

Dans ce programme, il s'agit d'orienter son attention sur les éléments du présent : ses sensations, sa respiration, les éléments de l'environnement extérieur, les couleurs, les sons... La personne peut le faire de façon ciblée : attentive à une sensation particulière ou au contraire ouvrir sa vigilance aux éléments du présent à mesure qu'elle les perçoit. Il en découle une réduction du stress, de l'anxiété ainsi qu'un certain apaisement mental. La méditation par la pleine conscience va rechercher cet état.

La technique MBSR est un programme d'exercices de méditation comportant 8 séances hebdomadaires de 2h30 et une journée de pratique suite à la sixième semaine. La personne doit également s'engager à s'entraîner 45 minutes à 1 heure par jour avec des enregistrements fournis par l'instructeur.

Chaque séance de MBSR contient des moments de méditation formelle et d'autres de méditation informelle. Ces moments permettent de prendre conscience du fonctionnement de l'esprit « en pilotage automatique », des ruminations mentales mais aussi des émotions ressenties, des habitudes comportementales de la vie quotidienne et

de la communication interpersonnelle. Les expériences proposées vont mettre l'accent sur l'attention à la respiration et sur la prise de conscience du corps. De manière évolutive, l'instructeur présente des exercices comme la marche en pleine conscience, des mouvements lents et des postures du corps ou encore des « scans corporels » (attention portée aux sensations du corps), (Granger, 2013).

Chacune des séances est suivie d'échanges et commentaires des participants sur leur vécu et sur la pratique effectuée à domicile. Les individus sont également invités à s'exercer dans leur vie quotidienne comme pendant les repas, leur travail ou encore leurs déplacements...

A travers les exercices, la personne va apprendre à gérer ses émotions sans les subir. Elle va pouvoir identifier les éléments facteurs de stress, de douleur au d'angoisse et les accueillir avec bienveillance. Elle pourra ensuite y répondre sans en être submergée.

« On pourrait dire que si la mindfulness ne devient pas, en quelque sorte, notre mode par défaut, par conséquent, son opposé, le manque de présence consciente va certainement continuer à jouer ce rôle. Il en résulte inévitablement, que nous soyons happés par un grand nombre d'évènements, en mode de pilotage automatique, robotisé, défensif, susceptibles de facilement miner et fausser notre vie entière, ainsi que la quasi-totalité de nos relations. L'une des découvertes majeures du programme MBSR est que nos patients se rendent compte de cela, de façon spectaculaire, et sont prêts à vivre une vie qui aspire à une plus grande prise de conscience, qui dépasse largement le cadre des huit semaines de leur participation au programme » (Kabat-Zinn, 2011, p.25)

c) ua Intérêt de ces techniques dans la remédiation du mal-être au travail en EHPAD.

On l'a vu dans le deuxième chapitre de ce travail, les soignants en EHPAD évoluent dans un environnement à risques qui les rend vulnérables. Le contexte professionnel demande un fort investissement physique et émotionnel tant dans l'accompagnement de la personne elle-même que dans l'organisation. Le corps du soignant est bien souvent mis à mal lorsqu'il porte l'autre ou l'aide à se mobiliser. Le rythme est très soutenu et engage physiquement les professionnels ce qui peut les amener à prendre des risques par des mauvaises postures ou des efforts démesurés.

Les méthodes exposées dans cette partie peuvent être apprises et utilisées dans le cadre professionnel et d'autant plus auprès des soignants en gériatrie. Elles peuvent être employées dans l'objectif d'un apaisement mental et physique ainsi que d'une diminution du stress et de la tension au travail.

Le Training autogène de Schultz induit une déconnexion de l'organisme. Il invite le soignant à retrouver des sensations agréables et reposantes ainsi qu'une détente musculaire.

Les professionnels en EHPAD, luttent continuellement contre le manque de temps de manière physique et l'esprit se projette également sans cesse dans l'organisation des tâches à venir. L'attention est régulièrement portée ailleurs au son des appels-malades interrompant la relation dans le moment présent. Le stress et la douleur peuvent être provoqués par la charge de travail et le rythme à tenir mais également par la relation difficile et parfois conflictuelle avec la personne âgée ayant des troubles du comportement. Avec la méditation par la pleine conscience, les soignants vont apprendre à porter leur attention au moment présent, à identifier leurs émotions et les accueillir pour mieux les gérer.

L'apprentissage de ces techniques permettent aux professionnels de les réutiliser à tout moment et en cas de besoin. Elles assurent ainsi une réelle autonomie de la personne dans sa démarche de bien-être physique et mental au travail.

Après avoir présenté les outils de promotion du bien-être physique et mental utilisés dans notre programme de soutien nous allons maintenant nous attacher à la description des techniques individuelles et collectives proposant un retour sur l'histoire du soignant, son vécu mais aussi sa relation à l'autre et à l'équipe dans l'organisation institutionnelle.

5.2.2. ua L'Épreuve des Trois Arbres de Fromage (2011), un accompagnement individuel humaniste et phénoménologique.

L'Épreuve des Trois Arbres (Fromage, 2011), s'inscrit dans le courant de la psychologie humaniste. Cette discipline est née au XX^e siècle et est souvent présentée comme la troisième tendance en psychologie après le courant behavioriste ainsi que le courant psychanalytique. Elle se démarque du behaviorisme « qui présente l'Homme comme quelqu'un de flexible, malléable, passif et victime de stimuli environnementaux. Cette approche postule que l'apprentissage est la principale explication du comportement humain » (Mehran, 2010, p 33). La psychologie humaniste se distingue également, du courant psychanalytique et psycho-dynamique qui cherche à expliquer les troubles psychiques en explorant les conflits inconscients, les désirs et les fantasmes.

En se dégageant de ces deux courants de pensée, la psychologie humaniste en crée un autre, centré sur la personne dans son ensemble. Selon Maslow, fondateur du courant humaniste, « Une personne n'est jamais statique, elle est tout le temps dans le

processus de "devenir" quelque chose de différent. Ainsi, c'est l'individu qui est responsable, en tant qu'être libre, de réaliser autant qu'il peut ses potentialités. Maslow considère ce processus de "devenir", ou "actualisation de soi", comme inhérent à la nature humaine » (Mehran, 2010, p.33). La personne a les capacités à créer, à développer et à inventer sa vie.

Rogers (1971) est également l'un des concepteurs de la psychologie humaniste. Il affirme que c'est la personne elle-même qui sait ce dont elle souffre et dans quelle direction il faut chercher pour l'aider à résoudre ces problèmes cruciaux. Il a développé ce courant en créant l'approche centrée sur la personne. Selon cette approche, l'individu possède en lui-même les ressources pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources. Ce climat se constitue d'une attitude transparente du thérapeute qui doit être en congruence avec ses sentiments lors de la relation avec le patient. Le thérapeute doit également avoir une considération positive inconditionnelle vis-à-vis du patient c'est-à-dire une attitude positive et d'acceptation face à tout ce que le patient est sur le moment. Il doit avoir une compréhension empathique, c'est-à-dire percevoir le monde subjectif de son patient « comme si » il était cette personne sans jamais perdre de vue qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Fromage (2019), parle alors de l'installation d'une relation intersubjective, marquée par l'empathie et qui suppose la suspension du jugement comme condition d'accès à l'expérience.

La conception humaniste du développement humain est également tournée vers l'avenir. Selon cette optique, la personne peut prendre en main son destin et l'investir à l'avance. Le discours de la personne est privilégié pour étudier son expérience propre et éprouvée. Selon cette approche holistique, l'être humain possède la capacité d'autodétermination c'est à dire à faire le choix de ses propres conduites et opinions (Fromage, 2019).

L'Épreuve des Trois Arbres est également ancrée dans l'approche phénoménologique. Cette façon humaniste de considérer la personne est centrée sur l'expérience subjective. Elle sollicite le vécu, le perçu et le ressenti propre de la personne.

« La phénoménologie est l'étude des faits de conscience à travers une expérience vécue, c'est-à-dire singulière et engagée (Depraz, 2001). Concrètement l'expérience du présent est revisitée. C'est une escapade vécue dans le présent qui modifie en renouvelant le contact au monde, la relation à l'objet » (Fromage, 2011, p.97). Ce concept d'Expérience provenant de la phénoménologie est développé par Rogers (1971) dans son approche centrée sur la personne comme : « tout ce qui se passe dans l'organisme à un moment quelconque et qui est potentiellement disponible à la

conscience ; autrement dit, tout ce qui est susceptible d'être appréhendé par la conscience. La notion d'expérience englobe donc tant les événements dont l'individu est conscient que les phénomènes dont il est inconscient » (Rogers, 1971, p.35). L'auteur ajoute à ce concept celui d'Éprouvé, version active de l'Expérience, c'est-à-dire ce qui est vécu, senti dans l'organisme pendant l'Expérience.

Dans cette partie, nous allons nous attacher à décrire l'Épreuve des Trois Arbres (Fromage, 2011). Cette technique est utilisée dans notre recherche pour travailler avec les soignants sur leur histoire personnelle, leur vécu, leurs valeurs et leur expérience.

a) ua Présentation de l'Épreuve des Trois Arbres (ETA).

L'Épreuve des Trois Arbres est une épreuve qui a été mise au point par Benoît Fromage (2011), professeur de psychologie. Elle est inspirée du test de l'arbre. Le test de l'arbre est un test projectif de personnalité qui est utilisé pour mettre en évidence des problématiques psychiques. Il se base sur ce présupposé : quand un individu dessine un arbre, il se dessine lui-même. Dans ce test, le psychologue relève les signes du tracé et les interprète pour leur donner une signification psychologique.

Dans L'Épreuve des Trois Arbres, le psychologue ne peut pas faire d'interprétation ; c'est le sujet qui commente lui-même ses croquis. Le protocole commence d'abord par une phase préliminaire permettant à la personne de se centrer sur le moment présent. Le psychologue doit être lui-même dans un état calme et posé. Il prend le temps de se recentrer et de se relaxer afin d'induire cet état de manière non verbale. Ensuite, il propose explicitement à la personne de s'installer dans sa réalité interne et de repenser à l'objet de cette rencontre. Le ton employé est calme et le débit est lent afin de laisser le temps à la personne de solliciter les images lui correspondant. « Es-tu installé bien confortablement ? (Attendre que le sujet se repositionne éventuellement et l'encourager : voilà... O.K. ... c'est très bien...) ... Et je te demande de repenser...simplement à... la situation / l'objet de notre rencontre / le problème qui t'amène / te préoccupe... à ce que tu vis actuellement... en toi... peut-être même sans jamais y penser... des images... peuvent surgir avec des sensations diverses... des sentiments... des souvenirs, des idées peut-être aussi... ou... des rêves... naturellement...tu laisses venir... pour... simplement réaliser... facilement et... à ta manière l'exercice suivant... » (Fromage, 2011, p.39-40).

Après cette phase préliminaire, la personne est invitée à dessiner trois arbres puis à choisir deux arbres parmi les trois : celui qu'elle préfère et celui qu'elle aime le moins. Ce choix permet de mettre en évidence les mouvements antagonistes d'attraction

et de répulsion pour le sujet. Selon Peterson & Seligman (2004), l'être humain possède des vertus qui pourraient être universelles et qui sont définies par des forces de caractère. Ces forces possèdent des antonymes ou contre-valeurs qui leur sont opposés. Dans l'Épreuve des Trois Arbres, il s'agit de mettre à profit ces mouvements antagonistes qui fondent le développement et le fonctionnement humain.

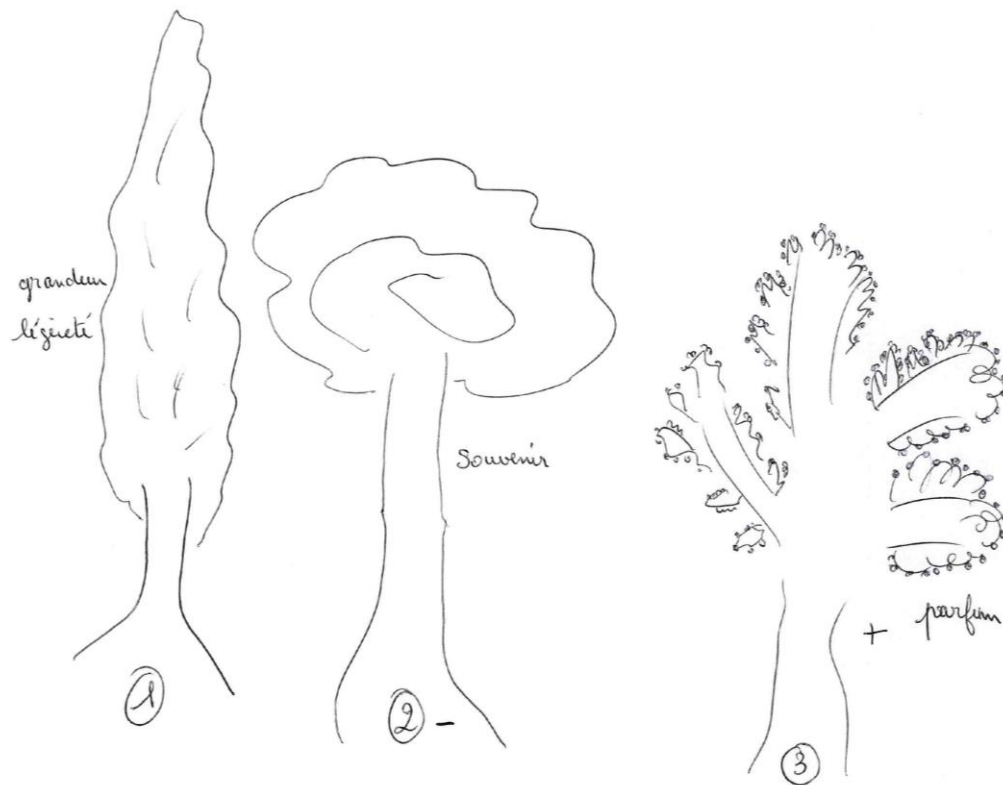


Figure 15 : Arbres de base, Mme N (étude A).

Les étapes du protocole vont permettre au sujet d'approfondir les spécificités des arbres choisis grâce aux « matrices d'explicitation ». Ces séries de questions décrivant les sentiments que l'arbre suscite, ses actions, ses besoins, ses souhaits et ce qu'il refuse vont permettre à la personne d'apporter des informations sur ses dessins de son point de vue et dans le moment présent. Elle mettra ensuite les arbres en relation en étant invitée à raconter une histoire qui les relie.

Dans une deuxième partie, la personne va aller plus loin dans cette polarisation entre l'attraction et la répulsion en dessinant l'arbre de Rêve et l'arbre de Cauchemar. Elle est cette fois invitée à créer un espace onirique. Selon une procédure identique à la première partie, la personne va approfondir leur spécificité et avoir la possibilité de les mettre en relation dans un récit.

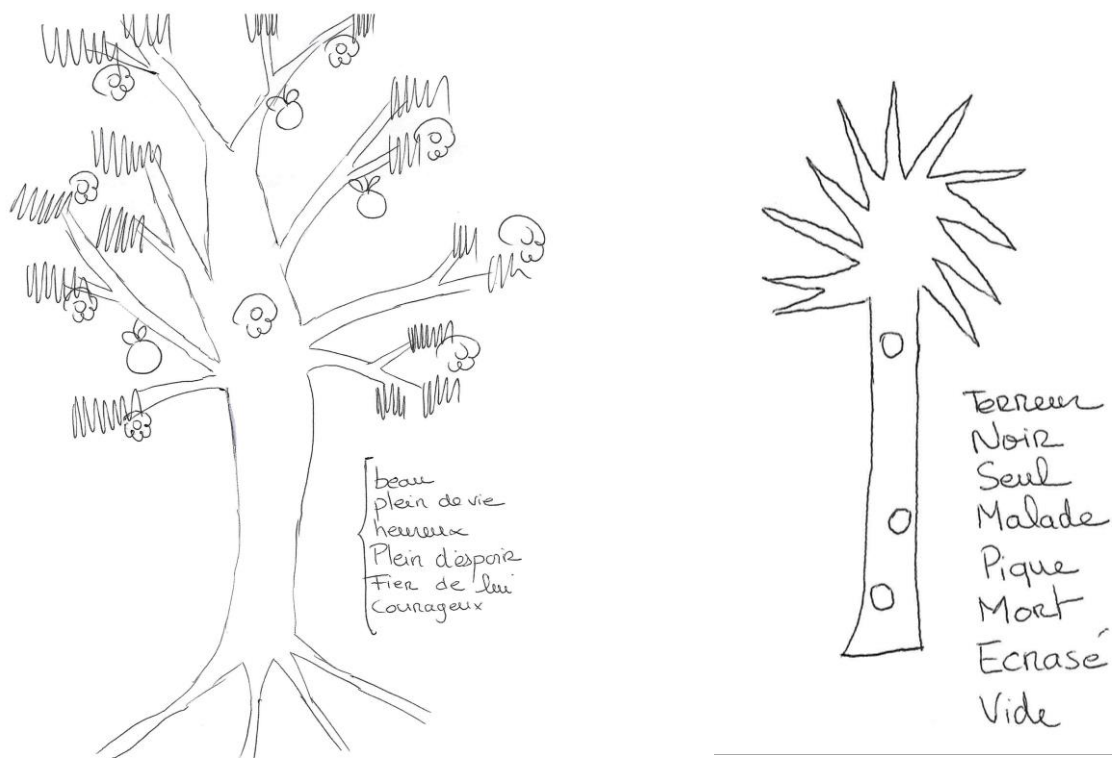


Figure 16 : Arbres de Mythiques, Mme S (étude A).

Une dernière étape de confrontation biographique va permettre à la personne de se positionner par rapport à l'ensemble de sa production en associant chaque arbre dessiné en première partie à une période de vie : passé, présent ou futur.

b) ua L'Épreuve des Trois Arbres (ETA) un outil centré sur la personne.

L'Épreuve des Trois Arbres est une technique qui s'inscrit dans le courant de pensée humaniste et phénoménologique. Elle est fondamentalement centrée sur la personne.

D'après Fromage (2011), elle a pour objectif de faciliter l'expression de la personne à différents niveaux de conscience en créant les conditions pour que la passation corresponde à une expérience vécue grâce à l'identification spontanée de l'être humain à l'arbre. Il s'agit pour la personne d'approfondir sa position dans le monde par la connaissance de celle-ci. L'Épreuve des Trois Arbres induit une personne c'est-à-dire un

acteur qui crée des alternatives et choisit en vue d’instaurer ou de renforcer la capacité à façonner son avenir.

Comme le test de l’Arbre, l’ETA se base sur l’équation « un arbre = une personne » mais la personne peut y déposer et revisiter sa vie. Contrairement au test, radicalement extérieurs au savoir du sujet sur lui-même, l’Épreuve des Trois Arbres permet à l’individu d’exprimer une expérience subjective. Les arbres dessinés sont racontés, le sujet y dépose une histoire et un vécu interne. « Ainsi, avec le support de l’arbre et de sa richesse symbolique, un nouveau protocole a été conçu pour prendre en compte la subjectivité mais aussi les mouvements affectifs, l’articulation des forces en présence, les ressources du sujet et les moyens de les mettre en œuvre. L’arbre-épreuve est né ! » (Fromage, 2011, p 24). Dans l’Épreuve des Trois Arbres, le processus d’identification à l’arbre est amplifié par la consigne « Raconte l’histoire de l’arbre comme s’il parlait ». En effet, cette consigne favorise le discours à la première personne. Elle facilite l’expression de l’expérience vécue sur le moment par la personne (paroles, actes attitudes, valeurs, sentiments) grâce à l’utilisation du « je ».

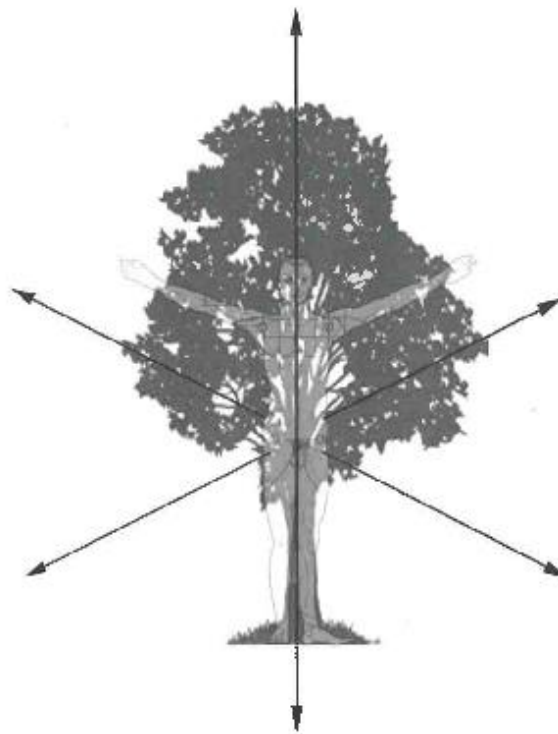


Figure 17 : Anthropos, illustration du rapprochement Arbre/Être humain dans les trois dimensions de l’espace dont la verticalité.

Source : Fromage (2011).

c) ua Les mécanismes psychologiques sollicités.

Le protocole de l'Épreuve des Trois Arbres, met en œuvre différents mécanismes psychologiques qui permettent de se centrer sur la personne dans une approche phénoménologique. D'après Fromage (2012), l'ETA sollicite tout d'abord la médiation qui permet de parler de soi par l'analogie de l'arbre.

Cette épreuve sollicite également l'identification à l'arbre. Elle est possible puisqu'il existe de multiples correspondances entre l'arbre et l'être humain. L'homme peut se laisser aller à être comme un arbre puis à redevenir humain.

Le mécanisme de projection permet de déplacer des contenus internes, appartenant à la personne sur un support externe. Dans l'Épreuve des Trois Arbres, il y a deux projections : une première avec le dessin de l'arbre et une deuxième, méta-projection, lorsque le sujet élabore une histoire sur l'arbre.

L'imagination se base dans cette épreuve sur l'image de l'arbre, et permet de saisir l'indicible. En effet, l'image symbolique peut relier des dimensions antagonistes, concilier l'inconciliable. L'imagination sur le symbole de l'arbre va permettre à la personne de voyager entre réalité et fiction.

L'arbre est dans un mouvement d'anticipation. L'anticipation n'est pas une action mais un espace. Selon Sutter (1983), c'est une projection temporelle établie par la personne. C'est un espace de vie dans le temps, un élan temporel. Eustache (2018) parle de mémoire du futur lorsqu'il évoque la capacité de l'individu à établir des projets dans le temps. Cette mémoire prospective œuvre à notre prise de décision et guide l'avenir. À l'instar de cette mémoire, l'anticipation est une émanation de soi dans le futur qui est dotée d'un mouvement inverse, une rétroaction. Le futur contribue alors à susciter les choix et les conduites du présent.

Le mécanisme de polarisation est également sollicité dans cette épreuve. « En demandant de choisir spontanément deux arbres parmi les trois dessinés, les deux mouvements originaires et contradictoires que sont l'attraction et la répulsion sont initiés. [...] La vie psychique jaillit de cette connexion entre désiré et refusé » (Fromage, 2011, p 68).

Enfin, l'explicitation, à partir des matrices d'explicitation du protocole, approfondit chacun des pôles selon les cadres d'un entretien guidé qui vise à déployer le point de vue de la personne.

d) La Lecture Partagée (LP).

Suite à la passation de l'Épreuve des Trois Arbres et avant la séance suivante que constitue la Lecture Partagée, le psychologue analyse le protocole afin de dégager les lignes de forces de la situation. Cette analyse fait référence à une méthodologie particulière (Fromage, 2012). Nous présenterons les grands principes de l'analyse d'un protocole dans la partie consacrée à l'analyse qualitative de ce travail. La méthodologie de la Lecture Partagée y sera également détaillée et illustrée. Au début de cette lecture, le protocole est relu avec la personne puis le psychologue poursuit ce qui a été amorcé à la séance précédente grâce à une série de questions qu'il a préalablement élaborées. Toujours en se centrant sur l'arbre et ses descriptions, ces questions relancent la personne dans son discours. La personne est invitée à s'exprimer sur ce qu'elle a fait précédemment. Ses commentaires et ses réactions vont permettre d'approfondir la connaissance de la situation, de continuer à libérer un mouvement, une créativité ainsi que les ressources nécessaires. « Cette technique se distingue du compte rendu conventionnel qui fait du psychologue le dépositaire d'un savoir étranger à la personne elle-même. Avec la Lecture Partagée, sous forme d'un échange dialogué en « langage arbre », l'expertise consiste à créer les conditions d'une véritable maïeutique à partir de ce que le consultant a déposé dans le protocole » (Fromage, 2019, p.204). Comme pour l'Épreuve des Trois Arbres, il est nécessaire de laisser de côté l'interprétation, l'évaluation et le jugement. Cette démarche s'inspire de l'entretien clinico-critique de Piaget (Ducret, 2016), dans lequel le psychologue intervient en fonction de l'analyse préalablement établie et de l'interaction spontanée avec la personne. La méthode clinico-critique est une méthode de psychologie génétique élaborée par Piaget (1947). Elle correspond à un entretien individuel guidé en souplesse, sans réelle contrainte méthodologique, dans le but de découvrir la connaissance qu'un sujet a d'un concept ou d'un objet. Le psychologue guidant l'entretien doit adopter une certaine distanciation puisqu'il s'interroge sur une notion en examinant l'usage que le sujet en fait. Les questions posées peuvent être sans cesse rectifiées ou complétées en fonction des réponses obtenues.

La Lecture Partagée s'inspire également de l'entretien d'explicitation de Vermersch (2017), afin d'aider le sujet à exprimer un contenu implicite et donc de conscientiser un savoir qu'il ne sait pas qu'il connaît. La méthode de l'entretien d'explicitation s'ancre dans le courant phénoménologique et a été construite par Vermersch dans les années 1990. Elle vise la description minutieuse d'une action réalisée par une personne en situation professionnelle. Cette méthode permet de se situer du côté du point de vue de la

personne. Elle consiste à l'aider à exprimer son vécu de l'action alors qu'elle n'en a pas forcément conscience. Il s'agit alors d'aider à verbaliser un savoir-faire et de créer ainsi une prise de conscience de ce savoir par la personne.

Avec la Lecture Partagée, la personne développe son point de vue à travers la métaphore de l'arbre. Elle est soutenue par les interventions du psychologue en termes botaniques. A son initiative, le sujet effectue également des transformations en profondeur entraînant des changements effectifs des attitudes et des conduites.

e) ua Intérêt de l'Épreuve des Trois Arbres dans la remédiation et la souffrance au travail en EHPAD.

Hughes (1996) désigne le métier comme « l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi, et même de son destin dans son unique existence » (Hughes, 1996, p.76). L'Épreuve des Trois Arbres (Fromage, 2011), est un outil permettant de revisiter et d'approfondir tous ces aspects mais aussi d'aider à dégager les ressources de la personne. Selon Goldenberg (1989), les situations de stress et de tensions au travail sont alimentées par la réactivation des problèmes personnels du soignant et les données liées à l'histoire personnelle croisent celles du contexte. Delbrouck (2008) met en avant le vécu et la personnalité dévouée du soignant dans la manière de vivre son métier. Certains auteurs comme Elfstrand, Corlin, Kajonius, & Kazemi (2017) font la relation entre les traits de personnalité du soignant en maison de retraite et la qualité de soins prodigués à la personne âgée. D'après Canoui & Mauranges (2015), la confrontation aux épreuves comme la mort, la perte, et les diagnostics est génératrice d'angoisse et de figures anxigènes qui réactivent un vécu personnel douloureux. « Le travail de soin comporte donc une charge mentale et psychique élevée qui renvoie toujours l'individu à son seuil de tolérance et à sa capacité à mobiliser ses ressources personnelles » (Canoui & Mauranges, 2015, p.60). Badey- Rodriguez (2003) nous rappelle que « les réactions des soignants sont à rattacher à leur propre histoire, à leur vécu familial actuel, à leur problématique affective et à leur niveau de fatigue et de lassitude au moment des événements » (Badey-Rodriguez, 2003, p.72). On voit alors toute la nécessité de proposer un mode d'intervention sur le mal-être professionnel intégrant tous ces aspects.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'Épreuve des Trois Arbres va donner au soignant l'occasion de raconter son expérience, de revenir sur ses émotions et ses représentations par l'intermédiaire du dessin de l'arbre. Il apprend à exprimer son vécu interne et à dégager ses propres ressources. D'après Fromage (2012) l'Épreuve des Trois

Arbres permet de faire un bilan de situation, c'est-à-dire l'état des forces en présence à un moment donné. Il permet de mettre à jour les forces du désiré et du refusé pour voir comment elles s'articulent. Dans cette situation, la personne se trouve dans son contexte, au carrefour de son passé et de son avenir. Elle prend en compte le sujet de manière globale : sur le plan affectif, cognitif, interpersonnel, conscient, non conscient, culturel, social, géographique, etc. L'Épreuve des Trois Arbres est une aide qui conduit à la personne en traduisant une certaine organisation interne.

Pour la psychologie humaniste, une personne est une entité globale qui possède ses propres ressources pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes, choisir son avenir. Grâce à l'Épreuve des Trois Arbres, la personne peut anticiper son avenir en déterminant le positif et négatif qui fondent son fonctionnement. Elle pourra, en conséquence, construire sa vie puisque, par rétroaction, l'anticipation suscite les choix et les conduites du présent.

Toujours selon Fromage (2012), l'ETA est une grille de lecture qui maintient la spécificité, tout en préservant le renouvellement du point de vue sur la situation et de possibles évolutions au service de la personne. L'analyse et la lecture de cette grille se centrent sur l'arbre et sa description. Cette démarche inspirée de la phénoménologie vise à approfondir l'expérience subjective pour que la personne puisse se dire avec ses propres mots, son propre ressenti, son vécu et son éprouvé. Elle se décline ici en une procédure technique permettant de mettre en évidence les lignes de force de la situation.

L'Épreuve des Trois Arbres appliquée dans le contexte de l'EHPAD va donner la possibilité au soignant de parler de lui-même, de son vécu et de se découvrir et se raconter tout en dégageant ses propres ressources. La phase préliminaire peut être adaptée à ce que le professionnel vit au travail. « Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général ... A ce que vous vivez ou à ce qui vous préoccupe...actuellement... en vous... peut-être même sans jamais y penser...des images...peuvent surgir avec des sensations diverses... des sentiments...des souvenirs, des idées peut-être aussi...ou des rêves...naturellement...vous laissez venir...pour simplement réaliser... facilement... et à votre manière...l'exercice suivant ... qui va aider à avancer... » (cf. annexe 1).

Le professionnel va alors pouvoir travailler sur ses valeurs, ses représentations et également sur ses conduites. L'Épreuve des Trois Arbres intervient dans « l'ici et maintenant ». Cet outil est une médiation proposée au sujet pour parler de lui par l'intermédiaire des arbres. C'est un accompagnement en lui-même qui peut se prolonger en prenant l'arbre comme point d'appui.

5.2.3. ua Les accompagnements interindividuels : libérer la créativité et les ressources collectives.

Nous avons vu dans le chapitre précédent la nécessité d'une prise en charge multidimensionnelle dans la remédiation de la souffrance au travail. Les approches primaires et secondaires doivent se compléter pour garantir l'efficacité des programmes de soutien. La relaxation et la méditation par la pleine conscience permettent un apaisement physique et mental du soignant. L'Épreuve des Trois arbres quant à elle va amener le soignant à parler de son histoire personnelle, son vécu, ses valeurs mais également à dégager des ressources. Nous allons maintenant nous intéresser à l'aspect interpersonnel et collectif du métier.

Dans le travail d'accompagnement et de soin, la composante relationnelle est au premier plan. Pour Rogers (1971), les relations d'aide sont des « relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre, la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie » (Rogers, 1971, p.27). Pour Canouï (2003), la relation à l'autre constitue le sens du travail chez le soignant et c'est ce critère de l'échelle de burnout MBI qui fait la spécificité de l'épuisement dans le soin. Selon Manoukian (2009), les conséquences du burnout détériorent également la relation avec le patient et engendreraient agressivité, erreurs dans le soin et absentéisme.

La composante relationnelle dans le soin ne concerne pas seulement la relation soignant-soigné mais également celle que le professionnel entretient avec ses pairs. Pour Canouï & Mauranges (2015), le collectif et les relations entre collègues ont une importance majeure dans le phénomène d'épuisement professionnel. « On sait maintenant que les conflits entre collègues et entre corps de métier sont des facteurs d'épuisement professionnel plus importants que l'accompagnement des malades. Ils sont d'ailleurs très bien corrélés avec l'épuisement professionnel testé à l'échelle du MBI » (Canouï & Mauranges, 2015, p.65). Ces conflits construisent de l'anxiété et déstabilisent le soignant. Comme écrit dans notre troisième chapitre, le bien-être au travail c'est la possibilité de repousser ensemble les limites du métier (Clot, 2007).

a) ua Le modèle de soutien des aidants ou Newcastle Support Model de James & Stephenson (2007).

James & Stephenson (2007) ont développé un modèle de soutien adressé aux aidants familiaux et professionnels de personnes souffrant de démence. Cette méthode est basée sur les approches d'intervention cognitive centrée sur la personne (Beck,

1996 ; Kitwood, 1997 ; Cohen-Mansfield, 2000). Elle permet un travail et une réflexion collective au sujet de la personne aidée afin de mieux la comprendre. Le modèle est utilisé notamment pour gérer les comportements difficiles et les troubles du comportement comme ceux présentés dans le chapitre 2.

La situation de la personne est décrite à travers une analyse complète des caractéristiques et besoins de la personne. Les observations sont toutes consignées sur une page et regroupées en catégories. L'histoire de vie regroupe l'histoire connue de la personne, ses expériences, ses relations mais également ses pertes, la présence d'événements traumatiques et ses moyens d'y faire face.

Les éléments de la personnalité du sujet sont récoltés d'après les entretiens avec la personne ou sa famille.

Les troubles cognitifs sont résumés à partir des observations tirées des bilans neuropsychologiques.

Les traitements médicamenteux sont listés ainsi que leurs effets secondaires.

L'environnement de la personne est décrit et on se pose la question de savoir s'il répond à ses besoins. Est-il trop bruyant, sombre, confus... ?

Les éléments connus de santé mentale sont résumés. Quelle est l'humeur de la personne, souffre-t-elle de pathologie psychiatrique, dépression, anxiété, hallucinations... ?

L'histoire médicale ou de santé physique du sujet regroupe les observations médicales et les pathologies connues. La personne souffre-t-elle de plaies, douleurs, troubles urinaires... ?

L'apparence physique, l'attitude ou la posture sont décrites.

Le discours de la personne ou ses vocalisations sont retranscrits.

Enfin, les troubles du comportement sont listés et décrits avec leur fréquence et leur intensité.

Grâce à cette réalisation, le groupe d'aidants construit une vision globale et partagée de la situation.

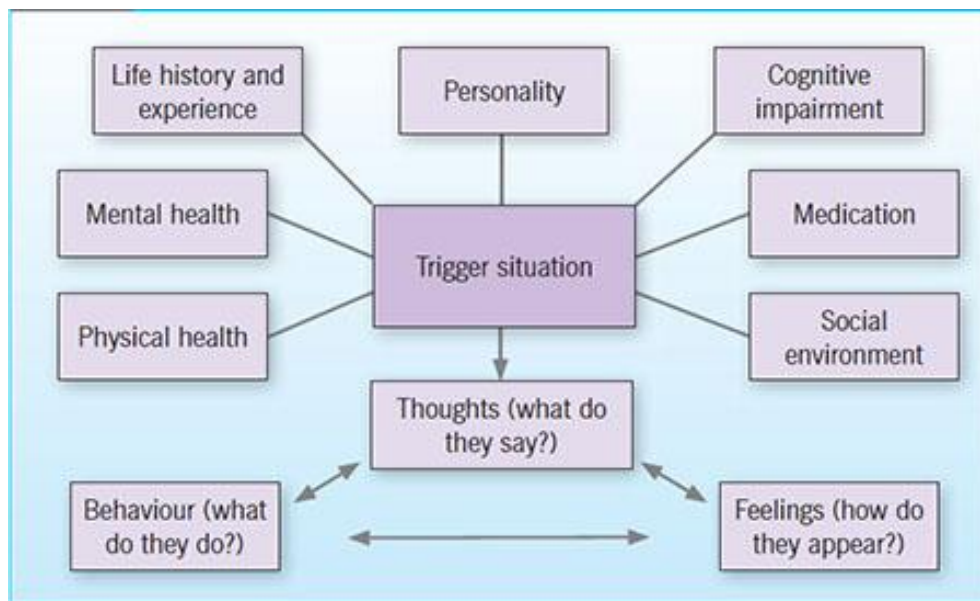


Figure 18 : Newcastle Support Model ou modèle de soutien des aidants de James et Stephenson (2007).

Source : Jackman (2015).

Les participants vont ensuite déterminer les déclencheurs possibles du comportement difficile. Ils font également des hypothèses sur les besoins et les pensées de la personne. Enfin, les aidants vont imaginer un plan d'intervention sur les déclencheurs possibles du comportement qui peuvent être modifiés.

Ce modèle a été évalué pendant 4 ans et a montré un impact significatif sur les troubles du comportement mesuré à l'aide de l'inventaire neuropsychiatrique NPI-ES (Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi, & Gornbein, 1994). Une réduction de stress des professionnels a également été observée.

Après avoir construit cette vision globale et collective de la situation de manière descriptive et centrée sur la personne, l'analogie avec l'arbre va de nouveau être utilisée. Dans le prolongement de ce qu'aura vécu chaque participant lors de la restitution de l'ETA, il s'agit de susciter une créativité collective, d'initier un autre regard sur le patient et d'autres pratiques.

b) ua Le Cahier de l'Arbre, Fromage (2015).

Le Cahier de l'Arbre est une méthode qui découle de l'Épreuve des Trois Arbres (Fromage, 2011). Elle a d'abord été présentée dans un article de Fromage & Ferrand en 2013. Elle se situe dans la continuité du travail réalisé avec la personne lors de la passation de l'Épreuve des Trois Arbres. Le Cahier de l'Arbre démarre avec les observations issues de l'ETA de la même manière que pour la Lecture Partagée et constitue un véritable accompagnement psychologique (Fromage, 2015).

De séance en séance, la personne va pouvoir s'appuyer sur ses dessins et sur les questions du psychologue pour approfondir l'expérience vécue lors de l'ETA. Le sujet continue son discours sur l'arbre et il peut transformer lui-même son dessin au fil de son récit. Toujours par analogie entre l'arbre et l'être humain, les changements effectués sur l'arbre vont faire écho sur le plan psychologique chez l'humain. La personne peut alors renouveler son point de vue sur la situation et développer d'autres perspectives (Fromage & Ferrand, 2013). Sa production sur et autour de l'arbre reste dans le domaine botanique. Les apports du psychologue se font en ces termes et les digressions de la personne sur le plan psychologique ou biographique sont recadrées dans le domaine de l'arbre botanique. Les interventions consistent alors « à questionner certaines positions, à souligner les contradictions, à renverser les perspectives en se référant au domaine végétal selon une démarche maïeutique qui écarte jugements de valeur, évaluation, interprétation » (Fromage, 2015, p. 241).

A travers les différentes séances, la personne peut effectuer des retours sur ce qui a été réalisé, stimulant sa réflexion. Le cahier de l'arbre permet alors la trace d'un cheminement (Fromage & Ferrand, 2013). L'analogie au végétal mobilise les ressources de la personne et permet de regarder la situation sous un angle évolutif.

Selon Fromage & Ferrand (2013), la démarche du Cahier de l'Arbre va engager dans une expérience singulière et la faire évoluer. Elle possède des techniques communicationnelles selon deux lignes d'interventions : l'approfondissement et la transformation. Les interventions d'approfondissement invitent la personne à expliciter sa situation et son expérience vécue dans le présent. Les interventions sollicitant la transformation du point de vue de la personne vont lui permettre d'induire du changement sur les différents niveaux. Il est alors proposé d'ajouter ou retirer des composants de l'arbre ou encore d'augmenter ou diminuer des éléments de sa production.

c) ua Intérêt de ces techniques dans la remédiation du mal-être au travail en EHPAD, le Cahier de l'Arbre Collectif (CAC).

Dans le prolongement de l'Épreuve des Trois Arbres, cette démarche a pour but de faire évoluer les valeurs, les représentations et les conduites depuis le point de vue initial de la personne. Elle peut être utilisée dans un cadre collectif au travail. Le professionnel sait se servir du dessin de l'arbre pour exprimer son point de vue et il va pouvoir le développer en équipe. L'objectif est de faire émerger un point de vue et une expérience collective. Dans notre contexte, en EHPAD, les soignants choisissent par concertation un accompagnement professionnel difficile.



Photo 1 : Cahier de l'Arbre Collectif en EHPAD, étude A.

Après l'avoir abordé en premier lieu sur un mode descriptif et verbal grâce au modèle de soutien des aidants de James et Stephenson (2007), la situation est évoquée par l'intermédiaire du dessin de l'arbre guidée par les interventions du psychologue dans l'objectif de faire émerger une créativité ainsi que des ressources collectives. L'approche

reste ainsi centrée sur la personne dans un va-et-vient entre l'histoire subjective des participants, le malade, l'équipe et l'institution. Ce qui a été initié dans le premier temps – relaxation, Mindfulness et ETA – se trouve ainsi questionné et confronté à des situations concrètes comme autant de lieux d'expérience et de mise à l'épreuve.

Dans la partie suivante, nous présenterons les outils ayant inspiré le programme contrôle de notre recherche : un soutien unidimensionnel du mal-être et de la souffrance au travail.

5.3. ua Outils d'inspiration pour une prise en charge unidimensionnelle du mal-être et de la souffrance au travail en EHPAD.

Les outils ayant inspiré le programme contrôle de cette recherche sont les groupes de parole et la formation des professionnels. Un accompagnement par groupe de parole ou par formation des soignants, même s'il peut solliciter l'aspect individuel, collectif ou encore représentationnel de la personne, ne combinera pas tous ses aspects pour en faire un soutien holistique. Il ne permettra pas un travail sur certaines dimensions comme l'apaisement physique ou mental, ainsi que sur l'histoire de la personne. Dans ce travail, ces outils seront considérés unidimensionnels dans la mesure où ils sont rattachés à une seule approche de prise en charge du mal-être et de la souffrance au travail : l'approche primaire.

5.3.1. ua Les groupes de parole.

a) ua Définition.

Les groupes de parole peuvent être qualifiés dans la littérature comme une technique « en vogue ». Selon les notes d'Otto Rank dans l'ouvrage « les premiers psychanalystes », ils ont été inaugurés au début du XXème siècle sous la forme de réunions cliniques chez Sigmund Freud à Vienne (Rouzel, 2018).

Selon cet auteur, les groupes de paroles sont définis aujourd'hui comme une pratique de groupe ou une réunion de plusieurs personnes au sein desquels les membres

peuvent s'exprimer librement autour d'une difficulté commune. Ces réunions se déroulent autour de thèmes prédéfinis et leur visée n'est pas nécessairement thérapeutique. Les membres des groupes de parole peuvent être des patients, des victimes, des usagers d'institutions sociales ou médico-sociales, des professionnels, et plus particulièrement des membres du personnel soignant. Dans le milieu du travail, les groupes de parole peuvent, selon leurs objectifs, être appelés groupe de supervision ou encore groupes d'analyse de la pratique. Ils offrent alors « un espace d'élaboration des pratiques et des difficultés professionnelles, d'éclairage de la relation affective et affectée avec les usagers... » (Rouzel, 2018, p.40).

Certains auteurs mettent en évidence le flou qui entoure la notion de groupe de parole (Rouzel, 2018 ; Rusniewski & Rabier, 1999). En fonction de ces domaines d'application et selon ses objectifs, le groupe de parole peut s'utiliser dans de nombreux contextes, ce qui accentue cette perception. « Dès que plusieurs personnes parlent ensemble, de quoi s'agit-il si ce n'est d'un groupe de parole ? » (Rouzel, 2018, p.40).

b) ua Les groupes de parole en milieu professionnel.

On retrouve souvent le groupe de parole dans les milieux professionnels et surtout dans les secteurs du soin, du social et du médico-social. « Ce phénomène traverse toutes les organisations de travail, notamment celles qui peuvent se définir comme offrant des services où la « relation à autrui » (Dubet, 2002) est de plus en plus reconnue comme déterminante dans la réalisation de leur mission. » (Blondeau, 2004, p.19). L'auteur précise que le groupe de parole, dans ces institutions, se distingue des réunions hebdomadaires ou organisationnelles animées par un cadre hiérarchique et visant à la résolution des problèmes.

Selon Deneux (2008), le groupe de parole doit favoriser l'expression et l'échange des vécus sans niveau hiérarchique. « Il s'agit de permettre la reconnaissance des subjectivités individuelles, d'en libérer le poids d'inhibition pour en partager la richesse, dans un système de communication horizontal et non plus vertical comme dans les relations quotidiennes des services » (Deneux, 2008, p.127-128). Cet espace de parole permet de comprendre les mécanismes psychologiques de défense, d'identification et de projection des patients ainsi que ceux des soignants. Il favorise une prise de distance dans la relation avec les patients et une reconnaissance de la souffrance au travail (ibid, 2008).

Rouzel (2018) précise également que l'objectif de ces groupes de paroles peut être l'expression de la souffrance mais également la résolution de conflit, l'exposition et

l'exploration subjectives ou collectives des difficultés. Pour Blondeau (2004), il s'agit d'exprimer librement son ressenti, ses affects et ses comportements pour mieux comprendre ce qui est en jeu chez le soignant ; selon lui, c'est une manière de prendre soin de soi pour mieux prendre soin des patients et de leur entourage.

Deneux (2008), expose trois conditions à la mise en place des groupes de parole à l'hôpital. Il faut tout d'abord que le personnel soit fortement motivé et éprouve réellement le besoin de ces groupes au travail. L'intérêt intellectuel seul ne suffirait pas et il n'est pas envisageable d'imposer cette prise en charge. La seconde condition est un investissement de l'institution. Le personnel encadrant des équipes doit favoriser la mise en place des groupes et avoir conscience de leurs besoins sans se sentir menacé par ces espaces de parole. Enfin, l'intervenant doit être formé et qualifié pour animer ce groupe.

Selon l'auteur, ces conditions sont difficiles à réunir, ce qui expliquerait pourquoi les groupes de paroles sont assez rares sur le terrain.

Dans le contexte particulier de l'EHPAD, les groupes de parole n'ont pas réellement été théorisés. Ils diffèrent peu ou pas des groupes proposés dans le milieu général du soin.

L'annexe de la circulaire de la direction générale de la santé du 30 mars 2005 propose des modalités d'organisation des groupes de parole en soutien aux aidants de malades d'Alzheimer. Ces groupes sont constitués d'une dizaine de personnes, volontaires. Les membres du groupe partagent une même réalité quotidienne et parlent de leur vécu autour d'un accompagnant extérieur au service. L'intervenant extérieur doit posséder des connaissances et compétences dans l'animation et la dynamique des groupes. Les temps d'échange doivent être réguliers et suivre un calendrier préétabli.

Le groupe de parole possède des règles de fonctionnement. Selon Blondeau (2004), les règles de base pour le bon fonctionnement du groupe sont le respect de la parole de chacun, le non jugement et la non hiérarchisation de ce qui est dit. Selon l'auteur, il est également nécessaire d'employer le « je » pour s'exprimer et de s'assurer que toute question posée permette à l'autre d'avancer. Nous ajouterons à cela la règle de la confidentialité qui permet à chaque personne de s'exprimer en toute sécurité.

5.3.2. ua Information et formation de soignants.

a) ua Historique.

Comme décrit précédemment en première partie, il est nécessaire de s'assurer de la formation adéquate des soignants afin de prévenir et de remédier à la souffrance au travail. La formation spécifique des professionnels en EHPAD et plus spécifiquement ceux intervenant auprès des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer est indispensable. La relation aux personnes malades mais aussi à leur famille est éprouvante et relève de compétences spécifiques. La connaissance permet de prendre de la distance. Les outils théoriques et pratiques vont aider à donner du sens aux attitudes et aux comportements de chaque personne malade.

C'est depuis le troisième plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 que les recommandations prévoient de développer la formation des professionnels (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2008). La mesure 20 de ce plan préconise de développer les métiers et les compétences spécifiques des personnes travaillant auprès des personnes âgées dépendantes et plus particulièrement des malades d'Alzheimer. Par la suite, la Haute Autorité de Santé (HAS) ou encore l'Agence Nationale d'Évaluation des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM) ont recommandé la formation des professionnels à la gestion des troubles du comportement (HAS, 2009), aux « savoir-être » et aux « savoir-faire » spécifiques à l'accompagnement des malades d'Alzheimer et apparentés. Le plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 poursuit les recommandations avec son enjeu n°4 : « Adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades. » : « Sont identifiés comme des axes d'amélioration incontournables [...] la formation, l'acquisition de compétences et de bonnes pratiques tant en formation initiale que continue. » (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2014, p.51).

Amyot (2009), met en avant la nécessité de former le personnel en gériatrie pour prévenir l'épuisement professionnel. Il souligne alors la pléthore de formations proposées aux directeurs d'établissement.

b) ua Les formations de soignants en EHPAD.

En 2003, une étude de la fondation Médéric Alzheimer résume les demandes de formations adressées aux organismes compétents. Les EHPAD demandaient alors des connaissances pour mieux communiquer avec les personnes malades et pour mieux gérer leur agressivité. Leurs souhaits étaient également d'apprendre à « animer » les personnes âgées désorientées et de bénéficier du soutien des équipes dans leurs projets (Amyot, 2009). Aujourd'hui on peut dresser une liste des formations les plus proposées aux personnels des EHPAD.

Le diplôme d'Assistant de Soin en Gérontologie (ASG) a vu le jour grâce au plan Alzheimer 2008-2012. Cette formation de 140h propose aux aides-soignants ou aux aides médico-psychologiques déjà expérimentés 5 domaines d'enseignement (Podeur & Heyriès, 2010). Ces domaines sont : concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne ; aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie ; mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues ; comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé ; réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées.

La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a créé un programme de formation continue appelé Mobilisation pour la Qualité des pratiques professionnelles « Mobiquial ». Ce programme a pour objectif d'améliorer la qualité des services rendu en établissement et services médico-sociaux et notamment en EHPAD. Il s'articule autour de 7 thématiques : la maladie d'Alzheimer, la bientraitance, la dépression, la douleur, la nutrition, les risques infectieux et les soins palliatifs. Mobiquial propose des outils scientifiques et pédagogiques sous forme de mallettes contenant des classeurs de documentation et/ou des outils vidéo pour chaque thématique. Les établissements peuvent demander ces outils ou y avoir accès par abonnement en version dématérialisée. Ce programme pédagogique Mobiquial s'est interrompu au cours de l'été 2016 pour une durée indéterminée (SFGG, 2016).

La philosophie de soin Humanitude a été développée par Gineste & Marescotti dans les années 1980. Elle s'intéresse aux liens permettant aux humains de se rencontrer quel que soit leur état, leur statut. Pour cela, elle s'appuie sur trois piliers relationnels, le regard, la parole, le toucher et la verticalité (Humanitude, 2018). Ces concepteurs travaillent depuis 1975 sur un programme de formation des soignants basé sur les concepts de bientraitance. Il regroupe un ensemble de théories et pratiques pour

rapprocher le soignant et le soigné dans leur humanité, améliorer les soins et le prendre soin des personnes, ainsi qu'accompagner les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie, jusqu'à la fin. Les établissements qui s'engagent dans les programmes de formation Humanitude peuvent avoir accès à des « formations-actions » sur différentes thématiques dans le domaine du soin, de la vie sociale, du management, ou de la restauration.

La méthode de « Validation » développée par Feil (2005) est aussi appelée Validation affective, ou thérapie par empathie. Elle a pour objectif principal de maintenir la communication avec les grands vieillards désorientés afin de les accompagner dans une relation respectueuse de leur identité. Elle s'attache à reconnaître la manifestation de leur besoin d'exister en tant qu'individu ainsi que d'être entendus. La formation à la méthode de Validation apporte plus particulièrement des « techniques d'écoute et de communication verbale et non-verbale nécessaires pour améliorer la relation et mieux prendre en charge les patients désorientés » (Carpentey, 2015, p.15).

Il existe de nombreuses autres formations livrant aux soignants des outils pour mieux entrer en relation et accompagner les personnes âgées. On peut citer l'approche Carpe Diem développée par Nicole Poirier dans les années 1990 au Canada qui livre des techniques d'écoute et de compréhension des besoins des malades d'Alzheimer ou encore la méthode Snozelen développé en Hollande par Verhuel & Hulsegge dans les années 1970 qui se base sur l'exploration sensorielle. Les formations à l'accompagnement des malades d'Alzheimer et maladies apparentées sont nombreuses et diverses. « La formation « à la maladie d'Alzheimer » est aussi vaste que toutes les disciplines, les approches scientifiques et les pratiques qui s'y intéressent aujourd'hui (médecine, architecture, animation, technologies...). Et, finalement, les propositions varient peu » (Amyot, 2009, p.277).

Synthèse/Encadré du chapitre

Ce chapitre expose les outils qui ont inspiré ce travail de recherche et permettant une remédiation de la souffrance au travail en EHPAD.

Le training Autogène de Schultz et la méditation par la pleine conscience ou Mindfulness de Kabat-Zinn assurent une prise en charge physique, mentale et émotionnelle du soignant. Ces techniques peuvent être rattachées aux approches secondaires et individuelles de la prise en charge de la souffrance au travail. Dans le contexte de l'EHPAD, elles vont permettre au soignant de mieux gérer ses émotions, de réinstaller un bien-être physique et d'augmenter l'attention à la situation présente en autonomie.

L'Épreuve des Trois Arbres de Fromage, le modèle de soutien des aidants de James et Stephenson et le Cahier de l'Arbre de Fromage et Ferrand sont des pratiques individuelles et collectives grâce auxquelles le professionnel peut exposer son point de vue et sa propre expérience comme celle de la personne aidée. Individuellement puis collectivement, il adopte un nouveau regard sur sa situation, la relation avec l'autre, le soigné, l'organisation et l'institution. Tirés des approches primaires et secondaires de la prise en charge de la souffrance au travail, ces techniques permettent un soutien holistique et multidimensionnel du soignant dans son environnement. Elles lui confèrent maîtrise, autonomie et installent un processus de changement des pratiques en profondeur pour ouvrir l'avenir.

Enfin, nous exposons dans ce chapitre les outils choisis pour inspirer la prise en charge unidimensionnelle de la souffrance au travail. Les groupes de parole ainsi que la formation de soignants sont des réponses majoritairement utilisées en EHPAD.

6. ua Chapitre 2 : Méthodologie de la recherche.

6.1. ua Introduction.

Cette recherche s'est déroulée au sein de 4 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes entre janvier 2014 et juin 2016. Du fait de son déroulement en milieu naturel, elle a été immédiatement soumise à de fortes contraintes de faisabilité en provenance du terrain.

Le rythme de travail étant très soutenu et la charge de travail intense en EHPAD, la disponibilité des professionnels est faible. La question du dégagement du temps se posait systématiquement dès lors qu'était proposé un espace de soutien aux professionnels. Les budgets limités des établissements ne permettaient pas aux directeurs de rémunérer intégralement ces séances. La fatigue des professionnels les poussait souvent à refuser d'empiéter sur leur temps personnel. Parallèlement à cela, la planification des séances était souvent mise à mal par des plannings très irréguliers. Comme expliqué dans le chapitre 2, l'organisation de travail en EHPAD est très hétérogène selon le roulement ou le service occupé et un même professionnel peut connaître 5 types d'horaires différents.

L'objectif de cette recherche a donc été d'intégrer les injonctions variées du terrain. Le protocole a été assoupli ce qui l'a éloigné des conditions de recherche de laboratoire mais rapproché du réel. Il en a découlé des échantillons faibles de soignants participants et nous qualifierons alors cette recherche de recherche exploratoire. La recherche exploratoire est utilisée comme un préalable à la structuration d'études plus large. Elle peut « aider à déterminer le devis de recherche adéquat, avant de mener une étude de plus grande envergure » (Trudel, Simar, & Vonarx, 2006). Elle permet souvent d'identifier les difficultés d'une situation de recherche et de la clarifier.

Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthodologie de cette recherche exploratoire composée de plusieurs études au cours desquelles nous avons cherché à améliorer notre protocole.

6.2. ua Population et outils de mesure.

6.2.1. ua Population.

Quatre études que l'on nommera A, B, C et D ont été menées entre janvier 2014 et juin 2016 dans 4 EHPAD différents. Comme indiqué ci-dessus, la composition des échantillons a subi les exigences du terrain et au total, 38 professionnels ont participé à cette recherche. Tous étaient des salariés pluri-professionnels d'EHPAD c'est-à-dire dans l'accompagnement de la personne âgée dépendante.

Étude A : 13 participants (11 femmes et 2 hommes).

Groupe expérimental A : 8 femmes parmi lesquelles, une infirmière, une infirmière coordinatrice, une Aide-Médico-Psychologique, deux Agents de Service et d'Hébergement, trois Aides-soignantes.

Groupe contrôle A : 2 hommes et 3 femmes parmi lesquelles, une infirmière, deux Aides-Soignants, deux Agents de service et d'Hébergement.

Étude B : 4 participants (4 femmes).

Groupe expérimental B : 4 femmes parmi lesquelles, deux Aides-Soignantes, une infirmière et une Agent de Service et d'Hébergement.

Groupe contrôle B : annulation pour cause d'arrêts de travail longue durée et démobilitation du groupe.

Étude C : 12 participants (12 femmes).

Groupe expérimental C : 6 femmes parmi lesquelles, trois Aides-Soignantes et deux Agents de Services et d'Hébergement, une Aide-Médico-Psychologique.

Groupe contrôle C : 6 femmes parmi lesquelles, trois Aides-Soignantes, deux Agents de Service et d'Hébergement et une socio-esthéticienne.

Étude D : 9 participants (9 femmes).

Groupe expérimental D : 4 femmes parmi lesquelles, deux Aides-Soignantes et deux Agents de Service et d'Hébergement.

Groupe contrôle D : 5 femmes parmi lesquelles, trois Agents de Service et d'Hébergement et deux Aides-Soignantes.

Au total, 22 personnes ont participé aux groupes expérimentaux et 16 personnes aux groupes contrôles.

Les professionnels des différents groupes étaient d'âge et d'ancienneté comparables.

Les 16 soignants des groupes de contrôle, 14 femmes et 2 hommes, avaient de 26 à 58 ans ainsi qu'une ancienneté de 1 à 33 ans.

Les 22 soignants des groupes expérimentaux étaient des femmes de 20 à 58 ans avec une ancienneté de 1 à 26 ans.

	Programme Expérimental	Programme Contrôle
Étude A : début 2014	8	5
Étude B : début 2015	4	Annulation
Étude C : fin 2015	6	6
Étude D : début 2016	4	5
Total	22	16

Tableau 1 : Récapitulatif de la répartition des participants selon les études et les groupes.

6.2.2. ua Outils de Mesure.

D'après-ce qui est décrit en première partie de ce travail, nous avons choisi d'évoquer le mal-être et la souffrance au travail en développant les notions de stress, de

burnout ou d'épuisement professionnel et de risques psycho-sociaux. Les outils de mesure qui ont été choisis pour cette recherche devaient nous permettre d'évaluer ces dimensions chez les participants.

Afin de mesurer le stress des participants, nous avons choisi l'échelle de mesure du stress perçu, la Perceived Stress Scale dans sa version initiale en 14 items (PSS 14), (Cohen, Kamarck, & Mermelstein 1983). Pour mesurer le niveau d'épuisement professionnel ou burnout des soignants, nous avons utilisé l'inventaire d'épuisement professionnel, Maslach Burnout Inventory (MBI), (Maslach & Jackson, 1981).

Les risques-psychosociaux ne se mesurent pas avec une échelle en particulier. L'institut National de Recherche et de Sécurité au travail (INRS) propose une quarantaine d'outils de mesure utilisés dans une démarche de prévention des risques psycho-sociaux (INRS, 2017d). La PSS (Cohen, Kamarck, & Mermelstein 1983) et le MBI (Maslach & Jackson, 1981) font tous les deux parties des outils utilisés dans l'évaluation de ces risques.

À partir de la deuxième étude (étude B), nous avons souhaité intégrer une nouvelle échelle permettant, non pas d'évaluer le mal-être et la souffrance mais plutôt l'aspect positif du travail. En effet, comme expliqué dans notre première partie, l'orientation de cette recherche s'appuie sur les ressources de la personne et sur sa capacité à créer du sens dans sa pratique. Il apparaissait alors nécessaire d'intégrer la mesure d'un aspect positif tel que le bien-être au travail. L'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail (EMMBEPT) de Gilbert, Daguenaï-Desmarais, & Savoie (2011) a été retenue.

Les coefficients alpha de Cronbach des trois échelles choisies sont supérieurs à 0,70 et témoignent de la constance interne des questions (Cohen, Kamarck, & Mermelstein 1983 ; Maslach & Jackson, 1981 ; Gilbert., Daguenaï-Desmarais, & Savoie, 2011).

a) La Perceived Stress Scale (PSS 14), (Cohen, Kamarck, & Mermelstein 1983).

La Perceived Stress Scale (cf. annexe 3) est une auto-évaluation, c'est-à-dire que c'est la personne elle-même qui lit les questions et choisit une réponse. Cette échelle mesure le stress perçu par la personne en évaluant à quel point les situations sont vécues comme stressantes par les professionnels. Elle a été validée en français par Quintard (1994). Le questionnaire comporte 14 items, qui explorent les sentiments et les pensées liées au stress durant les 3 derniers mois tels que l'item 8 : « Combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez

faire ? ». Pour chaque question, la personne répond selon une échelle de Likert en 5 points qui va de 0, « *jamais* » à 4, « *très souvent* ».

Pour calculer le score de stress perçu, il faut additionner les réponses de 0 à 4 points en fonction des réponses apportées par le participant. Pour les items 1, 2, 3, 8, 11, 12 et 14, « *jamais* » correspond à un score de 0 et « *toujours* » à un score de 4 alors que pour les items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13, le score est inversé. Un score final inférieur à 20 correspond à un stress perçu faible alors qu'un score final supérieur à 40 correspond à un stress perçu élevé. Entre 20 et 40, le stress perçu est considéré comme modéré.

La PSS se base sur l'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) décrite en première partie. Elle évalue l'estimation par l'individu de sa capacité à contrôler les situations stressantes. « Elle ne porte donc pas sur des symptômes de stress, ni sur des événements précis (ce qui explique la formulation très "ouverte" des items), ni sur des facteurs de stress » (Langevin, Boini, François, & Riou, 2015, p.101).

b) ua Le Maslach Burnout Inventory (MBI), (Maslach & Jackson, 1981).

Le Maslach Burnout Inventory (cf. annexe 4) est une autoévaluation qui a été validée en Français par Dion & Tessier (1994). Ces auteurs définissent le burnout selon trois dimensions en 22 items.

La première dimension, l'épuisement émotionnel, mesure la perte d'énergie, la perte de motivation ainsi que l'épuisement des ressources de la personne. Elle comporte 9 items tels que l'item 2 : « Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail. »

La deuxième dimension, la dépersonnalisation, mesure les attitudes négatives, le détachement, le cynisme du professionnel, ainsi que le rejet de la personne avec laquelle le professionnel est en relation dans son travail. Cette dimension comporte 5 items tels que l'item 10 : « Je suis devenu plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail. »

La réduction de l'accomplissement professionnel est la troisième dimension. Elle mesure la dévalorisation du travail, la dévalorisation du bénéfice perçu au travail ainsi que la dévalorisation des compétences du professionnel. Cette dimension comporte 8 items tels que l'item 7 : « Je m'occupe efficacement des problèmes de mes malades. ».

Pour chaque question, la personne répond selon une échelle de Likert à 7 degrés de « *jamais* » (0 point) à « *chaque jour* » (6 points).

Pour calculer le score de burnout, il faut coter les réponses de 0 à 6 points en fonction de la fréquence sélectionnée par le participant. Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière signe un épuisement professionnel. Sont considérés comme significatifs, les scores supérieurs à 29 pour l'épuisement

émotionnel, les scores supérieurs à 11 pour la dépersonnalisation et le cynisme ainsi que les scores inférieurs à 34 pour l'accomplissement professionnel.

c) ua L'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail (EMMBEPT), (Gilbert, Daquenais-Desmarais, & Savoie, 2011).

L'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail (cf. annexe 5) est une échelle francophone d'autoévaluation. Elle est inspirée de l'Échelle de Mesure des Manifestation du Bien-Être (EMMBEP) de Masse, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, & Battaglini (1998). L'EMMBEPT indique un score du bien être psychologique ressenti par le personnel au sein de son milieu professionnel depuis les 3 derniers mois. Cette échelle comporte 22 items selon 3 dimensions.

La première dimension est appelée « la sérénité ». Elle comporte dix items tels que l'item 17 « Je trouve facilement des solutions à mes problèmes ».

La deuxième dimension est « l'engagement au travail ». Cette dimension comporte 5 items tels que l'item 6 « J'ai des buts, des ambitions. »

« L'harmonie sociale » est la troisième dimension. Elle comporte 7 items tels que l'item 5 « Je me sens aimé et apprécié. »

Pour chaque question, la personne répond selon une échelle de Likert à 5 degrés allant de « jamais » (0 point) à « presque toujours » (4 points).

Pour calculer le score de bien-être psychologique au travail, il faut additionner les réponses de 0 à 4 points en fonction des réponses apportées par le participant. L'EMMBEPT est notée sur 88 points. Les côtes les plus élevées reflètent les niveaux les plus élevés du bien-être psychologique au travail.

6.3. ua Construction et présentation du protocole de recherche.

6.3.1. ua Historique et cadre éthique de la recherche.

a) ua Historique.

Comme décrit plus haut, les quatre études A, B, C et D se sont déroulées dans 4 EHPAD distincts de janvier 2014 à juin 2016. Tous les soignants étaient volontaires pour participer à cette recherche mais les contraintes du terrain ne nous ont pas permis d'attribuer au hasard les soignants qui suivraient le groupe expérimental ou le groupe contrôle. En effet, certains EHPAD n'étaient pas en capacité de libérer assez de soignants pour mettre en place les deux groupes au sein du même établissement ou du même service. Il a donc fallu organiser les groupes, expérimental et contrôle, dans deux EHPAD ou services différents. Dans ces conditions, les soignants ne pouvaient pas choisir le type de soutien proposé et le groupe leur était imposé. Les groupes expérimentaux et contrôles des différentes études ont été animés par une seule et même personne, la doctorante, sur ses propres terrains professionnels. Ces conditions ont été choisies pour répondre aux contraintes d'une recherche non financée.

ua Étude A.

L'étude A, s'est déroulée entre janvier et juillet 2014. Comme écrit précédemment, les groupes, expérimental et contrôle, ont été mis en place dans deux EHPAD différents pour des raisons d'organisation. Nous avons procédé à un tirage au sort pour déterminer dans quel EHPAD serait mené le programme expérimental ou le programme contrôle.

Le groupe expérimental a été mis en place dans l'EHPAD 1 auprès de 8 soignants volontaires. Le soutien proposé a été appelé « programme de soutien multidimensionnel » (PSMD). Il s'est déroulé en 12 séances bimensuelles de 1 heure de janvier à juillet 2014.

Le groupe contrôle a quant à lui été mis en place au sein du service « a » de l'EHPAD 2. Cinq soignants volontaires ont participé à 12 séances bimensuelles d'une heure de type groupe de parole (GP) sur la même période.

ua Étude B.

Suite à la première étude, nous avons choisi de rajouter l'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail (EMMBEPT) afin de prendre en compte les ressources du soignant et sa capacité à se réaliser dans son travail.

L'étude B s'est déroulée entre décembre 2014 et mai 2015 au sein de l'EHPAD 3. L'organisation de l'établissement a permis de mener les deux groupes dans une même institution et les participants ont pu choisir le programme qui les intéressait le plus. Quatre personnes ont participé à 12 séances bimensuelles d'une heure du programme expérimental PSMD. L'effectif du groupe contrôle a diminué suite à des arrêts de travail longue durée ce qui a causé une démobilisation puis un arrêt du programme.

ua Étude C.

Au regard du déroulement de ces deux premières études, et afin d'améliorer notre protocole de recherche, nous avons choisi d'apporter des changements majeurs à notre méthodologie. Tout d'abord, la fréquence des séances a été modifiée. Pour l'étude C, nous avons opté pour une fréquence hebdomadaire pour favoriser la dynamique des participants et des programmes proposés. Ensuite, le contenu du programme contrôle a été modifié. D'après la littérature, les groupes de paroles nous apparaissaient moins utilisés en EHPAD pour répondre à la souffrance au travail. Selon Deneux (2008) « la percée de ces pratiques ne s'est pas faite dans l'institution médicale » (Deneux, 2008, p.124). Par ailleurs, la formation continue des soignants est largement développée en EHPAD. Comme écrit précédemment, Amyot (2009), souligne que les directeurs et encadrants ont majoritairement recours à la formation pour répondre à une difficulté. Il préconise alors de s'interroger sur les besoins des salariés pour répondre à une réelle demande et de ne pas se limiter au simple transfert de connaissances théoriques. Nous avons donc proposé aux participants des séances de formation et d'information sur les problématiques d'accompagnement rencontrées en EHPAD avec une base de thèmes parmi lesquels ils pouvaient eux-mêmes choisir. Un dernier changement a concerné le groupe expérimental. La passation de l'Épreuve des Trois Arbres qui s'était déroulée en séances individuelles avec chaque participant a été proposée collectivement à partir de

cette étude. En effet, la passation collective était plus avantageuse au niveau organisationnel pour le psychologue comme pour les soignants.

L'étude C s'est déroulée au sein de deux services différents de l'EHPAD 2. Le programme proposé aux différents services a été tiré au hasard. Six personnes ont participé à 12 séances hebdomadaires d'une heure du groupe expérimental PSMD d'avril à juin 2015 au sein du service « b » de l'EHPAD 2. Six autres personnes ont participé à 12 séances hebdomadaires d'une heure du groupe contrôle de type « Formation, Information et Sensibilisation » d'octobre à décembre 2015.

ua Étude D.

L'étude D s'est déroulée entre janvier et mars 2016 au sein de l'EHPAD 4. L'organisation de cet établissement a permis de mener les deux groupes dans une même institution et les participants ont pu choisir le programme qui les intéressait le plus. Quatre personnes ont participé à 12 séances hebdomadaires du programme expérimental PSMD. Cinq personnes ont participé à 12 séances du programme contrôle de type « Formation, information et Sensibilisation » entre janvier et mars 2016.

Le tableau suivant reprend la répartition des participants selon les études, et le type de programme suivi. Il indique également la fréquence des séances, dans quel EHPAD se sont déroulés les programmes et si le choix a été imposé aux participants ou non.

	Programme Expérimental Multidimensionnel	Programme Contrôle « Groupe de parole »	Programme Contrôle « Information/ Formation »
Étude A : début 2014 Séances bimensuelles	8 (EHPAD 1) imposé	5 (EHPAD 2, service a) imposé	-
Étude B : 2015 Séances bimensuelles	4 (EHPAD 3) choisi	Annulation (EHPAD 3) choisi	-
Étude C : mi 2015 Séances hebdomadaires	6 (EHPAD 2, service b) imposé	-	6 (EHPAD 2, service c) imposé
Étude D : début 2016 Séances hebdomadaires	4 (EHPAD 4) choisi	-	5 (EHPAD 4) choisi

Tableau 2 : Récapitulatif de la répartition des participants selon les études et les différents types de groupes.

b) ua Le cadre éthique de la recherche.

Avant de démarrer ces études, nous avons pris soin de vérifier si elles respectaient les règles éthiques et déontologiques de la recherche. Nous nous sommes inspirés du questionnaire créé par la fondation Médéric Alzheimer et soumis aux recherches postulants aux bourses doctorales. La réponse à ce questionnaire, permet de définir le cadre éthique de la recherche. La totalité de ce questionnaire ainsi que les réponses qui ont été apportées se trouvent en annexe 6 de ce travail.

Cette recherche fait appel aux professionnels d'EHPAD et peut donc indirectement toucher la qualité de vie et de prise en soin des résidents. Elle est soumise au comité d'éthique du laboratoire de psychologie de l'Université d'Angers.

Par le biais des études de cas, la recherche peut avoir recours à des données personnelles et médicales (contenues dans le dossier de l'institution). Elle ne fait pas l'objet d'une déclaration à la CNIL. Dans tous les cas, elle respecte les règles de confidentialité et l'anonymat des personnes.

Les bénéfiques identifiés de la recherche concernent l'amélioration du stress au travail, du burnout et du bien-être psychologique au travail. Nous attendons également une amélioration de la compréhension des situations difficiles et d'une manière générale, une évolution de la pratique permettant une prise en charge plus ajustée des malades. Ces modifications pourront avoir une conséquence directe sur la qualité de vie et de soin des personnes malades.

La contrainte principale de ces programmes est la nécessité pour les institutions de dégager du temps pour que les participants suivent le programme. En fonction des organisations proposées par les établissements accueillant la recherche, les participants peuvent être parfois contraints d'utiliser leur temps personnel.

Un document d'information est donné à tous les salariés (cf. annexe 7). Il reprend le but et le déroulement du protocole ainsi que ses avantages, ses contraintes, des informations sur l'utilisation des données personnelles et le consentement des participants. Le recrutement des participants se fait sur la base du volontariat. Tout au long du programme d'accompagnement, le chercheur ne manque pas de veiller à ce que les participants directs et indirects puissent s'exprimer sur la manière dont ils vivent leur participation à la recherche. Les participants directs à la recherche (professionnels) sont présumés capables de consentir de manière libre et éclairée. Le chercheur fait en sorte que les personnes sachent que le consentement est révocable et qu'elles peuvent décider, lorsqu'elles le souhaitent, d'interrompre le recueil des données et exiger que les données les concernant leur soient remises ou détruites.

La nécessité d'un groupe contrôle dispensera certains participants de la méthodologie expérimentale et vice-versa. Les personnes seront dûment informées des

dispositions prévues après l'étude et leur accès aux interventions ou aux services identifiés comme bénéfiques dans le cadre de la recherche sera facilité.

Les résultats de la recherche sont présentés aux institutions et aux participants (présentations orales, écrites, poster, formulaires) s'ils le désirent, dans des délais pouvant aller de quelques mois à un an après la fin de la recherche.

Le chercheur n'a pas identifié de conflit d'intérêt susceptible de porter atteinte à l'objectivité, à l'intégrité ou la crédibilité de la recherche

6.3.2. ua Présentation des protocoles de recherche.

a) ua Le programme expérimental.

Le programme expérimental de soutien multidimensionnel (PSMD) est constitué de 12 séances hebdomadaires et construit en trois étapes successives dans une démarche globale et centrée sur la personne. Inspiré d'une approche humaniste, ce programme se base sur la réalité interne et subjective de l'individu. En s'appuyant sur le vécu et l'expérience propre de la personne, il l'aide à dégager ses ressources. Dans une vision globale, ce programme propose un accompagnement des soignants selon trois dimensions présentées en figure 19 :

1 Apaisement physique et mental : corps, émotions, sensations

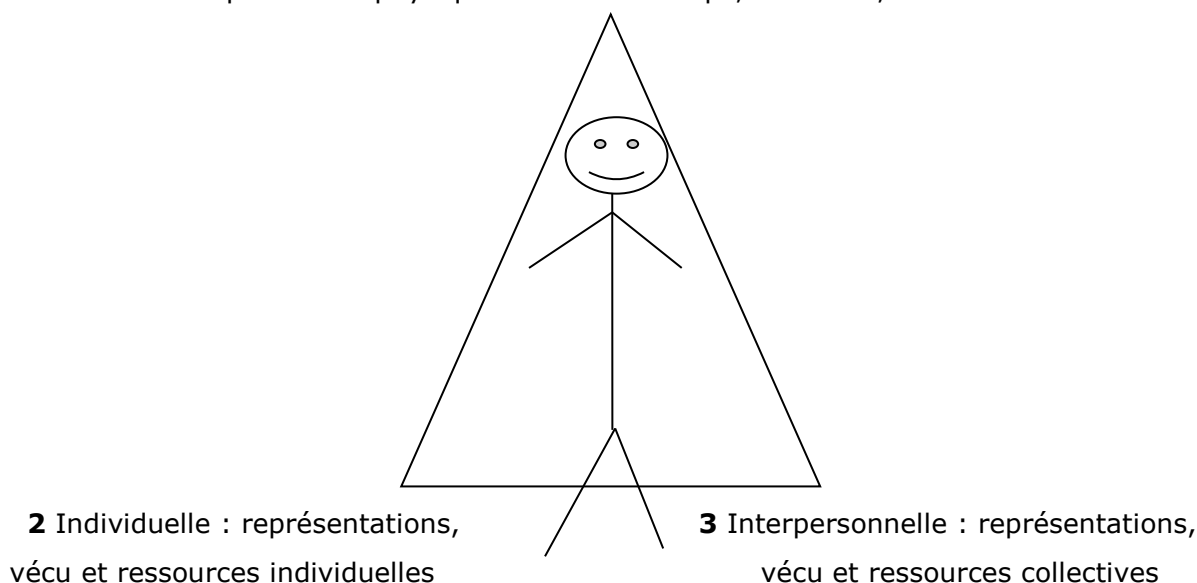


Figure 19 : Les dimensions sollicitées par le programme de soutien multidimensionnel.

Les 5 premières séances permettent un travail sur la 1^{ère} dimension. Le soignant est invité à prendre contact avec son corps, ses sensations, ses émotions par un apprentissage de la relaxation (Schultz, 1958). Le programme débute ainsi dans l'objectif d'apprendre au soignant à installer un bien-être physique et mental. Il va pouvoir devenir autonome avec ces méthodes et les réutiliser en situation. Au début de chaque séance suivante, un temps est consacré à la consolidation des apprentissages de relaxation ainsi qu'à une sensibilisation aux techniques appartenant au domaine de la méditation par la pleine conscience (Kabat-Zinn, 2013).

Les 6^{ème} et 7^{ème} séances développent la 2^{ème} dimension. L'occasion est donnée au soignant de raconter son expérience, de revenir sur ses émotions et ses représentations par l'intermédiaire du dessin de l'arbre. Il apprend à exprimer son vécu et dégager ses propres ressources avec l'Épreuve des Trois Arbres de Fromage (2011).

Les 5 dernières séances (8 à 12) permettent de travailler la 3^{ème} dimension. Le soignant sait se servir du dessin de l'arbre pour exprimer son point de vue et il va pouvoir le développer en équipe. L'objectif est de faire émerger une perspective et une expérience collective. Les soignants choisissent par concertation un accompagnement professionnel difficile. Ils l'abordent en premier lieu sur un mode descriptif et verbal grâce au modèle de soutien des aidants de James & Stephenson (2007). La situation est ensuite travaillée dans la continuité de l'Épreuve des Trois Arbres sur un mode analogique guidée par des interventions de type Cahier de l'Arbre de Fromage (2015). L'objectif est de faire émerger une créativité ainsi que des ressources collectives.

La mise en place de ce groupe expérimental nécessite une salle fermée, assez grande pour une table et des chaises ainsi qu'un groupe de personnes allongées au sol. Le psychologue devra également se munir de tapis de gymnastique, ainsi que de couvertures. Il peut aussi être utile d'apporter un support musical pour diffuser une ambiance aidant à la détente. Enfin, du matériel de dessin sera nécessaire tel que des feuilles (A3, A4, A0), des crayons gras, et des feutres de couleur et/ou encore de la peinture.

ua Première étape, centration sur le soignant.

Comme écrit plus haut, la première étape du programme de soutien multidimensionnel est composée de 5 séances de 1h en groupe. Elle propose au soignant un travail sur la première dimension : l'apaisement physique et mental. Au cours de ces 5 séances, les premières étapes du cycle inférieur du training autogène de Schultz vont être explorées. Il s'agit d'un apprentissage de la relaxation, de la gestion des émotions et d'acquisitions d'automatismes de relaxation pouvant être activés en toutes situations.

Le script de relaxation est divisé en 5 grands thèmes abordés selon un ordre progressif au long de ces 5 séances. Par la suite, chaque séance du programme commence par quelques minutes de relaxation et de centration sur soi qui renforcent l'apprentissage initial. Il s'agit d'apprendre aux soignants à installer du bien-être en eux-mêmes comme condition d'un mieux-être en situation professionnelle. Cet apprentissage vise à développer la détente musculaire, la fluidité émotionnelle et la flexibilité mentale.

Le protocole détaillé de ce programme de soutien multidimensionnel et le script de chaque séance est disponible en annexe 1.

ua Séance 1, introduction.

La première séance est une séance introductive. Après une présentation du psychologue ainsi qu'une verbalisation des attentes des participants vis-à-vis du soutien proposé, le programme et son cheminement sont présentés aux soignants. Il est également nécessaire de rappeler les règles de fonctionnement d'un groupe de soutien qui s'apparentent à celles du groupe de parole : le respect de la parole de chacun, une parole non hiérarchisée, une discrétion et/ou confidentialité sur ce qui est dit en séance ainsi que le non-jugement de ce qui peut être amené par chacun.

Ensuite, un temps est consacré à la passation des trois questionnaires : la Perceived Stress Scale (PSS14), le Maslach Burnout Inventory (MBI) et l'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail. Avant de commencer à remplir ces autoévaluations, nous avons décidé de proposer un temps de recentration et d'imagerie mentale sur ce que les professionnels vivent au travail depuis les trois derniers mois. Ce temps est guidé par le psychologue avec des suggestions telles que « *Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général... depuis les trois derniers mois... A ce que vous vivez actuellement... en vous... peut-être même sans jamais y penser... Des images...* » (cf. annexe 1). Ici et dans la description suivante des séances, les points de suspensions représentent les temps de silence marqués, à l'oral, par le psychologue.

Chaque séance démarre par échauffement et une prise de contact avec son corps et ses sensations. C'est également un temps de recentration sur soi ainsi que d'attention sur ce qui se passe au niveau physique et mental. Ces échauffements sont inspirés d'automassages et d'étirements développés par Choque & Choque (2007). Le psychologue peut, à ce moment, recueillir l'éventuelle présence de douleurs corporelles chez les participants empêchant certains mouvements ou positions. Un temps de verbalisation sur le ressenti et les sensations est ensuite proposé aux professionnels. L'apprentissage débute dès l'échauffement puisqu'il est demandé aux soignants de garder en mémoire les sensations agréables et de détente.

Enfin, en position assise, les professionnels sont invités à se préparer à la relaxation : « *Pendant ces temps, nous allons apprendre à nous relaxer et nous détendre. Ces moments nous permettront de reprendre plus facilement nos forces, de mieux gérer les émotions et les situations rencontrées au quotidien. Nous allons apprendre des techniques pour se sentir mieux, relaxer les parties du corps ou retrouver ces moments agréables lorsque notre corps est lourd et que nous sommes au bord du sommeil. Nous allons commencer par un 1^{er} exercice simple et court : Je commence par me mettre à l'aise, tranquillement... Je m'installe confortablement, comme je le souhaite... Je peux fermer les yeux... les laisser ouverts. En m'installant, je commence à sentir mon corps... je le laisse s'ajuster à la chaise...* »

La relaxation est amorcée par la phase d'induction au calme : « *Je suis calme, tout à fait calme* ». Puis elle continue avec la sensation de lourdeur : « *Mon... corps... est... lourd... Agréablement lourd...* »

Après que les professionnels aient été guidés pour reprendre contact avec l'environnement extérieur et pour ouvrir les yeux, chacun peut exprimer son ressenti. Les sensations de confort et de détente doivent être gardées en mémoire par les participants.

Pour clore la séance, le psychologue rappelle le rendez-vous suivant et demande aux soignants un travail quotidien de remémoration des sensations agréables ressenties pendant la séance ainsi qu'une attention à leurs émotions et sensations.

ua Séance 2, la lourdeur.

Chaque séance commence ensuite par un retour sur les exercices de la semaine. Les participants sont également invités à s'exprimer sur leur état du moment.

Après l'échauffement, les soignants peuvent, s'ils le souhaitent, s'allonger sur des tapis au sol. Des couvertures et des coussins sont à leur disposition et une ambiance musicale peut éventuellement être proposée. Le choix du ou des morceaux peut se faire parmi les disques de musiques de détente et avec l'avis des participants.

Le psychologue introduit alors la relaxation par une induction au calme qui, d'après Schultz (2013), aidera la personne à mettre son esprit au repos avant de se concentrer sur la détente corporelle. La séance est ensuite consacrée à la sensation de lourdeur. Le script suivi est inspiré du training autogène de Schultz et suggère cette sensation en parcourant tout le corps : *« Mon corps est lourd, tout à fait lourd confortablement... Mon pied droit est lourd... ma cheville droite est lourde... agréablement... Mon mollet droit est lourd... lourd et détendu... Mon genou, ma cuisse est lourde... [...] Je peux maintenant sentir que tout mon corps est lourd... agréablement... de plus en plus et de mieux en mieux... L'ensemble de mon corps est agréablement lourd et je me sens bien, comme lorsque je m'installe dans mon lit et que je me détends, comme lorsque je suis juste au bord du sommeil... Je me sens bien... »*

A la fin de la relaxation, le psychologue peut proposer des images et visualisation sollicitant les sens autour de la sensation de lourdeur ou de légèreté : *« J'entends le bruit de l'eau et je sens l'eau couler sur mon corps... juste à la bonne température... m'entraînant vers le bas. Le sol est liquide... je m'enfonce. Je suis calme, très calme... je suis lourd(e), très lourde. [...] Je sens que je vole comme un oiseau, ou... comme une plume... Je suis légèr(e), très légèr(e)... comme lorsque je flotte à la surface de l'eau... Je suis légèr(e)... et détendue... je me sens comme une bulle de savon qui vole... Je suis calme, très calme. Je suis légèr(e), très légèr(e)... »*

Après avoir repris contact avec l'environnement extérieur, les professionnels peuvent s'exprimer sur leur ressenti pendant la séance. Il est également demandé à ce que les sensations de détente et de bien-être soient mises en mémoire.

La séance se termine après une phase d'étirements, de frottements et de mouvements réinstallant une dynamique. Les professionnels repartent avec comme consigne de se remémorer les sensations de détentes mises en mémoire pendant cette

première séance de relaxation. Ils peuvent également reprendre certaines suggestions explorées ensemble pour pratiquer seuls.

ua Séance 3, la chaleur.

La troisième séance est consacrée à la sensation de chaleur. Après un retour sur les exercices hebdomadaires ainsi qu'un échauffement, les soignants sont invités à s'installer au sol. Suite à une induction au calme, un bref rappel de la sensation de lourdeur est d'abord proposé aux soignants. Le psychologue enchaîne ensuite sur les suggestions de sensation de chaleur en parcourant tout le corps : « *Mon corps est chaud, tout à fait chaud... D'une chaleur agréable... Mon pied droit est chaud... Ma cheville droite est chaude... agréablement... Mon mollet droit est chaud... chaud et détendu... mon genou, ma cuisse est chaude ... [...] Je peux maintenant sentir que tout mon corps est chaud... agréablement... de plus en plus et de mieux en mieux... Je suis calme, tout mon corps est lourd et chaud... et je me sens bien, comme lorsque je m'installe au soleil et que je me détends, comme lorsque je suis juste au bord du sommeil... »*

Le psychologue propose à nouveau des images sollicitant les différents sens mais cette fois autour de la sensation de chaleur : « *Je sens une source de chaleur agréable dans mon ventre... Cela peut être un soleil qui réchauffe... des rayons de soleil qui diffusent une chaleur agréable sur mon corps, des petits animaux à fourrures très douces et chaudes contre moi... Je peux aussi sentir que je suis allongé(e) sur le sable. Je sens que cette chaleur se diffuse dans tout mon corps... Tout mon corps est agréablement chaud. Je suis bien, calme et détendu ».*

Toujours sous la guidance du psychologue, les professionnels reprennent contact avec l'environnement extérieur. Comme à chaque fois, un temps est accordé à la verbalisation du ressenti de chacun avant les exercices de dynamisation pour clôturer la séance. Les soignants repartent alors avec les mêmes consignes d'exercices quotidiens à réaliser entre les séances.

ua Séance 4, les rythmes cardiaques.

Lors de la quatrième séance, les participants sont invités à se concentrer sur leur rythme cardiaque. Comme pour les séances précédentes, les soignants commencent par échanger sur les exercices réalisés pendant la semaine.

Suite à l'échauffement, les professionnels s'installent au sol. Avec ou sans musique selon le choix des participants, le psychologue commence par l'induction au calme pour continuer sur de brefs rappels des sensations de lourdeur et de chaleur : « *Je*

commence par me mettre à l'aise à ma manière tranquillement. Je m'installe confortablement, comme je le souhaite. Je peux fermer les yeux, les laisser ouverts. En m'installant, je sens mon corps, je le laisse s'ajuster au sol... Je sens que mon corps est lourd et détendu... [...] Mes pieds et toutes mes jambes dans leur largeur et leur hauteur sont chaudes et détendues... [...] Tout mon corps... est chaud, lourd et détendu... de plus en plus et de mieux en mieux... »

Il est alors suggéré de se concentrer sur son rythme cardiaque ainsi que de le sentir dans tout son corps : *« Je pose maintenant mon attention sur mon cœur qui bat... Je peux poser ma main sur ma poitrine... légèrement et... je sens mon cœur... qui bat... Calmement... Je l'écoute... [...] De ma poitrine à mon ventre... dans tout mon dos... Je sens les mouvements de mon cœur jusque dans mes bras... Dans mes jambes... Mon cœur bat calme et fort dans... Tout mon corps... [...] Je peux maintenant sentir que tout mon corps est lourd... chaud... agréablement... de plus en plus et de mieux en mieux... Je suis calme comme les battements de mon cœur... et je me sens bien, comme lorsque je m'installe au soleil et que je me détends, comme lorsque je suis juste au bord du sommeil... »*. Les images proposées sont cette fois associées à la chaleur et introduisent la sensation de fraîcheur au niveau du front. Le psychologue suggère également de retrouver un souvenir agréable et de se concentrer sur les sensations remémorées : *« Je peux me souvenir d'un moment agréable que j'ai vécu et je le laisse progressivement revenir à moi. Je retrouve peut-être des images agréables... cela peut être le cadre, le paysage... les personnes, les sons... Je les laisse prendre place de façon agréable... Je peux également retrouver d'autres sensations... des lumières... »*

Après avoir demandé aux soignants de mettre en mémoire les sensations de bien-être de cette séance, le psychologue les guide pour revenir dans « l'ici et maintenant ». Enfin, suite à un temps de verbalisation et une phase de dynamisation, les soignants ont pour consigne de retrouver quotidiennement les sensations mises en mémoire lors de cette séance.

ua Séance 5, la respiration.

La cinquième séance est la dernière de la première étape. Elle vient clore l'apprentissage de la relaxation inspirée du training autogène de Schultz. Elle est consacrée à la respiration. Le temps d'échange sur les exercices réalisés dans la semaine permet également de demander aux professionnels comment ils se sont sentis après la séance précédente. En effet, certaines personnes, toujours en poste, retournent travailler après les séances du programme et peuvent faire un retour sur leur état physique ainsi que leur état d'esprit au travail immédiatement après la relaxation.

Après l'échauffement, les professionnels peuvent s'installer au sol pour commencer un bref rappel des séances précédentes : « *Je sens que mon corps est lourd et détendu... [...] Mes pieds et toutes mes jambes dans leur largeur et leur hauteur sont chaudes et détendues... mes fesses et mon bassin et tout mon dos sont chauds... mes mains, mes bras sont chauds agréablement... [...] Je pose maintenant mon attention sur mon cœur qui bat... [...] Je sens les battements de mon cœur comme une vague qui va et vient... comme une mer qui sans cesse déferle sur la rive... »*

Ensuite, le psychologue suggère de porter son attention sur la respiration : « *Je pose mon attention sur l'air qui entre et sort naturellement... je ressens ma poitrine qui bouge lorsque l'air entre et ressort... je suis le chemin de l'air, tranquillement, dans tout mon corps [...] Je respire naturellement. Je sens les mouvements de mon souffle agréablement dans tout mon corps jusqu'à la pointe de mon crâne... Je suis toute respiration.... Je me soulève et m'abaisse en respirant, comme une barque sur une mer tranquille... »* De la même manière que pour la séance précédente, le psychologue propose d'expérimenter ensuite la sensation de chaleur à l'aide d'images ainsi que la sensation de fraîcheur au niveau du front. Avant de guider les soignants vers une sortie de la relaxation, il est à nouveau suggéré de se souvenir d'un moment agréable et de retrouver les sensations qui y sont associées.

Les professionnels échangent enfin sur leur vécu de la séance puis les mouvements de dynamisation sont effectués en groupe et les consignes pour la séance suivante sont données.

ua Deuxième étape, centration sur la relation soignant/soigné.

La deuxième étape comporte 2 séances de 1h consistant en un bilan de situation effectué à l'aide de l'Épreuve des Trois Arbres (Fromage, 2011). La première séance est consacrée à la passation de l'Épreuve de manière collective. La deuxième séance est une Lecture Partagée qui se déroule individuellement. Il s'agit d'engager une démarche autobiographique sur un mode indirect (Épreuve des Trois Arbres) visant un travail sur l'identité personnelle et la question du sens face à une confrontation continue avec la dégradation et la mort en milieu professionnel. L'hypothèse est de permettre aux soignants d'identifier leurs fonctionnements et leurs systèmes de valeurs subjectives. L'ETA (Fromage, 2011) utilise l'arbre comme support pour faciliter l'expression de soi. Cette épreuve est non-invasive dans la mesure où les données recueillies au long d'un protocole structuré en douze étapes permettent de mettre en valeur de manière analogique les ressources de la personne. La Lecture Partagée qui suit la passation, souligne les dynamismes en jeu en prenant soin de rester dans les cadres d'une

communication analogique c'est-à-dire utilisant l'arbre comme médiation et support (Fromage, 2012).

ua Séance 6, passation collective de l'Épreuve des Trois Arbres (Fromage, 2011).

Cette sixième séance débute comme les précédentes en prenant des nouvelles des participants ainsi que leurs impressions sur les exercices réalisés pendant la semaine. Une brève introduction leur présente l'objet de la séance du jour et laisse place aux échauffements habituels. Un temps de consolidation des apprentissages de la relaxation est réalisé immédiatement après l'échauffement. Le psychologue propose que chacun fasse revenir pour lui-même les sensations de détente mises en mémoire pendant les séances précédentes dans l'objectif de favoriser l'autonomisation dans la relaxation. *« Prenez un temps d'environ 30 seconde à 1 minute, pour laisser revenir les sensations de détente et de bien-être que nous avons expérimentées lors des séances précédentes et que vous avez mises en mémoire. Vous pouvez vous répéter certaines phrases que vous choisissez en fonction de vos besoins. »*

Ensuite, il est nécessaire de s'installer autour d'une table pour la passation de l'Épreuve des Trois Arbres. Une phase préliminaire à cette passation va suggérer aux participants de se centrer sur le moment présent. De la même manière que pour le training autogène, l'étape préliminaire permet d'activer un niveau d'imagerie ou de rêverie. Ici, il est proposé au soignant de penser à ce qu'il a été, ce qu'il est et aussi ce qu'il va devenir. Le psychologue lui suggère également de laisser venir des images de ce qu'il vit au travail sur le moment : *« Lors de ce programme de soutien, vous avez eu l'opportunité de vous arrêter... pour faire le point... faire le point sur votre vie en général... et au travail parce que celui-ci... est également un morceau de votre vie... De ce que vous avez envie de devenir... mais aussi de qui vous êtes ou de ce que vous avez envie de ne pas devenir... Aujourd'hui je vous propose un atelier qui a pour objet de mettre en évidence les forces de votre situation actuelle... Il va se dérouler en deux phases, une de réalisation et une d'échange autour de ce que vous aurez fait. [...] Mais êtes-vous installés confortablement ? (Attendre que les personnes se repositionnent éventuellement) ... Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général... A ce que vous vivez ou à ce qui vous préoccupe... actuellement... en vous... peut-être même sans jamais y penser... des images... peuvent surgir avec des sensations diverses... des sentiments... des souvenirs, des idées peut-être aussi...ou des rêves...naturellement...vous laissez venir... pour simplement réaliser... facilement... et à votre manière... l'exercice suivant... qui va aider à avancer... »*

Le psychologue s'est préalablement muni du « Bilan psychologique à l'aide de l'Épreuve des Trois arbres » : manuel + feuilles de passation (Fromage, 2012). Des crayons gras doivent être fournis ainsi que d'éventuels crayons-feutres de couleurs. Les participants ont devant eux les feuilles de passation ainsi que les crayons et répondent aux questions du protocole de l'ETA posées par le psychologue.

Après la passation, chacun des participants peut s'exprimer, s'il le souhaite, sur son ressenti ou son vécu lors de cette séance.

Le psychologue programme ensuite un rendez-vous individuel avec chaque professionnel pour réaliser la Lecture Partagée. Il donne enfin les consignes de la semaine et propose d'utiliser les exercices dans le milieu professionnel de manière à continuer à favoriser l'autonomisation en situation réelle.

ua Séance 7, la Lecture Partagée.

Pour cette septième séance, il est nécessaire de s'asseoir à une table côte à côte afin de guider la Lecture Partagée. Le psychologue doit avoir en sa possession le protocole de la personne rencontrée qu'il aura préalablement analysé selon les principes et la procédure d'analyse détaillés dans le manuel de Fromage (2012). Des questions d'approfondissement auront été préparées pour relancer la discussion autour du protocole. La méthodologie de la Lecture Partagée sera exposée et détaillée dans l'analyse qualitative de ce travail.

Après une prise de contact avec la personne et quelques retours sur les exercices réalisés la semaine passée, le psychologue propose un temps de consolidation des apprentissages de relaxation. Il suggère ensuite de se remémorer ce qui a été fait lors de la séance précédente : « *Tu peux maintenant prendre le temps de te souvenir de ce que nous avons fait la dernière fois... des arbres que tu as dessinés... de leurs histoires... de ce qu'ils devenaient ensemble... Aujourd'hui nous allons échanger autour de ce que tu as fait ... Nous allons déplier ensemble ce que tu as amené de façon à dresser un avenir dans lequel ...tu auras envie d'aller ...un avenir où tu pourras disposer tes projets... lors de cette seconde phase, mon rôle sera de t'accompagner à l'intérieur du cadre dessiné pour t'aider à prendre conscience de tes capacités... dès aujourd'hui... »*

Le participant et le psychologue lisent ensemble le protocole réalisé la semaine passée. Le psychologue pose les questions et les relances qu'il a préparées lors de l'analyse de l'Épreuve des Trois Arbres afin de favoriser l'explicitation. Les échanges se font toujours « en langage arbre » (Fromage, 2019) c'est-à-dire uniquement sur les arbres dessinés et racontés : « *Que refuserait-il de devenir ? S'il est sec, ça se passe*

comment, pour lui ? Que devient-il ? Sans vie ? Comment tu vois ça ? » Le professionnel peut continuer alors à raconter les arbres, à approfondir et à transformer son récit. Il peut également intervenir sur ses propres dessins.

Après un retour sur le vécu du soignant lors de l'Épreuve des Trois Arbres et de la Lecture Partagée, le psychologue lui demande d'effectuer quotidiennement les entraînements habituels en situation professionnelles jusqu'à la séance suivante.

ua_ Troisième étape, création sur les pratiques.

La troisième étape inclut 5 séances de 1h en groupe. Il s'agit ici de prendre en compte l'autre volet de la souffrance au travail, à savoir la dimension interpersonnelle, qui touche à la fois à la relation au malade et au vécu d'équipe. Le terme de « Création sur les pratiques » est préféré à celui d'analyse ou de réflexion sur les pratiques. En effet, les outils utilisés sont centrés sur la personne, ils appartiennent à la psychologie humaniste et permettent à la personne de mobiliser ses ressources, de recréer et de transformer son rapport au travail.

Chacune de ces 5 séances débute par un temps de consolidation des apprentissages dans l'apaisement physique et mental. Le training autogène de Schultz est complété par l'apprentissage de techniques tirées de la mindfulness ou pleine conscience (Kabat-Zinn, 2013; Kumar, Adiga & Anice, 2014). La mindfulness a pour objectif de développer la présence de la personne à chaque situation, un accord de soi avec le moment présent afin de promouvoir une amélioration de la maîtrise de soi dans l'environnement.

Lors de la huitième séance, les aidants professionnels choisissent en groupe la ou les accompagnements difficiles dans leur relation aidant-aidé afin de les travailler dans cette troisième phase.

Durant les séances 8 et 9, la première méthode utilisée reprend le modèle de soutien des aidants professionnels et familiaux de James & Stephenson (2007). Ce modèle se centre sur l'analyse des besoins de la personne dans sa globalité pour comprendre son comportement. Le groupe d'aidants construit une vision partagée de la situation et détermine les déclencheurs possibles du comportement difficile. Lors des dixième, onzième et douzième séances, l'intervention se fait sur un mode analogique s'appuyant sur le modèle du Cahier de l'Arbre (Fromage, 2015) et dans le prolongement de ce qu'a vécu chaque participant lors de la Lecture Partagée de l'ETA. L'analyse amorcée aux séances précédentes est élargie avec le Cahier de l'Arbre Collectif. La position des aidants et la biographie de la personne malade est abordée de manière indirecte avec le recours à l'analogie arbre/humain comme médiation. Il s'agit de susciter

une créativité collective, d'initier un autre regard sur le patient pour une transformation des pratiques.

ua Séance 8, le modèle de soutien des aidants 1 (James & Stephenson, 2007).

La huitième séance démarre de la même manière que les autres séances collectives par un retour sur les exercices de la semaine, sur leur ressenti après la séance précédente et les changements observés. Après une brève présentation des séances de la troisième étape, les soignants se mettent en place pour l'échauffement habituel. Un temps de consolidation des apprentissages est ensuite proposé assis autour d'une table et un premier exercice de sensibilisation à une attitude de pleine conscience est proposé par le psychologue : « *Je vous demande maintenant d'être attentifs aux sons extérieurs qui vous entourent, ainsi qu'aux sons intérieurs (respiration... cœur...). Prenez le temps de les écouter pendant 30 secondes à une minute, observez-les... comme ils viennent... sans les juger... Vous entendez peut-être votre voix, vos pensées dans votre tête... C'est normal. Vous entendez peut-être vos propres pensées. Laissez-les passer comme des nuages dans le ciel. Sans vous y accrocher. Peut-être entendrez-vous alors le son du silence...* »

Au centre de la table est installée une grande feuille de format A0 et des crayons feutres de couleurs sont mis à disposition des participants. Les professionnels sont alors invités à choisir ensemble un accompagnement qu'ils vivent comme difficile au travail. Le psychologue sollicite alors la réflexion d'équipe et la coopération lors du choix de la situation.

Le nom de la personne choisie est reporté au centre de la feuille et les soignants vont pouvoir construire une vision partagée de la situation. Pour cette construction, le programme reprend le modèle de soutien des aidants de James & Stephenson (2007) dans lequel les aidants doivent décrire le comportement de la personne à partir d'une analyse de ses besoins. Comme décrit dans le chapitre précédent, les observations sont catégorisées en différentes dimensions : l'histoire de vie, la personnalité, les troubles cognitifs, l'histoire de la maladie, les traitements, l'environnement, la santé mentale, l'apparence physique, le discours et les troubles du comportement. Dans le cadre de ces séances, nous ajoutons également la catégorie « impact et ressenti de la situation sur les soignants ». Toutes ces descriptions sont reportées sur la feuille A0 et les participants choisissent un code couleur et un emplacement pour chaque catégorie d'information. Les soignants peuvent ensuite chercher ensemble des hypothèses sur les déclencheurs des comportements difficiles, les besoins et les pensées possibles de la personne malade ainsi que sur les pistes d'interventions possibles vis-à-vis de la situation.

Un plan d'intervention ciblant les déclencheurs modifiables du comportement est élaboré. Les hypothèses de lien entre les éléments sont représentées et le schéma émergent permet de tirer des pistes d'interventions possibles. Le psychologue, aide et relance les participants. Il peut rappeler les catégories d'informations, aider à formuler des hypothèses... Il veille à l'écoute et l'expression de chaque personne.

Les professionnels sont à nouveau invités à verbaliser leur ressenti lors de cette expérience. A la fin de la séance, les participants n'ont généralement pas terminé la représentation collective et descriptive de la personne. Le psychologue informe de la continuité de ce travail en séance 9 et donne les consignes d'exercices quotidiens à réaliser pendant la semaine suivante : « *Au quotidien, pendant cette semaine, vous pourrez continuer à retrouver les sensations de détente, bien-être que vous avez mis en mémoire en particulier lors de situation professionnelles. Soyez attentifs, observez, et écoutez ce qui se passe autour de vous, comme si vous le découvriez pour la première fois, sans le juger...* »

ua Séance 9, le modèle de soutien des aidants 2 (James & Stephenson, 2007) et représentation analogique par le dessin de l'arbre (Fromage, 2011).

La neuvième séance permet aux professionnels de terminer la construction de la vision partagée de la situation. Après un retour sur les exercices personnels effectués pendant la semaine et un échauffement, le psychologue guide les professionnels sur un temps de consolidation des apprentissages de la relaxation. Il amène ensuite un deuxième exercice de sensibilisation à une attitude de pleine conscience : « *Respirez maintenant naturellement et amener votre attention sur les sensations de votre respiration. ...Par exemple, ressentez l'inspiration et l'expiration... Ressentez le souffle sur les narines ou dans la gorge, les mouvements du ventre ou de l'abdomen... Concentrez-vous sur l'ensemble des sensations liées à la respiration pendant une minute... le frottement des vêtements sur votre peau quand vous respirez... Si vous êtes distrait par une pensée, ramenez tranquillement votre concentration sur la respiration.* »

Le psychologue propose aux participants de reprendre et de relire ensemble ce qui a été fait la semaine passée. Il peut proposer aux soignants d'expliquer le travail effectué aux éventuelles personnes absentes lors de la séance précédente.

Pour terminer cette représentation descriptive, les soignants doivent être d'accord sur le fait que pratiquement toutes les informations connues ou hypothèses sur la situation ont été notées. S'ils pensent avoir terminé leur représentation descriptive, le

psychologue peut mettre la feuille de côté ou l'accrocher au mur de manière à ce qu'elle puisse être visible si besoin.

Suite à la représentation descriptive de la situation complexe d'accompagnement, le psychologue distribue une feuille A4 vierge à chaque participant afin qu'il puisse représenter la situation évoquée de manière analogique, dans la continuité de ce qui a été appris avec l'Épreuve des Trois Arbres : *« Vous allez maintenant prendre quelques secondes pour vous remémorer la situation que nous avons évoqué de manière descriptive... vous pouvez laisser venir des images... des sensations diverses... des sentiments... des souvenirs, des idées peut-être aussi... naturellement... vous laissez venir... pour simplement réaliser... à votre manière... l'exercice suivant... Vous allez, sur la feuille devant vous, dessiner un arbre qui représente pour vous cette situation... comme vous le voyez... »* De la même manière que dans la deuxième étape, l'arbre est utilisé comme médiation et les interventions sur ce support permettent de dégager des ressources. Cette orientation a pour but de faire évoluer les valeurs, les représentations et les conduites depuis le point de vue initial des soignants. Dans un cadre collectif, l'approche reste ainsi centrée sur la personne dans un va-et-vient entre l'histoire subjective du soignant, le malade et l'équipe et l'institution. Ce qui a été initié dans le premier temps – relaxation, mindfulness et ETA – se trouve ainsi questionné et confronté à des situations concrètes comme autant de lieux d'expérience et de mise à l'épreuve.

Après un temps d'échange sur le vécu de chacun pendant la séance, le psychologue donne les consignes de la semaine et propose de développer les exercices de pleine conscience : *« Au quotidien, pendant cette semaine, vous pourrez continuer à retrouver les sensations de détente, bien-être que vous avez mis en mémoire en particulier lors de situations professionnelles. Soyez attentifs, observez et écoutez ce qui se passe autour de vous, comme si vous le découvriez pour la première fois, sans le juger... Chez vous ou au travail, concentrez-vous pendant 1 minute lors des repas sur les saveurs, le goût des aliments, la mastication, le contact des aliments avec le palais, etc... Buvez de l'eau en ressentant le goût de celle-ci, en ressentant agréablement le contact dans la bouche, sur le palais, dans la gorge... »*

ua Séance 10, le Cahier de l'Arbre Collectif (Fromage, 2015).

Pour commencer cette dixième séance, les soignants sont invités à faire un retour sur les exercices réalisés pendant la semaine. Après l'échauffement habituel, le psychologue propose que chacun fasse revenir pour soi-même les sensations de détente

prises en mémoire dans l'objectif de favoriser l'autonomisation dans la relaxation. Il propose ensuite un exercice de sensibilisation à une attitude de pleine conscience. Ce temps peut s'effectuer debout pour continuer à autonomiser les participants et à se rapprocher des situations réelles.

La séance se déroule par la suite autour d'une table. La représentation descriptive réalisée lors des séances précédentes d'après le modèle de James & Stephenson (2007) est disposée de manière à être visible. Le psychologue laisse un temps pour que chaque participant reprenne et se remémore son dessin. Chaque personne doit alors présenter son dessin au groupe et choisir quelques mots ou explications sur son arbre (images, mots, sentiments qu'ils lui sont venus en dessinant, ou raisons pour lesquelles tel ou tel détail a été ajouté...). Le psychologue veille à l'écoute et l'expression de chaque personne. Il peut aider les participants à s'exprimer en relançant : « *Et quelles images te sont venues ou te viennent en le regardant ? Quels sentiments te viennent ou te sont venus en le regardant ? ...* »

Les participants sont ensuite invités à construire une représentation collective de la situation sur un mode analogique. A la lumière de chaque dessin et explication donnés, les participants sont invités à dessiner sur la feuille A0 un arbre commun reprenant les éléments importants, choisis ensemble. Le psychologue peut aider le groupe dans le cheminement de la construction de leur arbre au regard de chaque dessin individuel : « *Les dessins ont des troncs différents ; quel est celui que vous choisissez pour votre arbre ?* » Aucune contrainte n'est formulée, l'arbre peut être réel ou imaginaire.

Le psychologue propose alors une phase d'approfondissement de ce point de vue collectif en reprenant certaines questions du protocole de l'Épreuve des Trois Arbres. Pour chaque question, le groupe devra se mettre d'accord sur la ou les réponses données : « *En regardant attentivement cet arbre, donnez les mots ou les expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit en considérant votre dessin... Racontez l'histoire de cet arbre, comme s'il parlait... que devient-il ?* » Lors de cette étape, le psychologue laisse les participants s'exprimer oralement et spontanément en veillant à ce que la parole de chacun soit écoutée. Il peut prendre des notes pendant que les participants débattent sur la construction de leur histoire. Lorsque le groupe s'est mis d'accord, le psychologue écrit sur une feuille A4 l'histoire de l'arbre telle qu'elle a été construite par les participants. Si les participants ont besoin de plus de temps pour cette séance, l'étape « Approfondissement du point de vue collectif » peut être reportée à la fois suivante.

Après un moment d'échange sur le vécu de chacun lors de cette séance, le psychologue donne les consignes de la semaine et propose de développer les exercices de pleine conscience.

ua Séance 11, le Cahier de l'Arbre Collectif (Fromage, 2015).

La onzième séance commence par un retour des participants sur les exercices de la semaine et par un échauffement. Le temps de consolidation des apprentissages de la relaxation se termine encore une fois par une sensibilisation aux exercices de méditation par la pleine conscience et se déroule debout pour continuer à se rapprocher des situations professionnelles.

Après s'être installés autour de la table et du dessin, les professionnels se remémorent le dessin réalisé la semaine passée et l'histoire qui a été créée. Si des personnes ont été absentes à la séance précédente, elles peuvent, au regard du dessin commun, donner les images, mots, sentiments, expressions qui leur viennent quand elles le regardent. Elles peuvent également émettre des hypothèses, explications sur la construction de ce dessin.

Les participants vont alors continuer à approfondir cette représentation analogique de la situation et mobiliser les ressources collectives à l'aide des questions du psychologue. A chaque question, le groupe devra se mettre d'accord sur la ou les réponses données. Ces questions reprennent les matrices d'explicitation de l'Épreuve des Trois Arbres : « *En observant attentivement cet arbre indiquez ce que vous remarquez plus précisément, ce qui attire votre attention spontanément... En le regardant quelles impressions et quels sentiments vous procure cet arbre ? Concrètement quels sont les besoins réels de cet arbre ?* » Le psychologue prend des notes et au fur et à mesure des questions, il invite les participants à ajouter ou modifier des éléments du dessin s'ils en ressentent le besoin à la manière du Cahier de l'Arbre (Fromage, 2015). Là encore, le groupe doit se mettre d'accord avant d'intervenir sur le dessin.

Si les participants ont besoin de plus de temps pour cette séance, cette étape peut être arrêtée à tout moment et reportée à la fois suivante.

Après un retour sur le ressenti de chacun lors de cette séance, le psychologue donne les consignes de la semaine et propose encore une fois de développer les exercices de pleine conscience.

ua Séance 12, mise en relation : de l'analogique au terrain.

La douzième et dernière séance permet de mettre en relation ce qui a été fait sur un mode analogique, lors du Cahier de l'Arbre Collectif, avec ce qui a été abordé sur un mode descriptif et concret. Cette séance permet également de clore le programme de soutien multidimensionnel. Après un retour sur les exercices hebdomadaires et un temps

de consolidation des apprentissages de la relaxation, le psychologue propose une dernière sensibilisation à une attitude de pleine conscience en mouvement pour se rapprocher encore un peu plus de situations vécues sur le terrain : *« Vous allez maintenant marcher, vous déplacer tranquillement dans l'espace... Commencez par ralentir votre marche... Essayez de sentir vos pieds sur le sol... vos jambes qui avancent ... vos pieds dans vos chaussures, le ballant de vos bras, la position de votre buste, de votre tête, de vos épaules, comment est dirigé votre regard, les sensations de vos vêtements sur votre peau... pas après pas. Puis reprenez votre marche comme d'habitude. Vous pouvez peut-être prendre conscience des différences qui existent entre votre marche habituelle et cette marche un peu plus consciente. »*

Dans un deuxième temps, les soignants sont invités à s'installer autour de la table pour reprendre et relire ensemble ce qui a été fait la fois précédente. Le psychologue place ensuite les deux feuilles A0 (descriptives et analogiques) au centre de la table. Il reprend avec les soignants les éléments importants des deux représentations. Lors de cette étape, le psychologue laisse les participants s'exprimer oralement et spontanément en veillant à ce que la parole de chacun soit écoutée. Il peut prendre des notes pendant que les participants débattent sur leurs réponses : *« Au regard de ces deux représentations, dégagez les éléments qui vont semblent importants. Quels éléments importants de la représentation descriptive vous mettez en lien avec les représentations analogiques ? Et vice-versa ? Comment retrouvez-vous les hypothèses et propositions d'interventions de la représentation descriptive dans la représentation analogique ? »*. Le psychologue relit ensuite les réponses données lors de la phase d'explicitation : *« Comment pourrions-nous retranscrire ces réponses dans la situation descriptive ? »*

Suite à cette mise en relation, les participants sont invités à échanger sur leur vécu, leur ressenti général lors de la totalité de ce programme de soutien multidimensionnel.

Enfin, un temps est consacré à la passation des trois échelles : la Perceived Stress Scale (PSS14), le Malasch Burnout Inventory (MBI) et l'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail. Comme pour la première séance, une phase de recentration et d'imagerie mentale sur ce que les professionnels vivent au travail depuis les trois derniers mois est suggérée avant de débiter ces autoévaluations.

Après avoir récupéré les questionnaires et pour clore cette dernière séance, le psychologue donne les consignes à développer seul, au quotidien : *« Au quotidien, vous pourrez continuer à retrouver les sensations de détente, bien-être que vous avez mis en mémoire en particulier lors de situations professionnelles ou lorsque vous en aurez besoin. Vous pouvez continuer à développer les exercices de sensibilisation à la pleine conscience, dans toutes les situations. Prenez alors le temps pour vous arrêter... observer... écouter et toucher de la même manière que dans l'exercice découvert en*

début de séance... L'exercice de la marche peut aussi être fait n'importe où, que vous soyez en ville ou à la campagne, dans un jardin ou sur une rue très fréquentée. »

b) ua Les programmes contrôlés.

Le programme contrôle de cette recherche a tout d'abord été constitué de 12 séances bimensuelles d'un accompagnement de type « groupe de parole ». A partir de la troisième étude (étude C) le programme contrôle a été modifié pour proposer un accompagnement de 12 séances hebdomadaires de type « Formation, Information et Sensibilisation » (FIS).

ua Programme contrôle, « groupe de parole ».

Le cadre du programme contrôle « groupe de parole » sera décrit dans cette partie dans les grandes lignes. Il n'est pas possible de créer un protocole détaillé de ce type de soutien puisque ce sont les professionnels qui apportent les sujets abordés en séances et que ceux-ci sont toujours différents selon les équipes.

D'après ce qui a été écrit dans le chapitre précédent, il s'agit de séances d'une heure pendant lesquelles les participants expriment leur ressenti vis-à-vis de situations d'accompagnement et échangent autour de leurs vécus au travail.

Le psychologue régule les interactions, relance et questionne le groupe à l'aide de ses connaissances et de ses compétences en psychologie ainsi qu'en dynamique de groupe.

Ces séances respectent les règles de fonctionnement de base du groupe de parole : la parole y est non hiérarchisée, l'attention est portée sur le respect et le non-jugement de ce qui est dit. Enfin, une confidentialité ou une discrétion doit être assurée afin que chacun puisse s'exprimer en toute sécurité.

La mise en place de ce groupe contrôle nécessite une salle fermée, assez grande pour contenir un groupe de personnes assises en cercle. La table n'est pas une nécessité et les participants peuvent constituer un cercle avec leurs chaises.

La première séance est une séance introductive. Elle permet au psychologue de présenter le cadre et le fonctionnement d'un groupe de parole. Il rappelle les règles et les objectifs énoncés ci-dessus.

Lors de la première et dernière séance, un temps est consacré à la passation des trois questionnaires : la Perceived Stress Scale (PSS14), le Malasch Burnout Inventory

(MBI) et l'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail. Comme pour le programme expérimental une phase de recentration et d'imagerie mentale sur ce que les professionnels vivent au travail depuis les trois derniers mois est suggérée avant de débiter ces autoévaluations.

Au cours de ce programme contrôle, les soignants échangent et s'expriment librement sur leur ressenti, ainsi que sur leur vécu au travail. Les groupes de parole peuvent alors permettre d'explorer les situations difficiles pour mieux comprendre ce qui se joue dans la relation soignant-soigné. Ils permettent également une prise de distance et une reconnaissance de la souffrance au travail.

ua_ Programme contrôle, « Formation, Information et Sensibilisation » (FIS).

Le programme contrôle de type « Formation, Information et Sensibilisation » (FIS) reprend le type d'accompagnement des professionnels le plus proposé en EHPAD. Il est constitué de 12 séances hebdomadaires et suit un déroulé pédagogique souvent respecté dans la formation des soignants en EHPAD. Les 5 premières séances sont consacrées au fonctionnement de la mémoire et aux symptômes cognitifs du vieillissement normal et pathologique. Nous abordons ensuite les symptômes psycho-comportementaux de la démence et les manières d'y répondre. Ce déroulé peut être retrouvé notamment dans le cahier des charges national relatif à la formation des aidants familiaux (Direction Générale de la Cohésion Sociale, 2011). Les 3 séances suivantes permettent d'aborder un des troubles les plus rencontrés en EHPAD : la dépression. Par la suite, les séances peuvent être construites autour d'outils et contenus théoriques proposés en fonction des connaissances et des compétences du psychologue : les soins palliatifs, le deuil et les situations de fin de vie, les troubles psychiatriques, la communication avec les personnes désorientées ou encore les techniques de communication non verbales et non violentes (Rosenberg, 2005).

La mise en place de ce groupe contrôle nécessite une salle fermée, assez grande pour contenir un groupe de personnes assises en cercle autour d'une table. Le psychologue devra également se munir d'un ordinateur afin de projeter les diaporamas pédagogiques aux participants ainsi que d'un tableau blanc et des crayons de types marqueurs effaçables. Enfin, des supports tels que des feuilles A0, peuvent être utiles pour garder une trace de certains contenus ou réflexions d'équipes.

ua Séance 1, introduction.

Comme pour le programme expérimental, la première séance est une séance introductive. Le psychologue commence tout d'abord par se présenter et propose une verbalisation des attentes des participants vis-à-vis du soutien proposé. Le programme et son cheminement est ensuite présenté aux soignants. Les règles de fonctionnement d'un groupe de soutien sont également rappelées : le respect de la parole de chacun, une parole non-hiérarchisée, une discrétion et/ou confidentialité sur ce qui est dit en séance ainsi que le non-jugement de ce qui peut être amené par chacun.

Dans un deuxième temps, les professionnels vont répondre aux trois questionnaires : la Perceived Stress Scale (PSS14), le Maslach Burnout Inventory (MBI) et l'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail. De la même manière que pour le programme expérimental, le psychologue propose un temps de recentration et d'imagerie mentale sur ce que les professionnels vivent au travail depuis les trois derniers mois : « *Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général... depuis les trois derniers mois... A ce que vous vivez actuellement... en vous... peut-être même sans jamais y penser... Des images...* » (cf. annexe 2).

Suite à la passation des auto-évaluations, le groupe prend un temps pour échanger sur les difficultés rencontrées au travail. La question est portée sur le besoin des participants en formation et information. Le psychologue prend des notes afin d'organiser les séances en fonction des besoins formulés.

En fonction du temps de séance restant, les soignants sont invités à mettre en commun leurs connaissances au sujet du fonctionnement général de la mémoire. Suite à cette réflexion collective le diaporama sur la mémoire peut être débuté.

Pour clore la séance, le psychologue rappelle le rendez-vous suivant et demande aux soignants de réfléchir aux thématiques de formation qu'ils désireraient aborder. Les professionnels peuvent également être attentifs aux difficultés rencontrées en situation afin de les relater et les questionner lors des séances suivantes.

ua Séance 2, les mémoires.

La deuxième séance commence par un échange avec les participants. Pendant ce temps, les soignants sont invités à faire un retour sur ce qui a été demandé la fois

précédente. Ils peuvent également s'exprimer sur leur état du moment et exposer les difficultés et questionnements observés en situation pendant la semaine.

Par la suite, le diaporama sur le fonctionnement de la mémoire est repris. Cette séance permet alors de décrire les différents types de mémoires. Le psychologue s'appuie également sur un schéma qu'il réalisera sur le tableau blanc pendant ses explications. Ce schéma modélise les mémoires ainsi que la manière dont est stockée l'information.

Au-delà des apports théoriques, le psychologue fait le lien avec les difficultés exposées en début de séance. Un temps est ensuite consacré à l'échange sur le ressenti de chacun lors de cette séance.

Pour terminer, les professionnels sont invités à observer, pendant la semaine suivante, les situations qui peuvent illustrer ce qui a été apporté au niveau théorique. Ils devront également continuer à être attentifs aux difficultés rencontrées pour les relater en séance.

ua Séance 3, troubles de la mémoire et démence de type Alzheimer.

La troisième séance est consacrée aux troubles de la mémoire ainsi qu'aux différents types de démence. Après un échange avec les participants sur les situations observées et les liens établis avec ce qui avait été apporté la fois précédente, le psychologue reprend le diaporama sur le fonctionnement de la mémoire.

Par la suite les troubles de la mémoire sont abordés. Le psychologue fait une présentation générale des différents types de démence et amorce une présentation plus approfondie de la maladie d'Alzheimer. Le diaporama reprend alors l'épidémiologie de la maladie, les trois principaux stades d'évolution ainsi que la progression des troubles au sein des différentes mémoires. Pendant toute la séance, les participants sont invités à faire des liens avec les situations et les symptômes rencontrés dans leur pratique professionnelle. Ils échangent ensuite sur leur ressenti face aux apports théoriques et aux contenus de la séance.

Enfin, les professionnels sont invités une nouvelle fois à observer les situations qui peuvent illustrer ce qui a été apporté au niveau théorique. Pendant la semaine suivante, ils devront également continuer à être attentifs aux difficultés rencontrées pour les relater en séance.

ua Séance 4, les troubles cognitifs et psycho-comportementaux.

La séance 4 permet de continuer l'apport théorique sur la maladie d'Alzheimer. Suite aux échanges et retours sur les consignes de la semaine précédente, le psychologue reprend le diaporama.

Les points abordés sont les troubles de la communication ainsi que les autres troubles cognitifs dans la maladie d'Alzheimer. Les outils permettant aux soignants de s'adapter ou d'adapter l'environnement de la personne sont évoqués à chaque symptôme décrit. Le psychologue poursuit ensuite la séance en débutant la description des troubles psycho-comportementaux rencontrés dans la démence (opposition, agitation, agressivité, déambulation, cris, désinhibition, symptômes psychotiques). De la même manière que pour les symptômes cognitifs, la discussion est engagée avec les participants sur les types de réponses possibles à ces troubles du comportement.

La séance se termine par un retour sur les situations évoquées en début de séance. Le groupe s'interroge alors sur les réponses enseignées pouvant s'appliquer aux situations concrètes. La consigne pour la semaine suivante est alors de mettre en pratiques ces réponses et d'observer les changements provoqués.

ua Séance 5, les troubles psycho-comportementaux.

La cinquième séance démarre avec un échange sur la mise en pratique des réponses apportées aux situations difficiles. Un bilan est dressé en groupe sur ce qui a fonctionné ou non.

Ensuite, la séance 5 se déroule dans la continuité de la séance précédente en poursuivant la description des troubles psycho-comportementaux de la démence. Selon le même schéma que celui employé pour la séance 4, les participants échangent sur les réponses adaptées ou non qui peuvent être apportées à ces troubles du comportement.

Enfin, la consigne donnée est encore une fois de mettre en œuvre les réponses réfléchies et suggérées en groupe pour chaque difficulté rencontrée. Le psychologue demande également aux participants de réfléchir aux thèmes qu'ils souhaiteraient aborder pendant les séances suivantes parmi les thèmes proposés : les soins palliatifs, le deuil et les situations de fin de vie, les troubles psychiatriques, la communication avec les personnes désorientées ou encore les techniques de communication non verbales.

ua Séance 6 à 8, la dépression.

Les trois séances suivantes permettent d'aborder un des troubles les plus rencontrés en EHPAD : la dépression. Chaque séance démarre par un échange avec les professionnels sur les situations difficiles rencontrées au quotidien. Les soignants doivent également continuer à faire des retours sur les techniques mises en place pour répondre à ces situations.

Au fil de ces séances, les grands thèmes abordés sont : la définition de la dépression, l'épidémiologie, les conséquences, les différents états dépressifs du sujet âgé, l'évaluation des risques suicidaires et les réponses adaptées. Les soignants sont à chaque fois invités à partager leurs réflexions ainsi qu'à évoquer des situations concrètes pour illustrer les apports théoriques. Ils peuvent également prendre un temps pour faire un retour sur leurs impressions et ressentis sur les séances de ce programme

En fin de séance, le psychologue demande toujours aux participants de mettre en œuvre les réponses réfléchies collectivement et d'observer les éventuels changements. Un temps est pris également pour que les professionnels se mettent d'accord sur les thématiques choisies pour les trois séances suivantes.

ua Séance 9 à 11, choix des participants.

Les séances 9 à 11 sont dédiées à une information sur les thèmes proposés et selon le choix des participants. Après un retour sur les utilisations concrètes des outils évoqués pendant ce programme, le psychologue propose à nouveau un diaporama sur les thèmes choisis par le groupe.

Au fil de ces trois séances et selon l'avancée des groupes, les thèmes abordés peuvent être les soins palliatifs, le deuil et les situations de fin de vie, les troubles psychiatriques, la communication avec les personnes désorientées ou encore les techniques de communication non verbales et non violentes. Les participants peuvent également proposer des thèmes nouveaux en fonction de leurs besoins. Selon les connaissances et compétences du psychologue, une formation, une information ou une sensibilisation au thème choisi sera proposée. Par exemple, le psychologue n'étant pas formé à la pratique de la validation de Naomie Feil (2005), il ne pourra que proposer une présentation ainsi qu'une sensibilisation à cette technique.

Le groupe peut également demander à réaliser des études de cas approfondies au sujet des situations difficiles évoquées en début de séance. Le groupe peut alors établir

des plans d'action au regard des contenus apportés pendant la totalité du programme de formation.

Pour clore les séances, les soignants sont invités à mettre en pratique les plans d'action établis et à observer les éventuels changements.

ua Séance 12, conclusion.

La dernière séance permet de compléter et de terminer les apports théoriques sur les thèmes choisis par les participants.

Tout au long de la séance, les soignants évoquent leurs ressentis face à l'évolution des situations évoquées au long du programme. Ils font également un retour sur leur vécu au cours de ce programme de formation, information et sensibilisation.

Enfin, un temps est consacré à la passation des trois échelles : la Perceived Stress Scale (PSS14), le Malasch Burnout Inventory (MBI) et l'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail (EMMBEPT). Comme pour le programme expérimental, une phase de recentration et d'imagerie mentale sur ce que les professionnels vivent au travail depuis les trois derniers mois est suggérée avant de débiter ces autoévaluations.

7. **_ua_ Hypothèse générale et hypothèses opérationnelles.**

7.1. **_ua_ Hypothèse générale.**

Au regard de ces deux premières parties, nous pouvons poser l'hypothèse générale de cette recherche.

Il est attendu qu'un programme de soutien multidimensionnel et holistique de soignants en EHPAD soit plus efficace dans la prise en charge de la souffrance au travail (stress perçu, burnout et bien-être au travail) qu'un programme de soutien unidimensionnel standard tel que les groupes de parole ou la formation de soignants.

7.2. **_ua_ Hypothèses opérationnelles.**

Les professionnels ayant suivi le programme de soutien multidimensionnel et holistique des soignants en EHPAD, comparés à ceux ayant suivi le programme de soutien unidimensionnel standard tel que les groupes de parole ou la formation de soignants, verront, après le programme :

- Une amélioration (diminution) plus marquée de leur stress perçu ;
- Une amélioration (diminution) plus marquée de leur score de burnout ;
- Une amélioration (augmentation) plus marquée des manifestations du bien-être psychologique au travail.

Synthèse/Encadré du chapitre

Ce chapitre présente l'aspect méthodologique de cette recherche exploratoire. Elle a été découpée en quatre études successives et 38 professionnels d'EHPAD ont participé à cette recherche au total.

Les outils de mesure utilisés ont permis de mesurer le stress perçu de soignants (PSS14), le niveau de burnout (MBI) et le bien-être au travail (EMMBEPT).

Au fil des études, le protocole de recherche s'est affiné : les séances bimensuelles ont été transformées en séances hebdomadaires et le protocole contrôle type « groupe de parole » a été remplacé par un programme de formation et information des soignants.

Les études ont respecté le cadre éthique et déontologique de la recherche.

Le programme expérimental de soutien multidimensionnel des soignants est constitué de 12 séances d'une heure structurées en 3 phases : apprentissage de la relaxation et gestion des émotions (5 séances) ; bilan de situation-Epreuve des Trois Arbres et Lecture Partagée (2 séances) et création sur les pratiques (5 séances).

Le programme contrôle de formation, information et sensibilisation, est constitué de 12 séances d'une heure et également réparties en 3 phases : les mémoires, les troubles cognitifs dans le vieillissement et les troubles psycho-comportementaux de la démence (5 séances) ; la dépression (3 séances) et 4 séances consacrées à un apport choisi par les professionnels eux-mêmes parmi les propositions du psychologue.

La présentation de notre méthodologie de recherche nous permet de poser l'hypothèse générale :

Il est attendu qu'un programme de soutien multidimensionnel, global et holistique de soignants en EHPAD est plus efficace dans la prise en charge de la souffrance au travail (stress perçu, burnout et bien-être au travail) qu'un programme de soutien unidimensionnel standard tel que les groupes de parole ou la formation de soignants.

_ua_3^{ème} partie : RÉSULTATS ET DISCUSSION.

8. _ua_ Chapitre 1 : Analyse quantitative des résultats.

8.1. _ua_ Introduction, présentation des données.

Les résultats quantitatifs récoltés lors de cette recherche concernent les scores de chaque participant obtenus à la PSS 14 (Cohen, Kamarck, & Mermelstein 1983), le MBI (Malasch & Jackson, 1981) et l'EMMBEPT (Gilbert., Daguénais-Desmarais, & Savoie 2011) avant (T0) et après (T1) les programmes.

Les données des 38 participants ont été compilées dans un tableau Excel figurant en annexe 8. Nous présenterons dans cette partie, à titre d'exemple, les tableaux de résultats pour le groupe expérimental de l'étude A aux échelles MBI et PSS.

L'étude A regroupe 8 participants au groupe expérimental, appelés « S » dans le tableau ci-dessous. Les résultats du MBI sont divisés en trois sous-échelles : l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation (Dép), et l'accomplissement professionnel (Acc).

	EE T0	EE T1	Progrès EE	Dép T0	Dép T1	Progrès Dép	Acc T0	Acc T1	Progrès Acc
S1	24	23	-1	5	3	-2	43	39	-4
S2	24	13	-11	4	6	2	45	46	1
S3	37	38	1	6	2	-4	37	43	6
S4	22	25	3	2	2	0	41	43	2
S5	2	4	2	0	0	0	39	46	7
S6	15	20	5	5	10	5	23	28	5
S7	14	22	8	1	8	7	46	36	-10
S8	11	27	16	6	0	-6	44	38	-6

Tableau 3 : Résultats du groupe expérimental de l'étude A pour le MBI.

	PSS T0	PSS T1	Progrès PSS
S1	31	26	-5
S2	26	19	-7
S3	30	28	-2
S4	27	24	-3
S5	5	8	3
S6	24	25	1
S7	39	28	-11
S8	25	22	-3

Tableau 4 : Résultats du groupe expérimental de l'étude A pour la PSS.

Avant de démarrer l'analyse quantitative des résultats, il est fondamental d'observer graphiquement les données. Cette observation est nécessaire pour effectuer un test statistique. Nous présenterons dans la partie suivante les résultats significatifs de la recherche ainsi que leur interprétation.

8.2. ua Interprétation des résultats.

Après avoir observé les données, la question du choix du test statistique peut se poser. Dans le cas de notre recherche, les effectifs de nos groupes sont toujours inférieurs à 30 (N=22 pour le groupe expérimental et N=16 pour les groupes contrôles). Si $N < 30$ alors le type de test utilisé doit être non paramétrique.

Le test statistique choisi pour analyser les résultats de cette recherche est le test des rangs de Wilcoxon. Ce test est non paramétrique. Il peut être utilisé dans le cas de groupes appariés ou indépendants.

Dans l'ensemble des tests statistiques, on teste deux hypothèses appelées hypothèse nulle et hypothèse alternative.

L'hypothèse nulle « H0 » suppose que les résultats comparés sont égaux.

L'hypothèse alternative « H1 » suppose que les résultats comparés sont différents.

Avec le test de Wilcoxon, l'hypothèse H0 suppose que les médianes des deux groupes de données sont proches.

Habituellement, on rejette H_0 quand la p-value est inférieure à 0.05. Dans le cas de petits échantillons comme ceux de cette recherche, on rejette H_0 lorsque la p-value est inférieure à 0.1. H_1 est alors acceptée avec un risque d'erreur de 10%. Si la p-value est supérieure à 0.1, aucune conclusion ne peut être tirée. L'hypothèse H_0 peut être vraie (les médianes des deux groupes sont proches) mais celle-ci ne peut pas non plus être acceptée. De même, H_1 ne peut pas être rejetée : les médianes des deux groupes de données peuvent être significativement différentes mais la différence n'a pas pu être détectée.

8.2.1. ua Interprétation des résultats pour les groupes ayant suivi le programme expérimental de soutien multidimensionnel.

Malgré les petits échantillons de cette recherche, l'analyse statistique des résultats des groupes expérimentaux a permis de mettre en évidence des différences significatives notamment pour le stress perçu et le bien-être au travail. Pour toutes les autres dimensions des échelles utilisées, les résultats ne montrent pas de différence significative permettant de tirer des conclusions.

a) ua Le stress perçu.

L'observation graphique des données nous indique que le stress perçu chez les sujets des groupes expérimentaux semble avoir diminué après le programme de soutien multidimensionnel.

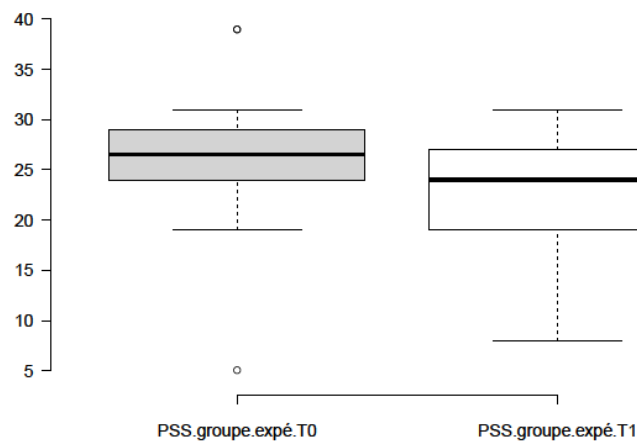


Figure 20 : Évolution des résultats des sujets des groupes expérimentaux pour le stress perçu (PSS) avant (T0) et après le programme (T1). p-value= 0.00427

L'analyse statistique des données des groupes expérimentaux confirme l'observation. En effet, la p-value du test de Wilcoxon est égale à 0.00427. L'hypothèse H0 peut donc être rejetée avec un risque d'erreur inférieur à 1%. Les médianes des scores de stress perçu avant et après le programme sont significativement différentes.

Autrement dit, le score de stress perçu des professionnels diminue significativement après le programme de soutien multidimensionnel.

D'après l'analyse statistique des résultats, on remarque également que le score de stress perçu des professionnels diminue significativement après le programme de soutien multidimensionnel, et ce quelle que soit la fréquence des séances proposées. Pour les séances bimensuelles, la p-value est égale à 0.028, et pour les séances hebdomadaires, la p-value est égale à 0.066. On peut donc dire que le score de stress perçu par les professionnels diminue significativement après le programme de soutien multidimensionnel avec un risque d'erreur de 2.8% pour les séances bimensuelles et un risque d'erreur de 6.6% pour les séances hebdomadaires.

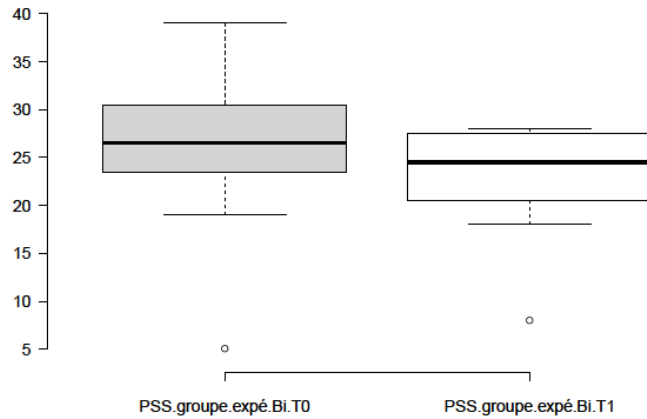


Figure 21 : Évolution des résultats des sujets des groupes expérimentaux bimensuels pour le stress perçu (PSS) avant (T0) et après le programme (T1).
 p-value = 0.02866

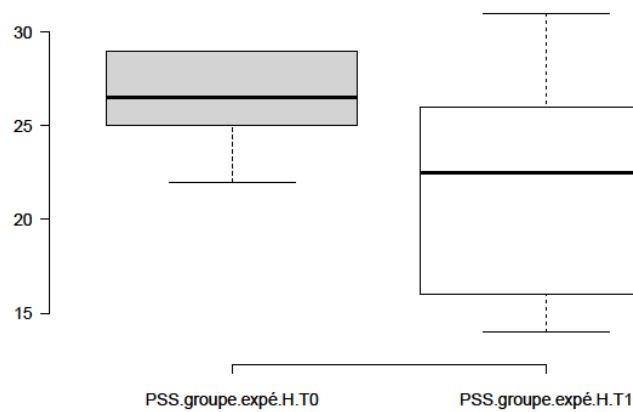


Figure 22 : Évolution des résultats des sujets des groupes expérimentaux hebdomadaires pour le stress perçu (PSS) avant (T0) et après le programme (T1).
 p-value = 0.066

Concernant l'évolution du stress perçu après les programmes contrôles, l'analyse statistique ne décèle pas de résultat significatif. Ces résultats nous montrent donc les bénéfices de l'intervention multidimensionnelle pour le score de stress perçu. Cependant, la comparaison du progrès des groupes expérimentaux et contrôles ne met pas en évidence de différence. On ne peut donc pas affirmer que le progrès de stress perçu des soignants ayant suivi le programme expérimental soit différent du progrès de stress perçu des soignants ayant suivi les programmes contrôles.

b) ua Le bien-être au travail

L'observation graphique des données semble mettre en évidence une différence entre le progrès du bien-être au travail des groupes expérimentaux et contrôles. L'analyse statistique nous permet effectivement d'accepter H1 : les médianes des deux groupes de données sont différentes avec un risque d'erreur de 8.9% (p-value=0.08906). Le score de bien-être au travail des groupes expérimentaux a donc significativement davantage progressé que celui des groupes contrôles.

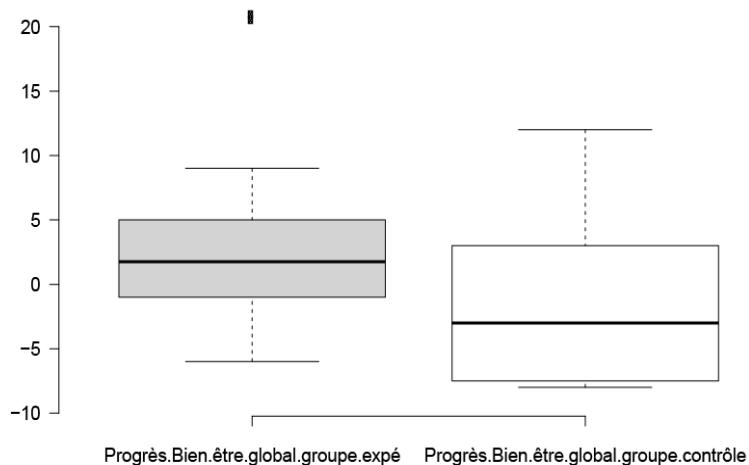


Figure 23 : Comparaison du progrès du bien-être au travail (EMMBEPT) pour les groupes expérimentaux et contrôles. p-value = 0.08906

ua L'harmonie sociale.

Le bien-être psychologique au travail est divisé en trois sous-dimensions : la sérénité, l'engagement et l'harmonie sociale. L'analyse statistique des résultats pour ces sous-dimensions montre que c'est le progrès de l'harmonie sociale qui est différent selon

le programme suivi. Cette sous-dimension concerne la sensation de bonnes relations au sein du travail.

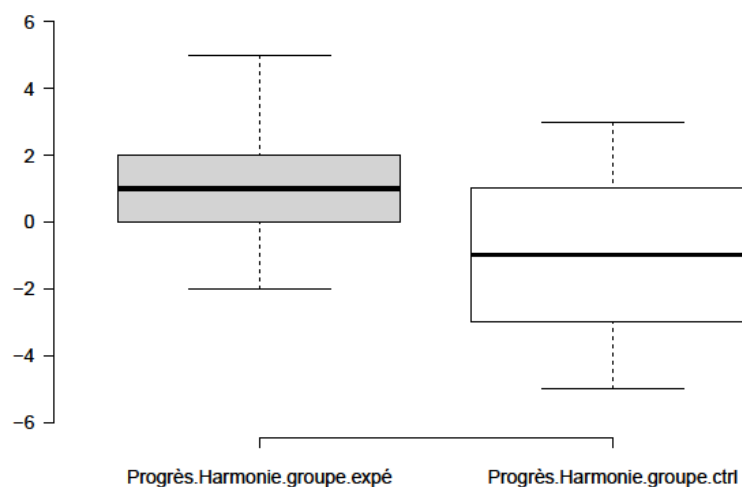


Figure 24 : Comparaison du progrès de l'harmonie sociale (EMMBEPT) pour les groupes expérimentaux et contrôles. p -value = 0.07708

La p -value est de 0.07708, on peut donc affirmer que les médianes des deux groupes de données sont différentes avec un risque d'erreur de 7,7%. Pour l'harmonie sociale, les professionnels ayant suivi le programme expérimental ont davantage progressé que les professionnels ayant suivi les programmes contrôles.

Ces résultats nous montrent les bénéfices de l'intervention multidimensionnelle pour le score de bien-être psychologique au travail et notamment pour celui de l'harmonie sociale.

8.2.2. ua Interprétation des résultats pour les groupes ayant suivi les programmes contrôles.

L'analyse statistique des résultats des groupes contrôles a permis de mettre en évidence des différences significatives pour deux sous-dimensions du MBI (dépersonnalisation et accomplissement professionnel). Pour toutes les autres dimensions des échelles utilisées, les résultats ne montrent pas de différence significative.

a) ua La dépersonnalisation.

L'observation graphique des données nous montre que la dépersonnalisation, c'est-à-dire l'attitude cynique, le détachement ou le rejet de la personne aidée, semble avoir diminué après le programme « Formation, Information et Sensibilisation ».

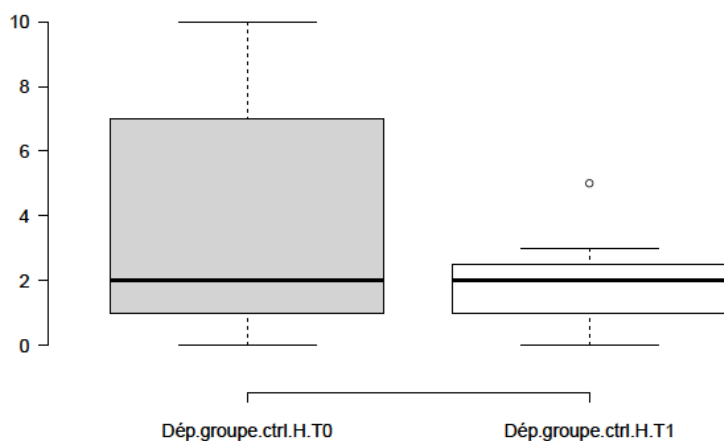


Figure 25 : Évolution des résultats des sujets des groupes contrôles hebdomadaires pour la dépersonnalisation (Dép) du MBI avant (T0) et après le programme (T1).

p-value=0.05343

La p-value du test de Wilcoxon est de 0.05343. Les médianes des groupes de données sont significativement différentes avec un risque d'erreur de 5.3%. On peut donc dire que la dépersonnalisation diminue de manière significative pour les soignants ayant suivi le programme « Formation, Information, Sensibilisation » dont la fréquence est hebdomadaire.

On ne retrouve pas cette différence pour les soignants ayant suivi le groupe de parole dont la fréquence est bimensuelle.

Pour les mêmes mesures concernant l'évolution de la dépersonnalisation après le programme expérimental, l'analyse statistique ne décèle pas de résultat significatif. Cependant, la comparaison du progrès des groupes expérimentaux et contrôles ne met pas en évidence de différence. On ne peut donc pas affirmer que le progrès de dépersonnalisation des soignants ayant suivi le programme contrôle soit différent du progrès de dépersonnalisation des soignants ayant suivi le programme expérimental.

b) ua L'accomplissement professionnel.

L'observation graphique met également en évidence une augmentation de la sous-dimension « accomplissement professionnel » du MBI pour les soignants des groupes contrôles. L'accomplissement professionnel est la valorisation des bénéfices perçus dans le travail ainsi que la valorisation des compétences professionnelles.

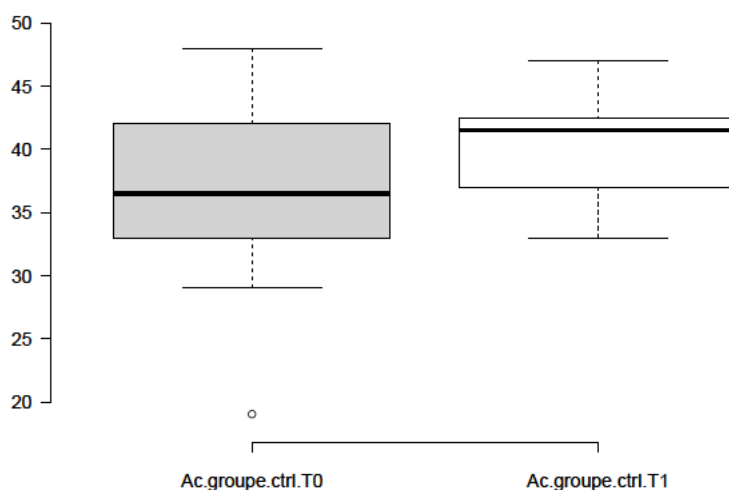


Figure 26 : Évolution des résultats des sujets des groupes contrôles pour l'accomplissement professionnel (Ac) du MBI avant (T0) et après le programme (T1).
p-value = 0.02461

La p-value du test de Wilcoxon est de 0.02461. On peut affirmer que les médianes des groupes de données sont différentes avec un risque d'erreur de 2.4%. L'accomplissement professionnel des soignants des groupes contrôles a donc significativement augmenté après les programmes.

Le détail des résultats nous montre que c'est seulement pour le programme « Formation, Information, Sensibilisation » de fréquence hebdomadaire que l'évolution de l'accomplissement professionnel tend vers la différence significative avec une p-value de 0.0995. On ne retrouve pas cette différence pour les soignants ayant suivi le groupe de parole, dont la fréquence est bimensuelle.

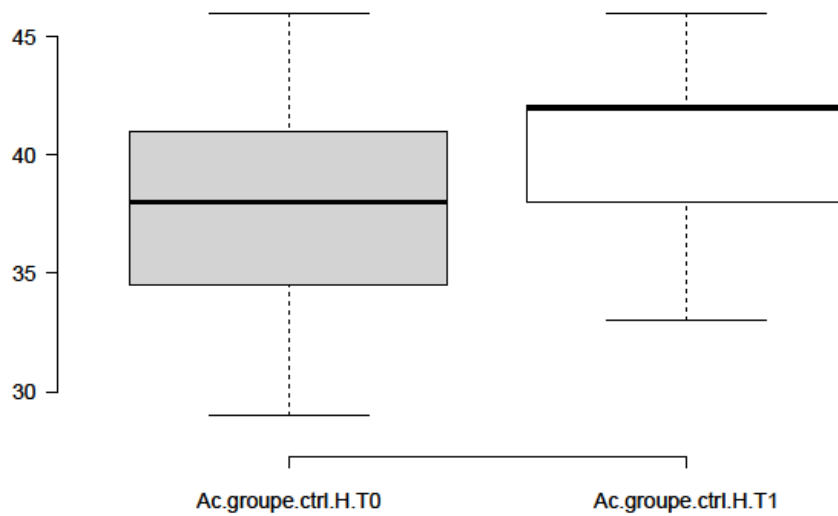


Figure 27 : Évolution des résultats des sujets des groupes contrôles hebdomadaires pour l'accomplissement professionnel (Ac) du MBI avant (T0) et après le programme (T1).
p-value = 0.0995

L'analyse statistique des scores d'accomplissement professionnel ne décèle pas de différence significative pour le programme expérimental. Cependant, la comparaison des progrès des groupes expérimentaux et contrôles ne nous permet pas d'affirmer que l'un ou l'autre a mieux progressé.

Synthèse/Encadré du chapitre

Ce chapitre présente les résultats de notre recherche exploratoire. Après avoir observé les données de manière graphique (annexe 9), une analyse statistique est réalisée.

Le test statistique utilisé est le test des rangs de Wilcoxon. Il est non paramétrique et indiqué dans le cas d'échantillons inférieurs à 30 lorsque les groupes de données sont appariés ou indépendants.

L'analyse statistique nous permet de mettre en évidence des résultats significatifs pour les groupes expérimentaux et contrôles.

Les soignants des deux types de programmes ont vu leurs résultats évoluer positivement mais sur des critères différents.

Pour les groupes expérimentaux, le score de stress perçu diminue de manière significative après le programme de soutien multidimensionnel. Cette évolution se retrouve pour les séances bimensuelles et hebdomadaires.

Les soignants des groupes expérimentaux ont également connu une meilleure progression de leur bien-être psychologique au travail que les soignants des groupes contrôles. On retrouve cette différence de progrès entre les différents groupes pour la sous-dimension « harmonie sociale ».

Pour les groupes contrôles, les résultats sont significatifs pour les groupes « Formation, Information et Sensibilisation » dont la fréquence est hebdomadaire. Après le programme, les soignants ont vu leurs résultats augmenter aux deux sous-dimensions du MBI « dépersonnalisation » et « accomplissement professionnel ». Cependant, la comparaison statistique des progrès des groupes expérimentaux et contrôles ne nous permet pas d'affirmer que l'un ou l'autre a mieux progressé.

9. ua Chapitre 2 : Analyse qualitative des résultats.

Pour réaliser l'analyse qualitative des résultats, nous avons recueilli les commentaires spontanés des soignants de chaque groupe concernant leur ressenti et leur vécu au cours des programmes. Le psychologue prenait des notes pendant les séances, notamment pendant les temps de verbalisation. Le matériel récolté lors des passations individuelles de l'Épreuve des Trois Arbres ainsi que les supports utilisés lors des séances de création sur les pratiques, nous ont permis de recueillir de nombreuses données qualitatives.

9.1. ua Analyse qualitative du programme de soutien multidimensionnel.

9.1.1. ua Première partie, centration sur le soignant : apaisement physique et mental.

Le recueil des remarques spontanées des professionnels lors de la première partie du programme expérimental nous permet de mettre en évidence un cheminement réel dans l'apprentissage de la relaxation et la gestion des émotions par les professionnels. Dans cette partie, nous allons exposer l'analyse de ces commentaires retranscrits entre guillemets dans le texte.

a) ua Cheminement dans l'apprentissage de la relaxation et la gestion des émotions.

Dès les toutes premières séances, les professionnels ont majoritairement constaté les premiers effets de la découverte de la relaxation. Cette découverte s'est souvent faite avec enthousiasme et satisfaction : « Déjà les échauffements, rien que ça, ça détend beaucoup. », (étude D, séance 1) ; « Je suis très cartésienne et je ne m'attendais pas du tout à ça ! A ce que ça marche ! », (étude B, séance 1) ; « J'ai ressenti des sensations de bien-être du corps comme quand je suis chez l'esthéticienne. », (étude C, séance 1) ; « J'ai réussi à me détendre mais d'un seul coup j'ai pensé à une transmission que je n'ai

pas faite et après j'ai eu du mal à me détendre à nouveau. », (étude C, séance 2) ; « J'avais hâte de venir ! », (étude D, séance 2).

Suite aux deuxièmes ou troisièmes séances, les professionnels ont témoigné des effets ressentis après les séances sur le lieu de travail ou chez eux : « Mon mari m'a fait la remarque : " Qu'est-ce que tu as ? Tu parles pas aujourd'hui ? ", alors que d'habitude je déballe tout. Je me suis sentie très zen après la séance », (étude A, séance 2) ; « En rentrant chez moi, je me suis endormie devant la télévision », « - Moi aussi je me suis endormie quand je suis rentrée après la séance », (étude A, séance 3) ; « Après la séance, je suis restée scotchée chez moi », (étude B, séance 2) ; « Je pense que rien n'aurait pu m'énerver l'après-midi après la séance », (étude B, séance 3). Lors de ces premières semaines, il est arrivé que les professionnels repartant travailler se trouvent emportés dans leurs tâches, laissant échapper les sensations de détente : « Après la séance j'ai été accaparée par une résidente et je n'ai pas pu en ressentir les bénéfiques ([de la séance]) », (étude C, séance 3) ; « Je suis repartie dans le flot de la journée mais finalement tout s'est bien passé », (étude C, séance 3). Au début de l'apprentissage, les soignants en poste ont pu ressentir une sensation de fatigue parfois gênante : « En retournant travailler, j'ai senti comme de la fatigue, c'étaient les nerfs qui retombaient », (étude A, séance 2) ; « On était très détendues au travail voire trop détendues ! J'avais la sensation de planer tout l'après-midi ! », (étude B, séance 2). Ces sensations se sont atténuées avec l'apprentissage des exercices de redynamisation et de visualisation pour les personnes concernées : « J'ai réussi à me sentir plus dynamique après la séance. J'ai travaillé avec un bien-être, mais pas dans le cirage ! », (étude B, séance 3) ; « Là je me sens en forme pour aller travailler », (étude D, séance 3) ; « Après la séance, je suis retournée travailler, j'étais détendue mais dynamique », (étude D, séance 5).

Au fil du programme, les participants ont continué à faire des retours sur les bienfaits ressentis : « Pendant la semaine, j'ai senti que j'avais la mâchoire détendue, après la dernière séance je me sentais bien j'avais l'impression de sortir du lit, mais c'est remonté en pression après », (étude A, séance 3) ; « Tous les vendredis quand il y a eu la séance, je m'endors sur mon canapé », (étude A, séance 6) ; « Les séances sont courtes ! J'aurais bien apprécié encore 10 minutes de plus », (étude C, séance 4) ; « Il y a eu un chemin positif pendant les séances, on a appris à mieux se connaître, on a tissé du lien », (étude A, séance 8) ; « Je me sens vraiment très relâchée après cette séance, je le fais remarquer parce que ça ne m'arrive pas souvent ! », (étude C, séance 5) ; « Ça détend, je me suis endormie pendant la séance. On est en janvier, on peut faire ça jusqu'au 31 décembre ? », (étude D, séance 3). L'investissement dans la première partie

de ce programme a fonctionné pour toutes les études. Les professionnels se sont approprié les exercices et n'ont pas hésité à apporter le matériel pour plus de confort, tels que des couvertures, oreillers et même des traversins.

L'apprentissage de la relaxation semblerait également avoir aidé certains participants à mieux se connaître, à prendre conscience de difficultés à se détendre et à choisir les exercices leur permettant de se relâcher : « Je ne supporte pas la sensation de lourdeur, moi il faut que je change tout en légèreté... », (étude A, séance 2) ; « La respiration ça m'angoisse, je prends conscience que, dans mon passé, j'ai failli en mourir, mais finalement c'est positif », (étude A, séance 4) ; « Je prends conscience qu'on est toujours pressées, stressées et qu'on se met la pression toutes seules. Moi on m'appelle Speedy ! », (étude C, séance 4) ; « Ça me gêne de sentir l'air frais sur le visage, je vais choisir autre chose », (étude D, séance 4).

b) ua Autonomisation et utilisation en situation sur le terrain.

Dans ce programme de soutien multidimensionnel, les bienfaits de la relaxation en situation de travail étaient recherchés. L'objectif était également que les soignants puissent devenir autonomes dans la détente et la gestion des émotions sur le terrain. En effet, nous avons pu observer une évolution au cours du programme dans l'utilisation des exercices de relaxation par les soignants. Au fil de l'apprentissage, ils ont pu utiliser la relaxation hors séance, dans leur vie personnelle. « Je pense à la détente quand je sors du boulot et je retrouve des sensations qu'on a vues ensemble », (étude A, séance 5) ; « J'ai fait les exercices de massage des mains cette semaine, ça me fait bailler tout de suite. », (étude C, séance 2) ; « J'ai pensé aux séances quand j'étais chez moi au soleil sur mon transat ! », (étude C, séance 5) ; « J'ai essayé les automassages chez moi, je me suis sentie bien », (étude D, séance 3) ; « L'autre jour je me suis énervée contre mon ordi, j'ai fait la respiration », (étude D, séance 3) ; « J'ai fait les exercices quand j'essayais de m'endormir chez moi et j'ai réussi », (étude D, séance 4).

Petit à petit, les professionnels ont ressenti les bénéfices de la détente au travail puis ils ont réussi à mettre les exercices en pratique sur le terrain lors des situations difficiles : « Je me suis sentie bien avec les résidents en animation », (étude A, séance 3) ; « J'ai pratiqué les exercices pendant le soin. Cela m'a permis de ne pas réagir à l'agressivité de Mme T », (étude A, séance 4) ; « Et on peut l'utiliser chez nous, ou alors s'entraider aux exercices sur le lieu de travail », (étude B, séance 1) ; « On commence à s'approprier les exercices ! », (étude B, séance 4) ; « En ce moment il manque toujours

quelqu'un qui n'est pas remplacé... et j'ai beaucoup besoin des exercices de relaxation. A chaque fois que je marche dans le couloir je fais des inspirations, expirations, je prends conscience de la position de mon corps, je visualise l'énergie qui monte par mes pieds... Ça me permet d'être plus présente dans le soin et de mieux négocier les choses. (Elle se retourne vers ses collègues) Il faut que vous fassiez la même chose ! », (étude B, séance 5) ; « Je pense aux exercices qu'on fait ensemble avant de rentrer dans une chambre. Chez une résidente, j'ai besoin de me canaliser moi-même parce que sinon je lui réponds ! », (étude C, séance 6) ; « J'ai fait des étirements et ça laisse un bien-être », (étude D, séance 3) ; « J'ai fait aussi la respiration avant d'entrer dans une chambre, après j'étais plus calme », (étude D, séance 3) ; « J'ai essayé sans fermer les yeux, ça fonctionne bien, je suis détendue », (étude D, séance 5).

9.1.2. ua Deuxième partie, centration sur la relation soignant-soigné : l'Épreuve des Trois Arbres.

La deuxième partie du programme expérimental comporte une séance de passation de l'Épreuve des Trois Arbres ainsi qu'une séance consacrée à la Lecture Partagée du protocole. Comme décrit plus haut, il s'agit d'engager chez le soignant une démarche autobiographique par l'intermédiaire du dessin de l'arbre pour faciliter l'expression de soi.

a) ua Les grands principes de l'analyse d'un protocole (Fromage, 2012).

Dans cette partie, nous allons exposer le protocole d'une participante ainsi que son analyse. L'analyse de l'ETA est réalisée par le psychologue après la passation du protocole et avant la séance suivante que constitue la Lecture Partagée. La méthodologie d'analyse d'un protocole d'Épreuve des Trois Arbres fait référence à des principes et techniques particuliers. La démarche adoptée est inspirée de la phénoménologie. Elle comprend deux éléments fondamentaux : la centration sur l'arbre et la description (Fromage, 2012). Se centrer sur l'arbre signifie le positionner au centre de l'histoire en tant qu'agent principal du récit. Il est le héros du conte (le protocole de l'Épreuve des Trois Arbres) créé par la personne pour décrire sur un mode analogique sa situation. La description se fait donc à partir de l'arbre pour découvrir les attributs dont il dispose, les actions qu'il réalise ainsi que ses objectifs (Fromage, 2012).

Pour se lancer dans cette description, il est nécessaire de se défaire du jugement. Plus précisément, l'interprétation et l'évaluation sont des attitudes correspondant à un

univers étranger à celui de la personne qui réalise le protocole. Elles appartiennent au psychologue, à son univers socio-professionnel et sont donc extérieures à la situation. Elles sont également contre-productives puisqu'elles inhibent l'expression de la personne en imposant le point de vue de celui qui juge. On comprend combien cette position est à éviter lorsque l'enjeu est de recueillir et développer le point de vue de la personne selon son vécu et son expérience propre. Dans l'ETA, Fromage (2012) explique que c'est l'arbre qui permet d'écarter le jugement car il nécessite de procéder hors du champ de l'humain. La métaphore de l'arbre constitue la grille de lecture et les interventions du psychologue se font essentiellement dans ce registre dans ce qu'il appelle « le langage arbre ».

A chaque étape, le dessin et/ou le discours sont décrits par le psychologue. Trois synthèses sont réalisées lors du protocole : une première synthèse intermédiaire vient après la quatrième étape (E4), une deuxième synthèse permet de clore la première phase et enfin, la synthèse finale du protocole associe les données des deux phases.

Les dessins sont commentés à partir de quatre espaces : leur partie souterraine, leur tronc, leur houppier et leur environnement. Les récits sont analysés en deux temps : une analyse séquentielle puis fonctionnelle. D'abord les textes sont découpés en fragments sur un mode séquentiel (analyse séquentielle). Cette procédure permet de mettre en évidence l'ordre chronologique des actions de l'arbre selon un découpage en différentes séquences. Les séquences sont numérotées selon leur place dans le scénario du récit. Elles sont alors notées de S1 à Sn et permettent de circonscrire les trois grands moments de tout récit : début, développement et achèvement.

Puis, à l'intérieur de chaque séquence, l'analyse fonctionnelle permet de commenter « l'action » de l'arbre afin de répondre à la question « Que fait l'arbre ? Comment le fait-il ? ». La méthode du questionnement (quoi, comment, qui, quand, où) permet d'exposer ce que fait l'arbre, comment il le fait, avec quelles collaborations, dans quel environnement, à quel moment et avec quel résultat.

Cette démarche est méthodique et permet une analyse systématique sans oubli, majoration ou minoration des données (Fromage, 2012).

En analysant le protocole, le psychologue est attentif à certains thèmes. Tout d'abord, une attention particulière doit être portée aux figures du temps. Selon Fromage (2012), le temps structure le protocole selon trois formes temporelles. La première forme est celle du temps successif. Ce temps traduit les étapes de la vie de l'arbre de sa germination à sa mort. Il est le temps de toute action qui se débute et s'achève. En ce sens, il est porteur de mort. Le temps cyclique, quant à lui, est périodique. C'est le temps des saisons qui reviennent annuellement. Il est porteur de renouveau et, selon l'auteur, annule le temps successif. Enfin, le temps indéfini est hors du temps. Il peut être

représenté dans l'instant ou dans l'éternité. C'est l'arbre dont on ne peut dater ni le début ni la fin et qui semble éternel. Ces trois formes de temps peuvent être évoquées à la faveur de l'arbre et correspondre à une organisation de la production de la personne.

Comme écrit plus haut, le protocole de l'Épreuve des Trois Arbres révèle les mouvements antagonistes d'attraction et de répulsion qui sont au fondement de la vie humaine. Ces pôles sont appelés « positif » et « négatif ». Ils s'enracinent « dans les profondeurs de la conscience » (Fromage, 2019, p.74) et nourrissent les comportements de la personne. Le psychologue doit particulièrement être attentif aux actions réalisées par les arbres qui symbolisent cette polarisation. Il doit alors s'interroger sur la spécificité des actions effectuées par les arbres choisis comme positifs, négatifs (phase I, étape 2), et de rêve ou de cauchemar (phase II). L'analyse de l'ETA va s'intéresser spécialement aux rôles de l'arbre négatif (phase I) et de cauchemar (phase II).

Pourquoi cet intérêt pour le négatif ? Le mouvement de rejet requiert beaucoup d'énergie. Plus quelque chose est rejeté par une personne, plus ce contenu prend de la force et contraint les comportements. Moins le négatif (ou repoussé) est relié à l'autre pôle à savoir le positif, et plus il va être le moteur effectif des conduites. Ici le négatif est formulé sous couvert d'arbre. Ainsi des contenus impossibles à formuler et dont parfois la personne n'a pas même conscience peuvent émerger. Ils sont d'abord dessinés, figurés puis ensuite installés dans un récit où s'expriment les possibles collaborations avec le pôle positif (étapes 7 et 11).

Dans l'ETA, les dessins des arbres, négatif et de cauchemar, permettent de donner forme au négatif et d'établir son existence. Par les récits, il est offert à la personne de donner un rôle et une voix à ce refusé. Se trouvent alors « identifiés, par l'intermédiaire de l'arbre, des contenus répulsifs, parfois même indicibles. » (Fromage, 2019, p.211). Ceci constitue une ressource importante puisque plus quelque chose est repoussé violemment et plus il va absorber de l'attention et de l'énergie, contraindre le fonctionnement psychologique.

Le psychologue doit également être vigilant à distinguer les actions réalisées par l'arbre, de ses actions potentielles. Les actions potentielles sont celles qui sont envisagées et que l'arbre aimerait ou refuserait de faire. Ce sont des tendances de fond. Selon Fromage (2012) elles représentent un « élan vers » ainsi que des potentialités qui « prennent un sens dans le cadre de l'équilibre relatif entre désiré et refusé. » (Fromage, 2012, p.49). Les matrices d'explicitation des étapes 5, 6, 9 et 10 permettent alors d'approfondir le point de vue de la personne et de formaliser ces tendances. Les questions C et D permettent à la personne d'établir, dans une anticipation à court terme,

par l'énoncé du besoin de l'arbre et de sa résolution. Les questions E et F permettent une projection temporelle à long terme polarisée.

Dans le schéma ci-dessous, la personne (hexagone central) combine dans le présent les forces, attractive et répulsive, vers le futur. Le premier cercle en pointillés représente la zone des conduites générées par l'articulation des deux pôles. Le deuxième cercle symbolise la zone des tendances à long terme. Elle est également induite par les deux pôles (Fromage, 2011).

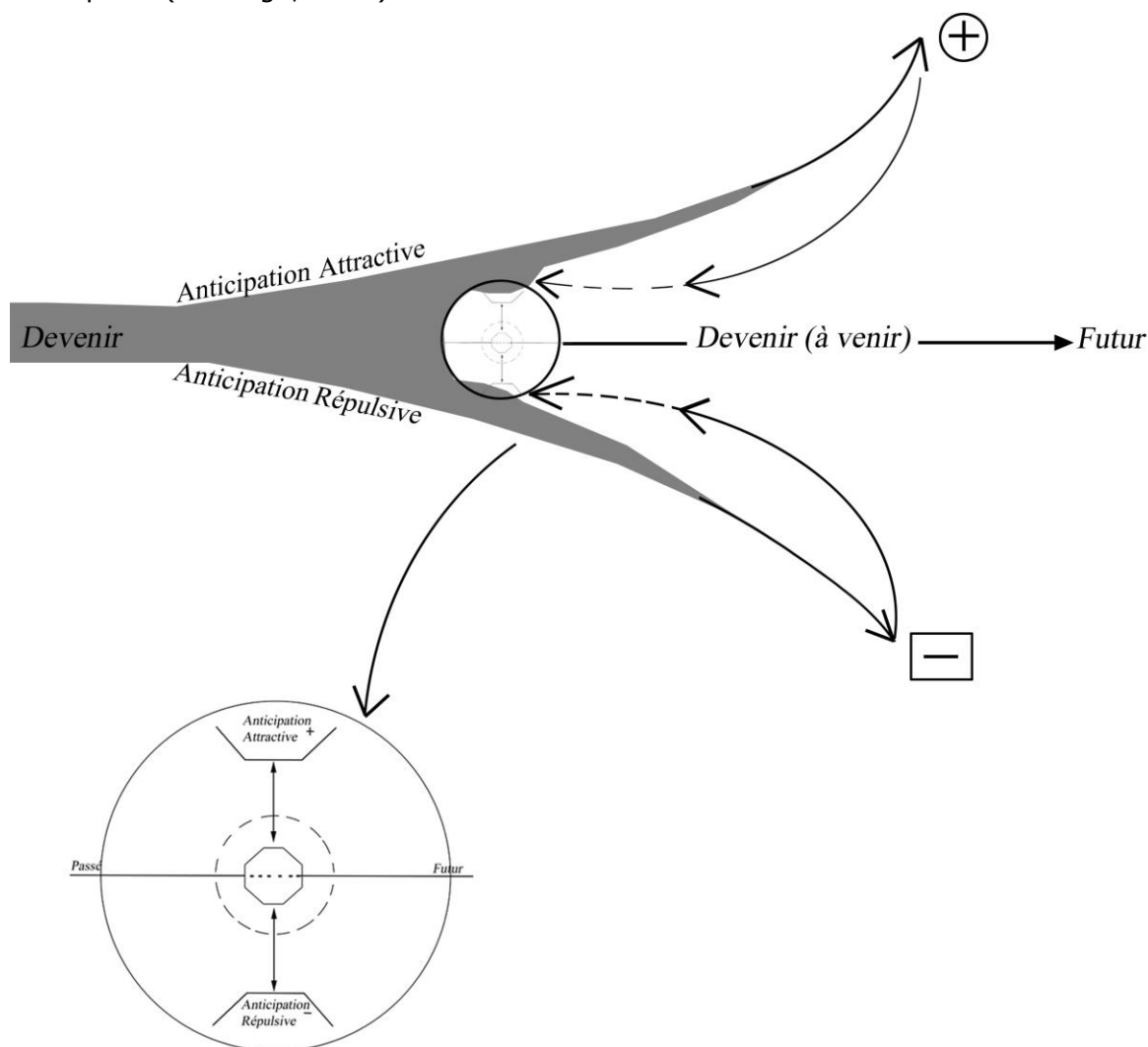


Figure 28 : L'anticipation, un mouvement articulant désiré et refusé, présent et futur.

Source : Fromage (2011).

Enfin, pour analyser le protocole, le psychologue identifie les thèmes et valeurs mis en évidence par l'ETA. Le thème rassemble et regroupe les valeurs exprimées dans le protocole. Le thème du voyage peut, par exemple, rassembler les valeurs de fixité ou de mobilité (Fromage, 2012). Les valeurs se dégagent à travers les actions de chaque arbre.

La répétition des actions peut révéler des lignes conductrices dévoilant les valeurs subjectives de la personne.

Dans la partie suivante, l'exemple présenté illustre le travail engagé chez une soignante de l'étude B grâce à l'Épreuve des Trois Arbres. Nous verrons comment l'ETA offre à la personne de donner forme au refusé pour élargir son champ de conscience et permettre une meilleure connaissance de son fonctionnement ainsi que de son système de valeurs. Nous verrons comment l'identification et la représentation du pôle négatif dégagent des ressources et donnent l'occasion de questionner le sens face à une confrontation continue avec la dégradation et la mort.

Les protocoles des autres participants au groupe expérimental sont présentés en annexe 9.

b) ua Présentation du protocole et de son analyse : Mme C., étude B.

Dans la présentation de ce protocole, les réponses de Mme C. sont retranscrites en écriture romaine. Les commentaires figurants en italique sont les commentaires du psychologue réalisés d'après la passation de l'épreuve, et en préparation de la Lecture Partagée.

PHASE 1 : ARBRES DE BASE

E1- Dessins

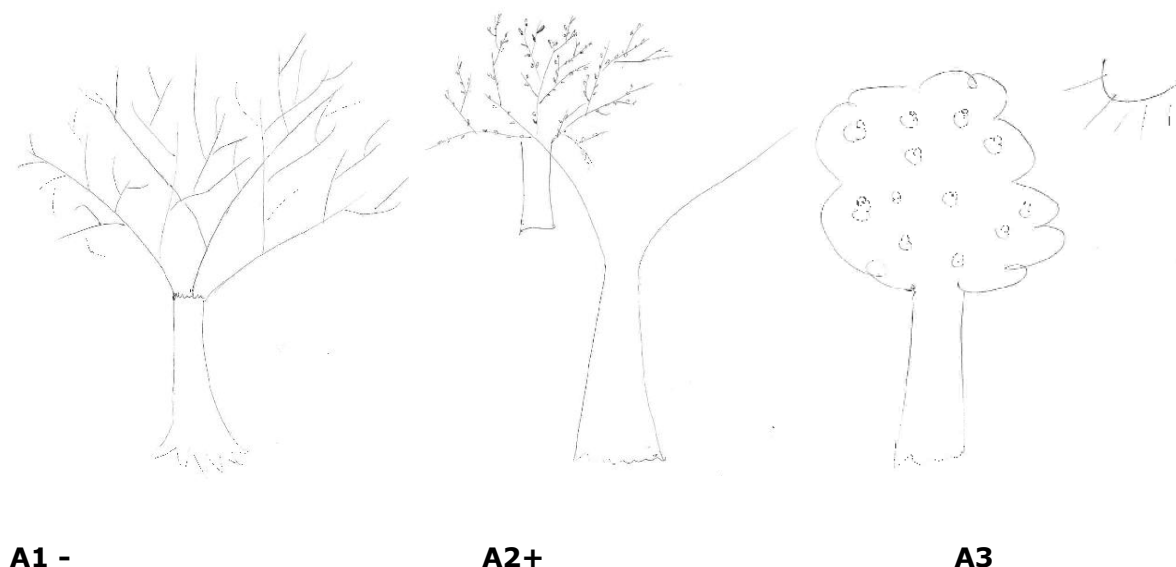


Figure 29 : Arbres de base, Mme C., étude B.

Commentaires sur les dessins :

A1- : Les racines sont dessinées, on en voit six, peu profondes. Le tronc est fermé, plus large à la base. Du haut du tronc, partent trois branches principales qui se subdivisent toutes en de nombreuses branches pour former le houppier. Les branches sont dirigées vers le haut sauf sur le côté gauche où certaines retombent vers le bas. On ne voit pas de feuille. A la base du houppier, il y a une délimitation dentelée.

A2 + : La partie souterraine de l'arbre n'est pas représentée. Il n'y a pas de ligne de sol ou de fuite évasée du départ du tronc. Quatre branches principales partent du tronc et se subdivisent en d'autres branches. Les branches ont toutes de nombreuses feuilles. Mme C. a d'abord dessiné la silhouette d'un arbre puis a repris le même en plus petit afin d'être plus rapide.

A3 : La partie souterraine de l'arbre n'est pas représentée. Le tronc ne possède pas de racines, il est épais et laisse place à un houppier fournis en feuilles et fleurs. Présence du soleil en haut à droite de l'arbre.

E2- Pôles : A1 - ; A2+

E3- Images, mots, expressions :

A1 - : Triste, sombre, froid, solitude, sévère.

A2+ : Printemps, espérance, changement, douceur, beauté, rythme des saisons.

A3 : Chaleur, été, fruits, vacances, amis, enfants, joie.

E4- Histoires :

A1- : J'ai froid, / il fait noir, / je suis seul.../

Personne ne me connaît, / personne ne s'occupe de moi. / Il faut dire que je ne suis pas très beau, / je n'ai rien à offrir à ceux qui croiseraient leur chemin avec le mien. /

C'est l'hiver. / Les hommes restent bien au chaud dans leur maison et / les animaux ont hiberné. / Je me sens bien inutile...

Analyse séquentielle puis fonctionnelle :

Le récit est écrit à la première personne.

S1, l'arbre indique un ressenti thermique, le froid.

S2, il décrit l'ambiance obscure, perception visuelle.

S3, il décrit sa situation interpersonnelle, solitude.

S4, l'arbre indique qu'il est inconnu.

S5, il indique qu'il se sent abandonné.

S6, il formule une autoévaluation défavorable de son esthétique.

S7, il formule une autodépréciation sur ce qu'il est en mesure d'apporter à d'autres.

S8, l'arbre indique une saison, l'hiver.

S9, il indique que les humains ne sortent pas.

S10, il indique que les animaux ne sortent pas et que la vie se déroule au ralenti.

S11, l'arbre exprime son sentiment d'inutilité.

Commentaire sur le récit de A1- :

L'arbre décrit son vécu perceptif (S1, S2, S6), interpersonnel (S3, 4, 5, 7, 11) dans une saison où les êtres vivants sont en retrait (S8, 9, 10).

L'arbre réalise une auto-description dévalorisante associée à un sentiment de solitude, d'inutilité et d'abandon.

A2+ : Ah je me sens revivre! / Les nuits sont plus courtes et / le soleil réchauffe le temps de plus en plus généreusement. / Les jours rallongent, / l'hiver est derrière nous. / Le printemps arrive / avec toute sa nouvelle palette de peintures vertes, du plus tendre au plus cru. / Je sens la sève monter doucement en mon cœur, / des bourgeons naissent chaque jour.../

Je vois de nouveau des gens se promener / et ils me redécouvrent. / Certains s'émerveillent de ce renouveau. / Je me sens plus fort / et plus beau.

Analyse séquentielle puis fonctionnelle :

Le récit est écrit à la première personne.

S1, l'arbre décrit sa sensation de retour à la vie.

S2, il décrit le raccourcissement des nuits.

S3, il décrit un réchauffement continu du temps par le soleil, perception tactile.

S4, il décrit l'allongement des jours.

S5, l'arbre indique que l'hiver est passé.

S6, il décrit l'arrivée du printemps, changement de saison.

S7, il décrit un environnement coloré de toutes les nuances de vert, perception visuelle.

S8, l'arbre indique sa sensation interne, montée lente de la sève.

S9, il décrit un bourgeonnement quotidien.

S10, l'arbre décrit le retour des hommes dans son environnement visuel.

S11, l'arbre indique qu'il est redécouvert par les hommes.

S12, ce renouveau émerveille certains hommes.

S13, l'arbre décrit sa sensation de renforcement, auto appréciation positive.

S14, il formule une auto appréciation positive de son esthétique.

Commentaires sur le récit de A2+ :

L'arbre décrit son vécu perceptif interne (S1, 8, 9). Il décrit son vécu perceptif de l'environnement (S2, 3, 4, 5, 6, 7) dans un changement de saison émerveillant les hommes qui sortent à nouveau.

L'arbre réalise une auto description positive associée à une sensation de retour à la vie et de renouveau.

A3 : Je suis de plus en plus beau et/ heureux.

C'est l'été. / Des enfants jouaient à cache-cache dans le jardin. / Ils riaient de bon cœur. / Il fait chaud mais / le soleil est bon / car le vent souffle d'une brise légère. /

Je suis heureux, / la vie est là ! / Je sais que dans quelques jours, je vais offrir de beaux fruits aux propriétaires de la maison. / De bonnes odeurs de tartes sucrées vont parfumer la maison/ et petits et grands vont se régaler.

Analyse séquentielle puis fonctionnelle :

Le récit est écrit à la première personne.

S1, l'arbre décrit une évolution favorable de son esthétique, auto évaluation positive.

S2, l'arbre décrit une évolution favorable du ressenti de bonheur.

S3, il indique une saison, l'été.

S4, il décrit une scène passée de jeux d'enfants dans son environnement.

S5, il décrit les rires des enfants, perception visuelle et auditive agréable.

S6, l'arbre décrit une sensation thermique de chaleur.

S7, il fait une évaluation positive d'un élément de son environnement, le soleil.

S8, il donne la cause de S7 : une brise légère, élément doux et agréable de son environnement.

S9, l'arbre donne son sentiment de bonheur.

S10, il indique la présence de la vie.

S11, il anticipe une situation future, sa fructification destinée aux hommes de son environnement. Relation interpersonnelle : don, partage.

S12, il anticipe une situation future, l'utilisation de ses fruits par ces hommes et leur transformation.

S13, il anticipe une situation future, jouissance et plaisir des hommes procurés par le produit de cette transformation.

Commentaires sur le récit de A3 :

L'arbre décrit son vécu perceptif (S1, 6, 7, 8), interpersonnel (S11) et son ressenti (S2 et 9) dans un environnement où la vie et les hommes sont présents (S3, 4, 5, 10) et jouissent de ses fruits (S12 et 13).

L'arbre réalise une auto-description valorisante et décrit un sentiment de bonheur lié à la présence et aux échanges avec les êtres vivants.

Synthèse intermédiaire :

A1- fait une auto description dévalorisante associée à un sentiment de solitude, d'inutilité et d'abandon. A2+ et A3 font des auto-descriptions valorisantes.

A2+ est associé à une sensation de retour à la vie et de renouveau et A3 décrit un sentiment de bonheur lié à la présence et aux échanges avec les êtres vivants.

Les arbres sont tous les trois situés à des saisons différentes. Le temps est décrit dans une forme cyclique.

E5 et 6 : Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Il est plus petit que le premier dessiné. Je le trouve beau même si je suis nulle en dessin. Il porte des signes de changement et d'espérance (printemps...)	C'est le plus grand de mes dessins, il a de belles racines, il est seul.
B : Ressenti	Voir le perçu. Une attente...	J'ai froid et je suis triste voire angoissée.
C : Besoins	Du soleil, de l'eau, de la lumière.	De chaleur, d'eau, de vie autour de lui.
D : Actions	Il faudrait l'arroser si la pluie ne vient pas. Peut-être le tailler pour le fortifier.	Le tailler
E : Devenir désiré	Comme sur mon troisième dessin, un arbre fruitier, généreux.	Comme sur le second puis le troisième.
F : Devenir Refusé	Un arbre mort, décapité par une tempête.	Un arbre mort qui ne sert à rien.

Tableau 5 : Matrice d'explicitation A+ et A-, Mme C., étude B.

A2+, contact (A et B) : petit, beau, changement, espoir, attente.

A1-, contact (A et B) : grand, belles racines, seul, froid, tristesse, angoisse.

Tendance à court terme (C et D) : pour A2+ et A1-, nécessaire intervention d'un tiers pour ajouter de l'eau ou retirer des branches.

Tendance à long terme (E et F) : pour A2+ et A1-, la tendance noyau oscille entre le refus de la mort et le désir de renouveau.

E7- Histoire A1 - / A2 + :

A- : Brou... J'ai froid... /

A2+ : C'est normal, / c'est l'hiver. / Sois patient, / dans quelques semaines le printemps sera là... /

A- : Oui mais en attendant, je trouve que l'hiver n'en finit pas. / Je me sens seul, / inutile, / personne ne s'occupe de moi. /

A2+ : Pourtant, tu sais bien que le repos de la nature est indispensable pour le cycle de la vie. / Ce que tu vis en ce moment est un passage indispensable. / Va chercher au creux de tes racines un peu de chaleur de la terre... / Sois attentif.

Analyse séquentielle puis fonctionnelle :

S1, A1- indique une sensation thermique, le froid.

S2, A2+ informe A1- de la normalité de ce ressenti.

S3, A2+ indique une saison, l'hiver.

S4, il demande à A1- de faire preuve de patience.

S5, il anticipe une situation future : l'arrivée du printemps.

S6, A1- répond et décrit son vécu d'attente et son sentiment de longueur de l'hiver.

S7, A1- exprime son sentiment interpersonnel, la solitude.

S8, il exprime son sentiment d'inutilité.

S9, il exprime son sentiment interpersonnel d'abandon.

S10, A2+ rappelle à A1- le besoin de repos de la nature en faisant référence au temps cyclique.

S11, A2+ informe A1- du caractère indispensable de son vécu.

S12, il demande et indique à A1- où et comment aller chercher la chaleur (racine, terre).

S13, A2+ demande à A1- d'être attentif.

Commentaires sur l'histoire A2+/A1- :

Les arbres se parlent, A1- communique son vécu perceptif de froid et son ressenti d'attente, de solitude, d'inutilité et d'abandon (S1, 6, 7, 8, 9). A2+ rassure (S2, 3, 13) et conseille A1- en évoquant la venue du printemps (S4, 5), en faisant référence à la nécessité du temps cyclique (S10 et 11) et en indiquant où et comment chercher la chaleur (S12).

La relation entre les deux arbres est une relation de conseil de A2+ vers A1-.

E8- Histoire A1 - / A2 + / A3 :

Il était une fois une grande maison / avec un beau jardin / dans lequel les enfants aimaient jouer... / Le 1^{er} arbre en regardant le 3^{ème} arbre dit : « - Ah dis donc, j'avais oublié que je pouvais être aussi beau... ». /

Le second lui, se trouve beau / car rempli de promesses, / promesse de cueillette, / de pique-nique sous son ombre, / de jeux d'enfants qui aiment grimper dans les arbres pour se cacher. / C'est la saison que je préfère.

Analyse séquentielle puis fonctionnelle :

S1, ancrage de l'histoire dans l'espace : une grande maison.

S2, évaluation esthétique de l'environnement : beau jardin.

S3, indication du plaisir de jeu des enfants dans cet environnement.

S4, A1- indique son oubli d'une esthétique égale et évaluée favorablement en regardant A3. Hétéro-évaluation favorable de A3, comparaison esthétique.

S5, l'auteure du récit prête un état mental à A2+ : une auto-évaluation favorable de son esthétique.

S6, la raison de sa beauté vient du fait qu'il donne une multitude d'espérances.

S7, A2+ donne l'espérance de la récolte des fruits par un tiers.

S8, A2+ donne l'espérance de l'abri pour le repas d'un tiers.

S9, A2+ donne l'espérance de l'abri pour des enfants qui jouent.

S10, la saison dans laquelle se situe A2+ est surévaluée favorablement comparativement aux autres par l'auteure elle-même.

Commentaires sur l'histoire A1-/A2+/A3 :

Les arbres sont situés dans le même espace (S1, 2, 3). La vue de A3 rappelle à A1- une évaluation esthétique favorable passée (S4). L'auteure indique qu'A2+ s'autoévalue favorablement (S5) car il apporte une multitude d'espérances pour le tiers humain (S6, 7, 8, 9).

Les arbres sont dans un même espace mais ne se parlent pas, seul A1- prend la parole. Il effectue une hétéro-évaluation esthétique de A3. L'auteure du récit prête un état mental à A2+ : une auto-évaluation esthétique favorable associée à l'espérance de ce qu'il peut apporter au tiers humain. A3 sert de référence à A1- mais n'existe pas par lui-même.

Synthèse du protocole de base :

Les trois arbres ne présentent pas de partie souterraine sauf pour A1- pour qui 6 petites racines sont dessinées.

Le temps est décrit dans une forme cyclique (E4 puis E7).

Orientation dans le temps à court terme : nécessaire intervention d'un tiers (E5 et E6).

Orientation dans le temps à long terme : oscillation entre le refus de la mort et le désir de renouveau (E5 et E6).

Relation entre arbres polarisés : échange verbal, conseil de A2+ vers A1- associé au temps cyclique. Le positif, par sa présence, rappelle et rassure sur la nécessité du temps cyclique et la venue du renouveau (E7).

Il n'y a pas de dialogue entre les trois arbres.

PHASE 2 : ARBES MYTHIQUES

E9 : Arbre de Rêve (AR) :

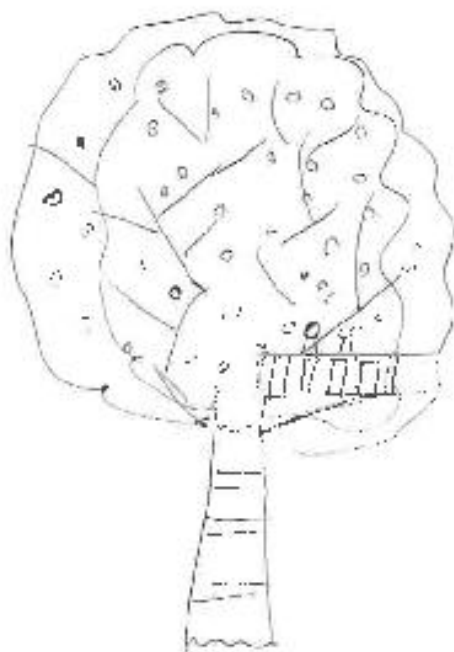


Figure 30 : Arbre de Rêve, Mme C., étude B.

AR possède un tronc, les racines ne sont pas représentées mais une ligne de sol ondulante est indiquée. Sur le houppier, des traits épars pourraient indiquer des branches et les tâches, des fruits. A la base de son houppier, à droite on pourrait apercevoir une cabane sur laquelle se trouvent deux personnes.

Images, mots et expressions : été, vacances, enfance, mes enfants, jardin, chaleur, jeux, vie, partage, bonheur.

- **Rêve** :

Je rêve en imaginant que l'automne n'arrive jamais. / Je rêve de donner beaucoup de beaux fruits / et de ne jamais perdre mon beau feuillage. / Je rêve de voir toujours des enfants jouer près de moi. /

Je rêve de ne pas vieillir.

Analyse séquentielle puis fonctionnelle :

Le récit est écrit à la première personne.

S1, l'arbre rêve que la saison ne change pas. Arrêt du temps.

S2, il rêve d'une fructification abondante pour un tiers.

S3, il rêve d'un feuillage persistant éternel. Il fait une auto-évaluation esthétique favorable de son feuillage.

S4, l'arbre rêve de la présence perpétuelle d'un tiers jouant dans son environnement.

S5, l'arbre rêve de ne pas vieillir, jeunesse éternelle, arrêt du temps.

Commentaires sur le récit de AR :

L'arbre rêve d'un arrêt du temps pour la saison et une jeunesse éternelle pour lui-même (S1 et 5). Il rêve d'une fructification pour un tiers et d'un feuillage éternel (S3 et 4), en présence perpétuelle d'enfants jouant dans son environnement (S4). Le temps est indéfini.

E10 : Arbre de Cauchemar (AC) :

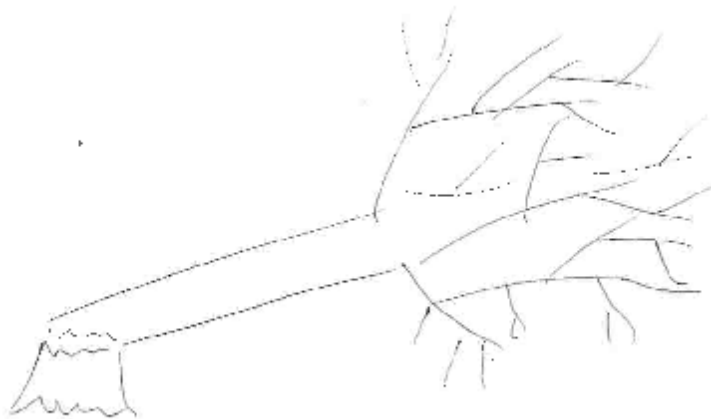


Figure 31 : Arbre de cauchemar, Mme C., étude B.

AC est cassé en deux à la base du tronc. La fracture est minutieusement établie sur les deux tronçons. On voit, à la base de la souche, comme des débuts de racines mais la partie souterraine n'est pas représentée. Il semble que l'arbre soit en train de tomber car

la deuxième partie n'est pas encore au sol. Il possède 3 branches principales qui se subdivisent pour former un houppier non délimité. Les branches sont nues.

Images, mots et expressions : Mort, Tristesse, Froid.

- Cauchemar :

Cela faisait déjà plusieurs jours que j'avais froid, / très froid... / Je me sentais si seul. / Tout autour de moi est sombre, / sans couleur. / Il y a bien de la lumière dans la maison / mais cela fait longtemps, trop longtemps que je n'ai pas entendu le rire des enfants. / Je ne sais pas ce qui se passe, / le ciel s'est assombri d'un seul coup / et il y a un énorme bruit de tonnerre qui a déchiré le ciel. / J'ai eu très mal, / j'ai senti une énorme déchirure, / puis plus rien...

Analyse séquentielle puis fonctionnelle :

Le récit est écrit à la première personne.

S1, AC décrit une perception thermique de froid dans le passé.

S2, l'arbre accentue cette perception thermique.

S3, l'arbre exprime un sentiment passé, la solitude.

S4, il décrit une perception visuelle obscure de son environnement

S5, il décrit une perception visuelle de son environnement sans couleur.

S6, AC indique au présent la présence de lumière dans un habitat humain de son environnement.

S7, AC relate l'absence d'une perception sonore venant d'un tiers humain dans son environnement sur une période jugée trop longue.

S8, l'arbre exprime son ignorance sur les événements.

S9, il décrit une perception visuelle passée d'assombrissement soudain.

S10, il décrit une forte perception sonore.

S11, l'arbre relate une perception de grande douleur.

S12, il relate une forte sensation de brisement.

S13, l'arbre décrit une absence totale de tout.

Commentaires sur le récit de AC :

AC décrit ses perceptions sensorielles et son ressenti (S1 à 9), un état de mal-être, de resserrement marqué par la solitude. Il décrit un événement extérieur violent et douloureux dans lequel il est passif et impuissant (S10 à 12). Puis il est indiqué une absence de conscience, rien (S13).

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Un dessin d'enfant ?	Il a toujours des racines dans la terre.
B : Ressenti	La vie passe vite mais la vie est belle.	J'ai envie de pleurer.
C : Besoins	Soleil	Etant mort, au moins, peut-il servir à quelque chose ? Menuisier pour faire un meuble, qu'il ait une place dans une famille heureuse.
D : Actions	Vivre de lui en mangeant ses fruits et l'entretenir (faire attention aux vieille branches)	Faire appel à quelqu'un pour le tailler en planches.
E : Devenir désiré	Toujours plus grand et fort, un tronc fort. Un feuillage bien garni, des fruits beaux sans vers.	Voir C : Besoins
F : Devenir refusé	Refuse d'être malade et de ne plus avoir de fruits.	Oublié dans le jardin et pourrir.

Tableau 6 : Matrice d'explicitation AR/AC, Mme C., étude B.

AR, contact (A et B) : AR fait penser à l'enfance, rapidité et beauté de la vie.

AC, contact (A et B) : AC a de belles racines. Il suscite la tristesse.

Tendance à court terme (C et D) : pour AR et AC, nécessaire intervention d'un tiers extérieur pour retirer les branches, récolter les fruits ou transformer l'arbre afin qu'il soit utilisé.

Tendance à long terme (E et F) : pour AR et AC, la tendance noyau oscille entre le refus de la maladie et de la mort et le désir de vie et d'utilité. Pour AC, le désiré est renvoyé aux besoins à court terme mais de façon elliptique et énigmatique.

E11- Histoire AR /AC :

Je rêve que les planches qui ont permis de construire la cabane dans le 1^{er} arbre d'été (AR) proviennent de l'arbre des cauchemars. / Je rêve que l'on replante un arbre à mes côtés.

Analyse séquentielle puis fonctionnelle :

Le récit est construit à la première personne.

S1, un rêve dans lequel AR et AC se rejoignent par l'utilisation du bois de AC pour construire la cabane de AR.

S2, un arbre rêve de la replantation d'un pair dans son environnement.

Commentaires sur le récit AR/AC :

L'auteure s'écarte de la consigne. Le «je » est employé mais on ne sait pas quel arbre rêve. Est-ce le rêve de Mme C. ?

Utilisation d'AC pour rejoindre AR. Renouveau. AC est utilisé mais il n'est pas acteur (pas de parole, pas d'autonomie).

Synthèse de l'arbre mythique :

Pour AR et AC les parties souterraines ne sont pas représentées mais seulement une ligne ondulante pour AR et des débuts de racines pour AC.

Pour AR, on souligne un arrêt du temps dans la saison estivale, et la jeunesse éternelle (E9).

AC vit un événement traumatique qui change totalement sa vie (E10).

La tendance à court terme est l'intervention nécessaire d'un tiers pour ajouter, retirer, récolter, transformer... (E9 et E10).

La tendance à long terme oscille entre le refus de la maladie et de la mort et le désir de vie et d'utilité.

Le récit entre AR et AC est confus, on ne sait pas qui est l'auteur. Est-ce Mme C. (S1) ou AC (S2) ? AC n'a pas de rôle propre ni de voix dans le récit.

I. CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

a- Positionnement par rapport à l'affirmation : A1 : futur

A2/A3 : présent

Passé : rien

Absence de représentation pour le passé.

b- Positionnement par rapport à l'affirmation : associer A1 au passé, A2 au présent et A3 au futur : Plutôt le contraire.

Synthèse du protocole :

On souligne l'importance de la thématique du temps, à la fois sous sa forme cyclique (E4, E7) porteuse de renouveau continu mais aussi linéaire qui apporte maladie et mort (E10). L'antidote rêvé est alors un « arrêt du temps » (E9).

Les arbres n'ont pas de parties souterraines sauf A1- et AC qui possèdent des débuts de racines.

On notera aussi l'importance de l'autre, soit signalé sous forme d'interventions extérieures (ligne D des deux matrices), soit inversé à travers la solitude ressentie (E 4/ A1- ; rêves en E 9 et E 10).

c) [_ua_ La Lecture Partagée : Mme C., étude B.](#)

ua Les principes de la Lecture Partagée.

La Lecture Partagée intervient dans le prolongement de l'Épreuve des Trois Arbres. Elle est préalablement préparée par le psychologue à partir de l'analyse de l'ETA. Dans notre recherche, le psychologue élabore une série de questions entre les séances 6 et 7 afin de poursuivre ce qui a été entamé à la séance précédente. De la même manière que pour l'Épreuve des Trois Arbres, il ne s'agit pas d'interpréter ou d'évaluer ce qui a été produit par la personne. Pour le psychologue clinicien Rosenberg, « lorsque nous analysons ses paroles et que nous cherchons à les intégrer à nos théories, nous observons l'autre, mais nous ne sommes pas avec lui. » (Rosenberg, 2005, p.110). La Lecture Partagée ne représente donc pas un compte rendu d'expertise de l'ETA (Fromage, 2018).

L'objectif est d'aider la personne, de manière analogique, à continuer l'explicitation de ses préoccupations du moment. Il s'agit également de l'aider à la mise en mot du monde selon sa propre expérience. Les questions sont posées dans le but d'amener une exploration des tendances présentes dans le protocole. Elles suscitent également chez la personne des transformations à sa propre initiative ainsi qu'une mise en valeur de ses ressources (Fromage 2018). La démarche s'ancre dans la maïeutique socratique visant à aider une personne à exprimer des connaissances dont elle n'a pas

conscience à l'aide d'interrogations. A la manière de l'entretien clinico-critique de Piaget (Ducret, 2016), les interventions du psychologue dépendent de l'analyse préalablement établie ainsi que de l'interaction spontanée avec la personne. Comme pour l'entretien d'explicitation de Vermersch (2017), la Lecture Partagée se situe du côté du point de vue de la personne. Dans la continuité de l'ETA, il s'agit de l'aider à exprimer un contenu implicite et donc de conscientiser un savoir que la personne ne sait pas qu'elle connaît. Le psychologue doit mettre en œuvre une qualité de présence et d'écoute. Ses formulations doivent être simples et directes. Dans son questionnement, il va utiliser le « comment » de manière systématique en excluant le « pourquoi » afin d'éviter une recherche de causes étrangères au vécu de la personne. Il utilise également des techniques de reformulations en s'assurant de leur validité auprès du sujet concerné.

Pour mener à bien cette démarche maïeutique – approfondissement de l'univers subjectif de la personne - les échanges ont lieu en référence directe avec le contenu botanique du protocole. Ainsi le dessin d'un arbre déraciné pourra servir de support à une question du type « qu'est-ce qui est arrivé à cet arbre ? » induisant pour la personne la formulation d'une cause. Celle-ci peut relever, pour l'observateur extérieur, d'une cause événementielle « banale » comme la réponse « tempête ». Pourtant, la personne introduit la réalité de sa perception d'un événement fortement perturbateur. La réponse peut également être surprenante pour le psychologue car rien ne la laissait prévoir : « Cet arbre s'est couché parce qu'il était fatigué ! ».

Au travers de ces deux réponses, se dévoilent deux univers subjectifs bien différents quant à l'appréhension intime par la personne de sa propre situation. Chacun ouvre sur des développements singuliers que le psychologue continue d'accompagner sur le mode botanique. Pour la proposition 1, il peut être formulé : « Comment il se sent actuellement ?, comment il peut faire maintenant ? ». Pour la proposition 2 « Il y a des choses qui l'ont fatigué plus particulièrement ou c'est plutôt cyclique, pour se reposer qu'il s'allonge ? », etc.

On retient de ces deux exemples que dans la Lecture Partagée en « langage arbre », il est possible d'évoquer des situations insolites, d'effectuer des formulations d'apparence incongrue sans que cela soit limitant car l'expérience enseigne que des voies nouvelles sont ainsi explorées et trouvent, au-delà de la formulation métaphorique, des développements concrets dans la vie réelle de la personne.

Dans la présentation qui suit, les questions du psychologue figurent en italique. Les réponses orales de Mme C. sont entre guillemets et en écriture romaine. Entre parenthèses nous commenterons les réponses de Mme C. en indiquant l'approfondissement et les transformations suscitées.

Le protocole a tout d'abord été relu avec la personne. Pendant la lecture Mme C. a pu commenter et laisser venir l'émotion, ainsi que ses larmes. : « C'est incroyable, tu arrives à me faire dire ce qui me fait peur, ce que je ne veux pas... (émotion) Je ne veux pas vieillir... ». Par la suite, la lecture a laissé la place à l'approfondissement.

ua_ Lecture Partagée, Mme C., étude B.

Si on regarde les premiers arbres que tu as dessinés, tu dis que A2+ sent sa sève monter, comment elle monte ?

« Les racines sont bien solides, il la prend des racines. Le soleil et la lumière sont importants. C'est la vie, la reprise de la vie avec le rythme des saisons, le retour du printemps. Il faut les racines mais aussi le soleil : c'est par le haut et par le bas. La sève part de la Terre et, comme il y a du soleil, les bourgeons apparaissent. »

(Évocation de la partie souterraine de l'arbre comme moyen servant au renouveau à l'aide du soleil. Axe vertical, ressources aériennes et souterraines.)

Et comment elle descend ?

« J'ai du mal à le voir ça... Comme il n'y a plus de feuilles, la sève redescend sous la terre à l'abri. Plutôt dans les racines oui. »

(Évocation de la partie souterraine de l'arbre pour abriter.)

Parce qu'il y a moins de lumière ?

« Il y en a moins, les jours sont plus courts. »

Et si A2+ perd ses feuilles, comment ça se passe ?

« Petit à petit, avec le souffle du vent, la pluie... Je vois les feuilles qui font un tapis et de l'engrais pour la terre, c'est l'automne ça nourrit la terre, il y a des champignons. J'aime bien cette saison, les couleurs, les couleurs chaudes. »

Et ensuite ?

« Ensuite elles deviennent du terreau, avec les petites bêtes et les vers. »

Et l'arbre s'en nourrit ?

« Tout à fait. »

(En réponse à ces trois interventions, on observe un cheminement sur l'axe du temps vers la saison automnale qui, jusque-là, n'avait pas encore été abordée. Les feuilles mortes deviennent ressource : engrais et terreau habités qui nourrissent l'arbre. La mort peut être nommée mais elle s'inscrit dans un cycle de vie (cf. temps cyclique) et

n'est plus une fin en soi puisque cette transformation de la feuille est support d'autres développements.)

Et si on regarde A1-, tu dis qu'il se sent inutile et qu'il refuse de ne servir à rien. Comment tu vois ça ?

« C'est être oublié. De pourrir sur place. Tu connais le conte des trois arbres ? Je te le raconte pas car c'est trop catho mais c'est des arbres qui servent à rien et à la fin, ils vont être utiles. »

Et comment tu vois ça toi, pourrir sur place ?

« C'est très lent. Un jour, il est oublié. Je l'imagine au fond d'une maison. Il a été très beau dans une maison de famille puis un jour, il a été oublié car c'est du fait qu'il n'y ait plus de vie autour. On n'en a pas pris soin, avec le temps la mémoire des lieux n'a pas été entretenue. S'il pourrit on ne peut rien en faire. Il va à la déchèterie, c'est horrible... »

Comment il va à la déchèterie ? On le coupe ?

« Oui je vois ça plus à la tronçonneuse. »

Et à la déchèterie qu'est-ce qu'il devient ?

« Des détritux végétaux dans une grosse benne affreuse. »

Et ensuite ?

« Il y a du compostage ou alors c'est la mode des trucs de bois en copeaux pour pailler ou décorer. »

Donc il retourne au jardin.

« Oui »

(En réponse aux 6 questions ci-dessus, Mme C. explore la tendance négative mise en valeur dans la phase 1 de l'ETA. Exploration du thème de la maladie et de la mort. L'inutilité est rattachée à l'oubli par le tiers, la putréfaction et l'absence de vie. Exploration de contenus indicibles par l'analogie (La déchèterie, « c'est horrible »). Exploration de ce qui se passe après la mort, transformation de l'arbre. Compost qui nourrit ou décore le jardin.)

A1-, tu as dit qu'il avait de belles racines. Et A2+ lui conseille d'aller chercher la chaleur par ses racines. Elles vont jusqu'où ?

« Il y en a des superficielles et y en a des cachées sous la terre, bien cachées pour chercher de l'eau ou de l'engrais.

A2+ lui dit « Sois attentif à ce qui se passe au creux de toi » : on a l'impression que la nature est morte mais on est impressionné de voir que tout repart.

Il ne doit pas oublier qu'au creux de lui la vie est là ; sous la terre pour que le printemps arrive. Aller chercher la chaleur là, c'est ses ressources. »

(Exploration de la partie souterraine comme lieu où trouver les ressources. A2+ conseille A1-.)

A2+, lui, refuse d'être décapité par une tempête. Au printemps ? Tu vois ça comment ?

« C'est de plus en plus courant malheureusement. Les branches se cassent, les bourgeons fragiles tombent, les arbres se plient. Certains sont fragiles et vont tomber... Et j'entends un gros « crac ». D'abord les branches, puis après par là... Aux deux tiers. Les racines sont solides donc il n'est pas déraciné. »

Et ensuite qu'est-ce qui se passe pour lui ?

« Il est découpé en tronçons pour le feu de la cheminée. A la base il y a des rejetons pour que ça repousse. La terre est bonne et j'ai la main verte, je sais bien tailler ! »

(Exploration de la tendance négative de la phase 1 de l'ETA. Mort de A2+ et exploration de « l'après ». Transformation de l'arbre, retour de la vie, aide du tiers. Des liens sont amenés spontanément par la personne avec sa propre vie : ici Mme C. dit qu'elle a un savoir-faire et des ressources.)

Et si on regarde maintenant ton Arbre de Rêve : il dit qu'il imagine que l'automne n'arrive jamais, qu'il ne perde jamais ses feuilles et que les enfants jouent toujours autour de lui. Pour lui rien ne change ? Il n'y a pas de pluie, rien que du soleil ?

« Si, les enfants grandissent, il pleut, il vente et tout... Mais je suis solide parce que je suis heureuse. La vie passe vite tu verras... Je vieillis.

Oui il en faut d'ailleurs, ça fait du bien. Pour lui il n'y a plus de saisons, c'est toujours l'été. J'oublie qu'il faut les fleurs avant et qu'il faut un printemps. »

Il faut un cycle qui recommence, sinon il n'aura pas de fruits ?

« Oui bah oui ! Sinon il va être fatigué. Les saisons sont importantes. Il ne faut pas négliger ses besoins, accepter qu'il y ait des périodes difficiles pour après être plus généreux. »

(En réponse à ces deux interventions, on observe un cheminement dans le temps de AR, qui était figé dans le protocole. Réinstallation dans un temps qui avance comme un besoin de l'arbre pour le renouveau. On observe donc une installation en filigrane de la « mort transformation » (par opposition à la « mort fin ») à travers l'énoncé du cycle nécessaire des saisons. Mme C. fait encore une fois un lien avec sa propre vie, son vieillissement et ses ressources).

Il refuse d'être malade, mais s'il tombe malade, tu vois ça comment ?

« Je vois que les fruits vont pourrir, des petits vers... Tout ce que je déteste ! Dans les fruits par terre qui ne sont pas mangés, pas cueillis. On va le traiter, soit chimiquement soit le tailler. S'il est trop malade on va l'abattre. »

On l'abat comment ?

« A la hache... Et les enfants récupèrent le bois pour faire une autre cabane encore plus haute. »

Et si on le taille, les branches malades ou mortes, tu vois ça comment ?

« Chaque branche un peu. En forme de rond harmonieuse. Je suis généreuse en taille. Ça leur fait du bien. »

(En réponse à ces trois interventions, on observe une exploration de la tendance négative de la phase 2 du protocole avec le refusé de AR. Exploration du thème de la maladie, de la dégradation et de la mort. Aide du tiers qui prodigue des soins, ajoute des traitements ou enlève des branches. Exploration de ce qui se passe après la mort, transformation d'AR).

Si on regarde maintenant l'arbre de cauchemar, il raconte avoir senti une énorme déchirure puis plus rien, plus rien du tout ?

« Non. Plus de fruit, le silence, plus de lumière, le froid... »

Et lui, qu'est-ce qu'il devient ?

« Il attend qu'on lui donne une deuxième vie. En planche pour les meubles, ou en cabane. »

Et la souche ?

« Soit ça repart, soit ça sert de base pour faire un jeu. »

(Exploration du thème de la mort à travers la mort de AC. Exploration du devenir, après la mort, continuité ou prolongement de la vie avec la transformation d'AC par un tiers, renouveau. Ouverture vers une continuité de la vie également pour la souche de l'arbre, renouveau ou transformation. Mais AC n'établit toujours pas de lien avec AR).

En automne et en hiver, que devient la cabane ?

« Les enfants jouent toute l'année même si c'est un peu moins l'hiver. C'est un refuge, une cachette. »

Et si on met une belle journée ensoleillée d'hiver pour l'arbre de cauchemar comment tu vois ça ?

« Il y a des gens qui jouent dessus et qui grimpent dessus. »

(En réponse à ces deux dernières interventions, on observe une exploration de la tendance négative à travers le changement des saisons pour AR qui continue à abriter. Exploration de ce qui se passe après la mort pour AC. Prolongement de l'utilisation d'AC pour le tiers qui joue et grimpe dessus.)

Synthèse de la Lecture Partagée :

On observe un cheminement sur l'axe du temps à travers le changement des saisons. Exploration du processus vieillissement pour AR qui n'est plus figé dans le temps. L'avancement du temps est cette fois identifié comme un besoin pour le renouveau.

Exploration des parties souterraines des arbres pour abriter la vie, lieu où trouver les ressources.

Exploration des tendances négatives du protocole à travers la maladie des arbres, la putréfaction, la dégradation et la mort.

Exploration de ce qui se passe après la mort à travers la transformation des arbres et le prolongement, continuité de la vie, renouveau.

Importance du tiers qui intervient pour enlever les branches, ajouter le traitement, abattre, transformer.

d) ua Analyse qualitative de l'ETA et la Lecture Partagée de Mme C.

ua Processus d'identification, expression de soi et démarche autobiographique par l'Épreuve des Trois Arbres.

L'analyse qualitative de l'Épreuve des Trois Arbres de Mme C. permet d'observer comment l'expression de soi est facilitée par la médiation du dessin et du récit de l'arbre. Mme C. s'approprie la consigne et utilise le « je » pour faire parler les arbres, ce qui indique un processus d'identification. Lors de la première étape de l'ETA, la réalisation du dessin relève d'un processus projectif. Les étapes suivantes relèvent d'une identification à l'arbre. L'arbre dessiné est alors support d'une mise en forme de soi sous forme d'arbre, qui va favoriser l'expression. Elle va également favoriser des transformations à travers l'établissement de liens de sens et des prises de conscience profondes.

Au cours de la Lecture Partagée, Mme C. verbalise cette identification notamment à l'arbre de rêve : « C'est incroyable, tu arrives à me faire dire ce qui me fait peur, ce que je ne veux pas... (émotion) Je ne veux pas vieillir... ». A ce moment elle reprend le discours d'AR pour elle-même. La prise de conscience de l'identification et l'énoncé de ce que Mme C. refuse lui permettent d'exprimer les émotions associées. Au cours de l'ETA, la personne devient l'arbre et parle par arbre interposé. Le protocole forme un espace intermédiaire où des mises en lien nouvelles peuvent avoir lieu. Cette identification lui

permet d'être au dedans de l'arbre ainsi qu'au dehors d'elle-même, et l'amène à exposer son expérience propre à l'extérieur pour la regarder autrement. (Fromage, 2019). Il y a à la fois identification et mise en perspective.

Toujours au cours de la Lecture Partagée et suite aux questions d'approfondissement, Mme C. utilise également le « je » mais le lecteur ne sait plus si c'est l'arbre de rêve ou Mme C. qui parle : « Si, les enfants grandissent, il pleut, il vente et tout... Mais je suis solide parce que je suis heureuse. La vie passe vite tu verras... Je vieillis. », (texte associé à l'arbre de rêve). L'utilisation du féminin confirme que Mme C. parle d'elle-même à travers la métaphore de l'arbre.

La famille et les enfants sont présents et reviennent comme un fil rouge tout au long du protocole. Cette présence familiale stimule les sens : l'ouïe avec les rires, la vue avec la lumière de la maison, l'odorat avec l'odeur des tartes... C'est également pour l'arbre de rêve que l'élément biographique intervient lorsqu'elle écrit que celui-ci lui fait penser à ses propres enfants.

L'identification, la démarche autobiographique et l'expression de soi étant facilitées, nous allons voir comment Mme C. a pu questionner au travers du protocole la confrontation continue au vieillissement, à la dégradation et la mort.

ua Aider à développer le champ de conscience de la personne : l'expression et la confrontation au négatif.

Au fil des questions, le protocole de l'Épreuve des Trois Arbres suscite un travail de conscientisation de connaissances qui, jusque-là, étaient inaccessibles à la personne. Selon Fromage (2019), à l'étape 1 (E1), l'action de dessiner fait directement surgir des contenus du domaine du non-conscient qui se réfléchissent dans les récits créés pour l'étape 4 (E4). Avec les matrices d'explicitation et les histoires reliant les arbres, les étapes 5, 6, 7 et 8 amènent, quant à elles, un travail de mise en mot et de réflexion. (Fromage, 2019).

Le premier arbre dessiné par Mme C. est identifié comme l'arbre qu'elle aime le moins. Cet arbre représente l'hiver, le froid, la solitude et la sévérité. La polarisation sollicitée chez Mme C. oppose A1- au deuxième arbre dessiné, A2+. Ce dernier inspire le printemps et l'espérance et son histoire est centrée autour du retour de la vie et du renouveau. Selon Fromage (2011), la dualisme (positif/négatif) est inhérent à la vie elle-même et engendre en conséquence un positionnement spontané d'attraction/répulsion à l'égard de ce qui est rencontré dans la réalité extérieure comme intérieure (polarisation). Ce positionnement permanent et spontané crée les conditions d'une conflictualité féconde, un « mouvement incessant qui génère la vie psychique » (Fromage, 2011,

p.68). Le protocole de Mme C. s'installe donc entre ces deux mouvements contradictoires : le désiré (attraction), ici le renouveau et la vie, opposé au refusé (répulsion), ici le froid, la solitude, l'inutilité et le délaissement.

L'histoire de l'arbre racontée permet une méta-projection de la personne (ibid, 2011). Les contenus implicites projetés, non conscients, le deviennent au fur et à mesure de la mise en forme et de la mise en mots du protocole. Le non-conscient désigne des contenus dont l'accessibilité nécessite des moyens spécifiques comme ici le recours à une procédure indirecte qui est l'arbre comme métaphore de soi. La conscience de soi est en quelque sorte agrandie par l'amélioration de la circulation entre ces deux espaces de conscience que sont le conscient et le non-conscient. L'autonomie de la personne en est améliorée. Dans l'exemple choisi, les arbres de Mme C. veulent être beaux, grands, forts, utiles, productifs et généreux. A l'inverse, ils refusent la maladie, l'inutilité, l'oubli, la putréfaction et la mort. L'arbre de rêve de Mme C. rêve que la saison ne change pas. Il souhaite continuer incessamment à produire des fruits, ne jamais perdre son feuillage et continuer à voir les enfants jouer autour de lui. Ce rêve est résumé par l'affirmation finale de l'arbre « Je rêve de ne pas vieillir ».

On voit que l'Épreuve des Trois Arbres a permis à Mme C. de donner forme progressivement à ce mouvement de répulsion suscité par son propre vieillissement, la maladie, la dégradation et la mort. Le refusé, ou rejeté par Mme C. est donc représenté ici à travers les arbres. Le premier arbre, A1- déplore que personne ne s'occupe de lui. Il souligne qu'il a oublié le passé dans lequel il a été beau. Il n'a rien à offrir et refuse d'être inutile dans la mort. Pendant la Lecture Partagée, Mme C. développe l'histoire d'A1. Cet arbre est oublié et pourrit sur place. Il n'a plus de vie autour de lui et il manque de soin. Cette putréfaction entraîne un départ à la déchèterie dans une benne considérée comme affreuse. Le processus de vieillissement est également évoqué avec l'arbre de rêve qui suscite l'impression que la vie passe vite.

La Lecture Partagée, cet échange dialogique en « langage arbre », permet d'envisager que l'arbre de rêve soit malade. Ses fruits pourrissent et sont mangés par les vers. Il faut alors le tailler ou l'abattre. L'arbre de cauchemar est brisé et déjà mort. Mme C. explique qu'après sa déchirure il n'y a plus rien : le froid, le noir, le silence, et il ne produit plus de fruits. Ce qui est repoussé est souvent indicible et révoltant pour la personne mais peut être formulé avec le recours à l'arbre. Avec l'arbre négatif, puis l'arbre de cauchemar, c'est ce qui était jusque-là rejeté au plus profond de la conscience qui est identifié et qui peut s'exprimer par l'intermédiaire des arbres.

Comme décrit plus haut, les mouvements d'anticipation attractive et répulsive vont permettre à la personne de se projeter dans son futur. Cette projection temporelle possède un mouvement inverse qui contribue à susciter les choix et les conduites

présentes. Selon Fromage, (2011), les « anticipations attractive et répulsive sont dans un mouvement perpétuel d'équilibre. [...] Une anticipation opérationnelle nécessite de faire participer le négatif, de l'intégrer » (Fromage, 2011, p. 65). Toujours selon cet auteur, « l'individu s'humanise en réintégrant ce qui en provenance de lui-même était refusé. La formulation, l'identification, la reconnaissance du négatif, le dialogue installé avec la négativité honnie est clé de l'évolution de la personne » (ibid, 2011, p.69). Dans la partie suivante, nous verrons qu'en donnant forme au négatif, et en explorant ce refusé dans l'Épreuve des Trois Arbres et la Lecture Partagée, la personne peut, par l'intermédiaire de l'arbre, entamer des transformations à son initiative.

ua_ Aider à libérer les ressources : susciter les transformations à l'initiative de la personne.

Comme écrit plus haut, l'Épreuve des Trois Arbres s'inscrit dans le courant de la psychologie humaniste. Selon ce courant, la personne n'est pas statique, elle est constamment en processus de devenir et d'actualisation de soi. Elle possède en elle des potentialités et des ressources qui lui permettent de se comprendre, se percevoir différemment, transformer ses attitudes fondamentales et ses comportements. C'est la personne elle-même qui sait ce dont elle souffre et elle est libre de réaliser ses potentialités. Avec l'Épreuve des Trois Arbres, la démarche indirecte, par analogie, permet à la personne d'accéder à ces ressources. La polarisation du protocole reproduit celle qui structure naturellement le psychisme et offre à la personne de donner forme à ce qu'elle refuse de voir et de reconnaître : le négatif. Selon Fromage (2019), ce négatif constitue une ressource très importante puisque ce qui est repoussé ou refusé avec force va mobiliser l'énergie de la personne et finalement dicter son comportement. Son extériorisation et son exploration sont donc fondamentales pour modifier le point de vue de la personne. Comme écrit plus haut, à la fin de la lecture du protocole, Mme C. exclame qu'elle réalise parler de ce qui lui fait peur et de ce qu'elle ne veut pas. Fromage (2019) écrit que « La prise de conscience avec L'ETA est souvent stupéfiante quand, par exemple, la personne déclare, au bout d'un temps, avec un étonnement non feint du registre de la découverte auto-proclamée, qu'elle parle d'elle-même. Et dans ce surgissement du propos, on saisit que des liens nouveaux de sens sont en train de s'effectuer » (Fromage, 2019, p.210). Dans la continuité de l'ETA, la Lecture Partagée, poursuit avec l'analogie et utilise à nouveau le « langage-arbre » pour approfondir cette confrontation au négatif.

Précédemment, nous avons vu que Mme C. donne forme au négatif qu'est la dégradation, la maladie, la solitude et la mort par l'intermédiaire d'A1- et de l'arbre de cauchemar. Elle exprime également ce qui est repoussé en elle à travers le devenir

refusé par les arbres (étapes 5, 6, 9 et 10). A1- refuse d'être inutile. Lors de la Lecture Partagée, Mme C. va plus loin et relie l'inutilité de A1- au fait d'être oublié et de pourrir sur place. Au fil des questions, elle explore ce devenir et exprime ce qui se passe après la mort. Elle envisage la déchèterie qu'elle qualifie « d'horrible », puis l'arbre est transformé en compost et retourne au jardin. « Grâce à la médiation thématique de l'arbre, les pires déchets peuvent être compostés et le négatif devenir ressource » (Fromage, 2019, p.214). On voit alors, qu'avec cette méthodologie du « langage arbre », il est possible de formuler des contenus difficiles et d'accompagner leur transformation c'est-à-dire la relation que la personne entretient avec ceux-ci. Mme C. annonçait déjà cette transformation en reliant le refus de l'oubli pour A1-, au conte catholique dans lequel trois arbres pensent ne servir à rien mais deviennent finalement utiles et importants.

Un cheminement sur l'axe du temps est suscité chez Mme C. lorsqu'il lui est suggéré une perte des feuilles de A2+. La saison automnale, qui jusque-là n'avait pas été abordée, est valorisée par ses couleurs. Les feuilles mortes sont transformées en terreau habité qui nourrit l'arbre. La mort est donc réinscrite dans un cycle, elle devient le support et le terreau de la vie.

Au fil de la Lecture Partagée, Mme C. continue à exprimer et explorer le refusé en visualisant la tempête qui décapite A2+. Celle-ci détruit les bourgeons et brise l'arbre. Cependant, Mme C. précise que celui-ci n'est pas déraciné et le questionnement amène encore une fois Mme C. à aller au-delà de la mort. La souche fait des rejets, l'arbre est coupé puis utilisé pour chauffer l'homme et Mme C. fait elle-même le lien avec ses ressources et son savoir-faire pour tailler.

L'arbre de rêve de Mme C. était figé dans un état de jeunesse et un environnement estival, et la Lecture Partagée a permis de réinstaller un mouvement temporel. L'arbre de rêve, qui ne voulait ni changer de saison, ni vieillir, est réintroduit dans un univers fluctuant où les enfants grandissent et les saisons passent. Mme C. fait encore une fois le lien avec sa propre vie, son vieillissement et ses ressources (solidité, bonheur). Elle envisage cette fois le mouvement des saisons comme une nécessité pour l'arbre. L'image de la dégradation et de la mort n'est plus une fin en soi mais une transformation. Selon Fromage, 2019, la figure circulaire du temps cyclique offre d'autres perspectives que le temps chronologique. « La mort se trouve formulée, non comme une fin tragique et absolue, mais comme le passage d'un mode de fonctionnement à un autre » (Fromage, 2019, p. 213). Si AR est malade, il est taillé ou abattu puis transformé en une cabane plus haute que celle qu'il porte déjà.

Ces contenus, non conscients à la personne, sont donc exprimés au travers des questionnements de l'ETA et de la Lecture Partagée. Grâce au support de l'arbre, Mme C.

donne forme à ce qui ne peut être figuré puis elle l'explore et, spontanément, elle modifie son point de vue.

Le négatif ou « le refusé » est un rouage indispensable au fonctionnement du système puisque c'est de la conflictualité entre le positif et le négatif que jaillit la vie. Il est donc important de pouvoir représenter le négatif mais également de lui permettre de s'exprimer et de le mettre au travail dans sa relation avec la tendance positive. L'Épreuve des Trois Arbres offre une forme au refusé, un arbre, puis elle lui offre une voix à travers le récit de son histoire. Dans le récit reliant l'arbre positif et l'arbre négatif ainsi que dans celui reliant l'arbre de rêve et l'arbre de cauchemar (étapes 7 et 11), l'ETA donne également au refusé la possibilité de s'exprimer face au désiré. La Lecture Partagée poursuit alors ce qui est entamé dans le protocole pour approfondir la mise au travail du négatif en relation avec le positif.

Pour Mme C., l'histoire qui relie l'arbre positif et l'arbre négatif (étape 7) établit un dialogue entre les arbres. On souligne alors une relation de conseil de A2+ vers A1-. L'arbre positif recommande à l'arbre négatif d'être attentif à ce qui se passe au creux de lui. Il lui conseille d'aller chercher la chaleur dans ses racines, sous la terre. L'histoire reliant les trois arbres, quant à elle, ne met pas en évidence de relation entre les arbres. L'arbre négatif (A1-) se compare à A3, Mme C. prête une pensée à l'arbre positif (A2+) et A3 ne s'exprime pas. Lors de la Lecture Partagée, Mme C. accentue la relation de conseil qu'entretient A2+ avec A1-. Même si l'arbre positif indique à l'arbre négatif où aller chercher les ressources, A1- ne réplique pas. On ne sait pas ce qu'il pense et quel rôle il peut jouer suite à ces conseils. On remarque alors un manque de collaboration ou de travail commun entre les arbres polarisés au long du protocole.

On retrouve ce manque dans la phase II du protocole concernant les arbres mythiques. Dans le rêve qui relie les deux arbres imaginaires (étape 11), l'arbre de cauchemar et l'arbre de rêve ne se parlent pas. Le récit devient confus. Le « je » est employé mais le lecteur ne sait pas quel est l'arbre qui rêve. Il semblerait que le rêve soit plutôt celui de Mme C. L'arbre de cauchemar a été utilisé pour construire la cabane située dans l'arbre de rêve. AC est alors déplacé dans la scène de l'arbre de rêve mais il n'a pas voix au chapitre ni de rôle propre dans le récit. Le rêve contient également le désir de planter à nouveau auprès d'un arbre, mais on ne sait pas de quel arbre il s'agit. Lors de la Lecture Partagée, Mme C. continue à explorer le devenir de AC après sa mort. L'arbre peut être transformé en meuble ou en cabane. Sa souche peut également servir comme support pour le retour de la vie mais l'arbre de cauchemar n'établit toujours pas de lien avec l'arbre de rêve.

Dans cette démarche, la médiation par l'intermédiaire de l'arbre permet un accès aux contenus implicites et donc aux ressources profondes de la personne. Mme C. établit le négatif puis elle amorce des transformations dans la relation qu'elle entretient avec lui. Selon Fromage (2019), c'est une réelle mise en perspective de la situation du moment qui s'opère pour la personne. Mme C. peut aller au-delà de la mort et transformer des contenus répulsifs (comme la maladie, la déchéance, la benne à ordures et la putréfaction) en compost support de la vie et du renouveau. A l'issue du protocole de l'ETA et de la Lecture Partagée, la relation entre les tendances positives et négatives reste un axe à approfondir. Dans la discussion, nous développerons les questions qui auraient pu être posées à Mme C. pour continuer cette mise au travail et développer la collaboration entre les composantes négatives et positives.

e) ua Retours spontanés des participants.

Les participants au programme expérimental ont pu faire un retour direct sur l'Épreuve des Trois Arbres ainsi que sur la Lecture Partagée pendant les séances. Les commentaires recueillis au fil des études soulignent l'efficacité de la médiation comme facilitation de l'expression de soi : « Il y a des moments où je parlais de l'arbre et des moments où je disais « je » et je me rendais compte que c'était de moi que je parlais. », (étude D séance 7) ; « C'est incroyable, tu arrives à me faire dire ce qui me fait peur, ce que je ne veux pas... (émotion) Je ne veux pas vieillir... », (étude B, séance 7) ; « Ça m'a permis de parler de plein de choses sans m'en rendre compte », (étude A, séance 12).

L'Épreuve des Trois Arbres comme support pour faciliter la prise de conscience des ressources semble également avoir bien fonctionné : « Les arbres, c'est surprenant... ça libère de quelque chose ! On s'attendait pas à ça », (étude C, séance 8) ; « On était sceptiques au départ sur l'Épreuve des Trois Arbres, on en a parlé entre nous : « Et toi tu as dit quoi ? » mais finalement c'est très intéressant ! Ça nous a permis de dire plein de choses. On ne se rend pas compte, ça apprend plein de choses », (étude A, séance 8).

9.1.3. ua Troisième partie : création sur les pratiques.

Au cours de la troisième partie du programme, les professionnels ont eu l'occasion de consolider les apprentissages dans l'apaisement physique et mental. Nous avons complété le training autogène de Schultz par des techniques tirées du mindfulness ou pleine conscience (Kabat-Zinn, 2013; Kumar, Adiga & Anice, 2014). Le recueil des remarques spontanées des professionnels montre, là encore, une efficacité de cette

consolidation et une maîtrise de soi dans l'environnement : « Les exercices de pleine conscience ça détend aussi, ça marche même assise, j'ai failli m'endormir », (étude D, séance 8). « Les bruits dans la salle à côté, on les a entendus mais ça n'a pas dérangé, on progresse ! On peut se détendre dans des conditions de travail », (étude D, séance 9). ; « Ça m'apaise ! », (étude C, séance 12) ; « J'ai pensé aux exercices l'autre jour, j'en pouvais plus », (étude C, séance 9) ; « J'apprécie la relaxation car je n'ai pas l'habitude de ça et je ne prends pas ce temps d'habitude, je fais les exercices, seule, chez moi, régulièrement », (étude C, séance 12).

Les séances étaient ensuite consacrées à la création sur les pratiques. Les professionnels choisissaient en groupe un accompagnement jugé difficile comme support de leur réflexion. Dans cette partie, c'est le travail engagé avec les professionnels de l'étude B qui sera présenté.

Lors des 8^{ème} et 9^{ème} séances, les 4 soignantes de l'étude B ont rapidement été d'accord pour choisir l'accompagnement de Mme G. comme support de travail. Mme G., une femme nonagénaire, était atteinte de démence entraînant une désorientation spatio-temporelle, des pertes de mémoire, un discours et une pensée confuse. Elle présentait des troubles du comportement lors de soins corporels tels que l'aide au lever et coucher, la toilette, la toilette intime et l'habillage. La présentation et les arguments du choix des professionnels étaient ceux-ci : « On ne sait jamais comment on va la trouver, de quelle humeur ? On va se faire envoyer bouler !

- Elle tape, elle griffe.
- On appréhende qu'elle ne soit pas bien, en boule dans son lit et qu'on ne puisse rien faire !
- On a tout essayé. »

a) La Construction d'une vision partagée de la situation sur le modèle de James & Stephenson (2007).

La première méthode proposée aux soignantes reprenait le modèle de soutien des aidants professionnels et familiaux (James & Stephenson, 2007). Les professionnelles ont compilé sur une feuille A0 toutes les observations concernant Mme G. selon les catégories suivantes : histoire de vie, personnalité, traitements, troubles du comportement, hypothèses et pistes de solutions. Dans le cadre de ces séances, nous avons ajouté également des commentaires sur l'impact et le ressenti de la situation sur les soignants.

ÉLÉMENTS DE LA PERSONNALITÉ & HISTOIRE DE VIE

- Humour
- Coquette
- Repartie
- Rapidité → douceur.
- Artiste
- Noman
- Snob
- culture
- Sensible à l'apparence / amictions
- elle était créatrice de bijoux de luxe

- Solitaire

TTT

- Antalgique
- ttt cardiaque.
- anti-hypertenseur.
- un petit truc le matin contre l'anxiété ?!

Femme qui décidait ce qu'elle voulait faire

↳ À qui on avait imposé de venir en institution.

→ Difficile de supporter la vie en collectivité.

- A été cambriolé
- Suspicion d'agression sexuelle
- "Fermez bien les volets pour pas qu'il n'y ait de jours"

} Traumatisme

- "je vais appeler le commissaire de police"
- "je pense que je deviens folle"

- Dans les moments de lucidité, comment me protéger je ? → agressivité ?
→ colère ?

HYPOTHESES

PISTES DE SOLUTIONS

- adaptation des soins en fonction des désirs de l'ave
- rétro de pression de la part de la famille et par conséquent, de la direction.
- "lacher prise" des soignants

TROUBLES ACTUELS DU COMPORTEMENT

- Imprévisible
- lunatique
- Agressive
- Totie Danielle
- S'approprie les objets
- Serre les genoux lors du soin intime
- attachante
- "Sale bête"
- Appréhension (pince, griffe...)
- Inquiète, rituel de fermeture

- Tutoiement ?

→ On ne sait pas quelle va être son humeur / On va peut-être se faire envoyer bouler / C'est difficile de la savoir dans son lit en boule, pas forcément bien et on ne peut rien faire.

Photo 2 : Recueil et analyse des besoins de Mme G. reprenant le modèle de soutien des aidants professionnels et familiaux (James & Stephenson, 2007).

Le recueil des informations et l'analyse des besoins de Mme G. selon le modèle de James & Stephenson (2007) offrent une manière descriptive d'aborder cet accompagnement. La situation est détaillée verbalement, sur le plan humain, et résonne de manière conventionnelle en matière d'hypothèses et de pistes de solution. Cette méthode a permis aux participantes de dégager les hypothèses suivantes : Mme G. ayant eu pour habitude de prendre les décisions au cours de sa vie, n'avait apparemment pas choisi son entrée en institution. Elle semblait avoir du mal à supporter la vie en collectivité. Le retour sur son histoire de vie a permis de mettre en lien un ancien cambriolage relié à des phrases répétées en boucle avec angoisse par Mme G. au moment du coucher : « Fermez bien les volets pour qu'il n'y ait pas de jour ! » ou encore « Je vais appeler le commissaire de police ! ». Les comportements défensifs de Mme G. lors de la toilette intime ont fait naître l'hypothèse d'une agression sexuelle. Les commentaires de Mme G. sur son état (« Je pense que je deviens folle. ») témoignaient de moments de lucidité. Les soignantes ont alors supposé que Mme G., réalisant la perte de sa raison, se protégeait de cette prise de conscience par l'agressivité et la colère.

Les pistes de solutions envisagées par les participantes étaient, avant tout, une adaptation des soins en fonction des désirs de Mme G. Les soignants devaient alors différer les soins lorsqu'ils la trouvaient « en boule » dans son lit et refusant la toilette. Une réunion d'information auprès de la famille a été suggérée par les participantes. L'idée était d'informer la famille de la démarche soignante dans l'adaptation de soins aux envies de Mme G. Ainsi, la famille aurait été plus à même d'accepter des soins faits en toute sérénité plutôt qu'une toilette irréprochable et ponctuelle de Mme G. La diminution de la pression exercée par la famille aurait eu un impact positif sur la pression exercée par la direction de l'établissement quant à l'hygiène de Mme G. Les participantes ont enfin évoqué la nécessité d'un « lâcher-prise des soignants » dans l'accompagnement de Mme G. Nous allons exposer le cheminement des soignants sur cette notion de lâcher-prise dans les parties suivantes.

b) [_ua Construction d'une vision analogique de la situation : le Cahier de l'Arbre Collectif \(Fromage, 2015\).](#)

Les séances suivantes ont été consacrées à la construction partagée d'une vision analogique de cette même situation : Mme G., par l'intermédiaire du dessin et du récit de l'arbre. Cette représentation analogique, en opposition à la méthode descriptive, humaine et digitale utilisée précédemment, intervient dans la continuité de l'ETA et de la Lecture Partagée. Elle vient compléter le modèle de James & Stephenson (2007), afin d'étendre

le champ de conscience des soignants de manière indirecte dans leur rapport à la personne aidée mais également à leur expérience subjective, collective et institutionnelle.

ua_ Le Cahier de l'Arbre Collectif, séance 9 et 10.

La fin de la 9^{ème} séance a donc permis de proposer aux soignantes de représenter la situation de Mme G. de manière différente, dans la continuité de ce qui avait été entrepris par toutes les soignantes à travers l'Épreuve des Trois Arbres. Après avoir pris un temps pour se remémorer l'accompagnement, il a été demandé à chacune des participantes de dessiner un arbre représentant la situation, comme elle la voyait.

Comme expliqué plus haut dans la présentation du protocole expérimental, les professionnels sont guidés par les interventions du psychologue au fil des séances du Cahier de l'Arbre Collectif. L'objectif est de faire émerger une créativité ainsi que des ressources collectives avec une approche centrée sur la personne dans un va-et-vient entre l'histoire subjective des participants, le malade, l'équipe et l'institution.

Conformément à la demande du psychologue, chaque soignante a présenté son dessin en donnant quelques explications sur les caractéristiques choisies, les images ou émotions qui leurs sont venues en dessinant ainsi que les raisons pour lesquelles elles ont ajouté tel ou tel détail. Toutes les participantes ont représenté des épines sur leur dessin. L'une d'entre elle a choisi de dessiner un cactus. Deux soignantes ont mélangé fleurs et épines pour démarquer les deux aspects de la personnalité de Mme G. Enfin, trois professionnelles ont mis en évidence la largeur ou l'ancrage du tronc dans le sol comme significatif d'une longue vie et d'une personnalité marquée.

Au cours de la séance 10, les soignantes ont été invitées à se remémorer ce qui avait été dit la semaine passée. A la lumière de chaque dessin et explication donnés, il a ensuite été demandé de dessiner un arbre collectif reprenant les éléments importants et choisis ensemble. Pour soutenir la production collective, le psychologue aidait le groupe dans le cheminement de la construction de leur arbre au regard de chaque dessin individuel avec des interventions telles que « *Les dessins ont des troncs différents, quel est celui que vous choisissez pour votre arbre ?* ».



Photo 3 : Construction d'une vision analogique de la situation : l'arbre collectif, Mme G., étude B.

Nous avons recueilli les commentaires spontanés des participantes pendant la réalisation de leur dessin.

Commentaires pendant le dessin :

« Le tronc a des racines. On en fait plein parce qu'elle est âgée. On fait des trous dans le tronc, des accros dans sa vie.

- On fait un bel houppier comme les nuages, comme sa choucroute.
- Fais-lui des lunettes. On fait des zigouigouis pour représenter son « grain de folie » pour les branches qui représentent les lunettes.
- Elle a du poil au menton. On lui fait des épines.
- Et un collier de roses pour le sourire.
- D'autres zigouigouis en haut pour la démence et ce « grain de folie » qui va avec. C'est comme les plantes curly et si tu observes bien les poiriers, il y a des ramifications comme ça.
- On fait des cactus ? Tu veux faire des cactus dans l'arbre ?
- Ou alors on lui fait des bras en cactus pour les griffes !
- Cet arbre est bien plus drôle que celui qu'on a fait avant. »

Une phase d'approfondissement du point de vue collectif a alors été proposée par le psychologue en reprenant certaines questions du protocole de l'Épreuve des Trois Arbres. Pour chaque question, le groupe devait se mettre d'accord sur la ou les réponses données. Les participantes s'exprimaient oralement et spontanément. Les interventions du psychologue reprennent les étapes 4 et 5 de l'ETA développant les besoins de l'arbre et leur résolution ainsi que les grandes tendances à venir. Ces étapes ont pour fonction d'approfondir pour chaque pôle, positif et négatif, la connaissance implicite que la personne a de ce qu'elle désire et refuse en elle et notamment à propos du temps. Le support de l'arbre a alors permis une représentation collective de la situation dans un espace anticipatoire polarisé, c'est-à-dire animé simultanément par le désiré et le refusé. Ces interventions ont été choisies dans l'objectif d'accompagner l'exploration indirecte et commune de la situation. Il s'agissait également et surtout d'aider à la formulation du négatif pour l'installer comme composante de la situation.

Dans la présentation qui suit, les questions du psychologue figurent en italique. Les réponses orales des participantes sont entre guillemets et en écriture romaine. Entre parenthèses nous commenterons en utilisant l'analyse séquentielle et fonctionnelle de l'ETA.

Racontez l'histoire de cet arbre, comme s'il parlait... que devient-il ? Construisez une histoire commune.

« C'est l'histoire de la vie d'un arbre bien remplie, / c'est du costaud, / c'est du chêne centenaire ! / Il peut être écorché / mais ça reste debout. / Il a de grosses racines bien présentes. /

- Il n'est pas très bien taillé d'ailleurs, / il pique, / il y a des cactus. /
- Il pousse dans tous les sens. /
- Il y a aussi des roses qui poussent au milieu, / c'est quand même pas mal ! /
- Il prend conscience qu'il pousse dans tous les sens quand même / et ça le perturbe un peu. /
- Il est plein de vie / mais un peu défraîchi, décati / mais il a un certain style.

(Les soignantes ne s'approprient pas la consigne de l'emploi de la première personne. Le narrateur n'est pas l'arbre lui-même.)

S1, l'arbre est installé dans le récit de sa vie qualifiée de pleine.

S2, il est évalué positivement par sa force physique.

S3, la variété et l'âge de l'arbre sont indiqués (chêne, 100 ans).

S4, possibilité de blessure physique pour l'arbre.

S5, malgré cette possibilité, l'arbre tient dans sa position verticale.

S6, l'arbre possède des racines qualifiées physiquement de grosses et positivement ancrées.

S7, l'intervention extérieure pour enlever des branches est qualifiée négativement.

S8, l'arbre opère une action physique douloureuse sur son environnement.

S9, présence d'une variété étrangère au sein de l'arbre, des plantes piquantes mais la localisation n'est pas précisée.

S10, la croissance et le développement de l'arbre se font de manière désordonnée.

S11, présence d'une variété étrangère se développant au sein de l'arbre, des fleurs (roses) localisées au milieu de l'arbre.

S12, la présence des fleurs est qualifiée positivement avec une formulation négative : « quand même pas mal ».

S13, l'arbre réalise que sa croissance est désordonnée.

S14, l'arbre est affecté négativement par cette croissance désordonnée.

S15, l'arbre est qualifié de rempli de vie.

S16, l'arbre est qualifié négativement sur son physique, il a perdu sa fraîcheur.

S17, malgré sa perte de fraîcheur l'arbre est qualifié de manière positive concernant son esthétique.

L'arbre est âgé. Il a une vie remplie et il est lui-même rempli de vie. Il est affecté par sa croissance désordonnée. L'action du tiers extérieur pour enlever les branches est évaluée négativement. L'arbre et certaines de ses caractéristiques sont évalués positivement par les tiers auteurs du récit (S2, 6, 12, 17), d'autres sont évalués négativement (S8, 9, 10, 16). Il opère une action douloureuse sur son environnement. Malgré la possibilité de blessures il garde sa stature verticale grâce à des racines solides (S1, 4, 5, 6).

Le recours à l'arbre permet aux soignants de reconfigurer la situation.

Quand vous regardez cet arbre, qu'est-ce qui attire votre attention ?

« Les yeux.

- Les bras cactus, le côté piquant. »

Quels sentiments vous procure cet arbre ?

« Il a l'air souriant mais ses yeux font un peu peur...

- Ah moi j'aime bien ses yeux, c'est le bas qui fait peur.
- Oui c'est la base, le tronc. C'est ça qu'on voit en premier quand tu le connais pas trop. Après si tu creuses, t'arrives à monter dans l'arbre et à voir le reste.
- Mais des fois c'est l'inverse, tu vois le haut en premier puis tu découvres les épines. »

Quels sont les besoins concrets de cet arbre ?

« D'eau, de soleil, de chaleur, de la pluie et du vent... Les saisons quoi. »

Tout à l'heure vous disiez qu'il n'était pas bien taillé ?

« Oui mais entre les cactus et l'arbre normal il faut être très expérimenté pour pouvoir tailler cet arbre. »

Comment cet arbre voudrait devenir, comment il souhaiterait pousser ?

« Il voudrait qu'on lui fiche la paix. Pousser comme il en a envie, comme ça l'arrange.

- On l'a taillé toute sa vie, il en a marre.
- Il voudrait pousser comme ça l'arrange mais si on le laisse faire, ça embête les autres arbres autour... Il va piquer toute la lumière des autres arbres.

Qu'est-ce qu'il refuserait de devenir ?

« Un arbre trop défraîchi.

- Il veut qu'on le laisse tranquille mais en même temps il ne veut pas pousser n'importe comment pour son bien... car s'il en prend conscience... c'est pour son image...
- Un arbre fané, défraîchi. Il ne veut pas être un chêne qui deviendrait saule pleureur.
- Faudrait le tailler sans le blesser pour pas qu'il pique tout le soleil des autres. »

On se quitte là-dessus ? On repartira sur ça la prochaine fois.

Commentaires sur la matrice d'explicitation :

L'arbre est souriant mais inspire la peur par l'aspect piquant de son tronc.

Tendances à court terme : besoin des éléments apportés par le cycle des saisons.

Nécessité d'un tiers extérieur expérimenté, d'un savoir-faire pour enlever les branches.

Tendances à long terme : désir de pousser en liberté sans intervention extérieure.

Pourtant un tiers indéfini « on » évoque la gêne de ses pairs s'il laisse faire l'arbre.

L'arbre refuse l'intervention extérieure mais refuse également de pousser de manière désordonnée, en lien avec un souci esthétique. Il refuse de se faner, de perdre sa fraîcheur. Là encore, un tiers extérieur évoque la nécessité d'enlever des branches sans blesser l'arbre pour éviter le manque de lumière pour ses pairs.

Le souhait d'être laissé tranquille est formulé à la fois dans le désiré et dans le refusé.

Synthèse de la première séance du Cahier de l'Arbre Collectif :

L'arbre possède des caractéristiques évaluées positivement (roses, esthétique, solidité, racines ancrées, vitalité) et d'autres négativement (piquant, défraîchi). Malgré son sourire, il inspire la peur. Il pousse de manière désordonnée ce qui engendre une gêne et un manque de lumière pour ses pairs.

Il souhaite pousser en liberté. Pourtant, un tiers indéfini « on » évoque la gêne de ses pairs s'il laisse faire l'arbre.

L'arbre refuse l'intervention extérieure. Il refuse également de pousser de manière désordonnée en se fanant. Là encore, un tiers évoque la nécessité d'enlever des branches sans blesser l'arbre pour éviter le manque de lumière pour ses pairs.

Le désir d'être tranquille ou encore le refus de l'intervention extérieure pour l'arbre semblent entrer en contradiction avec le souhait du tiers indéfini « on » (pouvant représenter les auteurs du récit) d'enlever des branches en évoquant la gêne des autres.

ua Le Cahier de l'Arbre Collectif, séance 11.

Pour démarrer la 11^{ème} séance, le dessin collectif a été présenté à l'une des participantes absente lors de la séance précédente. Tout d'abord, les soignantes lui ont demandé de commenter ce qu'elle voyait sans lui donner d'explication : « Elle est coquette... Elle a besoin d'être épilée. On a l'impression qu'il y a quelqu'un qui est caché derrière le tronc et dont on ne voit que les bras. Elle a du rouge à lèvres. Elle n'a pas d'oreille, ça me surprend. Il y a des trous dans le tronc. Est-ce que ce sont des blessures ? ». Les questions posées lors de la séance précédente ainsi que leurs réponses ont été relues en groupe. Par la suite, la question notée en fin de 10^{ème} séance a été rappelée afin de poursuivre le cahier de l'arbre.

Souvenez-vous, la semaine dernière j'ai noté une question à partir de laquelle nous devions repartir aujourd'hui. Comment le tailler sans le blesser et de manière à ce qu'il ne pique pas tout le soleil des autres ?

Silence.

« Quand on le regarde on n'a pas envie d'y toucher.

Silence.

- Ou alors on cache les cactus... tout en douceur...
- Mais quand tu le regardes, t'as pas envie de lui enlever son côté piquant. T'as pas trop envie de le tailler mais plutôt d'y faire attention.
- Non on ne veut pas le tailler. »

Mais il ne laisse pas du tout passer le soleil pour les autres ?

« Si quand même. »

Silence.

Vous êtes toutes d'accord avec ça ?

« Oui. »

Acquiescement général.

Commentaires sur le Cahier de l'Arbre Collectif (2^{ème} séance) :

Abandon du désir d'enlever les branches par le tiers extérieur. Le tiers extérieur refuse de toucher au côté piquant et choisit d'y prendre garde, d'y être vigilant. L'arbre laisse passer la lumière. La gêne de ses pairs est également abandonnée.

Suite à cet échange, les soignantes ont proposé de laisser cet arbre tranquille et d'évoquer une autre situation complexe.

ua Analyse et réflexion autour de la création sur les pratiques, étude B.

Lors du choix de la situation, les participantes ont dit avoir tout essayé pour apaiser les troubles du comportement de Mme G. pendant les soins. Lorsque Mme G. n'était « pas bien », elles disaient la trouver « en boule » dans son lit au moment de la toilette. Mme G. se défendait alors des soins prodigués en tapant et griffant. Les soignantes avouaient ressentir une appréhension avant d'entrer dans la chambre. Dans ces moments, elles témoignaient ne rien pouvoir faire. L'inattendu semblait participer à l'appréhension des professionnelles puisqu'elles racontaient ne jamais savoir comment elles allaient trouver Mme G. ni de quelle humeur.

La situation semblait cristallisée : « On a tout essayé » ; « On ne peut rien faire ». Les termes employés donnaient alors l'impression d'une scène figée et d'une impasse.

La construction d'une vision descriptive et partagée de la situation, reprenant le modèle de James & Stephenson (2007), a permis aux soignantes de dresser un premier portrait de Mme G. La situation est décrite verbalement sur un mode de communication digital. Des hypothèses et des pistes de solutions ont été suggérées. La solution la plus évidente était de différer les soins en fonction des désirs de Mm G. Cette solution n'était pourtant envisageable que sous certaines conditions : une réduction de pression de la famille qui aurait un impact sur la pression exercée par la direction sur les soignants quant à l'hygiène de Mme G. Les soignantes soulignaient également la nécessité d'un « lâcher-prise » de la part des professionnels. En effet, accepter de décaler le soin selon les envies de Mme G. sous entendait de réorganiser l'enchaînement des toilettes du matin. On a vu dans la première partie de cette thèse que l'organisation en EHPAD est très hétérogène, un soignant peut connaître 4 à 5 types d'horaires en fonction du roulement. Pour pouvoir se repérer et mémoriser leurs missions en fonction des roulements, l'enchaînement des tâches est souvent ritualisé. A chaque horaire son

organisation, le temps est optimisé au maximum et les soignants comme les résidents y trouvent leurs habitudes. La lutte contre le temps qui défile va empêcher le soignant de prendre du recul pour réfléchir sur sa façon de travailler, bloquant toute souplesse et toute marge de manœuvre dans les pratiques. Différer un soin c'est réorganiser également les autres. Cela nécessite de s'arrêter pour réfléchir, et sous-entend d'avancer la toilette d'un résident ou de retarder celle d'un autre. Ces décalages peuvent entraîner un transfert de charge de travail sur la collègue qui prend le relais pour l'horaire suivant et donc un mécontentement voire des tensions d'équipe. Cette éventualité est souvent source de stress chez les soignants et, inconsciemment, elle finit d'interdire le changement. Face à ces contraintes, il peut sembler plus facile, au soignant dans l'urgence, de tenir les mains d'une personne qui tape, d'employer la force pour réaliser le soin et de recevoir coups ou griffures plutôt que de s'arrêter pour penser. On voit donc comment le « lâcher-prise » est nécessaire lorsque le professionnel souhaite s'adapter au résident.

Grâce à cette construction partagée et descriptive de la situation, les soignants ont mieux compris les comportements de Mme G. Ils ont pu identifier les solutions et préconiser une adaptation du soin ainsi qu'un « lâcher-prise » du côté des professionnels. Cependant, identifier la solution ne suffit pas toujours à changer les pratiques. Savoir qu'il faut lâcher prise ne signifie pas être en capacité de le faire.

L'étape suivante, utilisant la médiation de l'arbre pour construire une vision analogique de la situation, a permis aux soignants d'aller plus loin dans le processus de changement. Pour les représentations personnelles, c'est le côté piquant de l'arbre qui était systématiquement mis en avant. La plupart des arbres avaient également un large tronc, bien ancré au sol, en signe d'une personnalité marquée. Certains étaient dotés de fleurs. L'arbre collectif possédait toutes ses caractéristiques. Le chêne centenaire arborait un large sourire de roses, ses branches s'enroulaient sur le haut de son houppier car il possédait un « grain de folie ». Enfin, il était décrit comme « bien plus drôle que celui qu'on a fait avant ».

On voit alors comment la créativité collective a été suscitée par l'intermédiaire de l'arbre. En racontant l'histoire de l'arbre, les professionnelles effectuaient un va-et-vient entre l'arbre et l'être humain. Elles ont développé les hypothèses amorcées lors de la construction de la vision descriptive avec la métaphore de l'arbre : « Il prend conscience qu'il pousse dans tous les sens quand même et ça le perturbe un peu. », (représentation de la situation de Mme G. annonçant qu'elle devient folle). Les soignantes ont également exprimé leur ressenti dans la relation soignant/soigné et confronté leurs différents points de vue : « Les yeux font un peu peur... », « Ah moi j'aime bien ses yeux, c'est le bas qui fait peur. »

De la même manière que l'Épreuve des Trois Arbres et la Lecture Partagée, le Cahier de l'Arbre Collectif a permis aux participantes de mettre au travail, de manière commune, leur expérience auprès de la personne et leur représentation de la situation. Il s'agissait d'aider à élargir le champ de conscience des personnes, notamment sur des contenus implicites qui sont caractéristiques de la situation choisie par les participantes et de la relation qu'elles entretiennent avec elle. Nous avons vu que le psychologue intervenait alors pour aider à formuler le négatif mais également pour soutenir sa mise en lien avec le pôle positif. Là encore, plus le négatif était repoussé par les personnes et plus il mobilisait l'énergie des participantes, se renforçait et finalement contraignait les comportements des soignants.

Avec la matrice d'explicitation, les professionnelles ont verbalisé les besoins de l'arbre à court terme et ses tendances à long terme. L'arbre désirait pousser en liberté sans intervention d'un tiers extérieur pour enlever ou couper ses branches. L'arbre refusait de pousser de manière désordonnée avec, en trame de fond, le refus de se faner et de perdre sa fraîcheur. Le souhait d'être laissé tranquille était formulé à la fois par le désiré et par le refusé. Pourtant, un tiers indéfini « on » exprimait la nécessité d'enlever des branches en faisant référence à la gêne pour ses pairs. C'est sur cette question restée en suspens que la séance s'est terminée, un peu comme si dans ce silence, l'équipe « on » prenait conscience du rôle qu'elle jouait dans la construction de cette situation problème.

Avec la création collective des réponses et par la métaphore du refusé de l'arbre, le négatif de la situation évoquée a pris forme à l'intérieur de chaque participante. Les soignantes ont approfondi leur point de vue et ont eu accès à une autre conscience sur l'autre : la situation de Mme G. Cette méthode indirecte a permis aux professionnelles d'élargir leur point de vue de la situation, de recadrer leur représentation de la situation dans un espace plus grand intégrant le négatif.

Lors de la séance suivante, un retournement de situation semble s'être opéré. La question pourtant restée en suspens ne paraissait plus pertinente. Après un long silence, une des participantes a enfin pris la parole pour verbaliser le fait qu'elle n'avait « pas envie d'y toucher ». Finalement, il ne s'agissait plus de couper les piquants de l'arbre et de l'empêcher de « piquer » la lumière des autres mais plutôt d'y être vigilant, d'y porter attention. Les professionnelles étaient toutes d'accord pour abandonner l'idée de le tailler. Elles ne ressentaient même plus la nécessité de continuer à réfléchir sur la situation. Les difficultés initiales, pourtant verbalisées comme une impasse, ne semblaient plus exister.

Le travail effectué par le Cahier de l'Arbre Collectif semble alors avoir permis une réelle évolution des valeurs et des conduites des soignantes. Dès le début de la 11^{ème}

séance, et au grand étonnement du psychologue, les participantes semblaient avoir opéré ce « lâcher-prise » évoqué avec la représentation descriptive de la situation. Il apparaît alors que le dessin de l'arbre, devenu médiateur, ait facilité la créativité et la transformation des attitudes de l'équipe. Les réflexions et les interventions se sont faites tantôt sur l'arbre, tantôt sur la personne mais avec un nouveau point de vue, intégrant le négatif. Les interventions et le questionnement du psychologue ont permis aux soignants de se projeter dans un avenir désiré par ce chêne et dans ce qu'il refusait de devenir. La conscience des professionnelles sur la situation a donc été élargie et leur représentation a été modifiée. La matrice d'explicitation a fait apparaître la contradiction entre les besoins, les tendances de l'arbre et le souhait d'un tiers extérieur. De manière indirecte, les soignantes ont pu réinterroger leur vécu, leur expérience subjective, ainsi que leur relation à la personne aidée. C'est cette approche qui a rendu possible le « lâcher-prise » identifié à l'étape précédente ainsi qu'un changement des conduites en profondeur.

Pour terminer, les participants des différents groupes expérimentaux ont dit avoir ressenti le programme comme « trop court » et auraient aimé travailler sur d'autres situations. Ils avaient également l'intention de diffuser leur travail réalisé pendant les séances au reste de l'équipe. Ils ont identifié les séances comme « ce temps pour nous » qui leur manquait. Certains ont proposé de continuer ce travail au-delà de la recherche.

9.2. **_ua_ Analyse qualitative des programmes contrôlés.**

De la même manière que pour le groupe expérimental, nous avons recueilli les commentaires spontanés des soignants des groupes contrôlés concernant leur ressenti et leur vécu au cours des programmes. Le psychologue prenait des notes pendant les séances, mais les temps de verbalisation étant moins formalisés que pour le groupe expérimental, les données recueillies ont été moins volumineuses.

9.2.1. **_ua_ Étude A, le groupe de parole.**

Les séances du groupe de parole mis en place lors de l'étude A ne possédaient pas de thème préétabli. Les sujets d'échanges étaient spontanés et apportés par les professionnels.

Quatre séances ont été consacrées à l'accompagnement de fin de vie, la mort, et les rituels de deuil au sein de l'établissement. Pendant ces séances, les participants ont choisi d'aborder les accompagnements de fin de vie ainsi que les décès les ayant

marqués au cours de leur carrière. Le groupe a pu revenir sur des souvenirs personnels ou partager sur des décès brutaux et les soins post-mortem. Certaines personnes ont même pu revenir sur des faits anciens datant de l'époque où l'établissement était un hôpital local et où la chambre funéraire était utilisée comme funérarium de la commune. Les soignants de l'époque étaient chargés d'ouvrir ou fermer les lieux le week-end et d'accueillir les familles, ce qui a créé de vifs souvenirs. Ces séances ont aussi permis de revenir sur les rituels de deuil de l'établissement, en vue d'une amélioration de la qualité de l'accompagnement autour du décès des résidents.

Trois séances ont été utilisées pour aborder les troubles du comportement des résidents. Les participants ont alors pu évoquer des situations de violences entre résidents qui ont notamment concernées une personne souffrant de troubles psychiatriques.

Les 3 séances suivantes ont servi de support à la réflexion autour du concept de bien-traitance. Ce thème a émergé suite au lancement d'une procédure de prévention contre la maltraitance au sein de l'établissement. Les participants au groupe de parole ont d'abord été inquiétés par cette procédure. Celle-ci avait fait resurgir des souvenirs de poursuites judiciaires d'une famille contre les soignants du service. Le groupe de parole a donc permis de mettre en mots les ressentis liés à ces souvenirs ainsi que la vision de chacun d'une pratique considérée comme « bien-traitante ».

Deux séances ont enfin été consacrées au vécu des soignants vis-à-vis de l'organisation du travail. Les participants ont partagé leur ressenti vis-à-vis d'une nouvelle organisation à venir. Ils ont également verbalisé un épuisement face au choix de l'établissement de ne pas embaucher de remplaçants sur les arrêts de travail ou les vacances et de rappeler les salariés en poste pendant leurs repos pour effectuer des auto-remplacements.

Au cours de ce programme contrôle, les soignants ont échangé et se sont exprimés sur leur ressenti, ainsi que sur leur vécu au travail. La parole a pu circuler librement pour explorer les situations difficiles, prendre de la distance, et amener à une reconnaissance de la souffrance au travail et soulager le fardeau de chacun. Certains commentaires témoignent d'une expression libre et confiante : « Je ne mettrai jamais mes parents ici ! », (étude A, séance 3) ; « On a prévu un suicide collectif avant la réorganisation ! », (étude A séance, 6) ; « On est dans le vague, dans le flou, on a peur ! », (étude A, séance 5). Le psychologue régulait les interactions, relançait et questionnait le groupe régulièrement pour aider à la verbalisation.

9.2.2. ua Études C et D, Formation, Information et Sensibilisation.

Les 5 premières séances du programme de Formation, Information et Sensibilisation étaient consacrées au fonctionnement de la mémoire et aux symptômes cognitifs du vieillissement normal et pathologique. Les symptômes psycho-comportementaux de la démence et les manières d'y répondre étaient ensuite abordés. Les 3 séances suivantes permettaient d'aborder un des troubles les plus rencontrés chez les résidents en EHPAD : la dépression. Par la suite, les séances ont été construites autour d'outils et contenus théoriques proposés en fonction des connaissances et des compétences du psychologue et choisis par les participantes. Les soignantes de l'étude C ont choisi de travailler sur la technique de communication non violente (Rosenberg, 2005). Les soignantes de l'étude D ont choisi de découvrir et approfondir les techniques de communication non verbales ainsi que la communication avec les personnes désorientées.



Photo 4 : Configuration de l'espace consacré aux séances de Formation, Information et Sensibilisation, étude C.

Les participantes aux groupes contrôles des études C et D ont régulièrement exprimé leur satisfaction vis-à-vis du contenu proposé : « Au départ moi je ne connaissais rien donc j'ai appris des choses ! », (étude C, séance 10) ; « On aura le power point ? Il est bien fait ! », (étude D, séance 1) ; « Y en a des choses ! On ne soupçonne pas, c'est intéressant ! », (étude D, séance 3) ; « C'est bien au moins c'est du concret », (étude D, séance 6).

Ces temps leur ont offert d'échanger sur leur pratique, de partager leur expérience et leur ressenti sur certaines situations. Les techniques abordées leur ont permis d'initier des changements et de modifier l'organisation de soins difficiles. Les professionnelles de l'étude C ont illustré le contenu des séances sur les troubles psycho-comportementaux de la démence et les manières d'y répondre, par l'étude de la situation d'une résidente présentant des réactions défensives pendant les soins. Cette personne repoussait physiquement et verbalement les soignantes pour signifier son refus des soins. L'appréhension des toilettes engendrait chez elle un raidissement des membres qui rendait les soins très difficiles et douloureux. Les soignantes se sont alors autorisées à aller en toilette à deux auprès de la résidente. Une soignante était entièrement disponible pour la relation à la personne pendant que l'autre effectuait les soins en évitant ainsi les réactions défensives : « Avec Mme D. on a mis en place les techniques abordées l'autre fois. C'est mieux, elle a moins mal pendant le soin quand on est deux. Elle dit toujours « Tais-toi ! Tais-toi ! Tais-toi ! » Mais c'est tout de même mieux. » (étude C, séance 8).

Malgré l'investissement et l'intérêt qu'elles manifestaient pour ce programme, les participantes aux groupes contrôles de l'étude C comme de l'étude D ont souhaité me faire part des limites ressenties lors de cet accompagnement. Tout d'abord, elles ont souligné leur différence de diplôme ou de formation et donc la difficulté à adapter un contenu pertinent pour toutes : « On a des formations différentes et des besoins différents, moi il y a beaucoup de choses que je connaissais déjà », (étude C, séance 10) ; « Au départ moi je ne connaissais rien donc j'ai appris des choses ! », (étude C, séance 10) ; « On a déjà eu des formations sur la mémoire mais pas toutes et pas au même niveau. », (étude C, séance 11). Les participantes verbalisent ici ce qui est décrit en première partie de cette thèse via les travaux de Talbot & Brewer, (2015) sur l'hétérogénéité des formations du personnel, entraînant lacunes pour certains dans des domaines où d'autres sont compétents. On souligne alors la limite de la formation standardisée en EHPAD.

Par la suite, les participantes ont souhaité formuler leurs doutes quant à l'effet de ce soutien sur la fatigue et le stress ressentis au travail : « Tout ce qu'on dit sur les mémoires et les maladies c'est intéressant mais finalement c'est pas ça qui nous fait du bien.

- D'avoir approfondi tout ça c'est pas des techniques pour prévenir l'épuisement professionnel.
- C'est sûr, c'est ce qu'on dit souvent : « Formez-vous ! » mais finalement c'est pas ça qui fait qu'on se sent moins épuisées ou moins stressées.
- Nous on sent que ça va pas nous aider.

- L'autre jour on a fait une formation obligatoire sur l'agressivité... Et bien c'était beaucoup trop long, y avait trop de blabla ! » (étude C, séance 10).

Par ces commentaires, les professionnelles témoignent du fait que la formation ne leur permettrait pas de prévenir l'épuisement professionnel. Elles dénoncent même une certaine injonction à la formation ressentie lorsqu'elles sont confrontées à des situations difficiles mais précisent que ce n'est pas ce qui les aide. On peut alors faire le lien avec ce que Lhuilier & Amado (2012) décrivent comme des techniques renvoyant la personne à son inadaptation : « Formez-vous ! ». Selon Lhuilier (2013), l'individu ne doit pas s'adapter mais bien se transformer et transformer son monde au travail sinon ce ne serait qu'une habitude conformiste et donc une aliénation.

Les professionnelles de l'étude D ont également pointé une limite ressentie pendant le programme : « Parler des patients et acquérir des connaissances ou des compétences ça prend pas en compte d'autres aspects difficiles de l'ordre de l'équipe ou de la hiérarchie donc il manque une pièce du puzzle ! », (étude D, séance 11). Comme expliqué en première partie de cette thèse, c'est ce que Manoukian (2016) décrit comme une première strate de réponse dans la formation et qui finalement ne met l'accent que sur le sommet de l'iceberg. Il préconise alors des approches plus systémiques des difficultés rencontrées. Enfin, les participantes ont verbalisé la frustration vécue face à l'incapacité de changer les pratiques en fonction de ce qui a été appris : « Oui mais la formation c'est désolant quand on n'arrive pas à mettre ce qu'on a appris en place car tout ce qu'on voit c'est beau, on sait qu'il faut le faire mais il y a le temps qui passe et finalement ce qu'on a appris dans d'autres formations on le faisait au début et puis maintenant tout est revenu comme avant. », (étude D, séance 12). Comme le décrivent Amieva, Rullier, Bouisson, Diatrigues, Dubois, & Salomon (2012) pour les aidants familiaux, se former c'est prendre conscience de tout ce qu'on pourrait faire et qu'on ne fait pas. Ceci engendrerait du stress et de la pression sur la personne formée et augmenterait la frustration ressentie après la formation. On voit alors encore une fois la nécessité de permettre aux professionnels de changer leurs pratiques en profondeur par l'intermédiaire de techniques qui ne requièrent pas de s'adapter seulement à la situation mais qui donnent la possibilité de se transformer et de transformer leur rapport au travail.

Pour analyser les résultats de manière qualitative, les commentaires spontanés des soignants recueillis au cours des programmes ont été analysés. Nous constatons un réel cheminement dans l'apprentissage de la relaxation des soignants lors des programmes expérimentaux. Nous mettons également en évidence une autonomisation des participants et une utilisation de ces techniques en situation professionnelle.

L'étude du matériel recueilli lors de la passation de l'Épreuve des Trois Arbres et de la Lecture Partagée de Mme C nous permet de mettre en valeur l'utilité de cette procédure indirecte pour élargir son champ de conscience vers des contenus implicites et souvent indicibles : le négatif. La mise en forme de ces contenus et leur mise en lien avec le pôle positif viennent transformer les rapports au vieillissement, à la maladie et à la mort et dégagent ainsi des ressources. Le travail effectué avec le cahier de l'arbre d'un groupe de soignantes révèle également une réelle évolution de leurs conduites. Cette technique vient compléter le travail amorcé par la construction descriptive d'une vision partagée de la situation d'accompagnement. L'utilisation du dessin de l'arbre et du questionnaire inspiré par les étapes 4 et 5 de l'ETA permet d'aller plus loin. Là encore, les personnes sont indirectement invitées à identifier le négatif de la situation, à l'explorer et à l'intégrer pour amorcer un changement effectif de leurs représentations et de leurs conduites. C'est ainsi que les professionnelles ont pu vivre et opérer le « lâcher-prise » identifié de manière intellectuelle précédemment. Un lâcher-prise pourtant difficile à mettre en œuvre dans les pratiques sans une réelle transformation de points de vue sur la situation.

L'analyse qualitative du matériel recueilli lors des programmes contrôles montre que, malgré une satisfaction générale des participants, ces derniers ont ressenti les limites de la formation. Souvent trop standardisée, elle ne répond pas réellement aux besoins des soignants. Elle ne prend également en compte qu'une facette de la situation, le soignant, et le somme de s'adapter. Elle peut enfin devenir frustrante lorsque le professionnel ne peut pas mettre en place ce qu'il a appris.

Ces réflexions nous permettent de compléter l'analyse quantitative et de mettre en évidence l'efficacité du programme multidimensionnel proposé avec un changement des représentations et des conduites des soignants ainsi qu'un travail tant sur le plan individuel que collectif. Nous constatons l'efficacité d'une proposition globale qui touche le corps, les émotions, le vécu et la créativité.

10. _ua_ Chapitre 3 : Discussion et perspectives de recherche.

10.1. _ua_ Introduction.

Dans la première partie de cette thèse, nous avons étudié le phénomène de souffrance au travail à travers les notions de stress, d'épuisement professionnel et de risques psychosociaux. Nous avons vu combien il est nécessaire d'aborder ces phénomènes et d'y répondre de manière globale. Dans la prévention et la remédiation de la souffrance au travail, il est également essentiel de considérer les ressources de la personne et ses capacités d'ajustement. Une approche subjective prenant en compte la personne dans sa globalité et sa complexité est donc privilégiée pour cette recherche. Les notions de stress, d'épuisement professionnel et de risques psychosociaux sont complexes et multidimensionnelles. Elles concernent la personne dans ses comportements, son ressenti, ses attentes ainsi que dans son aspect relationnel et ses comportements sociaux. L'épuisement de l'individu au travail toucherait plus particulièrement les professions tournées vers autrui.

Dans le contexte des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, le travail représente une lourde charge physique et psychologique. La charge de travail y est particulièrement intense. Les budgets limités couvrent difficilement les besoins des établissements et pressurisent les soignants au détriment de la relation avec les personnes âgées vulnérables. Alors que leur mission est de préserver l'autonomie et la qualité de vie des résidents accueillis, les professionnels sont sans cesse confrontés à la maladie, la démence, l'involution et la mort. Leur pratique est quotidiennement interrogée par des questions éthiques et morales. Le soutien des soignants en EHPAD doit être global lui aussi. Il doit permettre au professionnel d'une part de travailler le sens dans sa pratique, ses valeurs et son vécu et d'autre part de réactualiser ses représentations de manière individuelle et collective.

L'analyse de la littérature met en évidence le peu d'études mesurant l'efficacité de programmes de soutien sur le stress, l'épuisement et le bien-être au travail des soignants en EHPAD. La formation a montré sa pertinence mais elle peut devenir frustrante. Les groupes de paroles peuvent être bénéfiques s'ils sont réguliers et sous-tendent un ratio personnel élevé. Les formations à la gestion du stress, la relaxation ou

la méditation par la pleine conscience sont efficaces mais peuvent renvoyer la personne à son inadaptation sans amorcer de réelle transformation. Par ailleurs, les dispositifs de soutien multidimensionnels et holistiques, utilisant des interventions combinées entre les différentes approches, ont des effets bénéfiques à plus long terme.

L'objectif de cette étude était de tester l'efficacité d'un programme de soutien multidimensionnel de soignants en EHPAD sur le stress, l'épuisement professionnel et le bien-être au travail, en le comparant à un programme de soutien unidimensionnel standard tel que le groupe de parole ou la formation des soignants.

Les résultats attendus étaient une amélioration plus marquée des scores de stress perçu, de burnout, et de bien-être psychologique au travail pour les professionnels ayant suivi le programme expérimental de soutien multidimensionnel (PSMD) que pour les professionnels ayant suivi les programmes contrôles tels que le groupe de parole ou la formation.

La méthodologie de cette étude exploratoire nous a permis de construire trois types de programme. Le programme expérimental de soutien multidimensionnel des soignants proposait un travail physique, mental, représentationnel, individuel et collectif. Il était constitué de 12 séances d'une heure structurées en 3 phases : apprentissage de la relaxation et gestion des émotions (5 séances), bilan de situation-Epreuve des Trois Arbres et Lecture Partagée (2 séances) et création sur les pratiques (5 séances).

Le programme contrôle de soutien par groupe de parole se composait de 12 séances d'une heure organisées autour des thèmes apportés par les participants. Il a été abandonné au cours de la recherche pour un programme de formation, information et sensibilisation plus utilisé en EHPAD pour répondre à la souffrance au travail. Celui-ci était constitué de 12 séances d'une heure et réparties en 3 phases : les mémoires, les troubles cognitifs dans le vieillissement, les troubles psycho-comportementaux de la démence (5 séances), la dépression (3 séances) et 4 séances consacrées à un apport choisi pas les professionnels eux-mêmes parmi les propositions du psychologue.

Dans la partie suivante, nous allons confronter les résultats obtenus aux hypothèses et à la problématique de départ ainsi qu'au cadre théorique exposé en première partie.

10.2. Discussion des résultats de la recherche.

10.2.1. Validation des hypothèses.

a) Efficacité du programme expérimental.

En ce qui concerne le programme de soutien multidimensionnel, les hypothèses de départ sont en partie validées. Des différences significatives des scores des professionnels sont observées pour 2 des phénomènes étudiés : le stress perçu et le bien-être au travail.

Nous constatons une amélioration du stress perçu par les professionnels après les 12 séances du programme. Cette amélioration s'observe pour les soignants ayant participé au programme hebdomadaire comme pour les soignants ayant participé au programme bimensuel. Cependant, la comparaison du progrès de stress perçu des professionnels ayant suivi le programme expérimental avec le progrès de stress perçu des professionnels ayant suivi le programme contrôle ne nous permet pas d'affirmer que l'amélioration est plus marquée pour le groupe expérimental.

Les résultats recueillis pour l'échelle de bien-être psychologique au travail mettent en évidence une meilleure progression chez les soignants ayant suivi le programme expérimental que chez les soignants ayant suivi le programme contrôle. Cette différence de progression se retrouve notamment pour les résultats obtenus par les professionnels à la sous-dimension « harmonie sociale » du bien-être au travail.

L'analyse qualitative des données montre la pertinence du programme de soutien multidimensionnel. Les participants ont pu acquérir les techniques d'apaisement physique et mental et transférer ces compétences en situation professionnelle. Les soignants ont témoigné de sensations de détente ainsi que de bien-être pendant et entre les séances. Nous pouvons relier ces commentaires à la diminution du stress perçu constatée par l'analyse statistique des résultats. Cette analyse rejoint les résultats de Takizawa, Takahashi, Takai, Ikeda, & Miyaoka (2016) montrant la diminution du stress au travail de soignants auprès de personnes souffrant de démence suite à des séances de gestion du stress. De la même manière, nous pouvons comparer nos résultats à ceux de Shapiro,

Astin, Bishop, & Cordova (2005) ou ceux de Singh, Lancioni, Karazsia, & Myers (2016) qui constataient une diminution du stress chez les soignants ayant suivi des programmes utilisant les techniques de méditation par la pleine conscience. Ces outils ont également été découverts par les participants du programme de soutien multidimensionnel. Contrairement à Mackenzie, Poulin, & Seidman-Carlson (2006) qui observaient une baisse de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation du MBI chez les soignants en maison de retraite, après un programme de réduction du stress par la méditation en pleine conscience, nous n'avons pas constaté d'évolution significative de scores du MBI pour les soignants ayant participé au groupe expérimental.

La démarche indirecte par l'intermédiaire du dessin de l'arbre, à travers l'Épreuve des Trois Arbres et la Lecture Partagée, offre une exploration pour le soignant de son expérience subjective, de son histoire et de son avenir. La personne peut projeter un espace anticipatoire polarisé exprimant ainsi ses tendances positives comme négatives. Au travers de la mise en forme et de l'exploration du négatif, le professionnel prend conscience de ce qui l'habite. Comme pour l'exemple de Mme C (étude, B) détaillé dans l'analyse qualitative de ce travail, le soignant peut questionner et transformer ses rapports aux contenus souvent indicibles comme son propre vieillissement, la maladie et la mort. La Lecture Partagée propose un approfondissement en exploitant les ressources offertes par le négatif identifié et poursuit les transformations à l'initiative de la personne.

L'INRS préconise d'associer une démarche collective aux interventions individuelles de soutien des soignants telles que la gestion du stress (INRS, 2017b). La troisième partie du programme offre aux soignants un travail collectif sur leurs pratiques. Elle permet l'évocation de situations difficiles d'accompagnement sur un mode descriptif puis analogique et facilite la créativité. Dans la continuité de l'Épreuve des Trois Arbres et de la Lecture Partagée, le Cahier de l'Arbre Collectif permet aux soignants de confronter leurs points de vue par la métaphore de l'arbre. L'arbre collectif, son récit et l'expression de ses tendances anticipatoires offrent une mise au travail commune de la représentation de l'autre. La conscience collective des situations difficiles évoquées est élargie pour identifier et intégrer le négatif. De cet accompagnement résulte une réelle évolution des valeurs, des représentations et des conduites individuelles et collectives pour les soignants.

L'apport de ce travail individuel et collectif peut être mis en lien avec le progrès de la composante « harmonie sociale » de l'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail ressenti par les participants du programme expérimental. Ces professionnels ont éprouvé une meilleure sensation de bonnes relations au sein du travail que les participants du programme contrôle. La confrontation des points de vue

engendrée par la troisième partie du programme a permis de repousser ensemble les limites du métiers (Clot, 2007). Au cours des séances du programme expérimental de notre recherche, la parole était libre et libérée. Les professionnels ont pu partager leurs ressentis et confier leur vécu intime au sujet des situations difficiles vécues au travail. Certains participants ont verbalisé l'effet positif du programme sur le lien entre eux : « On a appris à mieux se connaître, on a tissé du lien », (étude A, séance 8). Les séances ont été identifiées comme un temps pour eux, dans un climat de confiance et source d'apaisement.

b) La Efficacité relative des programmes contrôles.

Les résultats des programmes contrôles, ne nous permettent pas de valider ou d'invalider nos hypothèses de départ. On ne décèle aucune différence significative pour le groupe de parole. L'analyse statistique ne montre pas d'évolution des scores de stress perçu, de burnout ou de bien-être psychologique au travail au terme des 12 séances bimensuelles. Nous avons vu en première partie que, selon Jacobson & McGrath (1983), les groupes de parole sont efficaces sur le burnout de soignants s'ils sont réguliers. La méthodologie de ce programme imposant seulement 12 séances bimensuelles n'a sans doute pas permis l'efficacité du groupe de parole par sa fréquence et sa durée.

Pour le programme « Formation, Information et Sensibilisation », dont la fréquence est hebdomadaire, on note une amélioration des scores des sous-dimensions « dépersonnalisation » et « accomplissement professionnel » du MBI. Ces résultats rejoignent ceux de Mackenzie & Paragine (2003) qui avaient également montré une amélioration de l'accomplissement professionnel immédiatement après une intervention de formation auprès de soignants en gériatrie. Cependant, dans notre recherche, la comparaison statistique des progrès des deux groupes ne nous permet pas d'affirmer que les groupes contrôles ont mieux progressé que les groupes expérimentaux. De la même manière que pour le groupe de parole, nous ne pouvons ni valider ni invalider nos hypothèses. A la différence des études présentées dans la partie théorique de ce travail (Franzmann, Haberstroh, & Pantel, 2016 ; Edvardsson, Sandman, & Borell, 2014 ; Pélissier, Vohito, Fort, Sellier, Agard, Fontana, & Charbotel, 2015), nous n'avons pas pu mettre en évidence d'effet du programme de formation, information et sensibilisation sur le stress des soignants au travail.

Certains soignants des groupes de « Formation, Information et Sensibilisation » ont dit avoir été satisfaits de l'aspect concret de cet accompagnement. Ils ont pu évoquer des situations compliquées et se servir d'outils abordés pour modifier les prises en soin

difficiles. On peut relier ces commentaires à l'amélioration de la dépersonnalisation ou l'accomplissement professionnel du MBI. En effet, le travail effectué en séance a pu aider à diminuer les attitudes négatives telles que le détachement, le cynisme, ainsi que le rejet de la personne chez les participants. Ce travail aurait également pu avoir une conséquence sur la valorisation du travail, du bénéfice perçu au travail ainsi que des compétences des professionnels.

Malgré une satisfaction générale des participants pour le programme contrôle de formation, information et sensibilisation, ces derniers ont ressenti ses limites. C'est en cela que nous pouvons modérer l'amélioration obtenue pour ce programme. Les soignants ont verbalisé leur ressenti de frustration face à la formation lorsque les méthodes apprises ne sont pas mises en place. « Rien n'est plus déstabilisant pour un professionnel, quel qu'il soit, que d'être sensibilisé à une thématique et d'être démunie ensuite pour appliquer les recommandations formatives » (Amyot, 2010, p. 177-178). Notre étude ne comprenait pas de retour de formation au reste de l'établissement ni de transfert de compétences vers les autres professionnels (Amyot, 2010). Ce manque a dû constituer un frein au changement et engendrer la frustration des participants.

Comme le soulignent Reintjens & Charras (2015), la formation des soignants est souvent l'héritière d'un modèle scolaire et ne correspond pas toujours aux besoins réels des soignants. Les participants à notre programme de formation ont également déploré la standardisation du contenu enseigné. Manoukian, en 2016 décrit la formation en EHPAD comme une première strate mettant l'accent sur la « pointe de l'iceberg » seulement. De la même manière, les professionnels de notre étude ont souligné la limitation de l'intervention à la seule dimension du soignant et de ses compétences, sans prendre en compte les autres aspects des situations.

Selon notre problématique de départ, nous constatons dans cette recherche, qu'un programme de soutien multidimensionnel et holistique des soignants en EHPAD est plus efficace pour lutter contre la souffrance et améliorer le bien-être au travail qu'un programme de soutien unidimensionnel standard tel que les groupes de parole ou la formation des soignants. Ce constat rejoint les conclusions de la revue de littérature de Westermann, Kozak, Harling, & Nienhaus (2014) qui recommandent les interventions multidimensionnelles pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie.

Alors que la formation est standardisée, le programme de soutien multidimensionnel créé dans ce travail propose un accompagnement qui prend en compte la subjectivité du soignant selon son vécu et ses propres expériences. Comme évoqué dans notre deuxième partie, l'Épreuve des Trois Arbres, inscrite dans le courant humaniste et phénoménologique, est fondamentalement centrée sur la personne. Dans le prolongement de cette épreuve, les constructions de représentations collectives des

situations de terrain reprenant le modèle de James et Stephenson (2007), permettent d'approfondir la connaissance de la personne, de faire émerger des hypothèses et des pistes de solutions. Les constructions de représentations analogiques par le Cahier de l'Arbre Collectif (Fromage, 2015), vont plus loin et agrandissent la conscience des soignants sur la situation évoquée et sur le lien qu'ils entretiennent avec elle pour susciter des transformations en profondeur. Comme le souligne Lhuillier (2013), les soignants du groupe expérimental ne sont pas sommés de s'adapter mais il leur est offert de se transformer et de transformer leur monde. Alors que le programme de formation, information et sensibilisation a été vécu comme frustrant dans la pratique soignante, le programme de soutien multidimensionnel permet de créer des perspectives d'avenir communes et de changer les représentations ainsi que les conduites. Enfin, quand il est reproché au programme de formation de ne s'attacher qu'à un aspect de la situation, le programme expérimental permet un travail sur les dimensions physiques, émotionnelles, représentationnelles et interpersonnelles pour un accompagnement holistique du soignant.

Cette prévalence du programme de soutien multidimensionnel des soignants sur les programmes contrôlés se retrouve dans la comparaison des scores de bien-être psychologique au travail et d'harmonie sociale au terme des 12 séances.

Dans la partie suivante nous allons confronter nos résultats au cadre théorique exposé en première partie.

10.2.2. ua Confrontation avec le cadre théorique.

a) ua Confrontation des résultats aux différents modèles du stress.

ua Confrontation aux modèles interactionnistes du stress.

Dans notre recherche, nous mesurons le score de stress perçu par les soignants en EHPAD à l'aide de la Perceived Stress Scale (PSS 14), (Cohen, Kamarck, & Mermelstein 1983). Cette échelle mesure la fréquence avec laquelle les situations du travail ont été vécues comme menaçantes, imprévisibles, pénibles et incontrôlables au cours du dernier mois (ibid, 1983). Le stress mesuré est donc assimilable au stress chronique qui fait suite à une exposition continue aux situations de menace ou lorsque « la personne est confrontée à des contraintes de travail durables » (INRS, 2007, p.4). C'est ce mauvais stress qui engendre des symptômes physiques et psychiques.

On a vu que, contrairement à ce qu'annonçait Selye (1956), le stress n'était pas qu'une réponse unique de l'organisme pour l'ensemble de stressseurs. Il dépend également de multiples facteurs, individuels et environnementaux. Des auteurs comme Cooper & Marshall (1976) ou Murrell (1978) ont décrit des caractéristiques individuelles prédictives du stress au travail. Le modèle interactionniste de Karasek (1979) va plus loin en concevant le stress comme dépendant de la relation entre la personne et son environnement. Selon lui, le stress dépend des exigences du travail et de l'autonomie décisionnelle de la personne. Les situations de travail les plus stressantes sont celles où les exigences sont les plus élevées et où le contrôle de la personne est réduit. Comme nous l'avons dit plus haut, le travail en EHPAD est considéré comme intense. On y retrouve tous les facteurs de risques psychosociaux nommés plus haut d'après le rapport de Gollac & Bodier (2011). Les organisations, les horaires et les roulements en EHPAD sont multiples et à forte contrainte. La charge de travail est lourde autant au niveau psychique que physique. Les tâches sont intenses et interrogent les soignants sur des questions existentielles, fondamentales et éthiques. Enfin, les budgets limités imposent la notion de productivité au détriment de la relation.

Selon le modèle de Karasek (1979), ce travail possède toutes les caractéristiques pour être qualifié de travail à forte exigence. La latitude décisionnelle y est également faible pour les professions largement représentées dans les EHPAD comme les aides-soignantes, aides-médecos-psychologiques ou agents d'hébergement. Les contraintes horaires et budgétaires rendent également la marge de manœuvre et la prise de recul difficiles. Selon le modèle de Siegrist (1996), ce métier est aussi propice au déséquilibre efforts-récompenses. Les efforts extrinsèques, dus au contexte de travail, sont forts et les récompenses sont faibles puisque les perspectives de carrières ainsi que les salaires sont minimes.

Karasek (1979) recommande d'augmenter la latitude décisionnelle des professionnels tout en diminuant la charge mentale des travailleurs. Dans notre étude, le programme de soutien multidimensionnel proposait aux soignants en EHPAD un apprentissage de techniques d'apaisement mental. Il a permis un travail sur des situations concrètes par l'intermédiaire des arbres libérant la réflexion, la créativité et l'autonomie des professionnels.

En 1990, Karasek & Theorell ajoutent la dimension du soutien social au modèle interactionniste. Cette dimension regroupe le soutien des collègues ou de l'encadrement face aux situations stressantes (aide, information, soutien, réassurance...). Le soutien social jouerait un rôle collectif et protecteur. Les programmes de soutien multidimensionnel et contrôles de l'étude ont pu jouer ce rôle de soutien social. Proposé

et accepté par l'encadrement, ils permettaient un travail collectif dans lequel la réflexion de chacun ainsi que l'aide et la réassurance des collègues pouvaient s'exercer.

Pour pousser plus loin la réflexion, nous pouvons relier la dimension du soutien sociale de Karasek et Theorell (1990) à la notion du collectif de travail en clinique de l'activité. Selon Clot (2007) le collectif de travail permet de repousser ensemble les limites du métier. La troisième partie du programme de soutien multidimensionnel était consacrée à un travail collectif sur des situations jugées critiques. Nous avons vu qu'elle avait suscité la confiance et le lien entre les participants. Selon la définition de la santé de Canguilhem (2002), les professionnels ont eu l'occasion d'y porter la responsabilité de leurs actes grâce à une parole libérée, de porter des choses à leur existence à l'aide du dessin de l'arbre et de créer entre elles des liens qui ne seraient pas venus sans eux. Il en a résulté une modification des représentations et des pratiques en profondeur. Nous avons également constaté une diminution significative du stress perçu. Selon l'approche psychodynamique de la souffrance au travail (Dejours, 1993), nous pouvons interpréter le cheminement vécu par les professionnels tout au long de ce programme comme l'occasion d'exprimer leurs projets, leurs valeurs, leurs aspirations et leurs désirs. Il s'agissait alors ainsi de se reconnaître et d'être reconnu. Par l'expérience vécue au fil de l'Épreuve des Trois Arbres puis du Cahier de l'Arbre Collectif, ils y ont trouvé d'élargir ensemble leur conscience des expériences de stress au travail pour ensuite s'en servir comme base de création et de sens, se transformer et se transformer ensemble.

A l'inverse, d'après les commentaires des professionnels du groupe de formation, information et sensibilisation (FIS), il a semblé qu'ils n'aient pas eu « le pouvoir d'agir sur l'organisation du travail, au-delà de l'organisation du travail pour une autre organisation du travail » (Lhuillier & Litim, 2009, p.96). Face à la formation, les soignants se sont sentis « sommés » de s'adapter aux situations sans avoir la possibilité de transformer le travail. Bien que nous n'avons pas décelé d'augmentation significative du stress perçu pour les participants au groupe FIS, ces expériences frustrantes auraient pu alourdir la charge mentale des soignants (Vaquin-Villeminey, 2007).

Dans le modèle transactionnel de Lazarus & Folkman (1984), la personne se sent stressée lorsqu'elle estime ne pas avoir les capacités pour faire face à la menace. Le stress provient de la relation entre l'individu et son environnement. Grâce à l'Épreuve des Trois Arbres (Fromage, 2011) puis aux modèles de soutien collectifs (Newcastle, James & Stephenson, 2007 ; Cahier de l'Arbre Collectif, Fromage, 2015) proposés au groupe expérimental, les soignants ont pu initier un autre regard individuel puis collectif sur leur situation, sur la relation à leur environnement c'est-à-dire à l'autre, au soigné, à l'organisation et à l'institution.

ua Confrontation aux modèles du stress, centrés sur les ressources.

Comme écrit en première partie de ce travail, Folkman (1984) décrit les stratégies de « coping » ou de « faire face » aux situations stressantes. Ces stratégies regroupent les capacités à s'adapter et à résoudre ces situations. Il distingue les stratégies actives, centrées sur le problème et les stratégies passives, centrées sur les émotions. Lorsque la personne utilise des stratégies actives, elle va tenter de modifier son comportement et la situation. Lorsque la personne utilise des stratégies passives, elle va chercher à diminuer la tension ressentie face aux stress et à réguler ses émotions. Le programme de soutien multidimensionnel a offert aux soignants de développer et d'utiliser ces deux types de stratégies. La première phase constituait un enseignement des techniques de régulation émotionnelle et d'apaisement physique et mental et les deuxièmes et troisièmes phases permettaient de rétablir un pouvoir d'agir sur leur propre situation ainsi que sur leur environnement.

D'après l'analyse quantitative et qualitative de cette recherche, nous avons vu que le programme expérimental de soutien multidimensionnel de soignants en EHPAD, a permis aux professionnels de mobiliser leurs ressources. Selon la Conservation Of Resources Theory (COR-Theory) de Hobfoll (1989), il semblerait que le programme de soutien soit venu stopper une spirale de perte de ressource chez les professionnels (Hobfoll, 1998). Cette spirale vécue par les soignants pouvait engendrer des stratégies d'évitements ainsi que des stratégies pour limiter les pertes. Les soignants choisissaient alors le soin de force pour ne pas perdre de temps ou par peur de la désorganisation des soins. Le programme de soutien multidimensionnel aurait également relancé une recherche active de gain en ressource d'abord individuellement puis collectivement. Selon la classification des ressources adaptées au travail (Neveu, 2012), la première et deuxième partie du programme auraient aidé les professionnels à développer leurs ressources personnelles. Après avoir appris l'apaisement physique et mental pour être capable de l'utiliser en situation critique ou stressante, les soignants ont pu réinterroger leur expérience, leurs valeurs, leur histoire subjective et développer leur point de vue grâce à l'Épreuve des Trois Arbres. La troisième partie du programme expérimental, quant à elle, mobilisait plus particulièrement les ressources interpersonnelles par l'intermédiaire du collectif. A l'inverse de la spirale de pertes de ressources décrites par Hobfoll (1998), fragilisant les individus qui manquent de ressources aux nouvelles menaces, les professionnels du groupe expérimental ont pu réalimenter ces ressources et reconstruire leur capital (Pailot, 2010). Ils ont développé leurs capacités d'apaisement

physique et mental, leur capacité à identifier, formuler et transformer le négatif, ainsi que leur capacité à partager et élaborer au sein d'un véritable collectif.

Dans le modèle des exigences-ressources de Demerouti, Bakker, Naichreiner, & Schaufeli (2000), les auteurs opposent les exigences demandées par le travail aux ressources dont dispose la personne. Lorsque les exigences sont trop importantes sur une longue durée, les ressources ne peuvent plus compenser et cela induit un épuisement. Les auteurs décrivent alors une attitude de retrait et de désengagement de la personne comme identifiée par Maslach & Jackson (1981) dans le phénomène de burnout. Dans la partie suivante, nous allons mettre en relation le cadre théorique exposé en première partie sur le burnout ou l'épuisement professionnel avec nos résultats pour ainsi les discuter.

b) ua Confrontation des résultats aux modélisations du burnout.

Comme nous l'avons vu plus haut, les premiers auteurs ayant défini le concept de burnout le considéraient comme spécifique aux professions de la relation d'aide. Maslach & Jackson (1981) ont décrit le burnout en trois dimensions chez les personnes impliquées professionnellement auprès d'autrui. La première étape du burnout est un épuisement émotionnel qui entraîne ensuite une dépersonnalisation puis une diminution de l'accomplissement professionnel. Nous avons déjà commenté l'évolution significative des scores des professionnels ayant suivi le programme contrôle de formation, information et sensibilisation, pour les sous-dimensions « dépersonnalisation » et « accomplissement professionnel ». Cependant, les résultats de notre recherche ne nous ont pas permis de constater d'évolution significative du burnout pour les soignants ayant suivi le programme de soutien multidimensionnel. Pourtant, l'épuisement émotionnel vécu dans le burnout est décrit par Maslach & Jackson (1981) comme une perte d'énergie, de motivation ainsi qu'un assèchement des ressources de la personne. Le programme expérimental ayant permis un réel apaisement physique et mental ainsi qu'une mobilisation des ressources des professionnels. Il apparaît alors surprenant que les scores d'épuisement émotionnel des soignants n'aient pas évolué favorablement après les 12 séances du programme expérimental. Nous pouvons alors supposer que la taille de nos échantillons et le choix du test statistique ne nous aient pas permis de détecter une évolution significative pourtant mise en évidence lors de l'analyse qualitative des résultats.

La dépersonnalisation, décrite par Maslach & Jackson (1981), renvoie à une attitude négative envers les personnes dont le soignant s'occupe, il ne se sent plus concerné par les situations, il peut devenir cynique et adopter des attitudes de rejet pouvant aller jusqu'à la maltraitance. Raybois (2014b), considère que la dépersonnalisation est générée par l'activité soignante même puisque la relation est incessamment en concurrence avec les autres tâches.

Certains participants de groupe expérimental témoignaient d'un ressenti de détachement et de déshumanisation : « Je l'ignore mais je sais que c'est pas bien. Elle hurle quand elle parle, j'en peux plus, je ne peux pas, je pourrais être maltraitante... [...] Du coup on n'y va plus, y a plus de communication. Je me surprends à faire tout ce que je déteste comme la faire manger vite par exemple... », (étude B, séance 8). Face à une relation difficile avec la personne âgée, et lorsque les soignants manquent de temps pour une prise de recul et une réflexion, ils ont tendance à se réfugier dans une vision de leur métier constituée de tâches à réaliser plutôt que d'attention et de relation à l'autre. Le travail enclenché lors de la première phase du programme de soutien multidimensionnel avec l'apprentissage des techniques d'apaisement physiques et mentales permettait au soignant de se préparer et d'ouvrir une disponibilité psychique pour la relation à l'autre. Raybois (2014b), écrit que pour faire face à la déshumanisation, le soin doit chercher à préserver l'humanité des personnes par la relation qui permet de reconnaître l'autre en tant que sujet.

Au fil des séances, les participants ont largement témoigné de l'utilisation des techniques apprises dans les situations concrètes. Les valeurs des professionnels et leur relation aux personnes soignées, ont également été réinterrogées individuellement puis collectivement lors du bilan par l'Épreuve des Trois Arbres ainsi qu'avec le Cahier de l'Arbre Collectif. Nous avons vu plus haut que cet accompagnement du soignant a aidé à réinstaller une présence et une créativité dans la prise en soin de la personne âgée mais qu'il a également fait émerger une autre conscience de la personne aidée. Comme pour le score d'épuisement émotionnel du questionnaire de burnout et au regard de ces arguments, il est surprenant que l'analyse quantitative n'ait pas décelé d'évolution favorable de la dépersonnalisation. On aurait également pu attendre une amélioration de l'accomplissement professionnel chez ces soignants face à l'évaluation de leur compétences en répondant aux questions telles que l'item 21 du MBI, « Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement. » ou l'item 7, « Je m'occupe efficacement des problèmes de mes malades. ».

Selon le modèle tridimensionnel de Maslach & Jackson (1981), l'épuisement émotionnel constitue la première étape du processus de burnout. C'est cette première dimension qui entraînerait la dépersonnalisation. D'après Truchot (2004), l'épuisement

émotionnel réduit également l'accomplissement professionnel soit directement soit par l'intermédiaire de la dépersonnalisation. Pour les professionnels du groupe contrôle de formation, information et sensibilisation, l'analyse statistique montre une amélioration significative des scores de dépersonnalisation et d'accomplissement professionnel après les séances sans réduction de l'épuisement émotionnel. Ces conclusions ne semblent donc pas suivre la logique de Truchot (2004) selon laquelle l'amélioration de ces deux sous-dimensions sous-entendrait la réduction de la première.

Pour Freudenberger (1974) le burnout apparaîtrait lorsque la personne a une image idéalisée d'elle-même et de ses compétences. Par la suite, les auteurs ont développé l'idée de Freudenberger décrivant l'épuisement professionnel comme une maladie de l'âme en deuil de son idéal.

On a vu que les professionnels des EHPAD étaient confrontés à un conflit entre l'idéal du soignant et la réalité de terrain. Leur mission est d'apporter des soins aux personnes âgées dépendantes, de préserver et de maintenir leurs capacités ainsi que leur autonomie. Marquier et al. (2016) nous indiquent que ces objectifs peuvent mettre en échec le soignant qui constate tous les jours les effets du vieillissement inéluctable, la progression des maladies et la perte progressive des capacités des personnes âgées. En 1980, Cherniss met en avant l'écart entre les attentes initiales de la personne et la réalité du terrain professionnel dans le burnout. C'est quand l'environnement de travail est perçu comme décevant que la perte de motivation et les attitudes négatives se mettent en place. Selon Pines (1993), l'approche motivationnelle implique que pour être « consommé » dans le phénomène d'épuisement professionnel, il faut tout d'abord avoir été « enflammé ». Le burnout proviendrait donc d'une désillusion suite à une motivation élevée. Le sentiment d'échec chez les professionnels d'EHPAD peut être d'autant plus cuisant que le métier même de soignant est construit autour de la mission principale de soigner l'autre. Outre la signification de s'occuper du bien-être d'un tiers, soigner signifie procurer des soins nécessaires à la guérison et à l'amélioration de la santé d'une personne qui en a besoin. Pour Colpé (2007), le soignant dans le grand âge est pris au piège dans sa fonction puisqu'il ne pourra pas sauver les personnes dont il s'occupe. Comme écrit plus haut, 90000 personnes meurent chaque année en EHPAD en France (Observatoire National de la Fin de Vie, 2013). En 2011, c'est 1 résident sur 5 qui est décédé pour une durée moyenne de séjour de 2 ans 1/2 (Volant, 2014b). Même si les professionnels comme les résidents savent que l'établissement représente la plupart du temps la dernière demeure de la personne âgée, le conflit entre idéal de soin et réalité est propice à l'épuisement professionnel. Dans notre programme expérimental, le bilan de situation à l'aide de l'Épreuve des Trois Arbres (ETA), amène le soignant à mettre en forme ces deux mouvements contradictoires en distinguant le désiré et le refusé. L'ETA

reproduit la polarisation naturelle du psychisme (Fromage, 2019). Il est alors proposé de mettre au travail la dualité positif/négatif dans le protocole de base puis de pousser plus loin, dans l’imaginaire, pour donner forme à l’idéal et au rejeté par l’intermédiaire de l’arbre de rêve et de l’arbre de cauchemar. Dans l’analyse qualitative, nous observons que donner forme, exprimer le négatif et le mettre en lien avec le positif constitue alors une ressource extrêmement importante. Comme nous l’avons dit plus haut, le dualisme positif/négatif est une conflictualité féconde qui génère la vie psychique et qui permet à la personne d’avancer (Fromage, 2011), mais elle devient entrave lorsqu’elle est déséquilibrée. Avec l’ETA et la Lecture Partagée il est offert au professionnel de travailler le conflit entre l’idéal du soignant et la réalité professionnelle sur un mode analogique. L’épreuve favorise l’émergence des deux pôles et propose de « prendre en main » le négatif indispensable au fonctionnement du système. Elle lui permet de s’exprimer pour un réel réagencement de l’équilibre de la personne (Fromage, 2019).

Au regard de cette réflexion, nous remarquons que le conflit se trouvant au fondement du burnout (Freudenberger, 1974; Cherniss, 1980; Pines, 1993), a largement été mis au travail chez les participants du programme expérimental par l’expérience proposée au travers de l’Épreuve des Trois Arbres. Nous attendions alors tout particulièrement une évolution favorable de leur score au questionnaire de burnout. De plus, au fil de notre exposé théorique, nous avons également souligné que le phénomène d’épuisement professionnel touchait la personne dans toutes ses dimensions, tant par ses causes que ses conséquences intra-individuelles, interindividuelles et organisationnelles. Il est donc d’autant plus surprenant que nos résultats ne mettent pas en évidence de diminution du burnout chez les professionnels ayant participé à ce programme multidimensionnel et holistique. Encore une fois, nous faisons la supposition d’échantillons trop petits pour détecter une évolution significative de ces résultats.

10.3. ua Intérêts, limites et perspectives de recherche.

10.3.1. ua Apports et perspectives de recherche.

a) ua Un accompagnement humaniste et écologique des professionnels d’EHPAD.

Un des premiers apports de cette recherche empirique trouve son origine dans le fait qu’elle étudie la personne, ici le professionnel, dans son environnement de travail

selon une approche humaniste, phénoménologique et écologique. Dans le domaine du soutien de soignant, elle constitue, en cela, une véritable innovation.

Selon l'approche humaniste, le programme expérimental de soutien multidimensionnel considère la personne dans un processus en devenir. A partir de cette vision, la personne est libre et peut réaliser toutes ses potentialités. Elle possède un pouvoir d'autodétermination, c'est-à-dire de disposer d'elle-même ainsi que de faire consciemment le choix de sa conduite et de ses opinions. Fromage (2019) écrit que c'est « une conception optimiste du développement humain résolument tournée vers l'avenir » (Fromage, 2019, p.21). La personne dispose de ressources et a la capacité de créer, de se développer et d'inventer sa vie. Elle est abordée comme une entité singulière et globale.

Cette vision de la personne a rarement été utilisée dans le soutien des soignants travaillant auprès des personnes âgées. Certaines études recommandent une démarche positive et porteuse de sens (Pifano, 2014 ; Shinan-Altman, Werner, & Cohen, 2016). Pourtant, les programmes d'intervention pour les soignants orientés sur le développement des ressources ont plutôt été menés en terme de formation et de développement des compétences plutôt qu'une véritable approche globale et centrée sur la personne (James, 2016 ; Marilaf-Caro, San-Martin, Delgado-Bolton, & Vivanco, 2017).

La recherche étudie le personnel soignant des EHPAD dans leur contexte de travail. Elle se déroule donc en milieu naturel. Comme expliqué dans la présentation de la méthodologie, l'objectif de ce travail a été d'intégrer les injonctions variées du terrain. La recherche empirique menée au fil de ses études exploratoires est donc écologique puisqu'elle s'est déroulée sur le lieu professionnel dans des conditions réelles.

Les outils utilisés tels que l'Épreuve des Trois Arbres ou le Cahier de l'Arbre Collectif intègrent la personne dans sa globalité selon son histoire personnelle, son vécu interne et son système de valeurs, mais ils s'intéressent aussi à la relation qu'entretient la personne avec son environnement. En complétant les techniques de relaxation et de sensibilisation à la pleine conscience par ces méthodes, l'intégralité de l'environnement est prise en compte tant au niveau physique et matériel que social. Avec le Cahier de l'Arbre Collectif, c'est l'aspect interpersonnel qui est proposé de travailler de manière commune. Par la métaphore de l'arbre, les participants mettent en forme les situations professionnelles rencontrées sur le terrain. Au travers du cheminement offert par le Cahier de l'Arbre, ils questionnent la relation qu'ils entretiennent avec elles pour une prise de conscience globale de leur environnement physique, psychique et social.

La recherche menée dans le cadre de ce doctorat complète les rares études menées auprès des soignants en EHPAD et apporte une innovation, l'approche humaniste et multidimensionnelle. Elle emploie des outils qui jusque-là n'avaient pas été étudiés

dans le milieu professionnel auprès des personnes âgées, l'Épreuve des Trois Arbres, la Lecture Partagée et le Cahier de l'Arbre Collectif. Dans la partie suivante, nous allons développer l'intérêt et les apports spécifiques de ces outils et les perspectives de recherche qu'ils offrent au terme de ce travail.

b) La Utilisation de l'Épreuve des Trois Arbres, du Cahier de l'Arbre Collectif et de la Lecture Partagée.

La L'ETA, un outil humaniste qui explore le non conscient.

La psychologie humaniste, en se démarquant du courant psychanalytique, a émis des réserves quant à la suprématie d'un inconscient qui oblitère la capacité d'autodétermination de la personne. A partir de l'expérience vécue, l'Épreuve des Trois Arbres, le Cahier de l'Arbre Collectif et la Lecture Partagée visent à relier les processus conscients et non conscients au sein de la conscience, à susciter du lien entre des plans de conscience aux fonctionnements nécessairement antagonistes. La méthodologie indirecte de formulation des contenus sur le thème de l'arbre permet de réaliser cette jonction entre différents niveaux au sein de la conscience.

L'enjeu est alors d'élargir la conscience, « de se connecter à son histoire passée et à venir, de prendre la mesure de son existence physique tout autant que du rôle crucial de l'autre pour soi, à la fois au dehors et en dedans de soi » (Fromage, 2019, p.30-31). La métaphore de l'arbre pour se raconter soi-même élargit d'avantage le champ de conscience et permet un voyage dans l'univers du non conscient. Elle approfondit la conscience de la personne sur sa propre vie et l'étend au domaine de ce qu'elle ne sait pas ou plutôt ce qu'elle ne sait pas qu'elle sait déjà à la manière de l'entretien d'explicitation de Vermersch (2017). Cette prise de conscience constitue un vivier de ressources pour les professionnels. La psychologie humaniste, comme la psychologie positive, accorde une grande importance aux ressources de la personne. Comme écrit plus haut, « la psychologie positive est l'étude scientifique des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou à un fonctionnement optimal des individus, des groupes ou des institutions » (Gable & Haidt, 2005, p.103). Elle s'oppose à l'approche centrée sur le pathologique représentée par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), (APA, 2013). Cette discipline s'est attachée à construire scientifiquement des programmes d'entraînements développant les capacités

et le bien-être de la personne au travail. Comme évoqué dans notre partie théorique, il existe de nombreuses recherches récentes en psychologie positive qui explorent des approches positives, protectrices et favorisent le mieux-être au travail. Selon Martin-Krumm & Tarquinio (2011), les émotions positives jouent un rôle majeur dans la création de ressources à long terme comme le bien-être ou la résilience. Pourtant, les ressources ne sont pas toujours du côté du positif comme nous avons tendance à le croire. Pour prendre totalement conscience de ce qui l'habite la personne doit également donner forme et se relier d'une manière nouvelle à ce qu'elle repousse au plus loin d'elle-même, à savoir le négatif.

Selon l'approche humaniste, la personne libre est en capacité d'autodétermination face à l'indétermination du futur auquel elle va opposer sa plasticité et ses capacités d'adaptation (Fromage, 2019). L'auteur ajoute que, parmi les possibilités futures figure un invariant universel, la mort, qui fonctionne comme un puissant inducteur de comportements. Ceci, présent tout au long de la vie, est tout particulièrement actif chez les professionnels des institutions telles que les EHPAD. En psychologie humaniste, ce thème est encore une fois abordé sous l'angle des ressources. La perspective de la mort, va être associée aux questionnements sur le sens de la vie et l'angoisse de finitude mais également l'aspiration à l'infinitude à travers la réalisation et l'accomplissement de soi. Ce thème est souvent retrouvé dans le protocole de l'Épreuve des Trois Arbres à travers la formulation du négatif et donne accès à des ressources jusque-là inexploitées.

Comme nous l'avons écrit plus haut, la personne est animée de deux tendances contradictoires : le désiré et le refusé. L'expérience subjective est fondamentalement sous-tendue par ces deux mouvements d'attraction et de répulsion. « De l'articulation et la pondération des pôles antagonistes jaillit le comportement ou l'attitude. [...] Formant un couple gémellaire absolument inséparable, attraction et répulsion sont les deux mouvements fondamentaux à partir desquels se décline, du niveau physique au niveau psychique, toute la gamme des comportements, attitudes et orientations de la personne » (Fromage, 2019, p.72). Face aux événements insatisfaisants auxquels est confronté l'individu, le mouvement naturel de répulsion cherche à rétablir le confort en repoussant ce qui est à l'origine de cette situation. Le refusé est alors repoussé dans les profondeurs de la conscience de la personne. Pourtant, selon Fromage (2019), l'art de vivre revient à conjuguer ces deux tendances.

Le protocole de l'ETA est alors construit pour aider à donner forme au refusé. Il permet à la personne de l'explorer et de le raconter par l'intermédiaire des arbres. Il offre également un approfondissement vers les strates profondes de la conscience avec la représentation de l'arbre imaginaire de cauchemar. Les histoires reliant les arbres, aux

étapes 7, 8 et 11, permettent de relier les pôles pour une mise au travail et une collaboration entre le positif et le négatif. La Lecture Partagée est préparée et réalisée dans le but de continuer ce qui a été amorcé et d'en dégager les ressources et suscitant des transformations à l'initiative de la personne. En cela, l'approche indirecte par le dessin de l'arbre, développe le point de vue de la psychologie positive et propose d'aller plus loin en réintégrant le négatif dans le système de la personne. A la manière de la seconde vague de la psychologie positive citée en première partie, cette manière de considérer la personne est plus nuancée et plus intégrative (Lomas & Ivtzan, 2016 ; Wong & Tomer, 2011 ; Wong, Ivtzan, & Lomas, 2016). L'approche est dialectique plutôt que bipolaire. Face à un discours scientifique objectivant, elle rétablit l'expérience subjective et le discours à la première personne au centre de l'accompagnement psychologique. Elle redonne également sa valeur au pendant négatif de l'être humain. Par l'intermédiaire de l'arbre, l'individu prend alors conscience de ses besoins, de ses valeurs, et des tendances positives et négatives aux fondements de son fonctionnement. L'élargissement de ces connaissances développe le pouvoir d'autodétermination pour la personne c'est-à-dire le pouvoir de choisir ses conduites et ses opinions mais également de connaître ce qu'elle veut et ne veut pas. Il s'agit alors de donner aux personnes la possibilité de prendre conscience de ce qui les habite, de leur donner les moyens d'approfondir et de modifier leur point de vue pour augmenter leur autonomisation. Avec les outils tels que l'ETA, la Lecture Partagée et le Cahier de l'Arbre, on étend le champ de conscience de la personne sur sa situation pour dégager les ressources issues d'une collaboration entre positif et négatif et ainsi susciter des transformations en profondeur.

ua La démarche indirecte par l'intermédiaire de l'arbre (ETA, LP et CAC), les perspectives de recherche.

ua Pour donner suite à la Lecture Partagée, un Cahier de l'Arbre individuel ?

Au fil de ce travail et notamment de l'analyse de la seconde et troisième partie du programme expérimental, nous avons vu que l'arbre constituait un véritable support auquel le soignant pouvait s'adosser pour former, interroger, transformer son expérience passée, présente et à venir. « L'arbre est une organisation botanique et sémantique, système à la fois structuré, ouvert et flexible où n'importe quel point évoqué dans le registre arbre peut éveiller des liens, des perceptions nouvelles dans l'espace humain » (Fromage & Ferrand, 2013, p.218). Dans les outils utilisés tels que l'Épreuve des Trois Arbres, la Lecture Partagée et le Cahier de l'Arbre, l'arbre est dessiné, habité, vécu et le soignant y dépose son expérience subjective en éclairant lui-même sa réalisation. L'arbre

est alors un accouchement permettant la mise à jour progressive de ce qui loge à l'intérieur de la personne (Fromage, 2011). Dans ce travail de recherche, au travers de l'exemple de Mme C. (étude B), on observe cette réelle démarche maïeutique par la formalisation des forces antagonistes de son système de valeur. Par la métaphore de l'arbre, Mme C. s'est confrontée alors à ce qu'elle repoussait naturellement comme son propre vieillissement, la maladie et la mort.

Le cheminement de Mme C. s'est mis en place au fil de l'ETA et s'est poursuivi lors de la Lecture Partagée. Certains axes travaillés avec Mme C. restaient cependant à approfondir à l'issue de ces deux séances (séances 6 et 7, ETA et LP). En effet, l'articulation entre les tendances positives et négatives ne semblait pas encore véritablement possible. Lors des récits reliant les arbres opposés (étape 7, 8 et 11), on observait un manque de collaboration ou de travail commun entre l'arbre positif et négatif ainsi qu'entre l'arbre de rêve et l'arbre de cauchemar. A2+ a une relation de conseil envers A1- mais l'arbre négatif ne réplique pas. On ne sait pas ce qu'il pense et quel rôle il peut jouer face aux commentaires de l'arbre positif. De même, l'arbre de rêve et l'arbre de cauchemar ne coopèrent pas et le récit reliant ces arbres est confus. Dans cette histoire, on ne sait pas quel arbre rêve ni lequel est celui qui souhaite qu'on replante à nouveau près de lui. Après sa mort, AC est transformé en cabane située au sein de l'arbre de rêve mais il ne s'exprime pas sur ce changement et n'établit pas de lien avec AR. Dans la Lecture Partagée, l'arbre de cauchemar peut également être transformé en meuble mais il n'a toujours pas de voix ni de rôle propre dans sa relation avec l'arbre de rêve.

On souligne alors l'intérêt qu'aurait eu un travail de type Cahier de l'Arbre individuel auprès de Mme C. pour poursuivre les transformations initiées avec l'ETA et la LP. Le psychologue aurait pu proposer alors des interventions telles que : « L'arbre négatif, A1- reçoit les conseils de l'arbre positif, A2+ et comment répond-il, comment tu vois ça ? » ; « L'arbre de cauchemar est transformé en cabane dans l'arbre de rêve et comment réagit-il ?, qu'en pense-t-il ? » ; « Si tu imagines un dialogue entre l'arbre de cauchemar-cabane et l'arbre de rêve, comment tu vois cela ? » ; « Et l'arbre de rêve, qu'est-ce que ça lui fait d'accueillir l'arbre de cauchemar sous forme de cabane, comment réagit-il ? » ; « Et ensuite, la cabane, qu'est-ce qu'elle devient ? » ; « Que devient l'arbre replanté auprès de l'autre ? Que deviennent-ils ensemble ? »... Ces questions auraient eu pour objectif de développer la collaboration entre les composantes négatives et positives et ainsi aider à intégrer le négatif en profondeur.

Nous nous posons alors la question de l'intégration de séances individuelles de type Cahier de l'Arbre au sein du programme de soutien multidimensionnel des soignants. N'aurait-il pas fallu continuer le travail engagé à la fin de la Lecture Partagée avec Mme C. pour assurer l'intégration de ce négatif qui, nous l'avons vu, est

indispensable au fonctionnement du système de la personne. Nous pouvons alors imaginer d'ajouter au programme expérimental des séances individuelles de type Cahier de l'Arbre auprès des professionnels et en parallèle de la troisième partie collective du programme. Chaque soignant pourrait alors continuer à réinterroger et transformer son point de vue sur sa situation personnelle par l'intermédiaire de l'arbre conjointement au travail collectif entrepris au sujet des situations professionnelles. Nous avons vu également que le Cahier de l'Arbre Collectif utilisé en troisième partie du programme pour aborder les situations problématiques au travail, ne manquait pas de questionner le soignant sur lui-même et sur la relation qu'il entretient avec la personne aidée. Il serait alors intéressant d'observer comment les transformations initiées sur l'arbre collectif pourraient retentir sur l'arbre personnel de chaque soignant au sein des séances du Cahier de l'Arbre individuel.

ua Le collectif à travers l'approche indirecte par l'intermédiaire de l'arbre, perspectives.

L'innovation importante de ce travail de recherche se trouve également dans l'utilisation des outils de l'approche indirecte par l'intermédiaire de l'arbre de manière collective. Le Cahier de l'Arbre n'avait encore jamais été utilisé pour travailler auprès d'un groupe de personnes pour représenter l'autre et cette étude nous a permis de penser et de créer cette technique. Après avoir évoqué une situation problématique rencontrée au travail sur le plan verbal et descriptif, les professionnels étaient invités à l'aborder de manière analogique par le dessin de l'arbre. Tout d'abord, chaque personne réalisait pour elle-même un arbre individuel représentant la situation. Elle devait ensuite présenter son dessin aux autres, partager les mots, expression ou images qui lui étaient venues pendant la production (étape 3 de l'ETA) et expliquer la raison de tel ou tel choix pour les éléments du dessin. Les autres professionnels pouvaient également demander des éclaircissements sur la production de chaque personne. Cette première mise en forme comme première confrontation des points de vue initiait déjà un changement de regard sur la situation.

Par la suite, les professionnels étaient invités à construire une représentation commune de l'arbre à la lumière de chaque dessin individuel reprenant les éléments importants choisis en groupe. L'enjeu était alors de créer ensemble un arbre compilant et dépassant chaque point de vue, de trouver des consensus ou des compromis dans la sélection des caractéristiques de cet arbre. La phase suivante invitait les soignants à approfondir et élargir le champ de conscience sur la situation avec les questionnements inspirés du protocole de l'ETA. Les interventions du psychologue reprenaient les étapes 4,

5 et 6 de l'ETA pour aider à formaliser le négatif grâce à l'expression des besoins de l'arbre et de leur résolution ainsi que l'expression de ses tendances à long terme (désiré/refusé). Là encore, le récit était commun, les réponses étaient débattues et laissaient libre cours à un imaginaire et une créativité collective. Nous avons vu que, par cette démarche, le négatif prenait forme à l'intérieur de chaque sujet et donnait la possibilité aux personnes de prendre conscience de ce qui les habitait pour amener des éléments de changement effectifs. Au-delà de l'approfondissement des points de vue personnels, c'était le point de vue collectif qui était recadré dans un espace plus large intégrant le négatif comme composante de la situation et qui ainsi se transformait pour donner accès à une conscience différente de la personne aidée.

L'arbre est, là encore, un support particulièrement intéressant pour permettre au collectif de s'exprimer. Avec l'approche humaniste et l'Épreuve des Trois Arbres, on s'intéresse, non pas à un individu, mais à une personne qui ne peut exister seule mais solidairement. L'autre est nécessairement intégré à ce qui constitue la personne, à ce qu'elle fait, et comment elle agit. « Une personne n'est pas un individu isolé mais participe, directement ou non, d'une communauté qui lui permet de fonctionner et se développer. Aussi les auteurs [des mouvements fondateurs de la psychologie humaniste] pointent l'importance des relations interpersonnelles, des modes de communication et d'échange ainsi que du système de valeur qui émane tout à la fois de l'histoire personnelle que du cortège des générations qui ont précédé » (Fromage 2019, p.31). Tout d'abord, avec l'Épreuve des Trois Arbres, c'est la pluralité à l'intérieur de la personne qui est exprimée. Le collectif, de 3 puis 5 arbres, raconte les différentes facettes d'une personne et les relie entre elles. Le fonctionnement botanique de l'arbre et les interactions avec son environnement, nécessaires à sa survie, permettent de mettre en scène le système personnel et interpersonnel du professionnel. Avec le Cahier de l'Arbre Collectif, les participants peuvent représenter l'autre et ils le font d'abord pour eux-mêmes. Cette première figure contient déjà différents aspects et caractéristiques d'une même situation selon un point de vue personnel. L'arbre collectif va permettre alors de relier et confronter les différents points de vue et caractéristiques choisis. Les multitudes de possibilités qu'il offre sur le plan botanique autorisent la cohabitation de nombreux traits et spécificités, positifs et négatifs, au sein d'un seul et même arbre. Cet arbre interagit également avec son environnement, son récit et l'expression de ses besoins vont donner forme à ces interactions.

Avec cette technique, l'expression du collectif et de la diversité est donc possible et favorisée pour une vision autre de l'autre ainsi que de la relation entretenue avec lui. Le support de l'arbre et le questionnaire associé (étape 4, 5 et 6 de l'ETA) suscitent alors la créativité des professionnels, l'établissement de liens nouveaux et des

transformations jusque-là inenvisageables à priori. Comme nous l'avons écrit plus haut, selon Canguilhem (2002) la santé c'est de porter la responsabilité de ses actes, porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des liens qui ne leur viendraient pas sans nous. Dans ce programme expérimental il s'agit alors, comme l'évoquait Clot (2007) de repousser ensemble les limites du métier. Les aspects physiques, émotionnels, individuels relationnels et collectifs qui sont travaillés tout au long du programme permettent alors au soignant de développer une véritable capacité à s'ajuster aux différentes demandes de l'environnement. Nous relierons cette analyse à l'augmentation du bien-être au travail des soignants du groupe expérimental et notamment de l'harmonie sociale.

Là encore, la contrainte des 12 séances du programme ne nous permettait pas d'aller plus loin dans le questionnement proposé par le psychologue au cours du Cahier de l'Arbre Collectif. Nous pouvons proposer d'autres interventions inspirées de la phase II de l'ETA invitant les soignants à créer un arbre collectif de rêve et un arbre collectif de cauchemar afin d'approfondir les tendances d'attraction et de répulsion sur la situation. Il pourrait être également intéressant de demander aux professionnels de raconter un rêve reliant ces deux arbres pour susciter la coopération entre les deux pôles (étape 11 de l'ETA). L'ajout de ces propositions nécessiteraient de passer d'une douzaine à une quinzaine de séances constituant le programme ce qui nous semble respecter les contraintes d'indisponibilités des soignants imposées par le terrain d'étude.

Dans la partie suivante nous exposerons les limites de notre recherche et les perspectives que nous pouvons leur associer.

10.3.2. ua Limites et perspectives de la recherche.

a) ua Les contraintes du terrain.

Comme écrit plus haut, la première limite de cette recherche est due aux fortes contraintes issues du terrain. La disponibilité des soignants était faible du fait de la charge de travail intense et du rythme soutenu en EHPAD. Les séances proposées se déroulaient sur le temps de travail de certains participants mais pour d'autres, il fallait revenir sur leur temps personnel. Lorsque les professionnels participaient pendant leurs heures de travail, ils étaient susceptibles d'être appelés en cas d'urgence. Même si cela aurait assuré une disponibilité totale des participants, nous n'avons pas exigé que les salariés soient remplacés car nous risquions de voir diminuer considérablement nos effectifs du fait des remplacements difficiles en EHPAD. Lorsque les salariés devaient

revenir sur leur temps personnel, les séances n'étaient pas rémunérées et la probabilité d'une absence était forte. Nous n'avons pas demandé de présence obligatoire dans cette étude et nous n'avons pas pris en compte le niveau de participation des soignants. Comme dans l'étude d'Elo, Ervasti, Kuosma, & Mattila (2008), nous pouvons envisager une nouvelle recherche intégrant la participation des professionnels et observant l'effet d'une participation active aux séances (nombre de séances élevé) ou d'une participation faible sur les résultats.

Ces contraintes provenant du terrain et l'indisponibilité sporadique des soignants nous ont également imposé de fonctionner avec des groupes restreints autant pour le groupe contrôle que le groupe expérimental. En ce qui concerne l'analyse quantitative des résultats, les faibles effectifs nous ont conduit à utiliser une p-value assez élevée plus adaptée en cas de petits échantillons. Les résultats obtenus sont encourageants. Pour les consolider et augmenter la fiabilité de notre recherche, nous devrions envisager d'élargir les échantillons de soignants. A plusieurs reprises, nous avons observé une différence significative après un programme de soutien alors que pour l'autre programme nous n'observions pas d'évolution des résultats. Pourtant, la comparaison de progrès entre les groupes ne corroborait pas cette différence. Nous pouvons alors supposer que des effectifs plus larges nous permettraient d'observer des résultats plus cohérents.

Nous avons vu que les effectifs des participants au groupe expérimental allaient de 4 à 8 personnes selon les établissements ce qui représentait environ 1/10^{ème} à 1/5^{ème} des professionnels des institutions. L'organisation et le budget de structures ne nous permettaient pas d'aller au-delà. Nous savons pourtant qu'accompagner une seule partie d'une équipe dans une démarche à laquelle les autres professionnels ne sont pas sensibilisés peut causer des difficultés pour mettre les changements en pratique et entraîner conflits et frustrations sur le terrain. Les participants au programme expérimental ont, en effet, formulé l'envie de transmettre et partager leur expérience avec le reste de l'équipe. Nous avons montré que le cheminement engendré par les séances du programme entraînait des changements d'attitudes et de représentations des soignants en profondeur. Ces changements se sont opérés malgré le retour, chaque semaine, des participants au sein d'une équipe n'étant pas elle-même engagée dans ce travail. Ces résultats prometteurs nous laissent supposer que les effets du programme expérimental auraient été plus marqués si la totalité de l'équipe avaient pu suivre le programme de soutien multidimensionnel.

Ces études ont demandé du temps et de l'investissement de la part des professionnels volontaires ce qui représentait un coût pour les soignants comme pour les

établissements. L'adaptation aux contraintes du terrain était nécessaire à la faisabilité et la mise en œuvre de cette recherche même si elle a entraîné ses principales limites. L'intervention en milieu naturel dans de réelles conditions professionnelles constitue, également, la première force de cette étude.

b) Sur les Outils et recueils de données.

Dans un deuxième temps, nous pouvons nous interroger sur les outils de mesure ainsi que sur les recueils de données de cette recherche. Concernant les outils de mesure, parmi les échelles utilisées, nous avons choisi l'échelle de stress perçu comportant 14 items (Perceived Stress Scale, PSS 14) de Cohen, Kamarck, & Mermelstein (1983). Pourtant, suite à une analyse factorielle exploratoire de cette échelle (Cohen, & Williamson, 1988), 4 items à faible saturation ont été retirés conduisant à la version en 10 items de cette échelle. La PSS 10 « est alors considérée comme la meilleure version pour mesurer le stress perçu tant du point de vue de ses qualités psychométriques que de son application » (Bellinghausen, Collange, Botella, Emery, & Albert, 2009, p.366). L'utilisation de la PSS 14, moins pertinente que la version à 10 items, aurait-elle pu avoir une influence sur les résultats de cette étude ?

L'ordre de passation des échelles par les soignants a également attiré notre attention. Cette passation se déroulait toujours selon le même ordre : L'échelle de mesure du stress Perçu PSS, l'inventaire de burnout MBI puis l'échelle de mesure des manifestations du bien-être au travail, EMMBEPT. Les deux premières échelles proposées (PSS et MBI), mesuraient, en majorité, des ressentis ou perceptions négatives telles que les événements de vie perçus comme menaçants et incontrôlables ou encore l'épuisement émotionnel ou la dépersonnalisation. La troisième et dernière échelle proposée (EMMBEPT) mesurait, quant à elle, trois dimensions positives telles que la sérénité, l'engagement au travail et l'harmonie sociale. Nous pouvons faire l'hypothèse de l'induction d'émotions ou images négatives influant sur les réponses à l'échelle de mesure du bien-être au travail. Nous nous interrogeons alors sur l'éventualité d'une influence de l'ordre de passation des échelles sur les résultats de notre étude (Marcel, 2006). Une présentation des questionnaires dans un ordre aléatoire selon les soignants nous auraient permis de contrôler cette variable.

Les techniques utilisées dans cette étude visaient à promouvoir des changements en profondeur pour un mieux-être partagé par les soignants comme par les personnes malades. Plusieurs études ont déjà montré l'impact de programmes de soutien des

soignants en gériatrie sur les personnes âgées elles-mêmes (Robison, Curry, Gruman, Porter, Henderson Jr, & Pillemer, 2007 ; Van Weert, Van Dulmen, Spreeuwenberg, Bensing, & Ribbe, 2005 ; Haberstroh, Neumeyer, Schmitz, Pantel, 2009). Pour une prochaine recherche, il serait intéressant d'évaluer la répercussion des programmes créés pour ce travail sur les personnes âgées notamment sur les troubles du comportement ainsi que sur leur qualité de vie.

Nous soulignons aussi l'intérêt de développer cette recherche sur la durabilité des effets des programmes de soutien. Mackenzie & Paragine (2003) ont montré une amélioration de l'accomplissement professionnel immédiatement après une intervention de formation auprès de soignants en gériatrie. Cependant, cette amélioration disparaissait après 3 mois. Dans leur revue de littérature, Westermann, Kozak, Harling, & Nienhaus (2014), montrent que ce sont les interventions de soutien combinées de différentes approches qui ont des effets bénéfiques à plus long terme. Nous envisagerions de mesurer à distance du programme (3 mois puis 6 mois après) les scores de stress, d'épuisement et de bien-être au travail des soignants ayant suivi les séances.

Malgré les contraintes imposées par le terrain d'étude, il serait également intéressant d'envisager de faire varier la durée des programmes de soutien et de comparer nos résultats à ceux de programmes hebdomadaires de plus longue durée (6 mois ou 1 an). Ces variantes imposeraient alors des financements extérieurs aux EHPAD accueillants la recherche.

La méthode de recueil de données qualitatives choisie était la prise de notes. Pendant et après les séances, le psychologue recueillait les commentaires spontanés et réponses des participants. A l'avenir, nous pouvons proposer d'enregistrer les séances afin de réduire la part de subjectivité de l'expérimentateur dans cette prise de note et garantir un recueil strict des commentaires et réponses des soignants.

Dans la partie suivante nous développerons quelques orientations supplémentaires pour continuer à faire évoluer ce protocole et ouvrir sur de nouvelles recherches.

10.3.3. ua Pour aller plus loin.

Dans la partie théorique de ce manuscrit, nous avons présenté les effets des représentations sociales du vieillissement sur le travail auprès des personnes âgées. Les représentations sociales sont une forme de pensées constituées de connaissances spécifiques et partagées par un groupe qui lui permettent d'adapter et d'orienter ses

actions. Dans les sociétés occidentales, les représentations sociales de la vieillesse et du grand âge sont souvent négatives et peuvent entraîner la peur, le rejet, le dégoût ainsi que la fuite (Amyot, 2016). La maladie, la perte des capacités et la mort sont souvent associées au vieillissement et suscitent des mécanismes de défense inconscients. Le métier de soignant auprès des personnes âgées en est également dévalorisé puisqu'il s'occupe de ce qui est rejeté par le corps social (Lhuillier, 2009). Cette dévalorisation mettrait les soignants dans une situation de vulnérabilité face au stress puisqu'Hobbfol (1998) affirme que la personne évalue les situations stressantes en fonction des significations et représentations sociales partagées avec son environnement. Il s'agit donc pour le soignant de prendre conscience des représentations qui guident leurs attitudes et leurs conduites afin de pouvoir les déconstruire (Amyot, 2016). Selon Pifano (2014), les attitudes des professionnels diffèrent en fonction des représentations de chacun. La préservation d'une représentation positive des personnes âgées chez les professionnels, serait alors une gageure.

Sanchez, Gallin, Stefanuto, Treffel, Antoine, & Denormandie (2016) ont montré qu'une formation sur l'apprentissage des troubles liés aux syndromes démentiels auprès de salariés d'EHPAD participait à modifier les représentations de la démence chez ces professionnels. Dans l'analyse de ce travail, nous avons montré que la démarche proposée par le programme de soutien multidimensionnel permettait un travail physique, émotionnel, personnel, interpersonnel et représentationnel. La méthode indirecte par le dessin de l'arbre avec l'Épreuve des Trois Arbres, la Lecture Partagée et le Cahier de l'Arbre Collectif offre à la personne de prendre conscience de ce qui l'habite. Ceci intègre le vécu, les expériences propres de la personne, son système de valeur mais également la part consciente et non consciente de ses représentations telles que ce qui est refusé, repoussé au-delà du conscient. Nous avons observé le changement des représentations et des pratiques, suscité par le questionnement du psychologue au fil de ces trois outils utilisant la métaphore de l'arbre.

Dans cette recherche, nous avons mesuré l'impact de notre programme multidimensionnel sur le stress, le burnout et le bien-être au travail. Nous n'avons pas intégré de mesure au sujet de l'aspect représentationnel de ce soutien. Il pourrait donc être intéressant de nous questionner sur le changement effectif des représentations chez les soignants participants. Pour cela, nous proposons d'étudier plus précisément les modifications des représentations sociales des participants au court des programmes. Ces représentations peuvent être approchées et analysées par des questionnaires. Dans le cas de cette recherche, nous pouvons envisager un questionnaire de caractérisation permettant de situer des caractéristiques par leur faible ou leur grande proximité des objets étudiés tels que la vieillesse, le processus de vieillissement et la démence. Les personnes doivent alors choisir parmi une liste d'items ceux qui sont le plus

caractéristiques du sujet proposé dans le but de déterminer les éléments de la représentation sociale qui ont une forte ou une faible saillance (Vergès, 2001).

Enfin, comme nous l'avons écrit plus haut, les techniques utilisées lors des trois phases du programme expérimental multidimensionnel ont été choisies et agencées dans une démarche évolutive. Pourtant, nous pouvons nous interroger sur l'effet spécifique de chaque phase. L'une d'elle serait-elle plus efficace que les autres dans la gestion du stress, l'épuisement ou le bien-être au travail ? Il pourrait alors être envisagé une évaluation interphase des variables dépendantes observées. Pour continuer à mettre en évidence l'intérêt d'une approche globale et multidimensionnelle nous pouvons également la comparer à un programme basé sur une gestion individuelle des émotions de type « Mindfulness based stress reduction » (Kabat-Zinn, 2013). L'intérêt étant de confronter ce soutien individuel fondé sur la méditation par la pleine conscience à notre programme intégrant à la gestion des émotions un travail collectif, représentationnel et centré sur la relation soignant-soigné.

La discussion de nos résultats permet de valider en partie nos hypothèses et de mettre en évidence l'efficacité du programme de soutien multidimensionnel proposé aux soignants. L'analyse quantitative des résultats a montré la diminution du stress et l'augmentation du bien-être au travail des participants au groupe expérimental. L'analyse qualitative des résultats de la recherche met en évidence la prévalence du programme de soutien multidimensionnel des soignants en EHPAD sur les programmes contrôles. Elle montre également l'adéquation du programme expérimental aux besoins des professionnels en leur offrant la possibilité d'un réel changement des pratiques en profondeur et soulève une certaine inadéquation du programme de formation aux besoins réels des professionnels. La confrontation de nos résultats au cadre théorique de la recherche souligne la cohérence des différentes phases du programme expérimental avec les modèles du stress ou du phénomène de burnout présentés en première partie. Nous avons comparé nos résultats aux études existantes dans la littérature et exposé les ressemblances et les divergences observées. L'absence d'évolutions des scores de burnout pour les soignants ayant suivi le programme expérimental n'était pas attendue et nous faisons la supposition d'échantillons trop petits pour détecter une évolution significative de ces résultats.

La méthode humaniste du programme expérimental ainsi que l'utilisation innovante des outils d'approche indirecte par le dessin de l'arbre (ETA, LP, CAC) dans le soutien des soignants constituent les principaux apports de cette recherche. Ces outils offrent d'élargir les connaissances et la prise de conscience des professionnels sur leur situation, celle de la personne aidée ainsi que sur la relation entretenue avec elle. Cette démarche individuelle et collective permet une intégration de ce qui est refusé ou repoussé au plus profond de la conscience et suscite des changements des pratiques en profondeur. Nous envisageons une augmentation de la durée de ce programme afin d'offrir plus de place à ces outils prometteurs et ainsi ouvrir de nouvelles perspectives de recherche.

Les limites de cette étude se concentrent autour des contraintes imposées par le terrain, des outils utilisés et des méthodes de recueil de données. Nous proposons alors quelques évolutions du protocole pour contrôler ces variables.

Enfin, nous ouvrons cette recherche vers de nouvelles pistes telles que l'étude de la modification effective des représentations des soignants après les programmes ainsi que l'effet spécifique des différentes phases du programme expérimental.

ua Conclusion

Dans cette recherche, nous nous sommes intéressés à la question de la souffrance au travail dans le soin auprès des personnes âgées, et plus particulièrement, au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Après être revenus sur les phénomènes de stress, de risques psychosociaux et d'épuisement professionnel qui constituent le mal-être professionnel, nous avons exposé le défi que représente le travail en EHPAD actuellement. Possédant une charge physique et psychique intense, le soin en gérontologie confronte les professionnels à des questions existentielles, éthiques, morales qui les fragilisent et les rendent vulnérables. Cette activité vient questionner la personne dans sa globalité : dans son corps, son vécu, ses représentations, son système de valeurs, son expérience propre et dans les relations qu'il entretient avec lui-même ainsi que le monde qui l'entoure. Il nous est alors apparu nécessaire de penser un soutien innovant des soignants permettant de prendre en charge la souffrance et le mal-être professionnel en EHPAD.

L'analyse de la littérature nous a permis de mettre en évidence le peu d'études menées auprès des soignants en gérontologie dans le but de prévenir et remédier à la souffrance au travail. Les techniques tirées des approches primaires ou secondaires telles que la formation des professionnels, les groupes de parole, les interventions issues de la psychologie positive ou encore les techniques de gestion du stress et d'apaisement mental ont toutes prouvé leur efficacité mais elles possèdent également leurs limites. Les dispositifs de soutien multidimensionnels utilisant des interventions combinant différentes techniques ont montré leurs effets bénéfiques et seraient efficaces à plus long terme.

Au cours de cette recherche, nous nous sommes interrogés sur la prévalence d'un programme de soutien multidimensionnel et holistique des soignants en EHPAD contre la souffrance au travail sur un programme de soutien unidimensionnel standard tel que les groupes de parole ou la formation des soignants. Il était attendu qu'un programme de soutien multidimensionnel et holistique de soignants en EHPAD soit plus efficace dans la prise en charge de la souffrance au travail (stress perçu, burnout et bien-être au travail) qu'un programme de soutien unidimensionnel standard tel que les groupes de parole ou la formation de soignants.

Pour répondre aux phénomènes multifactoriels et complexes que représentent le stress et l'épuisement professionnel, nous avons alors constaté la nécessité d'avoir une vision holistique de l'homme au travail et de penser des dispositifs de soutien prenant en compte toutes ses dimensions. L'approche humaniste, offrant un accompagnement global de la personne et centré sur ses ressources a été privilégiée pour construire le protocole

de recherche. Nous avons créé un programme expérimental multidimensionnel proposant un soutien basé sur la réalité interne et subjective de l'individu. Ce programme s'appuie sur le vécu ainsi que l'expérience propre de la personne et il l'aide à dégager ses ressources. A travers une vision holistique, il propose un accompagnement des soignants selon trois dimensions : la dimension physique et mentale, la dimension individuelle proposant un retour sur les représentations et l'expérience propre de la personne et la dimension interpersonnelle mettant au travail le vécu ainsi que les représentations collectives.

Ce programme a été comparé à des approches que nous avons qualifiées d'unidimensionnelles telles que les groupes de parole ou la formation des soignants.

Les résultats de cette recherche exploratoire nous ont permis de vérifier en partie nos hypothèses. Les soignants du groupe expérimental ont vu leur bien-être psychologique au travail évoluer plus favorablement que les soignants des groupes contrôles et notamment pour la sous-dimension « harmonie sociale ». Le stress perçu par les soignants du groupe expérimental a significativement diminué après le programme. Cependant, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence entre les deux groupes pour cette mesure. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats de l'échelle de burnout n'ont pas montré d'évolution significative pour le groupe expérimental.

Pour les soignants du groupe contrôle de type « Formation, Information et Sensibilisation », on note une amélioration des scores des sous-dimensions « dépersonnalisation » et « accomplissement professionnel » de l'échelle de burnout. Cependant, la comparaison des progrès des deux groupes ne nous permet pas d'affirmer que les soignants du groupe contrôle ont mieux progressé que les soignant du groupe expérimental.

L'analyse qualitative des résultats et du matériel recueillis lors de la recherche montre l'efficacité du soutien multidimensionnel proposé. Les soignants ont pu s'approprier les techniques de relaxation et sont devenus autonome dans leur utilisation personnelle et professionnelle. Les techniques utilisant la médiation par l'intermédiaire de l'arbre (ETA, LP, CAC) ont permis aux professionnels de faire la lumière sur des contenus refusés, jusque-là enfouis au plus profond de la conscience : le négatif. La mise en forme de ces contenus par le dessin de l'arbre a interrogé les professionnels sur leurs rapports individuels et collectifs au vieillissement, à la maladie et à la mort. Par leur mise en lien avec le positif, cette démarche a permis une mise à disposition des ressources pour une réelle évolution des conduites en profondeur.

Malgré une satisfaction générale des participants aux programmes contrôles, ces derniers ont ressenti les limites de ces accompagnements. La formation des soignants, souvent trop standardisée, ne répond pas réellement à leurs besoins. Elle propose une

vision restreinte de la situation et impose aux professionnels de s'adapter. Enfin, conformément à ce qui était attendu, les soignants ont souligné la frustration ressentie lorsque, fort de nouvelles compétences, ils ne possédaient pas les ressources individuelles et organisationnelles pour les mettre en place.

Les limites de cette recherche sont définies, en grande partie, par les contraintes imposées par le terrain. La charge de travail intense des EHPAD, les roulements de plannings et l'impossibilité pour ces établissements de dégager du temps consacré au soutien des professionnels engendrait une disponibilité restreinte des soignants. Les effectifs de nos échantillons ont donc été réduits et peuvent expliquer, en partie, l'absence de différence significative pour certaines mesures dans l'analyse quantitative de nos résultats. L'effectif des échantillons mériterait d'être élargi pour consolider ou affiner nos résultats. Malgré les contraintes du terrain, cette recherche ouvre la voie vers des recherches ultérieures en proposant des observations en condition réelles.

L'évolution des représentations du personnel soignant n'a pas fait l'objet d'une évaluation après les programmes multidimensionnels et contrôles. Pour continuer et développer cette recherche, nous pouvons envisager un nouvel outil tel que le questionnaire de caractérisation (Vergès, 2001), permettant de mesurer l'évolution des représentations des soignants sur le processus de vieillissement ou la démence. Le programme multidimensionnel comportait trois phases et approches distinctes. Il serait intéressant de s'interroger sur l'effet spécifique de chaque phase afin de d'évaluer si l'une d'entre elle est déterminante ou si c'est réellement la combinaison des interventions qui joue un rôle dans la prise en charge de la souffrance au travail. La comparaison de ce programme multidimensionnel avec des approches individuelles telles que la « Mindfulness based stress reduction » (Kabat-Zinn, 2013) permettrait également de consolider ou non l'intérêt d'une approche globale.

La force de ce travail se situe dans son approche innovante du soignant en EHPAD. La personne, est étudiée ici dans son environnement professionnel selon une approche humaniste, phénoménologique et écologique. Les outils issus de ces méthodes tels que l'Épreuve des Trois Arbres, la Lecture Partagée ou encore le Cahier de l'Arbre Collectif, se situent dans une véritable prise en compte de la personne ainsi que de sa réalité interne et subjective. Cette vision est radicalement différente d'une vision extérieure à l'individu usant d'expertises psychologiques ou de tests « ramenant le sujet aux dimensions d'un « il », d'un anonyme, d'un individu au sens statistique et non comme une individualité vivante » (Fromage, 2011, p 25). La notion d'individu est différente de la notion de personne proposée en psychologie humaniste. Alors que le terme d'individu représente une entité distincte d'une espèce, il peut aussi permettre de

désigner un être humain seul, en opposition au groupe ou à la société. L'individu peut également être celui que l'on ne connaît pas et que l'on nomme de la sorte par mépris. En science et en psychologie, l'individu est celui que l'on évalue, auquel on soumet des tests ou qu'on regroupe en masse pour établir des statistiques. La notion de personne renvoie à un être doté d'une conscience de lui-même. Les auteurs fondateurs de la psychologie humaniste ont choisi une vision de la personne saisie dans sa globalité (Maslow, 1972). Ils avancent que « la personne n'est pas un individu isolé mais participe, directement ou non, d'une communauté » (Fromage, 2019, p.31). Selon Fromage (2019) « La psychologie humaniste ouvre au développement de l'autonomie de la personne, de sa capacité à choisir en interdépendance avec autrui et l'environnement au sein d'une perspective temporelle qui dépasse sa propre biographie » (Fromage, 2019, p.32). Le soutien multidimensionnel proposé dans le programme expérimental engage la mise au travail de toutes ces dimensions. En partant de l'expérience vécue des soignants et non des apports théoriques extérieurs à la personne, il permet un élargissement du champ de conscience vers des contenus implicites et souvent indicibles. Il donne également l'opportunité de travailler sur la formulation du négatif ainsi que de constituer un « nous » pour élaborer ensemble un avenir. Il s'agit alors d'une véritable restitution à la personne de son pouvoir de changement. Le soignant rétablit le contact avec des sensations de bien-être au sein de son corps, ses pensées et ses émotions. Il se connecte à son histoire personnelle, en direction de l'avenir, en installant un nouveau rapport à autrui (ici la personne âgée mais aussi les collègues ou l'institution). Il peut alors effectuer un repositionnement global à partir de son vécu et modifier sa situation professionnelle en générant un collectif qui englobe le soignant, la personne âgée, l'équipe et le cadre institutionnel.

Cette analyse invite à développer la réflexion de cette recherche vers les concepts d'empowerment et d'autodétermination. La notion d'empowerment ou pouvoir d'agir, dont la traduction française ne fait pas consensus, renverrait à la façon dont l'individu ou un groupe d'individus développeraient des moyens pour renforcer leur capacité d'action ou leur capacité à s'émanciper (Bacqué & Biewener, 2015). L'autodétermination renvoie à la capacité à choisir sa propre vie, à choisir librement sa conduite et ses opinions et à s'affirmer en tant qu'entité singulière. La Théorie de l'Autodétermination (TAD), (Deci & Ryan, 2000), avance que la personne se développe naturellement vers une actualisation d'elle-même dans un contexte qui peut la soutenir ou la restreindre (Lafreniere, Vallerand, & Carbonneau, 2009). Selon la TAD, il existe trois besoins universels : le besoin de compétence (exercer ses capacités), d'autonomie (agir en cohérence avec ses valeurs) et d'appartenance sociale (sentiment de connexion réciproque avec les autres). « Ainsi, l'environnement social, qui permet la satisfaction des trois besoins

psychologiques, soutient la croissance de l'individu » (ibid, 2009, p.50-51). La notion d'autodétermination est également fortement liée à la motivation investie pour initier les choix et les comportements de l'individu. La TAD postule que l'être humain s'engage dans son environnement parce qu'il est motivé à satisfaire ses besoins. Selon cette théorie, l'autodétermination peut être représentée par un continuum sur lequel les chercheurs positionnent différents types de motivations de la motivation la moins autodéterminée, l'amotivation, à la motivation la plus autodéterminée, la motivation intrinsèque (Forest & Magau, 2008). La motivation intrinsèque est celle qui nous pousse à réaliser une action selon notre propre intérêt. Dans le milieu de travail, le professionnel motivé de manière intrinsèque ressent du plaisir lors de la réalisation des tâches en lien avec son métier. Dans cette étude, nous faisons le constat d'une mise à disposition des ressources de la personne pour amorcer des changements en profondeur. Nous observons également un véritable repositionnement du soignant vers son avenir. Il peut alors être intéressant de développer de nouvelles recherches en intégrant des échelles de mesures capables d'évaluer l'évolution du sentiment d'autodétermination de la personne telles que l'échelle de motivation extrinsèque et intrinsèque au travail (Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale, WEIMS), (Tramblay, Blanchard, Taylor, Pelletier, & Villeneuve, 2009) ou l'index de fonctionnement autonome (Index of Autonomous Functioning, IFA), (Weinstein, Przybylski, & Ryan, 2012).

Enfin, cette manière de considérer la personne dans son ensemble et de proposer un soutien intégratif de l'homme au travail trouvera ses plus beaux développements si elle est associée à des changements effectifs et structurels du milieu et des conditions de travail en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

ua_ Bibliographie

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. (2002). *Stress au travail*. Facts 22 ISN 1681-2131. Repéré à <https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/factsheets/22/view>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail. (2014). *Guide électronique sur la gestion du stress et des risques psychosociaux*. Repéré à <https://equides.osha.europa.eu/stress/FR-FR/>

Agence France Presse. (2017). *Burnout : des députés pour la reconnaissance en maladie professionnelle*. Repéré à <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/burn-out-des-deputes-pour-la-reconnaissance-en-maladie-professionnelle-15-02-2017-6682887.php>

Aiken, L.-H., Clarke, S.-P., Sloane, D.-M., Sochalski, J.-A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.-M., & Shamian, J. (2001). Nurses' report on Hospital Care in Five Countries. *Health Affairs*, 43-46. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.43

Alzheimer Europe. (2016). *Dilemmes éthiques rencontrés par les professionnels impliqués dans le soin et l'accompagnement des personnes ayant des troubles cognitifs en maison de retraite et à l'hôpital. Un support pour la formation continue des professionnels*. Repéré à <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjeo-ue-YjfAhVDWxoKHWDWCPsQFjAAegQIChAC&url=https%3A%2F%2Fwww.alzheimer-europe.org%2Fcontent%2Fdownload%2F128804%2F803905%2Ffile%2FRapport%2520Alzheimer%2520Europe%25202015.pdf&usg=AOvVaw1SFR9rGdjIoXQb-3nexGQF>

Amado, G., & Lhuilier, D. (2012). L'activité au cœur de l'intervention psychosociologique. *Bulletin de psychologie*, (519), 263-276. doi : [10.3917/bupsy.519.0263](https://doi.org/10.3917/bupsy.519.0263)

- Amieva, H., Rullier, L., Bouisson, J., Diatrignes, J.-F., Dubois, O., & Salamon, R. (2012). Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 60(3), 231-238. doi:[10.1016/j.respe.2011.12.136](https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.12.136)
- Amyot, J.-J., & Villez, A. (2001). *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatologiques*. Paris :Dunod.
- Amyot, J. (2009). Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD. *Gérontologie et société*, 32(128-129), 273-283. doi:10.3917/gs.128.0273.
- Amyot, J.-J. (2010). *Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées*. Paris : Dunod.
- Amyot, J.-J. (2016). *Travailler auprès des personnes âgées*. Paris : Dunod.
- ANESM. (2011). *Qualité de vie en EHPAD (Volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement*. Février. Repéré à http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpads_v1_ansm.pdf
- Arakawa, D., & Greenberg, M. (2007). Optimistic managers and their influence on productivity and employee engagement in a technology organisation: Implications for coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 2(1), 78-89. Repéré à <https://psycnet.apa.org/record/2007-19807-009>
- Argyle, E., & Schneider, J. (2015). Research based theatre in dementia knowledge transfer: views from the front line. *Journal of Mental Health, Training Education and Practice*, 11(2), 102-111. doi : [10.1108/JMHTEP-09-2015-0047](https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2015-0047)
- Association Américaine de psychiatrie. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Association Bruxelloise pour le Bien-Etre au Travail. (2013). *Le stress au travail*. Repéré à <http://www.abbet.be/Fiche-6-3-Le-stress-au-travail>

- Association Française et francophone de Psychologie Positive (AffPP). (2018). Psychologie positive au travail. Repéré à <https://assopsychologiepo.wixsite.com/affpp/psychologie-positive-au-travail>
- Astrom, S., Norberg, A., Nilsson, M., & Winblad, B. (1987). Tedium among personnel working with geriatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 1(3-4), 125-132. doi: 10.1111/j.1471-6712.1987.tb00613.x
- Bacqué, M.-H., & Biewener, C. (2015). *L'Empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris : La Découverte.
- Badey-Rodriguez, C. (2003). Psychologue en maison de retraite, une fonction au cœur des enjeux relationnels. *Gérontologie et Société*, 1(104), 69-79. doi : 10.3917/g.s.104.0069
- Bailey, R., & Clarke, M. (1989). *Stress & Coping in Nursing* (1989 edition.). London: Springer.
- Baker, C., Huxley, P., Dennis, M., Islam, S., & Russell, I. (2015). Alleviating staff stress in care homes for people with dementia: protocol for stepped-wedge cluster randomised trial to evaluate a web-based Mindfulness- Stress Reduction course. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-9. doi: 10.1186/s12888-015-0703-7.
- Bakker, A.-B., Demerouti, E., De Boer, E., & Schaufeli, W.-B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 341-356. Repéré à <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/201.pdf>
- Baldelli, M.-V., Fabbo, A., Costopoulos, C., Carbone, G., Gatti, R., & Zucchi, P. (2004). Is it possible to reduce job burnout of the health care staff working with demented patients? *Archive of Gerontology and Geriatrics*, Suppl 9, 51-56. doi : [10.1016/j.archger.2004.04.009](https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.04.009)
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International University Press.
- Bellamy V., Beaumel C., 2016, « Bilan démographique 2015. Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre », *Insee première*, n° 1581. Repéré à

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908103>

- Bellego, M. (2012). Risques psychosociaux et organisation du travail. Dans M. Bellego, P. Légeron & H. Ribéreau-Gayon (dir.), *Les risques psychosociaux au travail* (p. 33-84). Bruxelles : De Boeck Supérieur, « Méthodes & Recherches ». doi : 10.3917/dbu.belle.2012.01.
- Bellinghausen, L., Collange, J., Botella, M., Emery, J. & Albert, É. (2009). Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique*, 21(4), 365-373. doi:10.3917/spub.094.0365.
- Ben Tahar, Y. (2014). *Analyse du burnout en entrepreneuriat : étude empirique sur les dirigeants de PME* (Thèse de doctorat d'Économies et Finances, Université de Montpellier I, Montpellier). Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01202577>.
- Berg-Weger, M., Rubio, D., & Tebb, S. (2001). Strengths-based practice with family caregivers of the chronically ill: qualitative insight, family in society. *Journal of Contemporary Human Services*, 82(3), 263-272. doi : [10.1606/1044-3894.191](https://doi.org/10.1606/1044-3894.191)
- Blanpain N., & Chardon O. (2010). Projection de la population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee Premières*, n°1320, octobre 2010. Repéré à <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
- Blondeau, S. (2004). Du groupe et de la parole à l'hôpital. *Connexions*, 82(2), 19-48. doi:10.3917/cnx.082.0019.
- Bohart, A. C., & Greening, T. (2001). Humanistic psychology and positive psychology, *American psychologist*, 56 (1), 81-82. doi.org/10.1037/0003-066X.56.1.81
- Boniwell, I., & Chabanne, J. (2017). La psychologie positive appliquée au travail. *Le Journal des psychologues*, (4), 33-36. doi.org/10.3917/jdp.346.0033
- Bragoli-Barzan, L., & Vallerand, R.-J. (2017). Bonheur et engagement : le rôle de la passion dans le fonctionnement optimal en société. *Revue québécoise de psychologie*, 38(2), 21-41. doi.org/10.7202/1040769ar

- Brulin, L., Le Pape, E., Montéan, R., Bélier, M., & Tourinel, G. (2014). Gestion des risques psychosociaux et du stress professionnel du personnel hospitalier d'un HIA: repérage et prévention. *Médecine et armées*, 42(1), 31-38. Repéré à <https://fr.calameo.com/books/00035478516a92aafd0d3>
- Burke, R.-J., & Greenglass, E.-R. (1995). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*, 48, 187-202. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001872679504800205>
- Cabanas, E., & Illouz, E. (2018). *Happycratie, comment l'industrie du Bonheur a pris le contrôle de nos vies*. Paris : Premier Parallèle.
- Caire, J.-M., Sarrazy, B., Tetreault, S., & Auriacombe, S. (2013). L'adhésion des aidants familiaux des personnes Alzheimer aux aides proposées dans le cadre du maintien à domicile. *Revue Francophone de Geriatrie et Gerontologie*, 20(197), 296-302. Repéré à <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/481386/>
- Calvet, B., Charles, J.-M., & Clément, J.-P. (2017). Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 17(98), 125-135. doi : 10.1016/j.npg.2016.10.005
- Canguilhem, G. (2002). *Écrits sur la médecine*. Paris : Seuil.
- Canouï, P. (2003). La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. *Revue internationale de soins palliatifs*, 18(2), 101-104. doi : [10.3917/inka.032.0101](https://doi.org/10.3917/inka.032.0101)
- Canouï, P. (2016). Et si l'on arrêta de s'épuiser au travail... Du burn-out des soignants au global burn-out. Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitative* (p.18-33). Paris : Dunod.
- Canouï, P., & Mauranges, A. (2015). *Le burn-out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Carpentey, M. (2015). *Les formations du personnel soignant dans la prise en charge des troubles du comportement des personnes âgées* (Mémoire de DIU). Université de Tours.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). *Assuring Healthy Caregivers : A Public Health Approach to Translating Research into Practice: The RE-AIM Framework*. Kimberly-Clark Corporation. Repéré à https://www.cdc.gov/aging/pdf/caregiving_monograph.pdf
- Charazac, P.-M. (2013). Apprendre aux aidants (ce) qu'ils savent faire. Réflexions sur la formation des aidants. *Gérontologie et société*, 36(147). 135-146. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-4-page-135.htm>
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout*. Beverly Hills : Sage Publication.
- Choque, S. & Choque, J. (2007). *Soignants : Stress apprendre à le gérer* (2e éd). Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Clanet, M. (2017). Quel parcours pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? Rapport remis à Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Repéré à <http://www.marisoltouraine.fr/wp-content/uploads/2017/04/11-04-2017-Rapport-Pr-Michel-CLANET-Alzheimer.pdf>
- Clot, Y. (2002). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2007, novembre). *L'approche de la psychologie du travail*. Communication présenté au séminaire Prévention du stress et des risques psychosociaux au travail ANACT. Repéré à <http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/datas/files/SSTFP/2007%20Pr%C3%A9vention%20stress%20et%20RPS%20ANACT.pdf>
- Clot, Y. (2009). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2012, février). *Clinique de l'activité/psychologie*. Communication présentée au Séminaire RPS du LEST, Aix-en-Provence. Repéré à <https://rps.hypotheses.org/seminaires-2/clinique-de-lactivite/fevrier-2012>
- CNSA. (2017). *Réforme du mode de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Repéré à <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/reformes-tarifaires/reforme-du-mode-de->

[financement-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes](#)

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Repéré à <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf>

Cohen S, Williamson G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. Dans S. Spacapan & S. Oskamp (dir.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology* (p.31-67). Newbury Park, CA: Sage. Repéré à [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1186085](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1186085)

Cohen-Mansfield, J. (2000). Use of patient characteristics to determine nonpharmacologic interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(1), 373-380. doi : [10.1017/S1041610200007304](https://doi.org/10.1017/S1041610200007304)

Collange, J., Tavani, J.-L., & Soula, M.-C. (2013). Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 74(1), 35-43. doi : 10.1016/j.admp.2012.12.001

Colpé, D. (2007). La relation soignant-soigné devant le travail de l'âge : vieillir. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(28), 257-270. doi : 10.3917/cpc.028.0257

Cooper, C.-L. (1986). Job distress : Recent research and the emerging role of the clinical occupational psychologist. *Bulletin of the British Psychological Society*, 39, 325-331. Repéré à <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-36254-001>

Cooper, C., Balamurali, T. B. S., Selwood, A., & Livingston, G. (2007). A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 181-188. doi : 10.1002/gps.1656

Cooper, C.-L., & Marshall, J. (1976). Occupational source of stress : a review of literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*, (49), 11-28. doi: 10.1111/j.2044-8325.1976.tb00325.x.

Cordes, C.-L., & Dougherty, T.-W. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*, 18(4), 621-656. doi :10.5465/AMR.1993.9402210153

Costa-Clermont, M.-A. (2015). *L'aide soignant face à la fin de vie*. Toulouse : Eres.

Courty, B. (2003). *L'épuisement professionnel des soignants en gériatrie*. Bordeaux : Édition Universitaires Européennes.

Courty, B., Bouisson, J., & Compagnone, P. (2004). Risque d'épuisement professionnel chez les soignants en gériatrie: une approche centrée sur la personne. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 2(3), 215-224. Repéré à https://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-docs/risque_depuisement_professionnel_chez_les_soignants_en_geriatrie_une_aproche_centree_sur_la_personne_265768/article.phtml

Cox, T. (1993). *Stress research and stress management: Putting theory to work* (HSE Contract research report n°61). Repéré à http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/1993/crr93061.pdf

Cummings, J.-L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson S., Carusi, D.-A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology.in dementia. *Neurology*, 44, 2308-14. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7991117>

Darras, E., Dubois, Y., & Léonard, S. (2003). *La Profession d'infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers*. Repéré à <http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/rapport%20version%20finale.pdf>

Deci, E.-L., & Ryan, R.-M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits : human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Décret de la Communauté française du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels (2011) décret n°2011-354 (JORF n°0076). Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023792126&categorieLien=id>

Décret n° 77-1289. du 22 novembre 1977. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006062595&dateTexte=20050212>

Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris : Bayard.

Dejours, C. (1998). *Souffrance en France- La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Le Seuil.

Dejours, C. (2007). Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique). *L'information psychiatrique*, 4(83), 269-275. doi : 10.3917/inpsy.8304.0269

Delbrouck, M. (2008). *Le burn-out du soignant: le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris : De Boeck Supérieur.

Demerouti, E., Bakker, A., Naichreiner, F., & Schaufeli, W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 454-464. doi : 10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x

Demerouti, E., Bakker, A.-B., Jonge, J., Janssen, P.-P.-M., & Schaufeli, W.-B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(4), 279-286. doi : 10.5271/sjweh.615

Deneux, A. (2008). Une pratique des groupes de parole de soignants à l'hôpital général. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 50(1), 123-132. doi:10.3917/rppg.050.0123

Depraz, N. (2001). *La Conscience, approches croisées, des classiques aux sciences cognitives*. Paris : Armand Colin.

Dériot, G. (2010). *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales par la Mission d'information sur le mal-être au travail*. Repéré à <https://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-11.pdf>

De Rotrou, J., Thevenet, S., Richard, A., Cantegreil, I., Wenisch, E., Chausson, C., Moulin, F., Batouche, F., & Rigaud, A. S. (2006). Impact of a psychoeducational program on stress of caregivers of Alzheimer disease patients. *Encéphale*, 32(5), 650-655. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17099590>

Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 210-227. doi : [10.1037/0008-400X.26.2.210](https://doi.org/10.1037/0008-400X.26.2.210)

Direction Générale de la Cohésion Sociale. (2011). *Circulaire DGCS/SD3/3A n° 2011-111 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure 2), Annexe I*. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-06/ste_20110006_0100_0166.pdf

Direction Générale de la Santé. (2005). *Circulaire relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 (DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C n° 2005-172 du 30 mars 2005)*. Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040037.htm>

DREES. (2013). *Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*. Repéré à http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpa2011_premiers_resultats_juillet2013.pdf

DREES. (2018a). *L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015*. Repréré à <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-ehpad-dernier-lieu-de-vie-pour-un-quart-des-personnes-decede-es-en-france-en>

DREES. (2018b). *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD*. Repéré à <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-personnel-et-les-difficultes-de-recrutement-dans-les-ehpad>

Duée, M., & Rebillard, C. (2006). La dépendance des personnes âgées, une projection en 2040. *Données Sociales. La Société Française*. Repéré à <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045>

Dumont, C., Asthana, V., Meziani, A., Rouvière, H., & Miceli, A. (2015) La psycho-

éducation dans la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.*, 16(92), 101-106. doi : 10.1016/j.npg.2015.06.003

Duquette, A., Kerouac, S., & Beaudet, L. (1990). *Facteurs reliés à l'épuisement professionnel infirmier : un examen critique d'études empiriques*. Montréal : Duquette.

Durand de Bousigen, R. (1992). *Que sais-je ? La Relaxation*. Paris : PUF.

Du Ranquet, M. (1991). *Les approches en service social*. St-Hyacinthe : Edisem.

Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de morale*, VI, 273-302. Repéré à <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k11052n/f281.image.langFR>

Edvardsson, D., Sandman, P.-O., & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1171-1179. doi: 10.1017/S1041610214000258.

EHPA Conseil Presse Formation. (2016). *CPOM-EPRD : 8 lettres qui vont changer la face des EHPAD*. Repéré à <http://www.ehpa.fr/actualite/cpom-eprd-8-lettres-qui-vont-changer-la-face-des-ehpad/>

Elfstrand Corlin, T., Kajonius, P.J., & Kazemi, A. (2017). The impact of personality on person-centred care: a study of care staff in Swedish nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 12(2). doi: 10.1111/opn.12132.

Elo, A.-L., Ervasti, J., Kuosma, E., & Mattila, P. (2008). Evaluation of an organizational stress management program in a municipal public works organization. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 10-23. doi: 10.1037/1076-8998.13.1.10.

Endler, N.-S., & Parker, J.-D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854. doi : 10.1037/0022-3514.58.5.844

- Ericson-Lidman, E., & Åhlin, J. (2017). Assessments of Stress of Conscience, Perceptions of Conscience, Burnout, and Social Support Before and After Implementation of a Participatory Action-Research-Based Intervention. *Clinical Nursing Research*, 26(2), 205-223. doi: 10.1177/1054773815618607.
- Estryn-Behar, M. (1997). *Stress et souffrance. Des souffrances à l'hôpital, reconnaissance, analyse et prévention*. Paris : Estem.
- Estryn-Behar, M., & Fouillot, J.-P. (1990). *Étude de la charge physique du personnel soignant. Étude de la charge mentale et approche de la charge physique du personnel soignant : analyse du travail des infirmières et aides soignants dans 10 services de soin*. Document pour le médecin du travail. Paris : INRS. Repéré à <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/33075/>
- Estryn-Behar, M., Caillard, J.-F., Le Nézet, O., Chartron-Promeyrat, C., Heurteux, P., & Ben-Brik, E. (2004). Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Etude PRESST-NEXT, Partie 1. Repéré à <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf>
- Estryn-Béhar, M., Salbreux, R., Paoli, M.C., & Le Nezet, O. (2007). La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements des personnes âgées ou handicapées. *La Revue de Gériatrie*, 32(2), 95-110. Repéré à <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/356462/>
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B.I.J.M., Oginska, H., Camerino, D., Le Nezet, O., Conway, P.M., Fry, C., & Hasselhorn, H.M. (2007). The impact of social work environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and personal Factors Upon Intent to Leave Among European Nurses. *Medical Care*, 45, 939-950. doi : [10.1097/MLR.0b013e31806728d8](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31806728d8)
- Eustache, F. (2018). *La mémoire au futur*. Paris : Le Pommier.
- Farber, B. (2000). Introduction: understanding and treating burnout in a changing culture. *Journal of Clinical*, 56(5), 589-594. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10852146>
- Feil, N. (2005). *Validation : la méthode de Naomie Feil*. Paris : Broché.

- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46. 839-852. Repéré à <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1984-23118-001>
- Fontaine, D. (2006) La santé des aidants familiaux. Fondation Médéric Alzheimer. La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer n°1.
- Forest, J. & Magau, G. (2008). La motivation au travail selon la théorie de l'autodétermination. *Psychologie Québec*, 25(5), 33-36. Repéré à https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008_ForestMageau_TAD.pdf
- Franzmann, J., Haberstroh, J., & Pantel, J. (2016). Train the trainer in dementia care. A program to foster communication skills in nursing home staff caring for dementia patients. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 49(3), 209-215. doi: 10.1007/s00391-016-1041-1
- Freudenberger, H.-J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165. doi : 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Freudenberger, H.-J., & Richelson, G. (1980). *Burnout: The High Cost of High Achievement*. Garden City : Anchor Press.
- Freudenberger, H.-J. (1986). *Women's Burnout*. New York : Penguin books.
- Friedman, H. (2008), Humanistic and positive psychology : The methodological and epistemological divide, *The humanistic psychologist*, 36 (2), 113-126. doi.org/10.1080/08873260802111036
- Fromage, B. (2011). *L'Épreuve des Trois Arbres. Bilan de Situation, accompagnement et développement de la personne*. Lisieux : In Press.
- Fromage, B. (2012). *Le bilan psychologique à l'aide de l'Epreuve des Trois Arbres, manuel d'utilisation*. Paris : Eurotest Editions.
- Fromage, B. (2015). L'arbre en psychologie : une trace, deux interprétations. Dans I. Trivisani-Moreau, A.-N. Taïbi & C. Oghina-Pavie (dir.), *Traces du végétal* (p. 229-242). Angers : Presse Universitaire de Rennes.

- Fromage, B. (2018). La mort en soin palliatif... et après. Imaginaire de la mort chez le soignants en soin palliatif. *Annales Médico-Psychologiques*, 176(2), 163-169.
- Fromage, B. (2019). *Psychologie Humaniste, développement et avenir de la personne*. Lyon : Chronique sociale.
- Fromage, B., & Barbe, V. (2011). La relaxation contre l'épuisement des soignants en maison de retraite ? Etude exploratoire. *Revue francophone du stress et du trauma*, 11(3), 153-160. Repéré à https://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=notice_display&id=334788
- Fromage, B., & Ferrand, C. (2013). Auxine, 84 ans, un autre regard sur la démence, une autre pratique. Dans L. Fernandez & A. Sagne (dir), *Psychologie clinique du vieillissement : 15 études de cas* (p.211-246). Paris : In Press.
- Fuchs, C., Jeoffrion, C., Barré, S., & Savary, F. (2018). La qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux : Co-construction d'une méthodologie d'enquête proposée par la MiRH via un processus participatif. *Revue Pistes*, 20(2). doi : 10.4000/pistes.5756
- Fuchs-Lacelle, S., Hadjistavropoulos, T., & Lix, L. (2008). Pain assessment as intervention: a study of older adults with severe dementia. *The Clinical Journal Of Pain*, 24, 697-707. doi : 10.1097/AJP.0b013e318172625a.
- Gable, S.-L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology ?. *Review of General Psychology*, 9 (2), 103-110. doi : 10.1037/1089-2680.9.2.103.
- Gavrilova, S. I., Ferri, C. P., Mikhaylova, N., Sokolova, O., Banerjee, S., & Prince, M. (2009). Helping carers to care-The 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(4), 347-54. doi: 10.1002/gps.2126.
- Gervais, C. (1991). *Comprendre et prévenir le burnout*. Ottawa : Éditions Agence d'Arc.
- Gilbert, M. H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 61(4), 195-203. [doi:10.1016/j.erap.2011.09.001](https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.09.001)

- Gilloots, E. (2006). Souffrance et douleur. *Gestalt*, 1(30), 23-32. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2006-1-page-23.htm>
- Goldenberg, E. (1989). Aider les soignants en souffrance. *JALMALV*, 14, 3-13. Repéré à https://vigipallia.parlons-fin-de-vie.fr/recherche_documentaire/modules/webportal/results.php?op=seealso&idbase=1&idclassement=8060&search_mode=solr&fields=Auteur&value=GOLDENBERG%2C%20Emmanuel
- Gollac, M., & Bodier M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, INSEE. Repéré à http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- Gonyea, J. G., O'Connor, M. K., & Boyle, P. A. (2006). Project CARE: a randomized controlled trial of a behavioral intervention group for Alzheimer's disease caregivers. *Gerontologist*, 46, 827-832. doi: 10.1093/geront/46.6.827
- Gonzalez, E.-W., Polansky, M., Lippa, C. F., Gitlin, L.-N., & Zauszniewski, J.-A. (2014). Enhancing resourcefulness to improve outcomes in family caregivers and persons with Alzheimer's disease: A pilot randomized trial. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 1-10. doi : 10.1155/2014/323478
- Gorgievsky, M.-J., & Hobfoll, S.-E. (2008). Work can burn us out and fire us up: conservation of resources in burnout and engagement. Dans J.-B.-R Halbesleben (dir.), *Handbook of Stress and Burnout in Healthcare* (p.7-22). New-York : Nova Science Publishers.
- Granger, F. (2013). *Les grandes lignes du programme MBSR*. Repéré à <http://www.meditation-mbsr.fr/protocole-mbsr/grandes-lignes-du-programme-mbsr/#>
- Guerra Gomes-Pereira, M.-H. (2013). *Reconnaissance et usages de soi au travail : Les soignantes face à des activités liées à la mort dans des contextes hospitaliers* (Thèse de doctorat de Psychologie du Travail, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01080052/document>
- Guibert, E. (2017). L'acting-out de parole, vers un dire possible sur la maltraitance en

gériatrie. *Cliniques Méditerranéennes*, 1(95), 229-243. doi :10.3917/cm.095.0229

Haberey-Knuessi, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 1(104), 23-29. doi : 10.3917/rsi.104.0023

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B., & Pantel, J. (2009). Evaluation eines Kommunikationstrainings für Altenpfleger in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen (Tandem im Pflegeheim). (Development and evaluation of a training program for nursing home professionals to improve communication in dementia care). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42(2), 108–116. Repéré à <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-008-0527-x>

Halbesleben, J.-R.-B. (2008). *Handbook of Stress & Burnout in Health Care*. New York : Nova Sciences Publishers.

Hallberg, I., Cabrera, E., Jolley, D., Raamat, K., Renom-Guiteras, A., Verbeek, H., Soto, M., Stolt, M., & Karlsson, S. (2016). Professional care providers in dementia care in eight European countries; their training and involvement in early dementia stage and in home care. *Dementia* (London). 15(5), 931-957. doi: 10.1177/1471301214548520

Hare, J., & Pratt, C.-C. (1988). Burn out : differences between professional and paraprofessional nursing staff in acute care & long-term care health facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 7, 60-72. doi : 10.1177/073346488800700106

Harter, J.-K., Schmidt, F.-L., & Keyes, C.-L. (2003). Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes. A Review of the Gallup studies. Dans C.-L. Keyes & J. Haidt (dir.), *Flourishing: The Positive Person and the Good Life* (p.205-224). Washington : APA.

Harzer, C., & Ruch, W. (2012). When the job is a calling : The role of applying one's signature strengths at work. *The Journal of Positive Psychology*, 7(5), 362-371. doi.org/10.1080/17439760.2012.702784

Haute Autorité de Santé. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des comportements perturbateurs*. Recommandations des bonnes pratiques. Argumentaire. Repéré à <https://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf

Held, B.-S. (2004). The Negative Side of Positive Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(1), 9-46. doi.org/10.1177/0022167803259645

Hinkle, L.-E. (1974). The concept of « stress » in the biological and social sciences. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 335-357. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/91DK-NKAD-1XP0-Y4RG?journalCode=ijpb>

Hobfoll, S.-E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513-524. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2648906>

Hobfoll, S.-E. (1998). *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*. New-York : Plenum Press.

Hobfoll, S.-E. (2001). The influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50(3), 337-421. doi : 10.1111/1464-0597.00062

Hughes, E.-C. (1997). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Broché.

INRS. (2004). *Santé, satisfaction au travail et abandon de soignant*, Etude PRESST-NEXT, Nurses Early Exit Study, groupe d'étude. Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf>

INRS. (2006). *Stress et risques psycho-sociaux : concepts et prévention*. Document pour le médecin du travail, n°106. Repéré à https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEWjc3N7C3KffAhUBUBoKHUf_ACQQFjACegQIBxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.inrs.fr%2Fdms%2Finrs%2FCataloguePapier%2FDMT%2FTI-TC-108%2Ftc108.pdf&usq=AOvVaw3nTYVcdaUvLa3yi9c-h-bU

INRS. (2007). *Stress au travail, les étapes d'une démarche de prévention*. ED 6011. Repéré à www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-6011/ed6011.pdf

- INRS. (2015). *Stress au travail. Ce qu'il faut retenir*. Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/stress/ce-qu-il-faut-retenir.html>.
- INRS. (2016). *Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir*. Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- INRS. (2017a). *Épuisement professionnel ou Burnout. Quand l'investissement professionnel devient trop lourd à porter*. Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- INRS. (2017b). *Risques psychosociaux. Prévention*. Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/prevention.html>
- INRS. (2017c). *Stress au travail. Prévention*. Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/stress/prevention.html>
- INRS. (2017d). *Questionnaire risques psycho-sociaux, quand et lequel choisir ?* Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/questionnaires.html#56c9b0f5-a728-4b92-bd0e-4f3820d8faff>
- INSERM. (2011). *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants. Expertise collective*. Paris : Inserm.
- Islam, M.-S., Baker, C., Huxley, P., Russell, I.-T., & Dennis, M.-S. (2017). The nature, characteristics and associations of care home staff stress and wellbeing: a national survey. *BMC Nursing*, 16(22). doi: 10.1186/s12912-017-0216-4.
- Jacobson, S.-F., & McGrath, H.-M. (1983). *Nurses Under Stress* (1e éd.). New York : John Wiley & Sons Inc.
- Jackman, L. (2015). Using the Newcastle Model to understand people whose behaviour challenges in dementia care. *Nursing Older People*, 27(2), 37-39. **doi:** 10.7748/nop.27.2.32.e666
- James, I. (2016). Living in care: an exercise to promote empathy. *Journal of Dementia Care*, 24(5), 26-28. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/309104590_Living_in_care_An_exercise_to_promote_empathy

- James, I., & Stephenson, M. (2007). Behaviour that challenges us: the Newcastle support model. *Journal of Dementia care*, 15(5), 19-22. Repéré à <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/behaviour-that-challenges-us-the-newcastle-support-model/r/a1CG000000GNWXMA4>
- Jaouen, J. (2016). Développer les réseaux pour mieux accompagner. Entretien. *Doc'domicile*, 43, 4-6. Repéré à <http://docdomicile.fr/indexFR.php?page=20>
- Jeon, Y.-H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M., & Haas, M. (2012). Staff outcomes from the caring for aged dementia care resident study (CADRES): a cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 508–518. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.020.
- Jodelet, D. (1984). *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie*. Dans S. Moscovici (dir.), *Psychologie sociale* (p. 357-378). Paris : PUF.
- Kabat-Zinn, J. (2011). *Quelques réflexions sur les origines de la MBSR les moyens habiles et le problème posé par les cartes*. Repéré à http://association-mindfulness.org/docs/KABAT_ZINN_Version_francaise.pdf
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Paris : de boeck supérieur.
- Kahn, R.-L., Wolfe, D.-M., Quinn, R.-P., Diedrick, J., & Rosenthal, R.-A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity* (Vol. xii). Oxford, England: John Wiley.
- Karantzas, G.-C., McCabe, M.-P., Mellor, D., Von Treuer, K., Davison, T.-E., O'Connor, D., Haselden, R., & Konis, A. (2016). Organizational climate and self-efficacy as predictors of staff strain in caring for dementia residents: A mediation model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 89-94. doi : [10.1016/j.archger.2016.05.006](https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.05.006)
- Karasek, R.-A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. doi : 10.2307/2392498.

Karasek, R.-A., & Theorell, T. (1990) *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books.

Kempe, P., Sauter, M., & Lindner, I. (1992). Special characteristics of nurses for the aged who made use of a training program aimed to reduce burnout symptoms and first results on treatment outcome. Dans M. Estryn-Béhar, C. Gadbois, & M. Pottier, (dir.) *Ergonomie hospitalière* (p.331-337). Toulouse : Octares.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered*. Buckingham : Open University Press.

Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Vaananen, A., & Vahtera, J. (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease--a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32(6), 431-442. doi : 10.5271/sjweh.1049

Koch, P., Kersten, J.-F., Stranzinger, J., & Nienhaus, A. (2017). The effect of effort-reward imbalance on the health of childcare workers in Hamburg : a longitudinal study. *Journal of occupational Medicine and Toxicology*, 26, 12-16. doi: 10.1186/s12995-017-0163-8

Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M.-C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S.-G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295-308. doi: 10.1017/S1041610208008387

Lachmann, H., Larose, C., Penicaud, M., & Molleux, M. (2010). Bien-être et efficacité au travail. Dix propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. Rapport fait à la demande du Premier Ministre. Repéré à http://www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/documents/fiches_rps/rapport_lachmann.pdf

Lafreniere, M., Vallerand, R., & Carbonneau, N. (2009). La théorie de l'autodétermination et le modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque : perspectives intégratives. Dans Carré (dir.), *Traité de psychologie de la motivation: Théories et pratiques* (p.47-66). Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.carre.2009.01.0047.

Langevin, V., Boini, S., François, M., & Riou, A. (2015). Perceived Stress Scale (PPS) Échelle de Stress Perçu, *Références en Santé au Travail*, 143, 101-104. Repéré à <http://www.rst-sante-travail.fr/rst/dms/dmt/ArticleDMT/RisquesPsychosociaux/TI-RST-FRPS-4/frps4.pdf>

Laroque G. (1986). Circulaire D6S/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et l'accompagnement des malades en phase terminale. Parue au B.O. fascicule n°86/32bis Laroque G. Ministère des affaires sociales et de l'emploi (1986), Soigner et accompagner jusqu'au bout, l'aide aux mourants, Paris, Direction des Journaux Officiels

Lavigne, G., Forest, J., & Crevier-Braud, L. (2012). Passion at work and burnout : a two-study test of the mediating role of flow experiences. *European Journal of work and organizational psychology*, 21(4), 518-546. doi.org/10.1080/1359432X.2011.578390

Lazarus, R.-S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer.

Lazarus, R. S. (2003). Does the Positive Psychology Movement Have Legs? *Psychological Inquiry*, 14(2), 93-109. doi.org/10.1207/S15327965PLI1402_02

Lefebvre, B., & Poirot, M. (2015). *Stress et risques psychosociaux au travail*. (2e éd.) Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Lepoutre, T. (2014). Un sadisme nécessaire chez le soignant ? Dans D. Davous, C. Le Grand-Sébillle & E. Seigneur (dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*. (p.196-212). Paris : Eres.

Lhuillier, D. (2002). *Négatif psychosocial et subjectivation : contribution à la clinique du travail*. (Mémoire pour l'Habilitation à Diriger les Recherches, Ecole doctorale Connaissance et Culture, Université Paris X, Nanterre).

Lhuillier, D. (2009). Travail du négatif, travail sur le négatif, *Éducation permanente*, (199), 39-87. Repéré à http://www.education-permanente.fr/public/articles/articles.php?id_revue=1697&id_article=1899#resume1899

Lhuillier, D. (2010a). Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et

- méconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (10), 11-28. doi : [10.3917/nrp.010.0011](https://doi.org/10.3917/nrp.010.0011).
- Lhuilier, D. (2010b). Développement de la clinique du travail. Dans Clot, Y. & Lhuilier, D. (dir.), *Agir en clinique du travail* (p.205-225). Toulouse : érès.
- Lhuilier, D. (2013). Introduction à la psychosociologie du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (15), 11-30. Repéré à www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2013-1-page-11.htm.
- Lhuilier, D., & Amado, G. (2012). Souffrance au travail et clinique de l'intervention. Présentation. *Bulletin de psychologie*, (519), 211-215. doi : [10.3917/buppsy.519.0211](https://doi.org/10.3917/buppsy.519.0211).
- Lhuilier, D., Giust-Desprairies, F., & Litim, M. (2010). Introduction. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (10), 7-10. doi : [10.3917/nrp.010.0007](https://doi.org/10.3917/nrp.010.0007)
- Lhuilier, D., & Litim, M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*, (2), 85-96. doi : [10.3917/mouv.058.0085](https://doi.org/10.3917/mouv.058.0085)
- Lhuilier, D., & Litim, M. (2010). « Crise du collectif » et déficit d'histoire : apports de travaux sur le groupe et le collectif de travail. *Connexions*, (94), 149-173. doi : [10.3917/cnx.094.0149](https://doi.org/10.3917/cnx.094.0149).
- Lhuilier, D., Sarfati, F., & Waser, A.-M. (2013). La fabrication des « vulnérables » au travail. *Sociologies pratiques*, (26), 11-18. Repéré à www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2013-1-page-11.htm. doi : [10.3917/sopr.026.0011](https://doi.org/10.3917/sopr.026.0011).
- Libault, D. (2019). *Concertation grand âge et autonomie : Grand âge, le temps d'agir*. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
- Lomas, T., & Ivtzan, I. (2016). Second Wave Positive Psychology: Exploring the Positive–Negative Dialectics of Wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1753-1768. doi : [10.1007/s10902-015-9668-y](https://doi.org/10.1007/s10902-015-9668-y)
- Machavoine, J.-L. (2015). L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie. *Psycho-Oncologie*, 9(1), 9–13. doi : [10.1007/s11839-015-0497-3](https://doi.org/10.1007/s11839-015-0497-3)

- Mackenzie, C.-S., & Peragine, G. (2003). Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 18 , 291–299. doi: [10.1177/153331750301800507](https://doi.org/10.1177/153331750301800507).
- Mackenzie, C.-S., Poulin, P.-A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19, 105–109. doi : [10.1016/j.apnr.2005.08.002](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.08.002)
- Manoukian, A. (2008). Réflexion à partir du dossier de l'ANESM. *Doc'animation en gérontologie*, 23, pp 74-77. Repéré à <http://www.doc-editions.fr/index.php?page=051>
- Manoukian, A. (2016). *La souffrance au travail, les soignants face au burn-out*. Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Marcel, J. (2006). *Influence de la modification du mode de réponse et de l'ordre de passation des échelles du CSAI-2 modifié* (Mémoire de Master 2 « Stress, contraintes, compétences », Université de Reims Champagne-Ardenne, Reims). Repéré à <https://www.sci-sport.com/memoires/download/003.pdf>
- Marilaf-Caro, M., San-Martin, M., Delgado-Bolton, R. & Vivanco, L. (2017). Empathy, loneliness, burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enfermeria Clinica*, 27(3), 1-8. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.04.007
- Maroua, S. (2016). *Impact des discriminations sur le stress au travail : une mesure du rôle de la valorisation organisationnelle*. (Thèse de doctorat Gestion et management, Université de Grenoble Alpes, Grenoble). Repérée à <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01359551>
- Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T., & Toldre, C. (2016). *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*. *Les Dossier de la DREES*, n°5. Repéré à <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

- Martin, C. (2014). *Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France : Analyses micro-économétriques* (Thèse de doctorat d'Économies et Finances, Université de Paris-Dauphine, Paris IX). Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01021277/document>
- Martin-Krumm, C., & Tarquinio, C. (2011). *Traité de Psychologie Positive*. Bruxelles : De Boeck.
- Maslach, C., & Jackson, S.-E. (1981). *The Maslach Burn-Out Inventory. Research Edition*. Palo-Alto. CA : Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S.-E., & Leiter, M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists.
- Maslach, C., & Leiter, M.-P. (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco : Jossey-Bass Publishers.
- Maslow, A. (1972). *Vers une psychologie de l'être*. Paris : Fayard.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'ÉMMBEP. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89, 352-357. Repéré à <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/173844/>
- McCabe, M.-P., Bird, M., Davison, T.-E., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., & Seedy, M. (2015). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging Mental Health*, 19(9), 799-807. doi: 10.1080/13607863.2014.967659.
- McCabe, M.P., Mellor, D., Karantzas, G., Von Treuer, K., Davison, TE., & O'Connor, D. (2017). Organizational factors related to the confidence of workers in working with residents with dementia or depression in aged care facilities. *Aging Mental Health*, 21(5), 487-493. doi : 10.1080/13607863.2015.1118011
- Mechanic, D. (1976). Stress, Illness, and Illness Behavior. *Journal of Human Stress*, 2(4), 29-40. doi.org/10.1080/0097840X.1976.9936072

Mehran, F. (2010). *Psychologie positive et personnalité*. Paris : Masson.

Ministère de la Réforme de l'État, de la Décentralisation et de la Fonction publique (2013). *Protocole d'accord sur la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique*. Repéré à http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parcours_professionnel/sante_securite_travail_fp/protocole_accord_RPS_FP.pdf

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2008). *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012*. Repéré à https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2014). *Plan Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019*. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2015). *Classification Internationales des Maladies et des problèmes de santé connexes*. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Repéré à https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2017). *Les EHPAD*. Repéré à <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. (2013). *Accord National Interprofessionnel (ANI) : Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle* (NOR ASET1351058M). Repéré à <https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail>

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social & Direction générale du travail. (2015). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out: mieux comprendre, pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention*. Repéré à www.travailler-emploi.gouv.fr

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social.

- (2016). *Risques psychosociaux (RPS) : édition 2015-2016*. Repéré à <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/risques-psycho-sociaux-rps-edition-2015-2016>
- Mittelman, M. S., Haley, W. E., Clay, O. J., & Roth, D. L. (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67, 1592-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000242727.81172.91>
- Moisan, M.-P., & Le Moal, M. (2012). Le stress dans tous ses états, Overview of acute and chronic stress reponses. *Médecine/Science*, 28(6-7), 612-617. Repéré à https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2012/08/medsci2012286-7p612/medsci2012286-7p612.html
- Moisson, V., & Gamassou, C.-E. (2008). *Stress, fatigue et soutien social : premiers résultats de deux études menées auprès du personnel soignant*. Communication présentée au Congrès de l'AGRH (Association des Chercheurs Francophones en Gestion des Ressources Humaines), 9-12 novembre 2008, Dakar. Repéré à <https://www.agrh.fr/assets/actes/2008gamassou-moisson.pdf>
- Mouze-Amady, M. & Neboit, M. (2003). *Stress au travail : diagnostic, évaluation, gestion et prévention. Bilan de la thématique 1998-2002* (Note scientifique et technique 235) INRS. Repéré à <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01434886/document>
- Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris : PUF.
- Moulias, R. (2003). Rôle des soignants en Soins Longue Durée. *Gérontologie et Société*, 1(104), 23-34. doi : 10.3917/g.s.104.0023
- Munroe, V., & Brunette, N. (2001). L'épuisement professionnel (burn-out) : un problème réel. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 7(1), 165-191. doi : 10.7202/026343ar
- Murrell, H. (1978). *Work Stress and Mental Strain*. Londres : Publication du Ministre du travail.
- Nasse, P., & Légeron, P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des*

risques psychosociaux au travail. Repéré à http://www.wk-rh.fr/actualites/upload/social/social_actu2656_Rapport%20risques%20psychosociaux.pdf

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2008). Exposure to stress, Occupational hazards in hospitals. Publication 2008-136. Repéré à <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>

Neveu, J.-P. (2012). La difficile prévention des suicides au travail. *Gestion*, 37(4), 6-14. doi : 10.3917/riges.374.0006

Observatoire National de la Fin de Vie. (2013). *La fin de vie en EHPAD, premiers résultats d'une étude nationale (2013)*. Repéré à http://www.mobiquial.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/09/4_pages_EHPAD.pdf

Olié, J.-P., & Légeron, P. (2016). *Le Burn-Out. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine*. Repéré à http://www.actuel-hse.fr/sites/default/files/article-files/burn_out_rapport.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *La démence*, Aide-Mémoire n°362. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

Pailot, P. (2010, mai). *Penser la perte dans le champ professionnel : Du deuil à la théorie de la préservation des ressources*. Actes de la XIXème Conférence de l'AIMS, Université du Luxembourg. Repéré à <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/2-xixeme-conference-de-l-aims/communications/12-penser-la-perte-dans-le-champ-professionnel-du-deuil-a-la-theorie-de-la-preservation-des-ressources>

Paquet, M. (2013). Les EHPAD dans la tourmente de la médicalisation, *Actualités sociales hebdomadaires*, 2808, 22-25. Repéré à <https://www.ash.tm.fr/hebdo/2808/decryptage/les-ehpad-dans-la-tourmente-de-la-medicalisation-400901.php>

Parks, K.-M., & Steelman, L.-A. (2008). Organizational wellness programs : a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 58-68. doi: 10.1037/1076-8998.13.1.58.

- Pélessier, C., Vohito, M., Fort, E., Sellier, B., Agard, J.-P., Fontana, L., & Charbotel, B. (2015). Risk factors for work-related stress and subjective hardship in health-care staff in nursing homes for the elderly: A cross-sectional study. *Journal of Occupational Health, 57*(3), 285-296. doi: 10.1539/joh.14-0090-OA.
- Perlman, B., & Hartman, E.-A. (1982). Burnout : Summary and future research. *Human Relations, 35*(4), 283-305. doi : 10.1177/001872678203500402
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). *Character Strengths and Virtues : A Handbook and Classification*. New York : Oxford University Press.
- Piaget, J. (1947). *La psychologie de l'intelligence*. Paris : Armand Colin.
- Pifano, E. (2014). Soutenir une représentation positive de la vieillesse en EHPAD. *Soins gériatrie, 19* (105), 28-31. doi : 10.1016/j.sger.2013.10.010
- Pines, A. (1987). Marriage burnout : A new conceptual framework for working with couples. *Psychotherapy in Private Practice, 5*, 31-44. Repéré à https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J294v05n02_03
- Pines, A. (1993). Burnout : an existential perspective. Dans W.-B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (dir.), *Professional Burnout :Recent Developments in Theory and Research* (p. 19-32). Washington, DC : Taylor & Francis.
- Pines, A. (1994). The Palestinian "intifada" and Israelis' burnout. *Journal of Cross Cultural Psychology, 25*(4), 438-451. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022022194254001>
- Pines, A. (1996). *Couple Burnout : Causes and cures*. New-York : Routledge.
- Plews-Ogan, M., Owens, J.E., Goodman, M., Wolfe, P., & Schorling, J. (2005). A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of General International Medicine, 7*, 87-98. doi: [10.1111/j.1525-1497.2005.0247.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0247.x)
- Podeur, A., & Heyriès, F. (2010). *Arrêté du 23 Juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gériatrie* (Publication n°0162, texte n°41). Repéré

à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022481436&categorieLien=id>

Preshaw, D. H., Brazil, K., McLaughlin, D., & Frolic, A. (2016). Ethical issues experienced by healthcare workers in nursing homes: Literature review. *Nursing Ethics.*, 23(5), 490-506. doi: 10.1177/0969733015576357.

Probst, I. (2004). La souffrance au travail, une comparaison de différentes approches théoriques dans une perspective psychosociale. *Travaux de l'Institut de Psychologie*, 5. Repéré à http://www.academia.edu/1513713/La_souffrance_au_travail._Une_comparaison_de_différentes_approches_théoriques_dans_une_perspective_psychosociale

Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. Dans M. Bruchon-Schweitzer & R. Dantzer (dir.), *Introduction à la psychologie de la santé* (p.43-66). Paris : PUF.

Randon, S., Baret, C., & Prioul, C. (2012). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie: du savoir académique à l'action managériale. *Management & Avenir*, (9), 133-149. doi : 10.3917/mav.049.0133

Rapaport, P., Livingston, G., Murray, J., Mulla, A., & Cooper, C. (2017). Systematic review of the effective components of psychosocial interventions delivered by care home staff to people with dementia. *British Medical Journal*, 7(2), .doi: 10.1136/bmjopen-2016-014177

Raybois, M. (2014a). Contraintes temporelles et qualité du travail dans l'activité des soignants. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 20(1), 91-104. [doi : 10.1016/S1420-2530\(16\)30044-9](https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30044-9)

Raybois, M. (2014b). La santé des soignants altérée par les relations. *Pistes*, 16(3), Repéré à <https://pistes.revues.org/4072>

Regourd-Laizeau, M. (2017). La psychologie positive : changement de paradigme ou nouvelle psychologie ?. *Le Journal des psychologues*, 346(4), 22-26. doi:10.3917/jdp.346.0022.

Reuther, S., Holle, D., Buscher, I., Dortmann, O., Müller, R., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2014). Effect evaluation of two types of dementia-specific case

- conferences in German nursing homes (FallDem) using a stepped-wedge design: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(319), 1-12. doi: 10.1186/1745-6215-15-319.
- Reintjens, C., & Charras, K. (2015). La démarche pédagogique Eval'zheimer : vers un accompagnement du changement. *Doc'Alzheimer*, 19, 29-30.
- Richardson, B., Kitchen, G., & Livingston, G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age Ageing*, 31(5), 335-341. Repéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/2e84/2a55517a0eb372302a23a19bf2dbd17b3fd0.pdf>
- Rimé, B. (2000). Faut-il parler des ses émotions ? *Sciences Humaines*, n°104, 16-20. Repéré à https://www.scienceshumaines.com/faut-il-parler-de-ses-emotions_fr_341.html
- Rivolier, J. (1989). *L'homme Stressé*. Paris : PUF. Repéré à <http://www.cairn.info/l-homme-stresse--9782130422495-page-19.htm>
- Robbins, B. D. (2008). What is the good life ? Positive psychology and the renaissance of humanistic psychology, *The humanistic psychologist*, 36, 96-112. doi.org/10.1080/08873260802110988
- Robison, J., Curry, L., Gruman, C., Porter, M., Henderson Jr., C.-R., & Pillemer, K. (2007). Partners in caregiving in a special care environment: cooperative communication between staff and families on dementia units. *The Gerontologist*, 47(4), 504-515. doi : [10.1093/geront/47.4.504](https://doi.org/10.1093/geront/47.4.504)
- Rogers, C. (1971). *Le développement de la personne*. Paris : Inter Éditions.
- Rosenberg, M. (2005). *Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) Introduction à la communication non violente*. Paris : La Découverte.
- Rouchy, J.-C., & Soula-Desroche, M. (2004). *Institution et changement*. Toulouse : ERES.
- Rouzel, J. (2018). Ce que parler veut dire. L'animation de groupes de parole. *VST - Vie*

sociale et traitements, 140(4), 39-47. doi:10.3917/vst.140.0039.

Ruelland Roger, D. (2007, juin). *La «clinique de l'activité» : une démarche réflexive et développementale de professionnels. Un terrain parmi d'autres : les professeurs de mathématiques en collège*. Communication présentée au Colloque n°14 de l'Institut de Recherche sur l'Enseignement des Mathématiques : La statistique dans l'enseignement et la formation PLC2 & Les résistances et les changements dans les pratiques d'enseignement en formation initiale, Versailles. Repéré à http://www.univ-irem.fr/exemple/corfem/Actes_2007_08.pdf

Rusniewski, M. & Rabier, G. (1999). *Le groupe de parole à l'hôpital*. Paris : Dunod.

Saint Jean, O., & Somme, D. (2003). Taux d'encadrement et médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées. Données de l'enquête EHPA. *Gérontologie et Société*, 1(104), 13-21. doi : 10.3917/gs.104.0013

Sanchez, S., Gallin, A., Stefanuto, M., Treffel, S., Antoine, M., & Denormandie, P. (2016). Formation et représentations de la démence chez les travailleurs en EHPAD. *Soins Gérontologie*, 118, 21-25. Repéré à <http://www.em-consulte.com/article/1038769/article/formation-et-representations-de-la-demence-chez-le>

Sanchez, S., Mahmoudi, R., Moronne, I., Camonin, D., & Novella, J. L. (2015). Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 175-183. doi : 10.1016/j.eurger.2014.04.014

Sarre, A., Bird, M., & Caldwell, T. (2005). Living with Memory Loss : une expérience nationale de groupes de soutien en Australie. *Les cahiers de la fondation Médéric Alzheimer*, 1, 55-67.

Scandella, N. (2006). L'opinion des résidents d'établissement pour personnes âgées sur leurs conditions de vie. *Info Stat*, 88. Repéré à https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi-oszHp6rfAhVHWBoKHULOBnkQFjAAegQIChAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ors-aquitaine.org%2Findex.php%2Fpublications-orsa%3Ftask%3Dcallelement%26format%3Draw%26item_id%3D1057%26element%3Dafc34fd5-98af-4f44-9404-

[6169de4221c5%26method%3Ddownload&usg=AOvVaw16Bdf2yr7Hd437Q_nDpeV](https://doi.org/10.1080/08870440108405523)
[Y](#)

Schaufeli, W.-B., & Buunk, B.-P. (1996). Professional burnout. Dans M.-J. Schabracq, J.-A. Winnubst & C.-L. Cooper (dir.), *Handbook of work and health psychology*. (p.383-429). Chichester : Wiley.

Schaufeli, W.-B., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London : Taylor & Francis.

Schaufeli, W.-B., & Greenglass, E.-R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, (16), 501-510. doi: 10.1080/08870440108405523.

Schrijnemaekers, V.-J., Van Rossum, E., Candel, M.-J., Frederiks, C.-M., Derix, M.-M., Sielhorst, H., Van den Brandt, P.-A. (2003). Effects of emotionoriented care on work-related. outcomes of professional caregivers in homes for elderly persons. *Journal of Gerontology B Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 50-57. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12496308>

Schultz, J.-H. (1958). *Le Training Autogène*. Paris : PUF.

Schultz, J.-H. (2013). *Le training autogène : Méthode de relaxation par auto-décontraction, Essai pratique et clinique*, (20^e éd, adapté par R. Durand de Bousignen, Y. Becker, P. Geissmann & R. Grimal). Paris : PUF. Repéré à <https://www.cairn.info/le-training-autogene--9782130620631.htm>

Schulz, R., Hebert, R. S., Dew, M. A., Brown, S. L., Scheier, M. F., Beach, S. R., Czaja, S.-J., Martire, L.-M., Coon, D., Langa, K. M., Gitlin, L.-N., Stevens, A.-B., & Nichols, L. (2007). Patient suffering and caregiver compassion: new opportunities for research, practice, and policy. *The Gerontologist*, 47(1), 4-13. doi: 10.1093/geront/47.1.4

Searson, R., Hendry, A. M., Ramachandran, R., Burns, A. & Purandare, N. (2008). Activities enjoyed by patients with dementia together with their spouses and psychological morbidity in carers. *Aging Ment Health*, 12, 276-82. doi : 10.1080/13607860801956977

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York : John Wiley.

SFGG. (2016). *Mobiquial, Améliorer la Qualité du services rendu en établissements et services médico-sociaux*. Repéré à <http://www.mobiquial.org/qui-sommes-nous/>

Shanafelt, T., Chung, H., White, H., & Lyckholm, L. J. (2006). Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 24(24), 4020-4026. doi: 10.1200/JCO.2006.05.8248

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176. doi : 10.1037/1072-5245.12.2.164

Shatté, A., & Becker, D.-M. (2011). Résilience au travail. Dans Charles Martin-Krumm & Cyril Tarquinio (dir.), *Traité de psychologie positive* (p.598-621). Bruxelles : De Boeck.

Shinan-Altman, S., Werner, P., & Cohen, M. (2016). The connection between illness representations of Alzheimer's disease and burnout among social workers and nurses in nursing homes and hospitals: a mixed-methods investigation. *Aging & Mental Health*, 20(4), 352-361. doi : 10.1080/13607863.2015.1008983.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.27

Siméone, I. (1999). Quelle éthique pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Gérontologie*, 108, 9-14. Repéré à http://www.documentation-sociale.org/base-prisme/recherche/?owner_filter=IRTS-Poitiers&journal_filter=G%C3%A9rontologie&topic_filter=%C3%89thique

Singh N.-N., Lancioni G.-E., Karazsia B.-T., & Myers R.-E. (2016). Caregiver Training in Mindfulness-Based Positive Behavior Supports (MBPBS): Effects on Caregivers and Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Frontiers in Psychology*, 7, 98. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00098. eCollection 2016.

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.-O., Zingmark, K. & Edvardsson, D. (2015). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A

- cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10), 1310-1319. doi: 10.1111/jocn.12734. Epub 2014 Nov 25.
- Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The gerontologist*, 42(3), 356-372. doi: 10.1093/geront/42.3.356
- Sprangers, S., Dijkstra, K. & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 311-319. doi: 10.2147/CIA.S73053.
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32(6), 443-462. doi : 10.5271/sjweh.1050
- Steiler, D., & Rosnet, E. (2011). La mesure du stress professionnel. Différentes méthodologies de recueil. *La revue des Sciences de Gestion*, 5(251), 71-79. doi : 10.3917/rsg.251.0071
- Stora, J.-B. (1999). *Quand le corps prend la relève. Stress, traumatisme et maladies somatiques*. Paris : Odile Jacob.
- Stora, J.-B. (2006). *La neuro-psychanalyse*. Paris : PUF.
- Stora, J.-B. (2007). *When the body displaces the mind*. London : Karnac Books.
- Stora, J.-B. (2013). *La Nouvelle approche psychosomatique. 9 cas cliniques*. Paris : MJW-Fédérations.
- Stora, J.-B. (2016). *Que sais-je? Le stress* (9^e éd.). Clamecy : PUF.
- Takizawa, T., Takahashi, M., Takai, M., Ikeda, T., & Miyaoka, H. (2016). Changes in job stress and coping skills among caregivers after dementia care practitioner training. *Psychogeriatrics*, 17(1), 52-60. doi : 10.1111/psyg.12188
- Talbot, R., & Brewer, G. (2015). Care assistant experiences of dementia care in long-term nursing and residential care environments. *Dementia*, 15, 1-18. doi : 10.1177/1471301215576416

- Tarlow, B.-J., Wisniewski, S., Belle, S.-H., Rubert, M., Ory, M., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive aspects of caregiving. Contributions of the REACH Project to the Development of New Measures for Alzheimer's Caregiving. *Research on Aging*, 26(4), 429-453. doi : 10.1177/0164027504264493
- Thebaud-Mony, A., & Robatel, N. (2009). *Stress et risques psychosociaux au travail. Problèmes politiques et sociaux*. Paris : Dossier La Documentation Française.
- Thomas, S. & Hazif-Thomas, C. (2014). Liberté d'aller et venir en EHPAD : sommes-nous des hors la loi. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 14(83), 275-284. doi : 10.1016/j.npg.2014.05.007.
- Tilden, V.-P., Thompson, S.-A., Gajewski, B.-J., & Bott, M.-J. (2012). End-of-life care in nursing homes: the high cost of staff turnover. *Nursing Economics*, 30(3), 163-166. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22849015>
- Tosquelles, F. (1964). *1967-2009. Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Toulouse : érès.
- Tremblay, M.-A., Blanchard, C.-M., Taylor, S., Pelletier, L.-G., & Villeneuve, M. (2009). Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 41(4), 213-226. doi:10.1037/a0018176
- Trotin, C., Lassagne, M., Boini, S., & Rinal, S. (2010). Le coût du stress professionnel en France en 2007. Institut National de Recherche et de Sécurité. (I.N.R.S.). Paris. FRA. Etude INRS. Repéré à <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/410024/>
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout: concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod.
- Trudel, L., Simars, C., & Vonarx, N. (mai, 2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherche qualitative*. Communication présentée au colloque Recherche qualitative : les questions de l'heure, Montréal, Québec. Repéré à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/trudel.pdf

- Vallerand, R.J., Paquet, Y., Philippe, F.L., & Charest, J. (2010). On the role of passion for work in burnout: A process model. *Journal of Personality*, 78(1), 289-312. doi : 10.1111/j.1467-6494.2009.00616.x
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W.-B., & Sixma, H.-J. (1994). Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13(1), 86-100. Repéré à <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/051.pdf>
- Van Wassenhove, W. (2014). Modele de Karasek. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (p.170-174). Paris : Le Seuil.
- Van Weert, J.-C., Van Dulmen, A.-M., Spreeuwenberg, P.-M., Bensing, J.-M., & Ribbe, M.-W. (2005). The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. *International Psychogeriatric*, 17(3), 407-427. doi : 10.1017/S1041610205002176
- Vaquin-Villeminy, C. (2007). *Prévalence du burn-out en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelle* (thèse de médecine). Université de médecine René Descartes, Paris V.
- Veil, C. (1959). Les états d'épuisement. *Concours Médical*, 23, 2675-2681.
- Veil, C. (2012). *Vulnérabilités au travail*. Toulouse : érès.
- Vergès, P. (2001). L'analyse des représentations sociales par questionnaires. *Revue française de sociologie*, 42(3), 537-561. Repéré à https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2001_num_42_3_5373
- Vermersch, P. (2017). *L'entretien d'explicitation*. Paris : Broché.
- Villez, A. (2007). EHPAD. La crise des modèles. *Gérontologie et société*, 30(123), 169-184. doi : [10.3917/gq.123.0169](https://doi.org/10.3917/gq.123.0169)
- Volant, S. (2014a). *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, Études et Résultats*, Publication n°877, Drees, Février. Repéré à <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er877.pdf>

- Volant, S. (2014b). *693000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, Études et Résultats*, Publication n°899, Drees, Décembre. Repéré à <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf>
- Vuattoux, J.-C. (2016). *Le contrôle des risques psychosociaux, réponses organisationnelles dans un nouveau champ institutionnel*. (Thèse de doctorat Sciences de Gestion, Université de Lorraine, Nancy). Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01422873>
- Weinstein, N., Przybylski, A. K., & Ryan, R. M. (2012). The index of autonomous functioning: Development of a scale of human autonomy. *Journal of Research in Personality*, *46*, 397-413. doi: [10.1016/j.jrp.2012.03.007](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.03.007)
- Westermann, C., Kozak, A., Harling, M., & Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(1), 63-71. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001).
- Whitehouse, P.-J. (2008). *Le Mythe de la maladie d'Alzheimer*. Marseille : Edition Solal.
- Williams, D., Tricomi, G., Gupta, J., & Janise, A. (2015). Efficacy of burnout interventions in the medical education pipeline. *Academic Psychiatry*, *39*(1), 47-54. doi : [10.1007/s40596-014-0197-5](https://doi.org/10.1007/s40596-014-0197-5)
- Wong, P.-T.-P., Ivztan, I., & Lomas, T. (2016). Good Work. Dans L.-G. Oades, M. Steger, A. Delle Fave, & J. Passmore (dir.), *The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Positivity and Strengths-Based Approaches at Work* (p.231-247). Oxford : Wiley-Blackwell
- Wong, P.-T.-P., & Tomer, A. (2011). Beyond Terror and Denial: The Positive Psychology of Death Acceptance. *Death Studies*, *35*(2), 99-106. doi : [10.1080/07481187.2011.535377](https://doi.org/10.1080/07481187.2011.535377)
- Zawieja, P., & Guarnieri, F. (2013). Epuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri (dir.), *Epuisement professionnel : Approches innovantes et pluridisciplinaires* (p.11-34). Paris : Armand Colin.

Zawieja, P., & Guarnieri, F. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil.

Zwijssen, S.-A., Gerritsen, D.-L., Eefsting, J.-A., Smalbrugge, M., Hertogh, C.-M., & Pot, A.-M. (2015). Coming to grips with challenging behaviour: A cluster randomised controlled trial on the effects of a new care programme for challenging behaviour on burnout, job satisfaction and job demands of care staff on dementia special care units. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 68-74. doi :[10.1016/j.ijnurstu.2014.10.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.003)

ua_ Table des matières

UA INTRODUCTION	1
--------------------------------	----------

UA 1^{ERE} PARTIE : ASPECTS THEORIQUES ET CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	6
------------------------------------------------------------------------------------------	----------

1. _ua_ Chapitre 1 : Stress au travail, Risques psycho sociaux et épuisement professionnel : historique et définitions.	6
1.1. _ua_ Introduction	6
1.2. _ua_ Le stress au travail : historique, définitions et principales modélisations.....	7
1.2.1. _ua_ Le stress.....	7
a) _ua_ Historique et définitions du concept de stress.	7
b) _ua_ Physiologie du stress.	8
1.2.2. _ua_ Les modélisations du stress au travail.....	10
a) _ua_ Le modèle du stress au travail de Cooper & Marshall (1976).	10
b) _ua_ Le modèle interactionniste de Karasek (1979, 1990).	12
c) _ua_ Le modèle transactionnel de Lazarus & Folkman (1984).	13
d) _ua_ Le modèle du déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist (1996).	15
e) _ua_ La COR-Theory (Conservation of Resources Theory) ou théorie de conservation des ressources de Hobfoll (1989).	16
f) _ua_ Le JD-R Model (Job Demands-Resources Model) ou modèle des exigences-ressources de Demerouti, Bakker, Naichreiner, & Schaufeli (2000).	17
g) _ua_ L'approche psychodynamique du stress et de la souffrance au travail.	18
1.2.3. _ua_ Définitions gouvernementales du stress au travail.....	19
1.3. _ua_ Les risques psychosociaux (RPS) : historique, définitions, évolutions, causes et conséquences.	21
1.3.1. _ua_ Historique.	21
1.3.2. _ua_ Définitions des risques psychosociaux.	23
1.3.3. _ua_ Les trois dimensions des risques psychosociaux : facteurs de risque, risques et conséquences.	24
1.4. _ua_ Le burnout ou épuisement professionnel : historique, définitions, évolutions, causes et conséquences :	26
1.4.1. _ua_ Historique et définitions du burnout :	26
a) _ua_ Le modèle tridimensionnel de Maslach & Jackson (1981) :	27
b) _ua_ Le modèle transactionnel de Cherniss (1980) :	29
c) _ua_ L'approche motivationnelle de Pines (1993) :	30
1.4.2. _ua_ Définitions actuelles et gouvernementales du burnout :	33
1.4.3. _ua_ Causes et conséquences du burnout :	35
a) _ua_ Les causes du burnout :	35
b) _ua_ Les conséquences et manifestations du burnout :	36

2. _ua_ Chapitre 2 : Accompagner les personnes âgées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).	40
2.1. _ua_ Introduction	40
2.2. _ua_ L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD).	41
2.2.1. _ua_ Qu'est-ce qu'un EHPAD ?	41
a) _ua_ Historique.	41
b) _ua_ Définition et missions de l'EHPAD.....	44
2.2.2. _ua_ Les caractéristiques de la population accueillie.	45
a) _ua_ L'entrée en EHPAD.....	45
b) _ua_ Les pathologies et la dépendance.	46
c) _ua_ Le départ.....	49

2.2.3.	_ua_ Fonctionnement et financement des EHPAD.	49
2.2.4.	_ua_ Les professionnels des EHPAD.	50
2.3.	_ua_ Travailler auprès des personnes âgées en EHPAD.	52
2.3.1.	_ua_ Quelques chiffres.	52
2.3.2.	_ua_ Organisation, rythmes et charge de travail du personnel soignant en EHPAD.	53
a)	_ua_ Organisation, horaires et roulements.	53
b)	_ua_ Charge, rythme et conditions de travail.	54
2.3.3.	_ua_ La charge psychique de travail : représentations, conflits éthiques, confrontation à la souffrance et à la mort en EHPAD.	58
a)	_ua_ Représentations de la vieillesse et du travail auprès des personnes âgées.	58
b)	_ua_ Le conflit entre l'idéal du soignant et la réalité de terrain.	60
c)	_ua_ La confrontation à la souffrance, à la fin de vie et à la mort.	61
d)	_ua_ Travailler auprès des personnes souffrant de démence.	63
e)	_ua_ Conflits éthiques, privations de liberté et pratiques sécuritaires en EHPAD.	65
2.3.4.	_ua_ La noblesse de l'accompagnement des personnes âgées : une gratification pour le soignant.	67

3.	_ua_ Chapitre 3 : Les techniques de prévention et de remédiation dans le mal-être et la souffrance au travail auprès des personnes âgées : présentation et apports de la littérature.	70
3.1.	_ua_ Introduction.	70
3.2.	_ua_ Prévention et remédiation du mal-être et de la souffrance au travail, présentation des différentes approches.	71
a)	_ua_ L'approche primaire.	71
b)	_ua_ L'approche secondaire.	73
c)	_ua_ L'approche tertiaire.	75
3.3.	_ua_ Présentation des techniques de prévention et remédiation du mal-être de la souffrance dans le soin auprès des personnes âgées et apports de la littérature.	75
a)	_ua_ Les approches primaires.	75
b)	_ua_ Les approches secondaires :	86
c)	_ua_ Pour une approche holistique et multidimensionnelle :	93
4.	_ua_ Problématique de recherche	97

UA 2^{EME} PARTIE : OUTILS ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE..... 100

5.	_ua_ Chapitre 1 : Pour une prise en charge du mal-être et de la souffrance professionnelle en EHPAD : présentation des outils et techniques choisis.	100
5.1.	_ua_ Introduction.	100
5.2.	_ua_ Outils d'inspiration pour une prise en charge multidimensionnelle du mal-être et de la souffrance au travail en EHPAD.	101
5.2.1.	_ua_ Les techniques d'apaisement physique et mental.	101
a)	_ua_ Le training autogène de Schultz (1958).	101
b)	_ua_ La méditation par la pleine conscience ou Mindfulness de Jon Kabat-Zinn.	105
c)	_ua_ Intérêt de ces techniques dans la remédiation du mal-être au travail en EHPAD.	107
5.2.2.	_ua_ L'Épreuve des Trois Arbres de Fromage (2011), un accompagnement individuel humaniste et phénoménologique.	108
a)	_ua_ Présentation de l'Épreuve des Trois Arbres (ETA).	110
b)	_ua_ L'Épreuve des Trois Arbres (ETA) un outil centré sur la personne.	112
c)	_ua_ Les mécanismes psychologiques sollicités.	114
d)	_ua_ La Lecture Partagée (LP).	115
e)	_ua_ Intérêt de l'Épreuve des Trois Arbres dans la remédiation et la souffrance au travail en EHPAD.	116
5.2.3.	_ua_ Les accompagnements interindividuels : libérer la créativité et les ressources collectives.	118
a)	_ua_ Le modèle de soutien des aidants ou Newcastle Support Model de James & Stephenson (2007).	118
b)	_ua_ Le Cahier de l'Arbre, Fromage (2015).	121
c)	_ua_ Intérêt de ces techniques dans la remédiation du mal-être au travail en EHPAD, le Cahier de l'Arbre Collectif (CAC).	122

5.3.	_ua_ Outils d'inspiration pour une prise en charge unidimensionnelle du mal-être et de la souffrance au travail en EHPAD.	123
5.3.1.	_ua_ Les groupes de parole.	123
a)	_ua_ Définition.	123
b)	_ua_ Les groupes de parole en milieu professionnel.	124
5.3.2.	_ua_ Information et formation de soignants.	126
a)	_ua_ Historique.	126
b)	_ua_ Les formations de soignants en EHPAD.	127
6.	_ua_ Chapitre 2 : Méthodologie de la recherche.	130
6.1.	_ua_ Introduction.	130
6.2.	_ua_ Population et outils de mesure.	131
6.2.1.	_ua_ Population.	131
6.2.2.	_ua_ Outils de Mesure.	132
a)	_ua_ La Perceived Stress Scale (PSS 14), (Cohen, Kamarck, & Mermelstein 1983).	133
b)	_ua_ Le Maslach Burnout Inventory (MBI), (Maslach & Jackson, 1981).	134
c)	_ua_ L'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail (EMMBEPT), (Gilbert, Daguenaï-Desmarais, & Savoie, 2011).	135
6.3.	_ua_ Construction et présentation du protocole de recherche.	136
6.3.1.	_ua_ Historique et cadre éthique de la recherche.	136
a)	_ua_ Historique.	136
b)	_ua_ Le cadre éthique de la recherche.	140
6.3.2.	_ua_ Présentation des protocoles de recherche.	141
a)	_ua_ Le programme expérimental.	141
b)	_ua_ Les programmes contrôles.	158
7.	_ua_ Hypothèse générale et hypothèses opérationnelles.	165
7.1.	_ua_ Hypothèse générale.	165
7.2.	_ua_ Hypothèses opérationnelles.	165
_UA_3^{EME} PARTIE : RÉSULTATS ET DISCUSSION.		167
8.	_ua_ Chapitre 1 : Analyse quantitative des résultats.	167
8.1.	_ua_ Introduction, présentation des données.	167
8.2.	_ua_ Interprétation des résultats.	168
8.2.1.	_ua_ Interprétation des résultats pour les groupes ayant suivi le programme expérimental de soutien multidimensionnel.	169
a)	_ua_ Le stress perçu.	169
b)	_ua_ Le bien-être au travail.	172
8.2.2.	_ua_ Interprétation des résultats pour les groupes ayant suivi les programmes contrôles.	173
a)	_ua_ La dépersonnalisation.	174
b)	_ua_ L'accomplissement professionnel.	175
9.	_ua_ Chapitre 2 : Analyse qualitative des résultats.	178
9.1.	_ua_ Analyse qualitative du programme de soutien multidimensionnel.	178
9.1.1.	_ua_ Première partie, centration sur le soignant : apaisement physique et mental.	178
a)	_ua_ Cheminement dans l'apprentissage de la relaxation et la gestion des émotions.	178
b)	_ua_ Autonomisation et utilisation en situation sur le terrain.	180
9.1.2.	_ua_ Deuxième partie, centration sur la relation soignant-soigné : l'Épreuve des Trois Arbres.	181
a)	_ua_ Les grands principes de l'analyse d'un protocole (Fromage, 2012).	181
b)	_ua_ Présentation du protocole et de son analyse : Mme C., étude B.	185
c)	_ua_ La Lecture Partagée : Mme C., étude B.	198
d)	_ua_ Analyse qualitative de l'ETA et la Lecture Partagée de Mme C.	204
e)	_ua_ Retours spontanés des participants.	210
9.1.3.	_ua_ Troisième partie : création sur les pratiques.	210
a)	_ua_ Construction d'une vision partagée de la situation sur le modèle de James & Stephenson (2007).	211
b)	_ua_ Construction d'une vision analogique de la situation : le Cahier de l'Arbre Collectif (Fromage, 2015).	213

9.2.	_ua_ Analyse qualitative des programmes contrôles.	223
9.2.1.	_ua_ Étude A, le groupe de parole.	223
9.2.2.	_ua_ Études C et D, Formation, Information et Sensibilisation.	225
10.	_ua_ Chapitre 3 : Discussion et perspectives de recherche.	229
10.1.	_ua_ Introduction.	229
10.2.	_ua_ Discussion des résultats de la recherche.	231
10.2.1.	_ua_ Validation des hypothèses.	231
a)	_ua_ Efficacité du programme expérimental.	231
b)	_ua_ Efficacité relative des programmes contrôles.	233
10.2.2.	_ua_ Confrontation avec le cadre théorique.	235
a)	_ua_ Confrontation des résultats aux différents modèles du stress.	235
b)	_ua_ Confrontation des résultats aux modélisations du burnout.	239
10.3.	_ua_ Intérêts, limites et perspectives de recherche.	242
10.3.1.	_ua_ Apports et perspectives de recherche.	242
a)	_ua_ Un accompagnement humaniste et écologique des professionnels d'EHPAD.	242
b)	_ua_ Utilisation de l'Épreuve des Trois Arbres, du Cahier de l'Arbre Collectif et de la Lecture Partagée.	244
10.3.2.	_ua_ Limites et perspectives de la recherche.	250
a)	_ua_ Les contraintes du terrain.	250
b)	_ua_ Outils et recueils de données.	252
10.3.3.	_ua_ Pour aller plus loin.	253
	UA CONCLUSION	257
	UA_ BIBLIOGRAPHIE	262
	UA_ TABLE DES MATIERES.....	300
	UA_ TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	304
	UA_ TABLE DES TABLEAUX.....	306
	UA_ TABLE DES ANNEXES.....	307
	ANNEXE 1.....	308

ua_ Table des illustrations

Figures

Figure 1 : Les trois phases du syndrome général d'adaptation selon Selye.....	8
Figure 2 : Modélisation du stress au travail de Cooper (1986).....	11
Figure 3 : Le modèle à trois dimensions de Karasek & Theorell (1990).....	13
Figure 4 : Modèle transactionnel de Lazarus & Folkman incluant les stratégies de coping.....	14
Figure 5 : Le modèle exigences-ressources de Demerouti et al (2000).....	18
Figure 6 : Modélisation des risques psychosociaux.....	25
Figure 7 : Processus du burnout d'après le modèle tridimensionnel de Maslach & Jackson.....	28
Figure 8 : Modèle existentiel du burnout d'après Pines (1993).....	31
Figure 9 : Modélisation globale du burnout d'après Cordes & Dougherty (1993).....	32
Figure 10 : Pyramide des âges en 2007 et 2060.....	42
Figure 11 : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en France selon leur catégorie entre 1996 et 2011.....	43
Figure 12 : Répartition par sexe et par âge en EHPAD.....	46
Figure 13 : Principales pathologies des résidents en EHPAD en 2011 en %.....	47
Figure 14 : Répartition (%) des résidents selon le GIR en EHPAD en 2011.....	48
Figure 15 : Arbres de base, Mme N (étude A).....	111
Figure 16 : Arbres de Mythiques, Mme S (étude A).....	112
Figure 17 : Anthropos, illustration du rapprochement Arbre/Être humain dans les trois dimensions de l'espace dont la verticalité.....	113
Figure 18 : Newcastle Support Model ou modèle de soutien des aidants de James et Stephenson (2007).....	120
Figure 19 : Le dimensions sollicitées par le programme de soutien multidimensionnel.....	142
Figure 20 : Évolution des résultats des sujets des groupes expérimentaux pour le stress perçu (PSS) avant (T0) et après le programme (T1).....	170
Figure 21 : Évolution des résultats des sujets des groupes expérimentaux bimensuels pour le stress perçu (PSS) avant (T0) et après le programme (T1).....	171
Figure 22 : Évolution des résultats des sujets des groupes expérimentaux hebdomadaires pour le stress perçu (PSS) avant (T0) et après le programme (T1).....	171
Figure 23 : Comparaison du progrès du bien-être au travail (EMMBEPT) pour les groupes expérimentaux et contrôles.....	172
Figure 24 : Comparaison du progrès de l'harmonie sociale (EMMBEPT) pour les	

groupes expérimentaux et contrôles.....	173
Figure 25 : Évolution des résultats des sujets des groupes contrôles hebdomadaires pour la dépersonnalisation (Dép) du MBI avant (T0) et après le programme (T1).....	174
Figure 26 : Évolution des résultats des sujets des groupes contrôles pour l'accomplissement professionnel (Ac) du MBI avant (T0) et après le programme (T1).	175
Figure 27 : Évolution des résultats des sujets des groupes contrôles hebdomadaires pour l'accomplissement professionnel (Ac) du MBI avant (T0) et après le programme (T1).....	176
Figure 28 : L'anticipation, un mouvement articulante désiré et refusé, présent et futur.	184
Figure 29 : Arbres de base, Mme C., étude B.....	185
Figure 30 : Arbre de Rêve, Mme C., étude B.....	193
Figure 31 : Arbre de cauchemar, Mme C., étude B.....	194

Photos

Photo 1 : Cahier de l'Arbre Collectif en EHPAD, étude A.....	122
Photo 2 : Recueil et analyse des besoins de Mme G. reprenant le modèle de soutien des aidants professionnels et familiaux (James & Stephenson, 2007).....	212
Photo 3 : Construction d'une vision analogique de la situation : l'arbre collectif, Mme G., étude B.....	215
Photo 4 : Configuration de l'espace consacré aux séances de Formation, Information et Sensibilisation, étude C.....	225

ua_ Table des Tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif de la répartition des participants selon les études et les groupes.....	132
Tableau 2 : Récapitulatif de la répartition des participants selon les études et les différents types de groupes.....	139
Tableau 3 : Résultats du groupe expérimental de l'étude A pour le MBI.....	167
Tableau 4 : Résultats du groupe expérimental de l'étude A pour la PSS.....	168
Tableau 5 : Matrice d'explicitation A+ et A-, Mme C., étude B.....	190
Tableau 6 : Matrice d'explicitation AR/AC, Mme C., étude B.....	196

ua_ Table des Annexes

Annexe 1 : Protocole détaillé du programme de soutien multidimensionnel adapté au personnel soignant en EHPAD.....	308
Annexe 2 : Protocoles détaillés des programmes contrôles.....	345
Annexe3: Perceived Stress Scale.....	376
Annexe 4: Maslach Burnout Inventory.....	377
Annexe 5 : Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique au Travail.....	378
Annexe 6 : Cadre éthique de la recherche.....	379
Annexe 7 : Formulaire d'information aux participants.....	384
Annexe 8 : Résultats de l'étude (données brutes).....	389
Annexe 9 : Protocoles de passation de l'Épreuve des Trois Arbres.....	392

Annexe 1

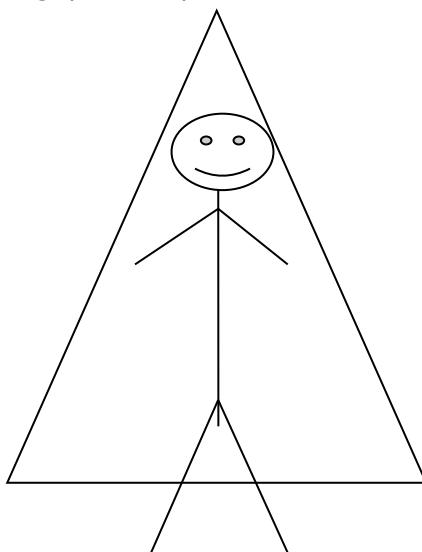
PROTOCOLE DE SOUTIEN MULTIDIMENSIONNEL ADAPTÉ AU PERSONNEL SOIGNANT EN EHPAD

Comment s'accompagner dans l'accompagnement des personnes âgées.

Introduction :

Ce programme est inspiré d'une approche humaniste et centrée sur la personne. Il se base sur la réalité interne et subjective de l'individu. En s'appuyant sur le vécu et l'expérience propre de celui-ci, il l'aide à dégager ses ressources. Dans une vision globale et holistique, ce programme propose un accompagnement des soignants selon trois dimensions :

1 Physiologique : corps, émotions, sensations



2 Individuelle : Représentations, vécu et ressources individuelles

3 Interpersonnelle : représentations, vécu et ressources collectives

Les 5 premières séances, permettent un travail sur la 1^{ère} dimension. Le soignant est invité à prendre contact avec son corps, ses sensations, ses émotions par un apprentissage de la relaxation (Schultz, 1958). Le programme débute ainsi dans l'objectif d'apprendre au soignant à installer un bien-être physique et mental. Il va pouvoir devenir autonome avec ces méthodes et les réutiliser en situation. Au début de chaque séance suivante, un temps est consacré à la consolidation des apprentissages de relaxation ainsi

qu'à une sensibilisation aux techniques appartenant au domaine de la méditation par la pleine conscience. (Kabat-Zinn, 2009)

Les 6^{ème} et 7^{ème} séances développent la 2^{ème} dimension. L'occasion est donnée au soignant de raconter son expérience, de revenir sur ses émotions et ses représentations par l'intermédiaire du dessin de l'arbre. Il apprend à exprimer son vécu et dégager ses propres ressources avec l'Épreuve des Trois Arbres de Fromage (2011).

Les 5 dernières séances (8 à 12) permettent de travailler la 3^{ème} dimension. Cette étape est possible parce qu'elle suit la deuxième. Le soignant sait se servir du dessin de l'arbre pour exprimer son point de vue et il va pouvoir le développer en équipe. L'objectif est de faire émerger un point de vue et une expérience collective. Les soignants choisissent par concertation un accompagnement professionnel difficile. Ils l'abordent en premier lieu sur un mode descriptif et verbale grâce au modèle de soutien des aidants de James et Stephenson (2007). La situation est ensuite travaillée dans la continuité de l'Épreuve des Trois Arbres sur un mode analogique guidée par des interventions de type Cahier de l'Arbre de Fromage et Ferrand (2013). L'objectif est de faire émerger une créativité ainsi que des ressources collectives.

Population : professionnels participant à la prise en soin de la personne âgée en EHPAD, toutes professions confondues. Groupes allant de 3 à 8 personnes volontaires.

Animateur : psychologue.

Matériel : Salle fermée, assez grande pour un groupe de personnes allongées au sol (temps de relaxation).

Tapis de gym, Couvertures, Lecteur CD, CD de musiques de détente, table, chaises.

Matériel de dessin : feuille A3, feuilles A4, feuilles A0, crayons gras, feutres de couleur.

Séances : 12 séances hebdomadaires de 1h.

Mesures : Ce protocole est évalué par trois auto-questionnaires : l'inventaire d'épuisement professionnel : Malasch Bunout Inventory (MBI) de Malasch et Jackson (1981), l'échelle d'évaluation du Stress Perçu : Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, Kamarck et Mermelstein, (1983) et l'Echelle de Mesure des Manifestations du Bien-être Psychologique au Travail (EMMBEPT) de Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie (2011). Un temps est prévu pour que les participants remplissent ces questionnaires lors de la première et dernière séance.

Plan détaillé du protocole :

Un document d'information est donné à tous les salariés (cf annexe). Il reprend le but et le déroulement du protocole ainsi que ses avantages, ses contraintes, des informations sur l'utilisation des données personnelles et le consentement des participants. Le recrutement des participants se fait sur la base du volontariat.

Séance 1 :

Matériel : Lors de cette première séance, les participants peuvent tout d'abord être assis autour d'une table lors du temps de réponse aux questionnaires. Un espace pouvant les accueillir debout en cercle doit ensuite être accessible pour l'échauffement.

L'animateur doit se munir d'un nombre suffisant de questionnaires MBI, PSS et EMMBEPT.

La première séance permet de prendre contact avec le groupe et d'amorcer l'apprentissage de la relaxation.

- **Présentations (5 min) :** de l'animateur et des participants.

Verbalisation (5 min) sur les attentes de chacun et représentations qu'ils se font du programme.

Les temps de verbalisation sont placés aux moments nous paraissant les plus pertinents (à la fin des exercices et à la fin des séances) mais ils seront à adapter en fonction du groupe et du déroulement de la séance.

- **Présentation générale du programme (5 min) :** *« Après avoir répondu à des questionnaires sur le bien-être, le stress et l'épuisement au travail, nous allons apprendre à nous relaxer et nous détendre pendant les 5 premières séances de ce programme. Nous suivrons les étapes du training autogène de Schultz en explorant les sensations de lourdeur, de chaleur, des rythmes cardiaques et de la respiration. Chaque séance reprendra ce qui a été fait précédemment. Nous commencerons par un échauffement et nous réserverons toujours un temps de verbalisation pour que chacun puisse s'exprimer sur ses sensations, son ressenti. Au début de chaque séance suivante, nous prendrons un temps pour reprendre et consolider l'apprentissage de la relaxation et l'ouvrir sur des techniques appartenant au domaine de la pleine conscience.*

Les 6^{ème} et 7^{ème} séances seront consacrées à la passation de l'Épreuve des Trois Arbres en groupe puis à une « lecture partagée » en individuel. Cette épreuve permettra d'apprendre à exprimer son propre point de vue, son vécu, ses

émotions, et ses expériences par l'intermédiaire du dessin de l'arbre. La lecture permettra d'approfondir votre point de vue et de dégager les ressources.

Durant les 5 dernières séances, nous choisirons ensemble une situation d'accompagnement qui vous semble difficile pour la travailler d'abord d'un point de vue descriptif (séance 8 et 9). Ensuite, nous profiterons de l'expérience faite en deuxième étape (Épreuve des Trois Arbres) pour aborder cette situation par l'intermédiaire du dessin de l'arbre (séance 10, 11 et 12). »

- **Rappeler les règles du groupe (5 min)** : discrétion/confidentialité, la parole est écoutée, respectée et non hiérarchisée.

L'animateur peut à ce moment recueillir l'éventuelle présence de douleurs corporelles chez les participants empêchant certains mouvements ou positions.

- **Temps pour répondre aux questionnaires (20 min)** : L'animateur propose un temps de recentration et d'imagerie mentale sur ce qu'ils vivent au travail depuis les trois derniers mois avant de débiter les auto-questionnaires :

« Êtes-vous installés confortablement ? (Attendre que les personnes se repositionnent éventuellement). Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général... depuis les trois derniers mois... A ce que vous vivez actuellement... en vous... peut-être même sans jamais y penser... Des images... peuvent surgir avec des sensations diverses... des sentiments... des souvenirs, des idées peut-être aussi... ou des rêves... Naturellement... vous laissez venir... pour simplement réaliser... à votre manière... les questionnaires suivant. »

Passation des auto-questionnaires : MBI, PSS, EEMBEPT.

- **Echauffement (5 min)** : L'animateur propose d'abord aux soignants de s'arrêter pour prendre un moment d'échauffement, de recentration sur soi et sur son corps. Cet échauffement est inspiré d'automassages et étirements développé par Choque S & J en 2007.

L'animateur et les participants sont en cercle et debout.

Commencer par des automassages des mains pour remonter et guider l'automassage tranquillement afin de faire la totalité du corps (y compris le visage et le crâne).

Inciter à porter attention aux sensations avant et après les massages et à ce qui a changé. Encourager la détente de la mâchoire pendant les automassages et ainsi que les bâillements. Inciter déjà une autonomie en invitant les personnes à masser à leur rythme en particulier là où elles en sentent le besoin.

Continuer par quelques étirements selon les besoins du corps.

Terminer par quelques mouvements du buste (rotations) avec balancements des bras. Les pieds sont alignés sur la largeur du bassin. Il faut que les bras soient lourds et relâchés. Attention à déverrouiller les genoux et à ne pas cambrer.

- **Verbalisation (5 min)** : Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant et après l'échauffement, détente ou inconfort... Demander à se remémorer les sensations de détente et à les garder en mémoire.

- **Introduction à la relaxation (5 min)** : en position assise, exercice court et simple pour un vécu global de lourdeur

« Pendant ces temps, nous allons apprendre à nous relaxer et nous détendre. Ces moments nous permettront de reprendre plus facilement nos forces, de mieux gérer les émotions et les situations rencontrées au quotidien. Nous allons apprendre des techniques pour se sentir mieux, relaxer les parties du corps ou retrouver ces moments agréables lorsque notre corps est lourd et que nous sommes au bord du sommeil.

Nous allons commencer par un 1^{er} exercice simple et court :

Je commence par me mettre à l'aise, tranquillement... Je m'installe confortablement, comme je le souhaite... Je peux fermer les yeux, ... les laisser ouverts. En m'installant, je commence à sentir mon corps... je le laisse s'ajuster à la chaise...

Vous pouvez répéter... dans votre tête :

Je suis calme, tout à fait calme.

Mon... corps... est... lourd... Agréablement lourd...(SILENCE)

Je sens que mon... corps... est... lourd... confortablement... juste comme je le souhaite... (SILENCE)

Mon... corps... est... lourd... et détendu... Agréablement... (SILENCE)

- **Verbalisation (5 min)** : Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant et après l'exercice, détente ou inconfort... Demander à se remémorer les sensations de détente et à les garder en mémoire.

- **Fin de la séance** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Donner les consignes : *« Pendant la semaine qui va suivre, au quotidien, vous allez quand vous le souhaiterez, chercher à retrouver ces sensations de détente,*

bien-être que vous avez mis en mémoire. Vous pourrez vous répéter la phrase de l'exercice : Je sens que mon... corps... est lourd et détendu... Confortablement... Vous serez attentifs à vos sensations, avant et après ce temps de relaxation. ».

Demander à apporter, si possible, un matelas de gym pour la séance suivante.

Séance 2 :

Matériel : La pièce doit être dégagée afin que les participants puissent s'y allonger sur des matelas de gym. La table et les chaises ne serviront pas lors de cette séance.

Il est important de se procurer des plaids ou couvertures et coussins pour que les personnes puissent s'installer confortablement et se couvrir en cas de besoin.

Un fond musical peut être utilisé lors du training autogène si les participants le souhaitent. Le choix du ou des morceaux peut se faire parmi les disques de musiques de détente et avec l'avis des participants.

- **Salutations (10 min) :** prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Retour sur les exercices de la semaine (verbalisation).

- **Introduction :** *« Pendant ces temps, nous allons apprendre à nous relaxer et nous détendre. Ces moments nous permettront de reprendre plus facilement nos forces, de mieux gérer les émotions et les situations rencontrées au quotidien. Nous allons apprendre des techniques pour se sentir mieux, relaxer les parties du corps ou retrouver ces moments agréables lorsque notre corps est lourd et que nous sommes au bord du sommeil. Ces 4 prochaines séances vont suivre une évolution selon le training autogène de Schultz. Une 1^{ère} séance aujourd'hui pour la sensation de lourdeur, la 2^{ème} séance sera consacrée à la sensation de la chaleur, la 3^{ème} séance sera basée sur les rythmes cardiaques puis la 4^{ème} séance sur la respiration. Chaque séance reprendra dans un premier temps ce qui a été fait précédemment.*

- **Echauffement (5 min) :** Idem

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant et après l'échauffement, détente ou inconfort... Demander à se remémorer les sensations de détente et à les garder en mémoire.

Déclencher la musique si elle est souhaitée par le groupe, au volume qui convient à tous.

Les participants sont ensuite amenés à s'installer au sol avec leur matelas, coussins et couvertures si besoin.

Il est rappelé que la position à adopter est celle de leur choix et selon leur aise. Chaque personne peut librement changer de position pendant la séance pour plus de confort.

- **1^{ère} étape du training autogène de Schultz (25 min) :**

La lourdeur.

« Je commence par me mettre à l'aise, tranquillement. Je m'installe confortablement, comme je le souhaite. Je peux fermer les yeux, les laisser ouverts. En m'installant, je commence à sentir mon corps, je le laisse s'ajuster au sol... Je suis calme... Tout à fait calme...

Mon corps est lourd, tout à fait lourd confortablement... Mon pied droit est lourd... ma cheville droite est lourde... agréablement... Mon mollet droit est lourd... lourd et détendu... Mon genou, ma cuisse est lourde... agréablement lourde... ma hanche et ma fesse droite sont lourdes. Je me sens confortable... Toute ma jambe droite est lourde... lourde et détendue... Mon pied gauche est lourd... Ma cheville gauche est lourde... agréablement... Mon mollet gauche est lourd... lourd et détendu... mon genou, ma cuisse gauche est lourde... agréablement lourde... Ma hanche et ma fesse gauche sont lourdes... Toutes ma jambe gauche est lourde... lourde et détendue.

Si j'observe que l'une de mes jambes est plus lourde... alors je peux diminuer ou augmenter cette sensation de lourdeur confort - a - ble - ment et je sens... que mes jambes sont lourdes de la même manière... agréablement...

Si quelque chose me dérange, je le laisse passer pour que ce soit plus confortable.

Mes jambes sont agréablement lourdes... mes fesses, mon bassin est lourd et détendu... Mon ventre est lourd... mes reins sont lourds, agréablement... Mon dos est lourd, mes omoplates sont lourdes et détendues... Ma cage thoracique est lourde, ma poitrine est lourde... agréablement... Mes épaules sont lourdes et détendues. Je me sens lourd de plus en plus et de mieux en mieux.

Mon épaule droite est lourde, mon bras droit est lourd, mon coude, mon poignet sont lourds et détendus, ma main droite est lourde agréablement... mes doigts sont lourds et détendus... Tout mon bras droit est de plus en plus lourd et détendu... Mon épaule droite est lourde ma nuque est lourde et détendue... Je suis calme et confortable.

Mon épaule gauche est lourde, mon bras gauche est lourd, mon coude, mon poignet sont lourds et détendus, ma main gauche est lourde agréablement... mes doigts sont lourds et détendus... Tout mon bras gauche est de plus en plus lourd et détendu... Mon épaule gauche est lourde ma nuque est lourde et détendue... Tout mon corps est lourd... agréablement...

Mes mâchoires sont lourdes et détendues, mes joues sont lourdes... Ma bouche est lourde agréablement, mes lèvres sont lourdes, mon nez est lourd et détendu... Mes yeux sont lourds, mes paupières sont lourdes... agréablement... Mon front est lourd et détendu ... mon cuir chevelu est lourd... Toute ma tête est lourde et détendue.

Peut être que parfois des pensées surviennent... Je les regarde passer doucement comme un nuage dans le ciel... Je peux observer des allers –retours entre mes pensées et mes sensations... et je reviens naturellement à mon corps que je sens lourd... confortablement...

Je peux maintenant sentir que tout mon corps est lourd... agréablement... de plus en plus et de mieux en mieux... L'ensemble de mon corps est agréablement lourd et je me sens bien, comme lorsque je m'installe dans mon lit et que je me détends, comme lorsque je suis juste au bord du sommeil... Je me sens bien....

Enchaîner avec de la visualisation sollicitant les sens :

« J'entends le bruit de l'eau et je sens l'eau couler sur mon corps... juste à la bonne température... m'entraînant vers le bas. Le sol est liquide... je m'enfoncé. Je suis calme, très calme... je suis lourd(e), très lourde.

Varié avec des sensations de légèreté :

« Je sens que je vole comme un oiseau, ou... comme une plume... Je suis léger(e), très léger(e)... comme lorsque je flotte à la surface de l'eau... Je suis léger(e)... et détendue... je me sens comme une bulle de savon qui vole... Je suis calme, très calme. Je suis léger(e), très léger(e)... »

Réinstallation

« Et maintenant je goûte encore un peu le confort que je me donne à moi-même, à mon rythme ... et avant de revenir ici et maintenant en pleine forme... je laisse un tonus habituel et confortable se réinstaller, je prends conscience de la position de mon corps, du lieu où je suis, du moment et je reviens ici et maintenant en pleine forme. »

(SILENCE)

Prenez le temps de vous étirer si besoin, et de vous réinstaller en position assise sur votre matelas à votre rythme ».

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant, pendant et après l'exercice, détente ou inconfort... Demander à se remémorer les sensations de détente et à les garder en mémoire.
- **Dynamisation (5 min) :** (debout en cercle) un temps peut être consacré à des exercices de redynamisation (ex : étirements, puis de légers tapotements sur tout le corps afin de réinstaller un dynamisme, frotter tout le corps comme si on avait du sable ou des fourmis à enlever...)

- **Fin de la séance** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Donner les consignes : « *Pendant cette semaine et quand vous le souhaitez, vous allez chercher à retrouver ces sensations de détente et de bien-être que vous avez mises en mémoire. Vous pourrez vous répéter certaines phrases de la séance que vous choisirez.* Vous serez attentifs à vos sensations, avant et après ce temps de relaxation. ».

Séance 3 :

Matériel : Idem séance 2.

- **Salutations (10 min)** : prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Comment se sont-ils sentis après la dernière séance ? Ont-ils observé des changements ? Retour sur les exercices de la semaine (verbalisation).
- **Introduction** : « *La semaine dernière, nous avons appris à nous relaxer avec la sensation de lourdeur. Aujourd'hui nous allons revenir sur la sensation de lourdeur puis découvrir la sensation de chaleur.* »
- **Echauffement (5 min)** : Idem
- **Verbalisation (5 min)** : Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant et après l'échauffement, détente ou inconfort... Demander à se remémorer les sensations de détente et à les garder en mémoire.

Déclencher la musique si elle est souhaitée par le groupe, au volume qui convient à tous.

Les participants sont ensuite amenés à s'installer au sol avec leur matelas, coussins et couvertures si besoin.

Il est rappelé que la position à adopter est celle de leur choix, selon leur aise. Chaque personne peut librement changer de position pendant la séance pour plus de confort.

- **2^{ème} étape du training autogène de Schultz (25 min) :**

La chaleur :

« Je commence par me mettre à l'aise à ma manière tranquillement. Je m'installe confortablement, comme je le souhaite. Je peux fermer les yeux, les laisser ouverts. En m'installant, je sens mon corps, je le laisse s'ajuster au sol... Je suis calme... Tout à fait calme...

Rappel :

Je sens que mon corps est lourd et détendu... Mes pieds et toutes mes jambes dans leur largeur et leur hauteur sont lourdes et détendues... mes fesses et mon bassin et tout mon dos sont lourds... mes mains, mes bras sont lourds agréablement... Mes épaules, ma nuque et toutes ma tête... sont lourds... Tout mon corps... est lourd et détendu. Agréablement... Je sens cette lourdeur que je connais bien... dans tout mon corps, agréable, de plus en plus et de mieux en mieux...

Chaleur :

Mon corps est chaud, tout à fait chaud... D'une chaleur agréable... Mon pied droit est chaud, ...ma cheville droite est chaude... agréablement... Mon mollet droit est chaud... chaud et détendu... mon genou, ma cuisse est chaude ... agréablement chaude...ma hanche et ma fesse droite sont chaudes. Toute ma jambe droite est chaude, ...chaude et détendue. Mon pied gauche est chaud, ...ma cheville gauche est chaude... agréablement... Mon mollet gauche est chaud... chaud et détendu... mon genou, ma cuisse gauche est chaude ... agréablement chaude... ma hanche et ma fesse gauche sont chaudes... Toutes ma jambe gauche est chaude, ...chaude et détendue.

Si j'observe que l'une de mes jambes est plus chaude... alors je peux diminuer ou augmenter la chaleur et je sens... que mes 2 jambes sont chaudes, de la même manière... agréablement...

Si quelque chose me gêne je m'arrange pour être mieux... plus confortable...

Toutes mes jambes sont agréablement chaudes... mes fesses, mon bassin est chaud et détendu... Mon ventre est chaud... mes reins sont chauds, agréablement... Mon dos est chaud, mes omoplates sont chaudes et détendues... Ma cage thoracique est chaude, ma poitrine est chaude... agréablement... Mes épaules sont chaudes et détendues. Je sens que mon corps est chaud de plus en plus et de mieux en mieux.

Mon épaule droite est chaude, mon bras droit est chaud mon, coude, mon poignet sont chauds et détendus, ma main droite est chaude agréablement... mes doigts sont chauds et détendus... Tout mon bras droit est de plus en plus chaud ...agréablement... Mon épaule droite est chaude ma nuque est chaude et détendue...

Mon épaule gauche est chaude, mon bras gauche est chaud mon coude, mon poignet sont chauds et détendus, ma main gauche est chaude agréablement... mes doigts sont chauds et détendus... Tout mon bras gauche est de plus en plus chaud et détendu... Mon épaule gauche est chaude ma nuque est chaude et détendue... Tout mon corps est chaud... agréablement.

Mes mâchoires sont chaudes et détendues, mes joues sont chaudes... ma bouche est chaude... agréablement, mes lèvres sont chaudes, mon nez est chaud et détendu... Mes yeux sont chauds, mes paupières sont chaudes... agréablement... Mon front est chaud et détendu ... mon cuir chevelu est chaud... Toute ma tête est chaude et détendue.

Peut être que parfois des pensées surviennent... Je les regarde passer doucement comme un bateau sur une rivière... Je peux observer des allers –retours entre mes pensée et mes sensations... et je reviens naturellement à mon corps que je sens chaud... confortablement...

Je peux maintenant sentir que tout mon corps est chaud... agréablement... de plus en plus et de mieux en mieux... Je suis calme, tout mon corps est lourd et chaud... et je me sens bien, comme lorsque je m'installe au soleil et que je me détends, comme lorsque je suis juste au bord du sommeil...

Enchaîner avec de la visualisation sollicitant les sens :

« Je sens une source de chaleur agréable dans mon ventre... Cela peut être un soleil qui réchauffe... des rayons de soleil qui diffusent une chaleur agréable sur mon corps, des petits animaux à fourrures très douces et chaudes contre moi... Je peux aussi sentir que je suis allongé(e) sur le sable. Je sens que cette chaleur se diffuse dans tout mon corps... Tout mon corps est agréablement chaud. Je suis bien, calme et détendu. »

Réinstallation :

« Et maintenant je goûte encore un peu le confort que je me donne à moi-même, à mon rythme... et avant de revenir ici et maintenant en pleine forme... je laisse un tonus habituel et confortable se réinstaller, je prends conscience de la position de mon corps, du lieu où je suis... du moment et je reviens ici et maintenant en pleine forme. »

(SILENCE)

Prenez le temps de vous étirer si besoin, et de vous réinstaller en position assise sur votre matelas à votre rythme ».

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant, pendant et après l'exercice, détente ou inconfort... Demander à se remémorer les sensations de détente et à les garder en mémoire.
- **Dynamisation (5 min) :** (debout en cercle) un temps peut être consacré à des exercices de redynamisation (ex : étirements, puis de légers tapotements sur tout le corps afin de réinstaller un dynamisme, frotter tout le corps comme si on avait du sable ou des fourmis à enlever...)

- **Fin de la séance :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Donner les consignes : « *Pendant cette semaine et quand vous le souhaitez, vous allez chercher à retrouver ces sensations de détente et de bien-être que vous avez mises en mémoire. Vous pourrez vous répéter certaines phrases de la séance que vous choisirez.* Vous serez attentifs à vos sensations, avant et après ce temps de relaxation. ».

Séance 4 :

Matériel : Idem séance 2 et 3.

- **Salutations (10min) :** prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Comment se sont-ils sentis après la dernière séance ? Ont-ils observé des changements ? Retour sur les exercices de la semaine (verbalisation).
- **Introduction :** « *La semaine dernière, nous avons appris à nous relaxer avec la sensation de chaleur. Aujourd'hui, nous allons revenir sur les sensations de lourdeur, de chaleur, puis nous allons poser notre attention sur les battements de notre cœur. Enfin nous prendrons un temps de visualisation s'appuyant sur les sensations* »

Echauffement (5 min) : Idem

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant et après l'échauffement, détente ou inconfort... Demander à se remémorer les sensations de détente et à les garder en mémoire.

Déclencher la musique si elle est souhaitée par le groupe, au volume qui convient à tous.

Les participants sont ensuite amenés à s'installer au sol avec leur matelas, coussins et couvertures si besoin.

Il est rappelé que la position à adopter est celle de leur choix, selon leur aise. Chaque personne peut librement changer de position pendant la séance pour plus de confort.

- **3^{ème} étape du training autogène de Schultz (25 min) :**

Les rythmes cardiaques :

« Je commence par me mettre à l'aise à ma manière tranquillement. Je m'installe confortablement, comme je le souhaite. Je peux fermer les yeux, les laisser ouverts. En m'installant, je sens mon corps, je le laisse s'ajuster au sol... Je suis calme... Tout à fait calme...

Rappel :

Je sens que mon corps est lourd et détendu.... Mes pieds et toutes mes jambes dans leur largeur et leur hauteur sont lourdes et détendues... mes fesses et mon bassin et tout mon dos sont lourds... mes mains, mes bras sont lourds agréablement... Mes épaules, ma nuque et toutes ma tête... sont lourds... Tout mon corps... est lourd et détendu. Agréablement... Je sens cette lourdeur que je connais bien... dans tout mon corps, agréable, de plus en plus et de mieux en mieux....

Si c'est moins confortable... je change tranquillement pour que cela soit agréable...

Mes pieds et toutes mes jambes dans leur largeur et leur hauteur sont chaudes et détendues... mes fesses et mon bassin et tout mon dos sont chauds... mes mains, mes bras sont chauds agréablement... Mes épaules, ma nuque et toute ma tête... sont chauds... agréablement...

Tout mon corps... est chaud, lourd et détendu... de plus en plus et de mieux en mieux...

Rythmes cardiaques :

Je pose maintenant mon attention sur mon cœur qui bat... Je peux poser ma main sur ma poitrine... légèrement et... je sens mon cœur... qui bat... Calmement... Je l'écoute... Je sens ma poitrine qui bouge... selon les battements de mon cœur... Mon cœur bat fort et calme... Je sens les battements dans mon torse... dans mes artères... dans tout mon corps... agréablement...

De ma poitrine à mon ventre... dans tout mon dos... Je sens les mouvements de mon cœur jusque dans mes bras... Dans mes jambes... Mon cœur bat calme et fort dans.... tout mon corps... Agréablement... jusqu'à la pointe de mes pieds... dans mes orteils... Jusqu'au bout de mes doigts et... dans mon cuir chevelu....

Je sens les battements de mon cœur comme une vague qui va et vient... comme une mer qui sans cesse déferle sur la rive...

Peut être que parfois des pensées surviennent... Je les regarde passer doucement comme un bateau sur une rivière... Je peux observer des allers-retours entre mes pensée et mes sensations... et je reviens naturellement à mon cœur que je sens calme et fort... confortablement... dans tout mon corps.

Je peux maintenant sentir que tout mon corps est lourd... chaud... agréablement... de plus en plus et de mieux en mieux... Je suis calme comme les battements de mon cœur... et je me sens bien, comme lorsque je m'installe au soleil et que je me détends, comme lorsque je suis juste au bord du sommeil...

Enchaîner avec de la visualisation de Chaleur au niveau de l'abdomen, fraîcheur du front :

Je peux poser ma main légèrement au niveau de mon plexus... Je ressens très fort la sensation de chaleur... à cet endroit... mon plexus solaire est tout chaud... il est inondé de chaleur... Agréablement... Cette chaleur peut se répandre dans tout mon corps... elle se diffuse confortablement...

Tout mon corps est agréablement lourd et chaud comme lorsque je suis installé au soleil... Je suis calme et je me sens bien... Mon front est frais... agréablement... comme si un souffle frais et agréable me caressait légèrement le front... juste à la bonne température...

Je peux me souvenir d'un moment agréable que j'ai vécu et je le laisse progressivement revenir à moi. Je retrouve peut être des images agréables... cela peut être le cadre, le paysage... les personnes, les sons... Je les laisse prendre place de façon agréable... Je peux également retrouver d'autres sensations... des lumières...

(SILENCE)

Réinstallation :

« Et maintenant je goûte encore un peu le confort que je me donne à moi-même, à mon rythme ... et avant de revenir ici et maintenant en pleine forme... je laisse un tonus habituel et confortable se réinstaller, je prends conscience de la position de mon corps, du lieu où je suis, ...du moment et je reviens ici et maintenant en pleine forme. »

(SILENCE)

Prenez le temps de vous étirer si besoin, et de vous réinstaller en position assise sur votre matelas à votre rythme ».

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant, pendant et après l'exercice, détente ou inconfort... Demander à se remémorer les sensations de détente et à les garder en mémoire.
- **Dynamisation (5min) :** (debout en cercle) un temps peut être consacré à des exercices de redynamisation (ex : étirements, puis de légers tapotements sur tout le corps afin de réinstaller un dynamisme, frotter tout le corps comme si on avait du sable ou des fourmis à enlever...)
- **Fin de la séance :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Donner les consignes : *« Pendant cette semaine et quand vous le souhaiterez, vous allez chercher à retrouver ces sensations de détente et de bien-être que vous avez mises en mémoire. Vous pourrez vous répéter certaines phrases de la séance que vous choisirez. N'hésitez pas à tester des suggestions de chaque séance. Vous serez attentifs à vos sensations, avant et après ce temps de relaxation. ».*

Séances 5 :

Matériel : Idem séance 2, 3 et 4.

- **Salutations (10 min) :** prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants. ? Comment se sont-ils sentis après la dernière séance ? Ont-ils observé des changements ? Retour sur les exercices de la semaine (verbalisation).
- **Introduction :** « *La semaine dernière, nous avons appris à nous relaxer avec nos rythmes cardiaques. Aujourd'hui, nous allons revenir sur les sensations de lourdeur, de chaleur, sur les sensations de battements du cœur, puis nous allons porter notre attention sur notre respiration...Enfin nous prendrons un temps de visualisation s'appuyant sur les sensations* »
- **Echauffement (5 min) :** Idem
- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant et après l'échauffement, détente ou inconfort... Demander à se remémorer les sensations de détente et à les garder en mémoire.

Déclencher la musique si elle est souhaitée par le groupe, au volume qui convient à tous.

Les participants sont ensuite amenés à s'installer au sol avec leur matelas, coussins et couvertures si besoin.

Il est rappelé que la position à adopter est celle de leur choix, selon leur aise. Chaque personne peut librement changer de position pendant la séance pour plus de confort.

- **4^{ème} étape du training autogène de Schultz (25 min) :**

La respiration :

« Je commence par me mettre à l'aise à ma manière tranquillement. Je m'installe confortablement, comme je le souhaite. Je peux fermer les yeux, les laisser ouverts. En m'installant, je sens mon corps, je le laisse s'ajuster au sol... Je suis calme... Tout à fait calme...

Rappel :

Je sens que mon corps est lourd et détendu... Mes pieds et toutes mes jambes dans leur largeur et leur hauteur sont lourdes et détendues... mes fesses et mon bassin

et tout mon dos sont lourds... mes mains, mes bras sont lourds agréablement... Mes épaules, ma nuque et toutes ma tête... sont lourds... Tout mon corps... est lourd et détendu. Agréablement... Je sens cette lourdeur que je connais bien... dans tout mon corps, agréable, de plus en plus et de mieux en mieux...

Si c'est moins confortable... je change tranquillement pour que cela soit agréable...

Mes pieds et toutes mes jambes dans leur largeur et leur hauteur sont chaudes et détendues... mes fesses et mon bassin et tout mon dos sont chauds... mes mains, mes bras sont chauds agréablement... Mes épaules, ma nuque et toute ma tête...sont chauds... agréablement...

Tout mon corps ...est chaud, lourd et détendu... de plus en plus et de mieux en mieux...

Je pose maintenant mon attention sur mon cœur qui bat... Je peux poser ma main sur ma poitrine... légèrement et... je sens mon cœur ... qui bat... Calmement... Je sens ma poitrine qui bouge... selon les battements de mon cœur... Mon cœur bat fort et calme... dans tout mon corps... Jusqu'au bout de mes doigts... dans la pointe de mes pieds... jusque dans mon cuir chevelu... Agréablement... Je sens les battements e mon cœur comme une vague qui va et vient... comme une mer qui sans cesse déferle sur la rive...

Respiration :

Je pose mon attention sur l'air qui entre et sort naturellement... je ressens ma poitrine qui bouge lorsque l'air entre et ressort...je suis le chemin de l'air, tranquillement, dans tout mon corps, je le sens dans mon ventre qui bouge... avec la respiration... Mon souffle va naturellement... Je respire calmement... Agréablement... tout simplement à mon rythme de plus en plus pro- fon- dément agréable.

Je sens l'air plus frais qui entre par mes narines et... je le sens plus chaud lorsqu'il sort... Mon torse se soulève et s'abaisse avec ma respiration... Je sens l'air qui entre... puis repart... Puis revient...

Peut être que parfois des pensées surviennent... Je les regarde passer doucement comme un bateau sur une rivière... Je peux observer des allers -retours entre mes pensées et mon souffle... et je reviens doucement à ma respiration...

Je sens l'air qui entre dans tout mon corps... Je sens les mouvements de mon souffle dans mon ventre... puis jusque dans mes jambes... mes bras... Je sens l'air qui entre... qui sort... dans tout mon corps... Jusqu'à la pointe de mes pieds... Jusqu'à la pointe de mes bras... Je sens le mouvement de ma respiration dans le balancement de mes hanches... dans mes lombaires... Tout le long de ma colonne vertébrale et de mon torse... jusqu'à ma nuque...

Si c'est moins confortable... je change tranquillement pour que cela soit agréable...

Je respire naturellement. Je sens les mouvements de mon souffle agréablement dans tout mon corps jusqu'à la pointe de mon crâne... Je suis tout respiration.... Je me soulève et m'abaisse en respirant, comme une barque sur une mer tranquille ...

Je peux maintenant sentir que tout mon corps est lourd... chaud... agréablement... de plus en plus et de mieux en mieux... Je suis calme comme les battements de mon cœur... Ma respiration est confortable... dans tout mon corps... et je me sens bien, comme lorsque je m'installe au soleil et que je me détends, comme lorsque je suis juste au bord du sommeil...

Enchaîner avec de la visualisation de Chaleur au niveau de l'abdomen, fraîcheur du front :

Je peux poser ma main légèrement au niveau de mon plexus... Je ressens très fort la sensation de chaleur... à cet endroit... mon plexus solaire est tout chaud... il est inondé de chaleur... Agréablement... Cette chaleur peut se répandre dans tout mon corps... elle se diffuse confortablement...

Tout mon corps est agréablement lourd et chaud comme lorsque je suis installé au soleil... Je suis calme et je me sens bien... Mon front est frais... agréablement... comme si un souffle frais et agréable me caressait légèrement le front... juste à la bonne température...

Je peux me souvenir d'un moment agréable que j'ai vécu et je le laisse progressivement revenir à moi. Je retrouve peut être des images agréables... cela peut être le cadre, le paysage... les personnes, les sons... Je les laisse prendre place de façon agréable... Je peux également retrouver d'autres sensations... des lumières...

(SILENCE)

Réinstallation :

« Et maintenant je goûte encore un peu le confort que je me donne à moi-même, à mon rythme... et avant de revenir ici et maintenant en pleine forme... je laisse un tonus habituel et confortable se réinstaller, je prends conscience de la position de mon corps, du lieu où je suis... du moment et je reviens ici et maintenant en pleine forme. »

(SILENCE)

Prenez le temps de vous étirer si besoin, et de vous réinstaller en position assise sur votre matelas à votre rythme ».

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant, pendant et après l'exercice, détente ou inconfort... Demander à se remémorer les sensations de détente et à les garder en mémoire.
- **Dynamisation (5 min) :** (debout en cercle) un temps peut être consacré à des exercices de redynamisation (ex : étirements, puis de légers tapotements sur tout le corps afin de réinstaller un dynamisme, frotter tout le corps comme si on avait du sable ou des fourmis à enlever...)

- **Fin de la séance :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous.
L'animateur informe les participants de la fin des séances d'apprentissage de la relaxation mais de la continuité d'un temps de consolidation à chaque séance prochaine.
Donner les consignes : « *Pendant cette semaine et quand vous le souhaitez, vous allez chercher à retrouver ces sensations de détente et de bien-être que vous avez mises en mémoire. Vous pourrez vous répéter certaines phrases de la séance que vous choisirez. N'hésitez pas tester des suggestions de chaque séance.*
Vous serez attentifs à vos sensations, avant et après ce temps de relaxation. ».

Séance 6 :

Matériel : Lors de cette séance, les participants peuvent tout d'abord être debout pour s'échauffer. Le temps de consolidation des apprentissages de relaxation peut se faire assis. Ensuite, il sera nécessaire de s'installer autour d'une table pour la passation de l'Épreuve des Trois Arbres.

L'animateur se munit du « Bilan psychologique à l'aide de l'Épreuve des Trois arbres » : manuel + feuilles de passation. (Fromage, 2012). Des crayons gras doivent être fournis ainsi que d'éventuels crayons-feutres de couleurs.

- **Salutations (5 min) :** prise de contact et de nouvelles : comment se sentent les participants. ? Comment se sont-ils sentis après la dernière séance ? Ont-ils observé des changements ? Retour sur les exercices de la semaine (verbalisation).
- **Introduction :** « *Pendant la première étape de ce programme, nous avons passé 5 séances pour l'apprentissage de la relaxations en suivant l'évolution de training autogène de Schultz. Aujourd'hui, nous allons nous échauffer puis nous remémorer les sensations de détente et de bien-être que nous connaissons bien... Enfin nous nous installerons autour de la table pour réaliser l'Épreuve des trois Arbres. Comme expliqué lors de la présentation du programme, cette épreuve permettra d'apprendre à exprimer son propre point de vue, son vécu, ses émotions, et ses expériences par l'intermédiaire du dessin de l'arbre.* »

- **Echauffement :** Idem. + **Temps de consolidation (5 min) :** L'animateur propose que chacun fasse revenir pour soi-même les sensations de détente mises en mémoire dans l'objectif de favoriser l'autonomisation dans la relaxation.

« Prenez un temps d'environ 30 seconde à 1 minute, pour laisser revenir les sensations de détente et de bien-être que nous avons expérimentées lors des séances précédentes et que vous avez mises en mémoire. Vous pouvez vous répéter certaines phrases que vous choisissez en fonction de vos besoins. »

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, les sensations avant et après l'échauffement et la consolidation, détente ou inconfort... Ont-ils réussi à retrouver les sensations agréables ?

- **Passation de l'Épreuve des Trois Arbres (40 min) :** Les participants auront devant eux les feuilles de passation et les crayons gras et feutres.

« Lors de ce programme de soutien, vous avez eu l'opportunité de vous arrêter... pour faire le point... faire le point sur votre vie en général... et au travail parce que celui-ci... est également un morceau de votre vie... de ce que vous avez envie de devenir... mais aussi de qui vous êtes ou de ce que vous avez envie de ne pas devenir...

Aujourd'hui je vous propose un atelier qui a pour objet de mettre en évidence les forces de votre situation actuelle... Il va se dérouler en deux phases, une de réalisation et une d'échange autour de ce que vous aurez fait.

Aujourd'hui c'est la première phase. Elle se passe en collectif et nécessite une feuille qui se trouve devant vous. Nous donnerons les consignes au fur et à mesure. Il y a 12 étapes.

Certains peuvent aller plus vite à des étapes, moins vite à d'autres ou inversement... Allez à votre rythme, on s'attendra les uns les autres pour avancer ensemble... Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Cet exercice ne donne lieu à aucune évaluation. Il est là pour vous aider à exprimer les forces présentes dans votre situation, à en prendre conscience. Il n'y a, a priori, ni bonnes ni mauvaises forces mais des tendances qu'il s'agit d'identifier et d'apprendre à combiner pour avancer de manière favorable pour vous.

La seconde phase se passera en individuel. Elle a pour objectif de déplier ensemble ce que vous avez amené de façon à dresser un avenir dans lequel vous aurez envie d'aller ... un avenir ou vous pourrez disposer vos projets... lors de cette seconde phase, mon rôle sera de vous accompagner à l'intérieur du cadre dessiné pour vous aider à prendre conscience de vos capacités... dès aujourd'hui, à la fin de la passation, on fera le planning de ces rencontres.

Nous allons maintenant commencer la première phase... Prenez la feuille sur le côté où il y a trois carrés dans le haut... Mais êtes-vous installés confortablement ? (Attendre que les personnes se repositionnent éventuellement)... Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général ... A ce que vous vivez ou à ce qui vous préoccupe...actuellement... en vous....peut-être même sans jamais y penser...des images...peuvent surgir avec des sensations diverses... des sentiments...des souvenirs, des idées peut-être aussi...ou des rêves...naturellement...vous laissez venir...pour simplement réaliser... facilement... et à votre manière...l'exercice suivant ... qui va aider à avancer.... »

Phase I Arbre de base

E 1 En prenant ton temps, dessine un arbre dans le carré blanc / sur la feuille (à répéter trois fois).

E 2 En regardant les trois arbres, indique celui que tu préfères et celui que tu aimes le moins (mettre un « plus » et un « moins » à côté du chiffre).

E 3 En regardant attentivement chaque arbre, écris à côté du dessin les images, les mots ou les expressions qui viennent spontanément à ton esprit en considérant ton dessin.

E 4 Dans le rectangle sous chaque dessin raconte l'histoire de l'arbre, une histoire qui le raconte comme s'il parlait ..., son histoire. Commence par le premier à gauche (1 à 3).

E 5 A propos de l'arbre « positif » il est demandé :

5a En observant attentivement cet arbre indique ce que tu remarques plus précisément, ce qui attire ton attention spontanément...

5b En le regardant quelles impressions et quels sentiments te procure cet arbre ?

5c Concrètement quels sont les besoins réels de cet arbre ?

5d Comment faire pour satisfaire les besoins de cet arbre ?

5e Comment cet arbre souhaiterait pousser ? Comment voudrait-il devenir ?

5f Que refuserait-il de devenir ?

E 6 A propos de l'arbre « négatif » il est demandé :

6a En observant attentivement cet arbre indique ce que tu remarques plus précisément, ce qui attire ton attention spontanément...

6b En le regardant quelles impressions et quels sentiments te procure cet arbre ?

6c Concrètement quels sont les besoins réels de cet arbre ?

6d Comment faire pour satisfaire les besoins de cet arbre ?

6e Comment cet arbre souhaiterait pousser ? Comment voudrait-il devenir ?

6f Que refuserait-il de devenir ?

E 7 « Imagine une histoire qui associe ces deux arbres (montrer les dessins marqués d'un « plus » et d'un « moins ») comme si l'un et l'autre se parlaient... »

E 8 « Imagine une histoire qui relie et rassemble les trois arbres comme s'ils se parlaient entre eux... que deviennent-ils ? »

Phase II Arbre mythique

E 9 « Dans ce rectangle (marqué AR) dessine l'arbre de tes rêves ... comme tu le vois ... »

Attendre que le dessin soit achevé et ajouter : Quelles images te viennent quand tu le regardes ? (inscrire à côté)...

Puis (dans le rectangle en dessous) : Raconte le rêve de cet arbre comme s'il rêvait... que devient-il ?

9a En observant attentivement cet arbre indique ce que tu remarques plus précisément, ce qui attire ton attention spontanément...

9b En le regardant quelles impressions et quels sentiments te procure cet arbre ?

9c Concrètement quels sont les besoins réels de cet arbre ?

9d Comment faire pour satisfaire les besoins de cet arbre ?

9e Comment cet arbre souhaiterait pousser ? Comment voudrait-il devenir ?

9f Que refuserait-il de devenir ?

E 10 « Dans ce rectangle (marqué AC) dessine un arbre de cauchemar...»

Attendre que le dessin soit achevé et ajouter : « Quelles images te viennent quand tu le regardes ? (inscrire à côté)...

Puis (dans le rectangle en dessous) : Raconte le cauchemar de cet arbre comme s'il rêvait ... que devient-il ? »

10a En observant attentivement cet arbre indique ce que tu remarques plus précisément, ce qui attire ton attention spontanément...

10b En le regardant quelles impressions et quels sentiments te procure cet arbre ?

10c Concrètement quels sont les besoins réels de cet arbre ?

10d Comment faire pour satisfaire les besoins de cet arbre ?

10e Comment cet arbre souhaiterait pousser ? Comment voudrait-il devenir ?

10f Que refuserait-il de devenir ?

E 11 « Imagine un rêve qui associe ces deux arbres... Que deviennent-ils ? »

Phase III Confrontation biographique

E 12 Reprendre le recto de la fiche et devant les trois arbres dessinés initialement (E 1) proposer les consignes suivantes :

12 a Si on associait à chacun de tes arbres une période de temps, lequel correspondrait au passé ? Lequel au présent et lequel au futur ? Comment ferais-tu pour les ranger du passé au futur ?

12 b Certains disent « Le premier arbre dessiné correspond au passé..., le second au présent..., le troisième à l'avenir... Comment vois-tu cela ? »

- **Verbalisation (5 min)** : Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressant lors de cette passation.

- **Fin de la séance** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous individuel pour chaque personne. « *La lecture partagée en individuel permettra d'approfondir votre point de vue et de dégager les ressources.* »

L'animateur donne les consignes de la semaine et propose d'utiliser les exercices dans le milieu professionnel de manière à continuer à favoriser l'autonomisation en situation réelle.

« Pendant cette semaine et en particulier lors de situations professionnelles, vous allez chercher à retrouver ces sensations de détente et de bien-être que vous avez mises en mémoire. Vous pourrez vous répéter certaines phrases de la séance que vous choisirez. Ces exercices devront être utilisés aux moments ou vous sentirez que vous en avez besoin.

Vous serez attentifs à vos sensations, avant et après ce temps de relaxation. ».

Séance 7 :

Matériel : Pour chaque séance individuelle, il est nécessaire de s'asseoir à une table côte à côte afin de guider la lecture partagée.

L'animateur doit avoir en sa possession le protocole de la personne qu'il rencontre qu'il aura préalablement analysé selon les principes et la procédure d'analyse détaillée dans le manuel de Fromage (2011). Des questions d'approfondissement auront été préparées pour relancer la discussion autour du protocole.

- **Salutations (5 min)** : prise de contact et de nouvelles : comment se sent le(a) participant(e). ? Comment s'est-il senti après la dernière séance ? A-t-il observé des changements ? Retour sur les exercices de la semaine.
- **Introduction** : « *Aujourd'hui, nous allons nous prendre un temps pour se recentrer et nous remémorer ce qui a été fait la dernière fois lors de la passation de l'Epreuve des Trois Arbres. Ensuite, nous entamerons ensemble la lecture partagée du protocole afin d'approfondir ton point de vue.* »

- **Recentration et remémoration (10 min) :** « *Tu peux prendre un temps d'environ 30 seconde à 1 minute, pour laisser revenir les sensations de détente et de bien-être que nous avons expérimenté lors des séances précédentes ...et que tu as mises en mémoire. ...Tu peux te répéter certaines phrases que tu choisis en fonction de vos besoins.....*
Tu peux maintenant prendre le temps de te souvenir de ce que nous avons fait la dernière fois... des arbres que tu as dessinés... de leurs histoires...de ce qu'ils devenaient ensemble... Aujourd'hui nous allons échanger autour de ce que tu as fait ... Nous allons déplier ensemble ce que tu as amené de façon à dresser un avenir dans lequel ...tu auras envie d'aller ...un avenir ou tu pourras disposer tes projets... lors de cette seconde phase, mon rôle sera de t'accompagner à l'intérieur du cadre dessiné pour t'aider à prendre conscience de tes capacités... dès aujourd'hui... »

- **Lecture partagée (40 min) :** Commencer la lecture du protocole avec la personne.
Poser les questions de relance afin de favoriser l'explicitation. L'accent sera mis plus particulièrement sur le pôle négatif et sur le refusé des arbres.
Exemple :
« *Que refuserait-il de devenir ?*
(Réponse) sec, sans vie (Relance) s'il est sec, ça se passe comment, pour lui ?
Que devient-il ? Sans vie ? Comment tu vois ça ? »

- **Verbalisation (5 min) :** La personne peut s'exprimer si elle le souhaite sur son ressenti, son expérience de L'Épreuve des Trois Arbres et de la lecture.

- **Fin de la séance :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous en groupe.
Donner la consigne : « *Au quotidien, pendant cette semaine, tu pourras continuer à retrouver les sensations de détente, bien-être que tu apprécies et que tu as mis en mémoire en particulier lors de situation professionnelles pendant lesquelles tu sens que tu en as besoin. Tu seras attentif à tes sensations, avant et après ce temps de détente. ».*

Séances 8 : Création sur les pratiques

Matériel : Lors de cette séance, les participants peuvent tout d'abord être debout pour s'échauffer. Le temps de consolidation des apprentissages de relaxation peut se faire assis. Ensuite, il sera nécessaire de s'installer autour d'une table.

Des crayons feutres de couleurs sont fournis et au centre de la table est installée une grande feuille de format A0.

- **Salutations (5 min)** : prise de contact et de nouvelles : comment se sentent les participants. ? Comment se sont-ils sentis après la dernière séance ? Ont-ils observé des changements ? Retour sur les exercices de la semaine (verbalisation).
- **Introduction** : « *Pendant ces 5 prochaines séances, nous continuerons à nous échauffer puis nous prendrons un temps de consolidation des apprentissages de détente effectués en première partie du programme... Aujourd'hui, nous allons choisir ensemble une situation d'accompagnement qui vous semble difficile pour la travailler d'abord d'un point de vue descriptif (séance 8 et 9)). Ensuite, nous profiterons de l'expérience faite en deuxième étape pour aborder cette situation par l'intermédiaire du dessin de l'arbre (séance 10, 11 et 12).* »
- **Echauffement** : Idem. + **Temps de consolidation des apprentissages de détente + sensibilisation à une attitude de pleine conscience (10min)** : L'animateur propose que chacun fasse revenir pour soi-même les sensations de détente mises en mémoire dans l'objectif de favoriser l'autonomisation dans la relaxation. Il propose ensuite un exercice de sensibilisation à une attitude de pleine conscience.
*« Prenez un temps d'environ 30 seconde à 1 minute, pour laisser revenir les sensations de détente et de bien-être que nous avons expérimenté lors des séances précédentes et que vous avez mises en mémoire. Vous pouvez vous répéter certaines phrases que vous choisissez en fonction de vos besoins.
Je vous demande maintenant d'être attentifs aux son extérieurs qui vous entour, ainsi qu'aux sons intérieurs (respiration... cœur...). Prenez le temps de les écouter pendant 30 secondes à une minute, observez-les... comme ils viennent... sans les juger... Vous entendez peut-être votre voix, vos pensées dans votre tête... C'est normal. Vous entendez peut-être vos propres pensées. Laissez-les passer comme des nuages dans le ciel. Sans vous y accrocher. Peut-être entendrez-vous alors le son du silence... »*
- **Choix de la situation d'accompagnement difficile (5 min)** : L'animateur sollicite le travail d'équipe et la coopération lors du choix de la situation puisque les participants doivent élire ensemble un accompagnement qu'ils vivent comme difficile au travail.

- **Construire une représentation collective de la situation sur un mode descriptif (1) (35 min) :** Pour cette construction, le programme s'inspire du modèle de soutien des aidants de James et Stephenson (2007) dans lequel les aidants doivent décrire le comportement de la personne à partir d'une analyse de ses besoins reprenant la dimension physique, mentale, personnalité, histoire de vie, environnement, le contexte institutionnel, pathologies, traitements, expressions verbales ou non verbales. Dans le cadre de ces séances, nous ajoutons également la catégorie « impact et ressenti de la situation sur les soignants ». Toutes ces descriptions sont reportées sur une feuille A0 et les participants choisissent un code couleur et un emplacement pour chaque catégorie d'information. Les soignants peuvent ensuite chercher ensemble des hypothèses sur les déclencheurs des comportements difficiles, les besoins et les pensées possibles de la personne malade ainsi que sur les pistes d'interventions possibles vis-à-vis de la situation.

« Vous allez tout d'abord reporter le nom de la personne au centre de cette feuille A0. Vous intégrerez ensuite autour, toutes les informations que vous connaissez concernant cette personne selon différentes dimensions : comportement, dimensions physiques, mentales, personnalité, histoire de vie, environnement, pathologies, antécédents, traitements, expression verbales et non verbales... Un code couleur et une place autour du nom de la personne peuvent être déterminés pour chaque catégorie. »

Attendre que les soignants aient commencé ce travail pour ajouter :

- *« Vous pouvez également choisir une couleur pour formuler des hypothèses sur les déclencheurs des comportements difficiles, les besoins et les pensées possibles de la personne. Une autre couleur servira à déterminer les pistes d'interventions possibles, suggestions d'actions et de changements dans cet accompagnement. »*

L'animateur, aide et relance les participants. Il peut rappeler les catégories d'informations, en aider à formuler des hypothèses... Il veille à l'écoute et l'expression de chaque personne.

A la fin de la séance, les participants n'ont généralement pas terminé la représentation collective et descriptive de la personne. L'animateur informe de la continuité de ce travail en séance 9.

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, ses impressions vis-à-vis de cette technique.

- **Fin de la séance :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous individuel pour chaque personne.

L'animateur donne les consignes de la semaine et propose de développer les exercices de pleine conscience.

« Au quotidien, pendant cette semaine, vous pourrez continuer à retrouver les sensations de détente, bien-être que vous avez mis en mémoire en particulier lors de situation professionnelles. Soyez attentifs, observez, et écoutez ce qui se passe autour de vous, comme si vous le découvriez pour la première fois, sans le juger... »

Séance 9 :

Matériel : Lors de cette séance, les participants peuvent tout d'abord être debout pour s'échauffer. Le temps de consolidation des apprentissages de relaxation peut se faire assis. Ensuite, il sera nécessaire de s'installer autour d'une table.

Des crayons feutres de couleurs sont fournis et au centre de la table est installée la feuille de format A0 travaillée la semaine précédente.

Pour la dernière partie de cette séance, l'animateur devra distribuer une feuille A4 vierge à chaque participant.

- **Salutations (5 min) :** prise de contact et de nouvelles : comment se sentent les participants. ? Comment se sont-ils sentis après la dernière séance ? Ont-ils observé des changements ? Retour sur les exercices de la semaine (verbalisation).
- **Introduction :** *« Aujourd'hui, nous allons continuer ensemble la description de la situation d'accompagnement qui vous semble difficile. Ensuite, nous profiterons de l'expérience faite en deuxième étape pour aborder cette situation par l'intermédiaire du dessin de l'arbre. »*
- **Echauffement :** Idem. + **Temps de consolidation des apprentissages de relaxation + sensibilisation à une attitude de pleine conscience (10min) :**
L'animateur propose que chacun fasse revenir pour soi-même les sensations de détente mises en mémoire dans l'objectif de favoriser l'autonomisation dans la relaxation. Il propose ensuite un exercice de sensibilisation à une attitude de pleine conscience.
« Prenez un temps d'environ 30 seconde à 1 minute, pour laisser revenir les sensations de détente et de bien-être que nous avons expérimenté lors des

séances précédentes et que vous avez mises en mémoire. Vous pouvez vous répéter certaines phrases que vous choisissez en fonction de vos besoins.

Respirez maintenant naturellement et amener votre attention sur les sensations de votre respiration. ...Par exemple, ressentez l'inspiration et l'expiration. ...Resentez le souffle sur les narines ou dans la gorge, les mouvements du ventre ou de l'abdomen... Concentrez-vous sur l'ensemble des sensations liées à la respiration pendant une minute... le frottement des vêtements sur votre peau quand vous respirez... Si vous êtes distrait par une pensée, ramenez tranquillement votre concentration sur la respiration. »

- **Rappel (5 min) :** Reprendre et relire ensemble ce qui a été fait la dernière fois. Proposer aux participants d'expliquer le travail effectué aux éventuelles personnes absentes lors de la séance précédente.

- **Construire une représentation collective de la situation sur un mode descriptif (2) (20 min) :** L'animateur rappelle, si besoin, les consignes et propose aux participants de continuer la description commencée la semaine précédente.

« Vous allez tout d'abord reporter le nom de la personne au centre de cette feuille A0. Vous intégrerez ensuite autour, toutes les informations que vous connaissez concernant cette personne selon différentes dimensions : comportement, dimensions physiques, mentales, personnalité, histoire de vie, environnement, pathologies, antécédents, traitements, expression verbales et non verbales... Un code couleur et une place autour du nom de la personne peuvent être déterminés pour chaque catégorie. »

« Vous pouvez également choisir une couleur pour formuler des hypothèses sur les déclencheurs des comportements difficiles, les besoins et les pensées possibles de la personne. Une autre couleur servira à déterminer les pistes d'interventions possibles, suggestions d'actions et de changements dans cet accompagnement. »

L'animateur veille à l'écoute et l'expression de chaque personne.

Pour terminer cette représentation descriptive, les soignants doivent être d'accord sur le fait que pratiquement toutes les informations connues ou hypothèses sur la situation ont été notées. S'ils pensent avoir terminé leur représentation descriptive, l'animateur peut mettre la feuille de côté de manière à ce qu'elle puisse être visible si besoin.

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, ses impressions vis-à-vis de cette technique.

- **Représentation analogique et individuelle de la situation (10 min) :** Suite à la représentation descriptive de la situation complexe d'accompagnement, l'animateur distribue une feuille A4 vierge à chaque participant afin qu'il puisse représenter la situation évoquée de manière analogique, dans la continuité de ce qui a été appris avec l'Épreuve des Trois Arbres.
*« Vous allez maintenant prendre quelques secondes pour vous remémorer la situation que nous avons évoqué de manière descriptive... vous pouvez laisser venir des images... des sensations diverses... des sentiments...des souvenirs, des idées peut-être aussi ...naturellement...vous laissez venir...pour simplement réaliser... à votre manière...l'exercice suivant...
 Vous allez, sur la feuille devant vous, dessiner un arbre qui représente pour vous cette situation... comme vous le voyez.... ».*
 L'animateur peut encourager les participants à dessiner ce qui leur passe par l'esprit sans s'inspirer du dessin du voisin.

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, ses impressions vis-à-vis de cette technique.

- **Fin de la séance :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous individuel pour chaque personne.
 L'animateur donne les consignes de la semaine et propose de développer les exercices de pleine conscience.
« Au quotidien, pendant cette semaine, vous pourrez continuer à retrouver les sensations de détente, bien-être que vous avez mis en mémoire en particulier lors de situation professionnelles. Soyez attentifs, observez, et écoutez ce qui se passe autour de vous, comme si vous le découvriez pour la première fois, sans le juger... » Chez vous ou au travail, concentrez-vous pendant 1 minute lors des repas sur les saveurs, le goût des aliments, la mastication, le contact des aliments avec le palais, etc... Buvez de l'eau en ressentant le goût de celle-ci, en ressentant agréablement le contact dans la bouche, sur le palais, dans la gorge... »

Séance 10 :

Matériel : Lors de cette séance, les participants peuvent tout d'abord être debout pour s'échauffer. Le temps de consolidation des apprentissages de relaxation peut se faire debout également pour continuer à autonomiser les participants et à se rapprocher des situations réelles. Ensuite, il sera nécessaire de s'installer autour d'une table.

Des crayons feutres de couleurs sont fournis et au centre de la table est installée une nouvelle feuille vierge de format A0. Le dessin de chaque participant est également redistribué et posé au centre de la table.

Si les participants ont besoin de plus de temps pour cette séance, l'étape « Approfondissement du point de vue collectif » peut être reporté à la fois suivante.

La représentation descriptive est mise de côté de manière à ce qu'elle puisse être visible si nécessaire.

- **Salutations (5 min)** : prise de contact et de nouvelles : comment se sentent les participants. ? Comment se sont-ils sentis après la dernière séance ? Ont-ils observé des changements ? Retour sur les exercices de la semaine (verbalisation).

- **Introduction** : *« Aujourd'hui, nous allons continuer ensemble la représentation de la situation d'accompagnement qui vous semble difficile par l'intermédiaire du dessin de l'arbre. Comme d'habitude, nous allons d'abord prendre un temps d'échauffement puis de consolidation des apprentissages de relaxation ainsi qu'une sensibilisation à une attitude de pleine conscience.*

- **Echauffement** : Idem. + **Temps de consolidation des apprentissages de relaxation + sensibilisation à une attitude de pleine conscience (10min)** : L'animateur propose que chacun fasse revenir pour soi-même les sensations de détente mises en mémoire dans l'objectif de favoriser l'autonomisation dans la relaxation. Il propose ensuite un exercice de sensibilisation à une attitude de pleine conscience.
« Prenez un temps d'environ 30 seconde à 1 minute, pour laisser revenir les sensations de détente et de bien-être que nous avons expérimenté lors des séances précédentes et que vous avez mises en mémoire. Vous pouvez vous répéter certaines phrases que vous choisissez en fonction de vos besoins.
Effectuez quelques respirations calmes, profondes et tranquilles. Inspiration par le nez et expiration très lente par la bouche... Portez votre attention sur la tête, le sommet du crâne, les oreilles, la partie postérieure de la tête ... le visage, le front,

*les yeux, les joues, le nez, les lèvres, la bouche... Observez vos sensations sans les juger... Le cou, l'intérieur de la gorge et les épaules ... Le dos, le haut du dos puis descendez vers les reins, le bas du dos)... Le torse, la poitrine puis le ventre, l'abdomen. Le bas du corps... le bassin, les jambes, les pieds... Puis porter votre attention sur les sensations de **tout le corps dans son ensemble.***

- **Rappel et mise en commun (10 min) :** L'animateur laisse un temps pour que chaque participant reprenne et se remémore son dessin. Ensuite, chaque personne devra présenter son dessin au groupe et choisir quelques mots ou explications sur son arbre (images, mots, sentiments qu'ils lui sont venus en dessinant, ou raisons pour lesquelles tel ou tel détail a été ajouté...).

*« Prenez votre dessin, accordez vous un temps pour le regarder... pour faire revenir en mémoire ce à quoi vous avez pensé en le dessinant... des images... des souvenirs...aux raisons pour lesquelles vous avez ajouté tel ou tel détails... »
(SILENCE)*

« Ensuite, vous aller présenter votre dessin en le montrant aux autres participant, vous pouvez vous exprimer sur les images, mots ou expressions qui vous sont venus à l'esprit en le dessinant... partager les raisons pour lesquelles vous avez choisi de le dessiner ainsi... »

L'animateur veille à l'écoute et l'expression de chaque personne. Il peut aider les participants à s'exprimer en relançant : *« Et quelle images te sont venues ou te viennent en le regardant ; quels sentiments te viennent ou te sont venus en le regardant ? ...»*

- **Construire une représentation collective de la situation sur un mode analogique (1) (20 min) :** A la lumière de chaque dessin et explication donnés, les participants sont invités à dessiner sur la feuille A0 un arbre commun reprenant les éléments importants, choisis ensemble.

« Sur cette grande feuille, vous allez maintenant dessiner ensemble un seul arbre représentant, pour vous, la situation. L'arbre reprendra les éléments qui vous semblent importants et qui ont été représentés dans les arbres individuels. »

L'animateur peut aider le groupe dans le cheminement de la construction de leur arbre au regard de chaque dessin individuel : *« Les dessins ont des troncs différents, quel est celui que vous choisissez pour votre arbre ? ».*

Aucune contrainte n'est formulée, l'arbre peut être réel ou imaginaire.

- **Approfondir le point de vue collectif, dégager les ressources en utilisant le dessin de l'arbre (1) (10 min) :** Lorsque les participants ont fini leur dessin,

l'animateur reprend certaines questions du protocole de l'Épreuve des Trois Arbres afin d'amener les participants à approfondir leur point de vue collectif. A chaque question, le groupe devra se mettre d'accord sur la ou les réponses données.

E1 « *En regardant attentivement cet arbre, donnez les mots ou les expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit en considérant votre dessin.*

E2 *Racontez l'histoire de cet arbre, comme s'il parlait... que devient-il ? »*

Lors de cette étape, l'animateur, laisse les participants s'exprimer oralement et spontanément en veillant à ce que la parole de chacun soit écoutée. Il peut prendre des notes pendant que les participants débattent sur la construction de leur histoire. Lorsque le groupe s'est mis d'accord, l'animateur écrit sur une feuille A4 l'histoire de l'arbre telle qu'elle a été construite par les participants.

- **Verbalisation (5 min)** : Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, ses impressions vis-à-vis de ce qui a été fait lors de cette séance.
- **Fin de la séance** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous individuel pour chaque personne.

L'animateur donne les consignes de la semaine et propose de développer les exercices de pleine conscience.

« Au quotidien, pendant cette semaine, vous pourrez continuer à retrouver les sensations de détente, bien-être que vous avez mis en mémoire en particulier lors de situation professionnelles. Soyez attentifs, observez, et écoutez ce qui se passe autour de vous, comme si vous le découvriez pour la première fois, sans le juger... »

Séance 11 :

Matériel : Lors de cette séance, les participants peuvent tout d'abord être debout pour s'échauffer. Le temps de consolidation des apprentissages de relaxation peut se faire debout également pour continuer à autonomiser les participants et à se rapprocher des situations réelles. Ensuite, il sera nécessaire de s'installer autour d'une table.

Des crayons feutres de couleurs sont fournis et au centre de la table est installée la feuille A0 sur laquelle l'arbre commun a été dessiné.

Si les participants ont besoin de plus de temps pour cette séance, l'étape « Construction et approfondissement » peut être arrêté à tout moment et reporté à la fois suivante.

La représentation descriptive est mise de côté de manière à ce qu'elle puisse être visible si nécessaire.

- **Salutations (5 min)** : prise de contact et de nouvelles : comment se sentent les participants. ? Comment se sont-ils sentis après la dernière séance ? Ont-ils observé des changements ? Retour sur les exercices de la semaine (verbalisation).

- **Introduction** : *« Aujourd’hui, nous allons continuer ensemble la représentation de la situation d’accompagnement qui vous semble difficile par l’intermédiaire du dessin de l’arbre. Comme d’habitude, nous allons d’abord prendre un temps d’échauffement puis de consolidation des apprentissages de relaxation ainsi qu’une sensibilisation à une attitude de pleine conscience.*

- **Echauffement** : Idem. + **Temps de consolidation des apprentissages de relaxation + sensibilisation à une attitude de pleine conscience (10min)** : L’animateur propose que chacun fasse revenir pour soi-même les sensations de détente mises en mémoire dans l’objectif de favoriser l’autonomisation dans la relaxation. Il propose ensuite un exercice de sensibilisation à une attitude de pleine conscience.
*« Prenez un temps d’environ 30 seconde à 1 minute, pour laisser revenir les sensations de détente et de bien-être que nous avons expérimenté lors des séances précédentes et que vous avez mises en mémoire. Vous pouvez vous répéter certaines phrases que vous choisissez en fonction de vos besoins.
 Prenez maintenant un temps pour vous arrêter... Portez votre attention sur votre respiration... Et suivez le mouvement de l’inspiration puis de l’expiration 2 ou 3 fois...Vous pouvez sentir la sensation du souffle au niveau de vos narines, de votre poitrine, de votre ventre... Regardez... Observez attentivement ce qui se passe autour de vous... Comme si c’était la première fois... Portez un regard neuf à votre environnement de travail, votre collègue, les murs, les meubles...A droite, à gauche. Devant vous, derrière vous...Ecoutez...Soyez attentifs aux sons qui vous parviennent sans chercher à en sélectionner certains...Accueillez tous les sons sans jugement...Touchez. Touchez votre environnement : votre bureau, vos mains, vos habits, votre visage. Restez dans la sensation...Durant tout cet exercice, vous prendrez peut-être conscience que votre esprit ne cesse de vagabonder. Si c’est le cas, ramenez-le simplement à ce que vous êtes en train de faire : regarder, écouter ou toucher. »*

- **Rappel et mise en commun (10 min)** : Si des personnes ont été absentes à la séance précédente, elles peuvent, au regard du dessin commun, donner les images, mots, sentiments, expressions qui leur viennent quand elles le regardent.

Elles peuvent également émettre des hypothèses, explications sur la construction de ce dessin. Ensuite, le groupe peut reprendre et relire ensemble ce qui a été fait la dernière fois.

- **Construire une représentation collective de la situation, approfondir le point de vue et dégager les ressources collectives sur un mode analogique (2) (30min) :** Les participants sont invités, au regard du dessin à répondre aux questions de l'animateur qui prendra en note les réponses sur une feuille A4. A chaque question, le groupe devra se mettre d'accord sur la ou les réponses données.

E3 a En observant attentivement cet arbre indiquez ce que vous remarquez plus précisément, ce qui attire ton attention spontanément...

b En le regardant quelles impressions et quels sentiments vous procure cet arbre

?

c Concrètement quels sont les besoins réels de cet arbre ?

d Comment faire pour satisfaire les besoins de cet arbre ?

e Comment cet arbre souhaiterait pousser ? Comment voudrait-il devenir ?

f Que refuserait-il de devenir ?

L'animateur invite les participants au fur et à mesure des question à ajouter ou modifier des éléments du dessin s'ils en ressentent le besoin. Là encore, le groupe doit se mettre d'accord avant d'intervenir sur le dessin.

- **Verbalisation (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, ses impressions vis-à-vis de ce qui a été fait lors de cette séance.

- **Fin de la séance :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous individuel pour chaque personne.

L'animateur donne les consignes de la semaine et propose de développer les exercices de pleine conscience.

« Au quotidien, pendant cette semaine, vous pourrez continuer à retrouver les sensations de détente, bien-être que vous avez mis en mémoire en particulier lors de situation professionnelles. Prenez alors le temps pour vous arrêter... observer, ...écouter et toucher de la même manière que dans l'exercice découvert en début de séance »

Séance 12 :

Matériel : Lors de cette séance, les participants peuvent tout d'abord être debout pour s'échauffer. Le temps de consolidation des apprentissages de relaxation peut se faire debout également pour continuer à autonomiser les participants et à se rapprocher des situations réelles. Ensuite, il sera nécessaire de s'installer autour d'une table.

Des crayons feutres de couleurs sont fournis et au centre de la table sont installées les deux représentations qui ont été travaillées.

- **Salutations (5 min) :** prise de contact et de nouvelles : comment se sentent les participants. ? Comment se sont-ils sentis après la dernière séance ? Ont-ils observé des changements ? Retour sur les exercices de la semaine (verbalisation).

- **Introduction :** *« Aujourd'hui, nous allons mettre en relation la représentation analogique de la situation que nous avons travaillée en semble avec les éléments descriptifs et concrets. Comme d'habitude, nous allons d'abord prendre un temps d'échauffement puis de consolidation des apprentissages de relaxation ainsi qu'une sensibilisation à une attitude de pleine conscience.*

- **Echauffement :** Idem. + **Temps de consolidation des apprentissages de relaxation + sensibilisation à une attitude de pleine conscience (10min) :**
L'animateur propose que chacun fasse revenir pour soi-même les sensations de détente mises en mémoire. Il propose ensuite un exercice de sensibilisation à une attitude de pleine conscience en mouvement dans l'objectif de favoriser l'autonomisation dans la relaxation et de se rapprocher des situations réelles.
« Prenez un temps d'environ 30 seconde à 1 minute, pour laisser revenir les sensations de détente et de bien-être que nous avons expérimenté lors des séances précédentes et que vous avez mises en mémoire. Vous pouvez vous répéter certaines phrases que vous choisissez en fonction de vos besoins.
Vous allez maintenant marcher, vous déplacer tranquillement dans l'espace... Commencez par ralentir votre marche... Essayez de sentir vos pieds sur le sol... vos jambes qui avancent ... vos pieds dans vos chaussures, le ballant de vos bras, la position de votre buste, de votre tête..., de vos épaules, comment est dirigé votre regard, les sensations de vos vêtements sur votre peau... pas après pas. Puis reprenez votre marche comme d'habitude. Vous pouvez peut-être prendre conscience des différences qui existent entre votre marche habituelle et cette marche un peu plus consciente. »

- **Rappel et mise en commun (5min) :** Si des personnes ont été absentes à la séance précédente, elles peuvent, au regard du dessin commun, donner les images, mots, sentiments, expressions qui leur viennent quand elles le regardent. Elles peuvent également émettre des hypothèses, explications sur la construction de ce dessin. Ensuite, le groupe peut reprendre et relire ensemble ce qui a été fait la dernière fois.

- **Mise en relation de la représentation analogique avec la situation concrète (15 min) :**

L'animateur a placé les deux feuilles A0 (descriptives et analogiques) au centre de la table. Il reprend alors avec les soignants les éléments importants des deux représentations. Lors de cette étape, l'animateur, laisse les participants s'exprimer oralement et spontanément en veillant à ce que la parole de chacun soit écoutée. Il peut prendre des notes pendant que les participants débattent sur leurs réponses.

« Au regard de ces deux représentations, dégagez les éléments qui vont semblent importants. »

« Quels éléments importants de la représentation descriptive vous mettez en lien avec les représentations analogique ? Et vice-versa ? »

« Comment retrouvez-vous les hypothèses et propositions d'interventions de la représentation descriptive dans la représentations analogique ? »

Relire les réponses données aux étapes E3c et E3d : *« Comment pourrions nous retranscrire ces réponses dans la situation descriptive ? »*

Relire les réponses données aux étapes E3e et E3f : *« Comment pourrions nous retranscrire ces réponses dans la situation descriptive ? »*

- **Temps pour répondre aux questionnaires (20 min) :** L'animateur propose un temps de recentration et d'imagerie mentale sur ce qu'ils vivent au travail depuis les trois derniers mois avant de débiter les auto-questionnaires :

« Etes-vous installés confortablement ? (Attendre que les personnes se repositionnent éventuellement)... Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général ...depuis les trois derniers mois... A ce que vous vivez actuellement... en vous....peut-être même sans jamais y penser...des images...peuvent surgir avec des sensations diverses... des sentiments...des souvenirs, des idées peut-être

aussi...ou des rêves...naturellement...vous laissez venir...pour simplement réaliser... à votre manière...les questionnaires suivant. »

Passation des auto-questionnaires MBI, PSS, EEMBEPT.

- **Fin de la séance (verbalisation) (5 min)** : Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, ses impressions vis-à-vis de ce qui a été fait tout au long de ce programme.

L'animateur donne les consignes à développer seul, au quotidien.

« Au quotidien, vous pourrez continuer à retrouver les sensations de détente, bien-être que vous avez mis en mémoire en particulier lors de situation professionnelles ou lorsque vous en aurez besoin.

Vous pouvez continuer à développer les exercices de sensibilisation à la pleine conscience, dans toutes les situations. Prenez alors le temps pour vous arrêter... observer, ...écouter et toucher de la même manière que dans l'exercice découvert en début de séance... L'exercice de la marche peut aussi être fait n'importe où, que vous soyez en ville ou à la campagne, dans un jardin ou sur une rue très fréquentée. »

Références bibliographiques :

Choque, S., & Choque, J. (2007). *Soignants stress, apprendre à le gérer* (2e édition).

Rueil-Malmaison : Lamarre.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress.

Journal of Health and Social Behavior, 24(4), 385-396.

Fromage B. (2011). *L'Épreuve des Trois Arbres*. Paris : In Press.

Fromage, B. (2012). *Le bilan psychologique à l'aide de l'Épreuve des Trois Arbres, manuel d'utilisation*, Paris : Eurotest Edition.

Fromage, B., & Ferrand, C. (2013), Auxine, un autre regard sur la démence, une autre pratique. Dans Fernandez, L. & Sagne, A. *Psychologie clinique du vieillissement : 15 études de cas*. Paris : In Press

Gilbert, M. H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 61(4), 195-203. [doi:10.1016/j.erap.2011.09.001](https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.09.001)

- James, I., & Stephenson, M. (2007). Behaviour that challenges us: the newcastle support model. *Journal of dementia care, 15 (5)*, 19-22.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness*. Bruxelles : De Boeck.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The Maslach Burn-Out Inventory. Research Edition*, Palo-Alto : CA, Consulting Psychologists Press.
- Schultz J.H., (1958). *Le Training Autogène*. Paris: PUF.

Annexe 2

PROTOCOLE CONTRÔLE FORMATION, INFORMTATION ET SENSIBILISATION

Introduction :

Le programme contrôle de type « Formation, Information et Sensibilisation » (FIS) reprend le type d'accompagnement des professionnels le plus proposé en EHPAD. Il est constitué de 12 séances hebdomadaires et suit un déroulé pédagogique souvent respecté dans la formation des soignants en EHPAD. Les premières séances sont consacrées au fonctionnement de la mémoire et aux symptômes cognitifs du vieillissement normal et pathologique. Nous abordons ensuite les symptômes psycho-comportementaux de la démence et les manières d'y répondre. On retrouve ce déroulé notamment dans le cahier des charges national relatif à la formation des aidants familiaux (Circulaire NDGCS/SD3/3A, 2011). Les 3 séances suivantes permettent d'aborder un des troubles les plus rencontré en EHPAD : la dépression. Par la suite, les séances peuvent être construites autour d'outils et contenus théoriques proposés en fonction des connaissances et des compétences du psychologue : les soins palliatifs, le deuil et les situations de fin de vie, les troubles psychiatriques, la communication avec les personnes désorientées ou encore les techniques de communication non verbales et non violentes (Rosenberg, 2005). Les outils de sensibilisation et formation des professionnels en EHPAD « Mobiquial : Mobilisation pour la Qualité des pratiques professionnelles » (Mobiquial, 2010) peuvent servir de support et de ressources pour construire ces séances parmi les 7 thématiques proposées : la maladie d'Alzheimer, la bientraitance, la dépression, la douleur, la nutrition, les risques infectieux et les soins palliatifs.

La mise en place de ce groupe contrôle nécessite une salle fermée, assez grande pour contenir un groupe de personnes assises en cercle autour d'une table. L'animateur devra également se munir d'un ordinateur afin de projeter les diaporamas pédagogiques aux participants ainsi que d'un tableau blanc et des crayons de types marqueurs effaçables. Enfin, des supports tels que des feuilles A0, peuvent être utiles pour garder une trace de certains contenus ou réflexions d'équipes.

Population : professionnels participant à la prise en soin de la personne âgée en EHPAD, toutes professions confondues. Groupes allant de 3 à 8 personnes volontaires.

Animateur : psychologue.

Matériel : Salle fermée, assez grande pour un groupe de personnes installées autour d'une table.

Paperboard ou tableau véléda, crayons.

Ordinateur et projecteur.

Séances : 12 séances hebdomadaires de 1h.

Mesures : Ce protocole est évalué par trois auto-questionnaires : l'inventaire d'épuisement professionnel : Malasch Bunout Inventory (MBI) de Malasch et Jackson (1981), l'échelle d'évaluation du Stress Perçu : Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, Kamarck et Mermelstein, (1983) et l'Echelle de Mesure des Manifestations du Bien-être Psychologique au Travail (EMMBEPT) de Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie (2011). Un temps est prévu pour que les participants remplissent ces questionnaires lors de la première et dernière séance.

Plan détaillé du protocole :

Un document d'information est donné à tous les salariés (cf annexe). Il reprend le but et le déroulement du protocole ainsi que ses avantages, ses contraintes, des informations sur l'utilisation des données personnelles et le consentement des participants. Le recrutement des participants se fait sur la base du volontariat.

Séance 1 :

Matériel : Lors de cette première séance, les participants peuvent tout d'abord être assis autour d'une table lors du temps de réponse aux questionnaires.

L'animateur doit se munir d'un nombre suffisant de questionnaires MBI, PSS et EMMBEPT. Il aura également besoin d'une tableau véléda ou paper board, de crayons et d'un projecteur.

La première séance permet de prendre contact avec le groupe, d'entendre leurs besoins en terme de formation, de leur présenter le déroulement des séances et de commencer l'apport de connaissance sur le fonctionnement de la mémoire.

- **Présentations (5 min) :** de l'animateur et des participants.

- **Verbalisation (5 min)** sur les attentes de chacun et représentations qu'ils se font du programme.

Les participants sont invités à interrompre les explications données dès qu'ils le souhaitent pour poser des questions et partager leurs expériences. Les temps de verbalisation sont à adapter en fonction du groupe et du déroulement de la séance.

- **Présentation générale du programme (5 min)** : *« Après avoir répondu à des questionnaires sur le bien-être, le stress et l'épuisement au travail, nous allons démarrer un programme de formation, information et sensibilisation sur différents thèmes en lien avec votre pratique professionnelle. Les 5 premières séances seront consacrées au fonctionnement de la mémoire et aux symptômes cognitifs du vieillissement normal et pathologique. Nous abordons ensuite les troubles du comportement dans la démence et les manières d'y répondre. Les 3 séances suivantes permettent d'aborder un trouble souvent rencontré en EHPAD : la dépression. Ensuite, les séances seront construites selon vos besoins autour d'outils et contenus théoriques que je suis en capacité de vous transmettre : les soins palliatifs, le deuil et les situations de fin de vie, les troubles psychiatriques, la communication avec les personnes désorientées ou encore les techniques de communication non verbales et non violentes (Rosenberg, 2005). Nous nous appuyerons sur les « Mobiquat : Mobilisation pour la Qualité des pratiques professionnelles. Lors de la dernière séance je vous proposerai une nouvelle fois les questionnaires que vous allez remplir. »*

- **Rappeler les règles du groupe (5 min)** : discrétion/confidentialité, la parole est écoutée, respectée et non hiérarchisée.

L'animateur peut à ce moment recueillir l'éventuelle présence de douleurs corporelles chez les participants empêchant certains mouvements ou positions.

- **Temps pour répondre aux questionnaires (20 min)** : L'animateur propose un temps de recentration et d'imagerie mentale sur ce qu'ils vivent au travail depuis les trois derniers mois avant de débiter les auto-questionnaires :

« Êtes-vous installés confortablement ? (Attendre que les personnes se repositionnent éventuellement). Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général... depuis les trois derniers mois... A ce que vous vivez actuellement... en vous... peut-être même sans jamais y penser... Des images... peuvent surgir avec des sensations diverses... des sentiments... des souvenirs, des idées peut-être

aussi... ou des rêves... Naturellement... vous laissez venir... pour simplement réaliser... à votre manière... les questionnaires suivant. »

Passation des auto-questionnaires : MBI, PSS, EEMBEPT.

- **Formation, Information, Sensibilisation, La Mémoire (20 min) :**

La Mémoire



Formation, Information et Sensibilisation
EHPAD ...
Mathilde CHAGNEAU

L'imaginaire de la mémoire

- Que sait-on?
- A quoi ça sert?
- Comment on s'en sert?
- Une ou plusieurs mémoires?



Les participants sont invités à faire un brainstorming sur ce qu'ils savent de la Mémoire et de son fonctionnement.

La Mémoire, une fonction cognitive

- En psychologie cognitive la mémoire est considérée comme :

« Une fonction cognitive »

Mais qu'est-ce que c'est?

La cognition



- La cognition c'est :

l'ensemble des processus mentaux qui permettent la connaissance : mémoire, langage, calcul, raisonnement, apprentissage, résolution de problèmes, prise de décision, perception, attention... La psychologie cognitive étudie la cognition

Les Mémoires

- On distingue plusieurs mémoires :
 - Mémoire à court terme
 - Mémoire à long terme
 - Mémoire épisodique
 - Mémoire sémantique
 - Mémoire procédurale
 - Mémoire affective
 - Mémoire prospective....
-

- **Fin de la séance :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Donner les consignes : « *Pendant cette semaine, vous serez attentifs à vos besoins en terme de formation lorsque vous serez en situation.* »

Séance 2 :

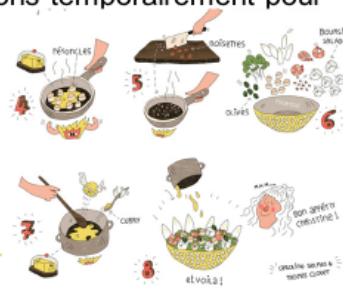
Matériel : Les participants peuvent être assis autour d'une table lors du temps de réponse aux questionnaires.

L'animateur doit se munir d'un nombre suffisant de questionnaires MBI, PSS et EMMBEPT. Il aura également besoin d'une tableau véléda ou paper board, de crayons et d'un projecteur.

- **Salutations (10 min) :** prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Ont-ils ressenti des manques en terme de formation ces derniers jours ?
- **Formation, Information, Sensibilisation, La Mémoire (45min) :**

La Mémoire à Court Terme

- La Mémoire à court terme (ou Mémoire de travail ou Mémoire primaire) :
- Stocker les informations temporairement pour réaliser une tâche.
- Ses capacités sont Limitées.



La Mémoire à Long Terme

- La Mémoire à long terme ou Mémoire secondaire :
- C'est la Mémoire à proprement parler.
- On y stocke les informations dont on veut se souvenir.
- Elle contient les autres mémoires.



La Mémoire Autobiographique

- La Mémoire Autobiographique ou mémoire épisodique :
 - les souvenirs personnels, les moments vécus...
 - Tout ce dont on se souvient personnellement.



La Mémoire Sémantique

- La Mémoire Sémantique :
 - C'est la mémoire des connaissances générales que l'on a sur le monde et sur nous-mêmes.



La Mémoire Procédurale

- La Mémoire procédurale :
 - la mémoire des savoir-faire et des automatismes. Elle ne demande que très peu de ressources attentionnelles
 - relativement bien préservée dans la maladie d'Alzheimer.



La Mémoire Emotionnelle

- La Mémoire émotionnelle ou mémoire affective
- Se rappeler du vécu positif ou négatif
- Elle est présente dans toutes les mémoires.
- Reste la moins atteinte dans les maladies neurodégénératives



Pour chaque type de mémoire, le psychologue donne des exemples de fonctionnement normal de la mémoire et de troubles du fonctionnement en cas de pathologie. Les exemples peuvent être tirés de sa pratique. Les participants sont invités à partager également des exemples de situations rencontrées au cours de leurs expériences professionnelles.

Des extraits vidéo tirés des de la mallette Mobiquat « La maladie d'Alzheimer », peuvent également être visionnés pour illustrer les explications.

- **Fin de la séance** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Donner les consignes : « *Pendant cette semaine, vous serez attentifs à vos besoins en terme de formation. Vous serez également attentifs aux situations illustrant les thèmes abordés en séances.* »

Séance 3 :

Matériel : Idem séance 2.

- **Salutations (10 min)** : prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Ont-ils ressenti des manques en terme de formation ces derniers jours ? Ont-ils observé des situations illustrant les thèmes abordés en séances ?
- **Formation, Information, Sensibilisation, le fonctionnement normal et pathologique de la mémoire (45min)** :

Vieillesse et troubles de la mémoire

- Les démences :
 - Ne sont pas des maladies mais des syndromes : un ensemble de signes.
 - On emploie ce mot sans connotation péjorative mais il est très chargé symboliquement.
-

Les démences

- Démence de type Alzheimer
 - Démence vasculaire
 - Démence Fronto-temporales
 - Démence à corps de Lewy
 - Démence ...
-

La démence de type Alzheimer

- altération **progressive** de la **mémoire** et de l'idéation (pensée)
- **handicape** les activités de la vie de tous les jours
- depuis au moins **6 mois**
- accompagné d'un trouble **d'au moins une des fonctions suivantes** : langage, calcul, jugement, personnalité, pensée abstraite, praxies (capacités à réaliser des gestes volontaires), gnosies (perceptions visuelles ou toutes autres modalités sensorielles).
- C'est une maladie neurodégénérative : détérioration, perte progressive des neurones.



La démence de type Alzheimer

- **La plus fréquente des démences** chez les personnes âgées : 65% des cas concernés;
 - La maladie d'Alzheimer touche :
 - 1% des 65 – 69 ans;
 - 20% des 85 – 89 ans;
 - 40% des 90-95 ans.
-

Les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer

- 3 phases :
 - **Phase précoce** : oublis qui paraissent « normaux », se répète, radote.
 - **Phase modérée** : difficultés dans la vie quotidienne, désorientée, reconnaît mal ses amis, oublie des événements de la journée.
 - **Phase terminale** : ne fixe plus l'information, oublie à mesure, ne reconnaît plus ses proches, fabule, incohérente.



Au début de la maladie :

Troubles de la **Mémoire autobiographique**.

- Les souvenirs anciens sont mieux préservés, La personne âgée se réfugie dans son passé.
-

Avec la progression

Troubles de la **mémoire sémantique**

- le discours se vide, les mots sont moins précis, et progressivement, l'information n'est plus récupérable.



■ pie oiseau bête machin

Le psychologue donne des exemples de fonctionnement normal de la mémoire et de troubles du fonctionnement en cas de pathologie. Les exemples peuvent être tirés de sa pratique. Il rappelle régulièrement aux participants qu'ils peuvent intervenir pour des questions ou échanges au sujet de leur pratique. Les participants sont invités à partager également des exemples de situations rencontrées au cours de leurs expériences professionnelles.

Des extraits vidéo tirés des de la mallette Mobiquat « La maladie d'Alzheimer », peuvent également être visionnés pour illustrer les explications.

- **Fin de la séance** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Donner les consignes : « *Pendant cette semaine, vous serez attentifs à vos besoins en terme de formation. Vous serez également attentifs aux situations illustrant les thèmes abordés en séances.* »

Séance 4 :

Matériel : Idem.

- **Salutations (10 min)** : prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Ont-ils ressenti des manques en terme de formation ces derniers jours ? Ont-ils observé des situations illustrant les thèmes abordés en séances ?
- **Formation, Information, Sensibilisation, le fonctionnement normal et pathologique de la mémoire (45min)** :

Que faire?

- Attention : observer les individus au travers de tests souvent éloignés de la vie quotidienne.
- nous utilisons le canal verbal.
- Pourtant, les rappels peuvent s'avérer différents lorsque nous passons par d'autres canaux comme les sensations, le son, les gestes ou les odeurs.



La mémoire procédurale

- La **mémoire procédurale** relativement préservée
- Parfois il est toujours possible pour une personne malade de faire une action quand elle ne sait plus la décrire.
- continuer à exécuter des actions qu'elle a automatisées au cours de sa vie.
- chanter une chanson familière lorsqu'elle ne sait plus qu'elle la connaît. On sait également que les personnes atteintes de démence peuvent faire de nouveaux apprentissages implicitement et apprendre de nouvelles chansons.



La mémoire émotionnelle

- La mémoire des émotions est la mieux préservée.



- La personne ne reconnaît pas son mari mais elle le suit et veut partir avec lui.



- La personne ressent le plaisir et déplaisir et se souviendra de l'émotion d'un bon moment passé dans une salle, avec un visage...

Atteintes du langage et troubles de la communication

- 85% des malades d'Alzheimer ont des troubles du langage plus ou moins sévères.
 - L'évolution des troubles du langage se fait en plusieurs étapes :
 - **Au début** : un manque du mot. Cherche ses mots et les trouve après un temps de latence.
 - **2/3 ans de maladie** : manque du mot plus marqué, langage appauvri. Ex : utilise le mot « bête » pour désigner tous les animaux.
-

Atteintes du langage et troubles de la communication

- **3 à 5 ans de maladie** : communication réduite, automatismes langagiers, stéréotypes. La qualité des échanges diminue et la compréhension du langage n'est pas parfaite.
- **5 ans de maladie** : troubles de la compréhension sévères. stéréotypies verbales et automatismes.



Conséquences :



- **« Le bon malade »** : se tait, apathique, dort toute la journée. Le patient ne parle plus, ne communique plus car chaque tentative de communication le met en échec.
 - **« Le mauvais malade »** : La sensation de ne plus être compris va alors générer résistance et agressivité. Enoncer une phrase bien construite, sans employer les mots adaptés. N'a pas forcément conscience de l'incompréhensibilité des propos. Face à une absence de réponse ou des réponses inadaptées de la part de l'entourage, le désarroi peut laisser place à la colère et entraîner des troubles du comportement.
-

Pour que les relations avec les autres soient perçues comme positives :



- Lorsque la personne pose des questions de façon répétitives, cela ne sert à rien de lui dire « je vous l'ai déjà dit »
- Ne pas poser de question dont on sait qu'elles sont inutiles « vous n'avez quand même pas oublié le noms de vos petits enfants? »
- Quand la personne parle sans que nous comprenions ce qu'elle nous dit, écoutez la en manifestant notre présence par des « tiens, ah bon »

Le psychologue donne des exemples de fonctionnement normal de la mémoire et de troubles du fonctionnement en cas de pathologie. Les exemples peuvent être tirés de sa pratique. Les participants sont invités à partager également des exemples de situations rencontrées au cours de leurs expériences professionnelles.

Des extraits vidéo tirés des de la mallette Mobiquat « La maladie d'Alzheimer », peuvent également être visionnés pour illustrer les explications.

- **Fin de la séance** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Donner les consignes : « *Pendant cette semaine, vous serez attentifs à vos besoins en terme de formation. Vous serez également attentifs aux situations illustrant les thèmes abordés en séances.* »

Séances 5 :

Matériel : Idem.

- **Salutations (10 min)** : prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Ont-ils ressenti des manques en terme de formation ces derniers jours ? Ont-ils observé des situations illustrant les thèmes abordés en séances ?
- **Formation, Information, Sensibilisation, Les troubles psycho comportementaux et les manières d'y répondre (45min)** :

Troubles de la reconnaissance (agnosie)

- Quand la personne utilise un objet par erreur, lui donner le bon sans commentaire
- Préciser quand vous lui donnez l'objet à quoi il va servir



Troubles du langage



- Dès que vous avez compris le message de la personne, reformulez verbalement, cela lui donnera le sentiment que vous lui avez prêté de l'attention (synthétiser ce qui vient d'être dit)
- Se placer face à la personne
- Accepter qu'il y a des jours avec paroles et d'autres sans
- Attention: la personne est présente à tout moment
- La personne ne comprend pas la même chose mais entend les mêmes mots

Troubles des gestes (apraxies)

- Relier les gestes et leur signification. « je prends le dessert pour vous le donner »
- Décoder les gestes de la personne, certaines vont prendre un verre pour signifier qu'elles ont soif par exemple.



Déambulation



- La déambulation en permanence entraîne transpiration et soif
- Sortir avec la personne et aller marcher (quand c'est possible, à inclure dans une animation)
- Éviter de raisonner la personne, proposer une activité dérivative

Troubles de la compréhension

- Observer le comportement verbal et non verbal de la personne
- Essayer de comprendre les émotions exprimées par la personne
- Isoler les mots clés
- Choisir les moments adaptés pour faire passer des messages



Troubles de la compréhension

- Parler toujours d'un ton calme avec des gestes appropriés
- Utiliser le nom de la personne et se nommer
- Livrer un seul message à la fois
- Utiliser des phrases simples et courtes



Troubles de la compréhension

- Répéter avec les mêmes mots et reformuler s'il y a lieu
- Ramener l'attention sur l'action en cours
- Utiliser les rituels sociaux, poignée de main
- Compléter au besoin les propos par des gestes ou des objets pour illustrer
- Décomposer l'action en plusieurs petites étapes



Le psychologue donne des exemples tirés de sa pratique. Il rappelle régulièrement aux participants qu'ils peuvent intervenir pour des questions ou échanges au sujet de leur pratique. Les participants sont invités à partager également des exemples de situations rencontrées au cours de leurs expériences professionnelles.

Des extraits vidéo tirés des de la mallette Mobiquat « La maladie d'Alzheimer », peuvent également être visionnés pour illustrer les explications.

- **Fin de la séance** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Donner les consignes : « *Pendant cette semaine, vous serez attentifs à vos besoins en terme de formation. Vous serez également attentifs aux situations illustrant les thèmes abordés en séances.* »

Séance 6 :

Matériel : Idem.

- **Salutations (10 min)** : prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Ont-ils ressenti des manques en terme de formation ces derniers jours ? Ont-ils observé des situations illustrant les thèmes abordés en séances ?
- **Présentation du changement de thème (5min)** : « *Les 3 séances suivantes permettent d'aborder un trouble souvent rencontré en EHPAD : la dépression. Nous allons évoquer les généralités sur la dépression puis nous présenterons les différentes formes de dépression chez la personne âgée. Ensuite, nous les techniques d'évaluation et d'accompagnement de cette pathologie, les risques suicidaires ainsi que les manières d'y répondre.* »

- **Formation, Information, Sensibilisation, La Dépression (45min) :**

Dépression et symptômes dépressifs chez le sujet âgé



La dépression

- Trouble pathologique de l'humeur :

1

- Tristesse durable
- Perte de l'élan vital
- Perte d'intérêt et de plaisir

2

- Symptômes cognitifs
- Symptôme affectifs
- Symptômes comportementaux
- Symptômes physiques

Les dépressions

- On distingue l'épisode dépressif majeur et le trouble dépressif mineur.
- Attention la différence n'existe pas en terme de sévérité mais en nombre de symptômes.
- Attention le trouble dépressif mineur représente 2/3 des dépressions chez le sujet âgé.

Généralités

- Le problème de santé mentale le plus commun chez le sujet âgé
 - Diminue la durée de vie
 - Cause de dépendance
 - Risque important de passage à l'acte suicidaire.
 - 60 à 70% des dépressions chez le sujet âgé sont négligées, méconnues ou mal traitées.
-

Les états dépressifs du sujet âgé

- Chez la personne âgée, l'humeur dépressive et la tristesse ne sont pas forcément exprimées lors d'une dépression et d'autres symptômes peuvent rester au premier plan.
-

Les états dépressifs du sujet âgé

- La dépression masquée :
 - La plainte somatique s'exprime avant la tristesse (fatigues, douleurs rebelles, douleurs diffuses, troubles mnésiques et troubles du sommeil).
 - 60% des patients âgés déprimés expriment des plaintes somatiques.
 - La souffrance psychologique est alors méconnue et un interrogatoire précis doit rechercher les signes de dépression.
-



Ce diaporama est inspiré des outils de la mallette Mobiqua « La dépression chez la personne âgée en EHPAD. » Les supports et outils de cette mallette peuvent être utilisés. Le psychologue donne des exemples tirés de sa pratique. Il rappelle régulièrement aux participants qu'ils peuvent intervenir pour des questions ou échanges au sujet de leurs expériences. Les participants sont invités à partager également des exemples de situations rencontrées au cours de leurs expériences professionnelles.

- **Fin de la séance** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Donner les consignes : « *Pendant cette semaine, vous serez attentifs à vos besoins en terme de formation. Vous serez également attentifs aux situations illustrant les thèmes abordés en séances.* »

Séance 7 :

Matériel : Idem.

- **Salutations (10 min)** : prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Ont-ils ressenti des manques en terme de formation ces derniers jours ? Ont-ils observé des situations illustrant les thèmes abordés en séances ?
- **Formation, Information, Sensibilisation, La Dépression (45min)** :

Les états dépressifs du sujet âgé

- La dépression hostile:
 - Irritabilité ou agressivité, opposition, hostilité.
 - Attention, penser à l'éventualité d'une dépression lors d'un changement important de comportement.

Les états dépressifs du sujet âgé

- La dépression anxieuse:
 - La personne exprime son anxiété au premier plan.
 - Deux formes : inhibition de l'action ou agitation anxieuse voire confuse.
-

Les états dépressifs du sujet âgé

- La dépression délirante:
 - L'arrivée du délire doit faire rechercher un état dépressif.
 - Délire au premier plan (idées d'incurabilité, de ruine, persécution...). Les thèmes du délire sont négatifs et tristes.
-

Les états dépressifs du sujet âgé

- La dépression mélancolique:
 - Symptômes sévères avec prostration, mutisme OU agitation et troubles important du caractère. Pessimisme, idée d'incurabilité, de ruine voire syndrome de Cotard.
 - Attention c'est une urgence thérapeutique car conséquences somatiques et risque suicidaire élevé. Souvent nécessaire d'hospitaliser.
 - Peut prendre la forme d'un refus de s'alimenter, se lever, de communiquer.



Les états dépressifs du sujet âgé

- La dépression à début tardif :
 - Chez les plus de 60 ans
 - Ralentissement psychomoteur, perte d'auto jugement des problèmes, troubles cognitifs (+dans le raisonnement et jugement).
 - C'est un facteur de risque vers la maladie d'Alzheimer.
 - Forme particulière aussi de dépression vasculaire associée aux maladies vasculaires.
 - Un état dépressif tardif avec troubles cognitifs doit faire rechercher une démence débutante.

Comment différencier, repérer ??

- ? Vieillesse normale et dépression ?
- ? Troubles cognitifs et dépression ?
- ? Deuil et dépression ?
- ? Apathie et dépression ?
- ? Alcool et dépression ?
- ? Médicaments et dépression ?



Le psychologue rappelle régulièrement aux participants qu'ils peuvent intervenir pour des questions ou échanges au sujet de leurs expériences. Les participants sont invités à partager également des exemples de situations rencontrées au cours de leurs expériences professionnelles.

- **Fin de la séance :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Prendre le temps de s'accorder avec les participants sur les thèmes choisis pour construire les 4 dernières séances.
Donner les consignes : « *Pendant cette semaine, vous serez attentifs à vos besoins en terme de formation. Vous serez également attentifs aux situations illustrant les thèmes abordés en séances.* »

Séances 8 :

Matériel : Idem.

- **Salutations (10 min) :** prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Ont-ils ressenti des manques en terme de formation ces derniers jours ? Ont-ils observé des situations illustrant les thèmes abordés en séances ?
- **Formation, Information, Sensibilisation, La Dépression (45min) :**

Repérer la dépression

MINI GDS ⁽¹²⁾			
	Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.		
1	Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3	Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4	Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
COTATION			
Question 1	oui : 1	non : 0	• Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression. • Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.
Question 2	oui : 1	non : 0	
Question 3	oui : 0	non : 1	
Question 4	oui : 1	non : 0	

Evaluation du risque suicidaire

- Attention suicide de 70/100 000 habitant en France chez les plus de 75 ans. (49/100 000 en Allemagne; 34/100 000 Pays du nord; 27/100 000 EU)
- Suicide chez la personne âgée est préparé avec soin et déterminé, moyens radicaux.
- Taux de tentatives qui diminuent avec l'âge mais les réussites augmentent : 30% de décès après 65 ans et 100% chez les hommes de plus de 85 ans.

Évaluation du risque suicidaire

- Rechercher si la personne a envisagé un scénario suicidaire, à quelle échéance, et si les moyens envisagés sont à sa portée (dangerosité suicidaire)

GRADUATION DES IDÉES DE MORT TM	
1	Flashes suicidaires
2	Pensées suicidaires occasionnelles
3	Pensées suicidaires fréquentes
4	Planification du suicide en cours
5	Planification complète, mais au delà de 48 h
6	Planification complète dans les 48 h
7	Planification complète
8	Tentative effectuée
9	Décès

Evaluer le risque suicidaire et réagir

- Oser et savoir parler de la mort avec la personne âgée.
- Ne pas nier le discours : « ne dites pas ça!, la vie est belle!, il faut pas penser à ça! »
- Mais plutôt reformuler et aider la personne à exprimer son ressenti : « vous vous sentez découragé? Vous ne voyez pas d'issue? »
- Evaluer les facteurs de risque, l'urgence et la dangerosité suicidaire.

Comment accompagner?



- **Comportements à privilégier au quotidien**
 - Reconnaître l'existence de la tristesse de la personne, utiliser la reformulation, validation des émotions.
 - Adopter une attitude bienveillante
 - Privilégier l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne
 - Valoriser la participation aux actes de la vie quotidienne, aux ateliers, activités
 - **Puis : Mettre en avant les aspects positifs d'une situation**
 - Ne pas entretenir ses idées noires et ruminations
 - Discuter avec la personne des visites qu'elle a reçues

Comment accompagner?

À NE PAS FAIRE

- **Ne jamais forcer la personne à accomplir un geste ou à participer à une activité**
 - Ne pas solliciter de façon incessante
 - Ne pas aller trop vite, ni faire ou proposer plusieurs choses à la fois
- **Ne pas faire la morale à la personne, ne pas lui faire de remarques humiliantes ni du chantage**
 - Pas d'abus de pouvoir, de réprimande, de ton autoritaire
 - Pas d'infantilisation
- **Ne pas laisser la personne seule dans sa chambre, dans l'obscurité**
 - Ne pas laisser la personne s'ennuyer
- **Ne pas tout faire à sa place**
- **Ne pas tenir des discussions anxiogènes**

Le psychologue rappelle régulièrement aux participants qu'ils peuvent intervenir pour des questions ou échanges au sujet de leurs expériences. Les participants sont invités à partager également des exemples de situations rencontrées au cours de leurs expériences professionnelles.

- **Fin de la séance** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Prendre le temps de s'accorder avec les participants sur les thèmes choisis pour construire les 4 dernières séances. Donner les consignes : « *Pendant cette semaine, vous serez attentifs à vos besoins en terme de formation. Vous serez également attentifs aux situations illustrant les thèmes abordés en séances.* »

Séance 9, 10, 11 :

Matériel : Idem.

- **Salutations (10 min)** : prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Ont-ils ressenti des manques en terme de formation ces derniers jours ? Ont-ils observé des situations illustrant les thèmes abordés en séances ?

- **Présentation du changement de thème (5min) :** *Ces 4 dernières séances ont été pensées avec vous et construites selon vos besoins autour d'outils et contenus théoriques demandés. »*

- **Formation, Information, Sensibilisation (45min) :**
 Le psychologue a préalablement préparé des supports et contenus en fonction des demandes des participants et de ses propres ressources. La liste, non exhaustive des thèmes éventuels peut être : l'accompagnement de fin de vie, le deuil, les troubles psychiatriques, la communication avec les personnes désorientées ou encore les techniques de communication non verbales et non violentes (Rosenberg, 2005)...

Le psychologue rappelle régulièrement aux participants qu'ils peuvent intervenir pour des questions ou échanges au sujet de leurs expériences. Les participants sont invités à partager également des exemples de situations rencontrées au cours de leurs expériences professionnelles.

- **Fin des séances :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous.
 Donner les consignes : *« Pendant cette semaine, vous serez attentifs à vos besoins en terme de formation. Vous serez également attentifs aux situations illustrant les thèmes abordés en séances. »*

Séance 12 :

Matériel : Idem.

- **Salutations (10 min) :** prise de contact et de nouvelles ; comment se sentent les participants ? Ont-ils ressenti des manques en terme de formation ces derniers jours ? Ont-ils observé des situations illustrant les thèmes abordés en séances ?

- **Introduction :** *« Aujourd'hui, nous allons terminer ces temps de formation que nous avons passés ensemble depuis 12 semaines. A la fin de la séance, nous prendrons un temps pour répondre aux questionnaires sur le bien-être, le stress et l'épuisement au travail. »*

- **Formation, Information, Sensibilisation (15 min).**

- **Temps pour répondre aux questionnaires (20 min) :** L'animateur propose un temps de recentration et d'imagerie mentale sur ce qu'ils vivent au travail depuis les trois derniers mois avant de débiter les auto-questionnaires :

« *Etes-vous installés confortablement ? (Attendre que les personnes se repositionnent éventuellement) ... Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général ...depuis les trois derniers mois... A ce que vous vivez actuellement... en vous... peut-être même sans jamais y penser...des images...peuvent surgir avec des sensations diverses... des sentiments...des souvenirs, des idées peut-être aussi...ou des rêves...naturellement...vous laissez venir...pour simplement réaliser... à votre manière...les questionnaires suivant. »*

Passation des auto-questionnaires MBI, PSS, EEMBEPT.

- **Fin de la séance (verbalisation) (5 min) :** Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, ses impressions vis-à-vis de ce qui a été fait tout au long de ce programme.

Références bibliographiques :

Direction Générale de la Cohésion Sociale. (2011). *Circulaire DGCS/SD3/3A n° 2011-111 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure 2), Annexe I.* Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-06/ste_20110006_0100_0166.pdf

Feil, N. (2005). *Validation : la méthode de Naomie Feil.* Paris : Broché.

Rosenberg, M. (2005). *Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) Introduction à la communication non violente.* Paris : La Découverte.

SFGG. (2016). *Mobiqual, Améliorer la Qualité du services rendu en établissements et services médico-sociaux.* Repéré à <http://www.mobiqual.org/qui-sommes-nous/>

PROTOCOLE CONTRÔLE : GROUPE DE PAROLE

Introduction :

Le protocole du programme de soutien de type « groupe de parole » peut seulement être décrit dans ses lignes principales puisque ce sont les professionnels qui apportent les sujets abordés en séances et que ceux-ci sont toujours différents selon les équipes. L'annexe de la circulaire de la direction générale de la santé du 30 mars 2005 propose des modalités d'organisation des groupes de parole en soutien aux aidants de malades d'Alzheimer.

Population : professionnels participant à la prise en soin de la personne âgée en EHPAD, toutes professions confondues. Groupes allant de 3 à 8 personnes volontaires.

Animateur : psychologue.

Matériel : Salle fermée, assez grande pour un groupe de personnes installées éventuellement autour d'une table.

Paperboard ou tableau véléda, crayons.

Ordinateur et projecteur.

Séances : 12 séances hebdomadaires de 1h.

Mesures : Ce protocole est évalué par trois auto-questionnaires : l'inventaire d'épuisement professionnel : Malasch Bunout Inventory (MBI) de Malasch et Jackson (1981), l'échelle d'évaluation du Stress Perçu : Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, Kamarck et Mermelstein, (1983) et l'Echelle de Mesure des Manifestations du Bien-être Psychologique au Travail (EMMBEPT) de Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie (2011). Un temps est prévu pour que les participants remplissent ces questionnaires lors de la première et dernière séance.

Plan détaillé du protocole :

Un document d'information est donné à tous les salariés ([cf annexe](#)). Il reprend le but et le déroulement du protocole ainsi que ses avantages, ses contraintes, des informations sur l'utilisation des données personnelles et le consentement des participants. Le recrutement des participants se fait sur la base du volontariat.

Séance 1 :

- **Matériel** : Lors de cette première séance, les participants peuvent tout d'abord être assis autour d'une table lors du temps de réponse aux questionnaires. Le psychologue doit se munir d'un nombre suffisant de questionnaires MBI, PSS et EMMBEPT. Il doit également posséder des connaissances et compétences dans l'animation et la dynamique des groupes.

La première séance permet de prendre contact avec le groupe, d'entendre leurs besoins en terme de formation, de leur présenter le déroulement des séances et de commencer le soutien de type « groupe de parole ».

- **Présentations (5 min)** : de l'animateur et des participants.
- **Verbalisation (5 min)** sur les attentes de chacun et représentations qu'ils se font du programme.
- **Présentation générale du programme (5 min)** : *« Après avoir répondu à des questionnaires sur le bien-être, le stress et l'épuisement au travail, nous allons démarrer un programme de soutien de type « groupe de parole ». Tout au long des séances, vous serez amenés à vous exprimer librement sur vos expériences professionnelles ou sur votre vécu, votre ressenti vis-à-vis des accompagnements ou sur les difficultés rencontrées au travail. »*
- **Rappeler les règles du groupe (5 min)** : discrétion/confidentialité, la parole est écoutée, respectée et non hiérarchisée, Blondeau (2004).
L'animateur peut à ce moment recueillir l'éventuelle présence de douleurs corporelles chez les participants empêchant certains mouvements ou positions.
- **Temps pour répondre aux questionnaires (20 min)** : L'animateur propose un temps de recentration et d'imagerie mentale sur ce qu'ils vivent au travail depuis les trois derniers mois avant de débiter les auto-questionnaires :
« Êtes-vous installés confortablement ? (Attendre que les personnes se repositionnent éventuellement). Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général... depuis les trois derniers mois... A ce que vous vivez actuellement... en vous... peut-être même sans jamais y penser... Des images... peuvent surgir avec des sensations diverses... des sentiments... des souvenirs, des idées peut-être aussi... ou des rêves... Naturellement... vous laissez venir... pour simplement réaliser... à votre manière... les questionnaires suivant. »

Passation des auto-questionnaires : MBI, PSS, EEMBEPT.

La première séance peut être consacrée à recueillir les demandes et thèmes que les participants souhaitent aborder pendant le programme.

Le psychologue régule les interactions, relance et questionne le groupe à l'aide de ses connaissances et de ses compétences en psychologie ainsi qu'en dynamique de groupe.

- **Fin des séances** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous.

Séance 2 à 11 :

- **Matériel** : Pour les séances 2 à 11, les participants peuvent être installés assis, en cercle autour d'une table mais celle-ci n'est pas nécessaire. Les séances sont organisées autour des thèmes et sujets abordés spontanément par les participants. Le psychologue peut rappeler, dans les grandes lignes, ce qui a été évoqué la fois précédente.

Le psychologue régule les interactions, relance et questionne le groupe à l'aide de ses connaissances et de ses compétences en psychologie ainsi qu'en dynamique de groupe.

- **Fin des séances** : rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous. Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, ses impressions vis-à-vis de la séance.

Séance 12 :

- **Matériel** :

Pour les séances 2 à 11, les participants peuvent être installés assis, en cercle autour d'une table mais celle-ci n'est pas nécessaire.

- **Introduction** : « *Aujourd'hui, nous allons terminer ces temps de parole que nous avons passés ensemble depuis 12 semaines. A la fin de la séance, nous prendrons un temps pour répondre aux questionnaires sur le bien-être, le stress et l'épuisement au travail.* »

- **Corps de la séance (35 min) :** La séance est organisée autour des thèmes et sujets abordés spontanément par les participants. Le psychologue peut rappeler, dans les grandes lignes, ce qui a été évoqué la fois précédente.
Le psychologue régule les interactions, relance et questionne le groupe à l'aide de ses connaissances et de ses compétences en psychologie ainsi qu'en dynamique de groupe.

- **Temps pour répondre aux questionnaires (20 min) :** L'animateur propose un temps de recentration et d'imagerie mentale sur ce qu'ils vivent au travail depuis les trois derniers mois avant de débiter les auto-questionnaires :

« Êtes-vous installés confortablement ? (Attendre que les personnes se repositionnent éventuellement). Et je vous demande de repenser à ce que vous vivez en ce moment... au travail et en général... depuis les trois derniers mois... A ce que vous vivez actuellement... en vous... peut-être même sans jamais y penser... Des images... peuvent surgir avec des sensations diverses... des sentiments... des souvenirs, des idées peut-être aussi... ou des rêves... Naturellement... vous laissez venir... pour simplement réaliser... à votre manière... les questionnaires suivant. »

Passation des auto-questionnaires : MBI, PSS, EEMBEPT.

La première séance peut être consacrée à recueillir les demandes et thèmes que les participants souhaitent aborder pendant le programme.

Le psychologue régule les interactions, relance et questionne le groupe à l'aide de ses connaissances et de ses compétences en psychologie ainsi qu'en dynamique de groupe.

- **Fin des séances (5min) :** rappeler la date, l'heure et le lieu du prochain rendez-vous.

Chacun peut s'exprimer s'il le souhaite sur son ressenti, ses impressions vis-à-vis du programme de soutien.

Annexe 3

PSS 14

Code du sujet

Sexe

Age

Consignes : Mettre une croix dans la case correspondant à la réponse

1 : Jamais

2 : Presque jamais

3 : Parfois

4 : Assez souvent

5 : Toujours

Au cours du dernier mois, combien de fois...	1	2	3	4	5
1...Avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?					
2...Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3...Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et stressé(e) ?					
4...Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
5... Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
6...Vous êtes-vous senti(e) confiant (e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					
7...Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
8...Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
9... Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
10... Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					
11...Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) à penser des choses que vous deviez mener à bien ?					
12...Vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?					
13... Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					
14...Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à tel point que vous ne pouviez les contrôler ?					

Annexe 4

MBI

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

0 Jamais 1 Quelques fois par année, au moins 2 Une fois par mois, au moins 3 Quelques fois par mois 4 Une fois par semaine 5 Quelques fois par semaine 6 Chaque jour

ITEM	FRÉQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon Travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de Travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse Émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon Travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

Annexe 5 EMMBEPT

Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous vivez dans votre milieu de travail depuis les trois derniers mois.

	Jamais 0	Rarement 1	La moitié du temps 2	Fréquemment 3	Presque toujours 4
1 Je suis satisfait de mes réalisations, fier.					
2 Je suis fonceur, j'entreprends plein de choses.					
3 Je me sens équilibré émotionnellement.					
4 Je me sens aimé et apprécié.					
5 J'ai des buts, des ambitions.					
6 J'ai le goût de pratiquer loisirs et activités hors travail.					
7 J'ai facilement un beau sourire.					
8 Je suis égal à moi-même, naturel.					
9 J'ai une bonne écoute pour mes collègues.					
10 Je suis curieux, je m'intéresse à toutes sortes de choses.					
11 Je trouve mon travail excitant et j'ai envie d'en profiter.					
12 Ma vie est bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles.					
13 Je suis plutôt calme, posé.					
14 Je trouve facilement des solutions à mes problèmes.					
15 Je suis en bon terme avec mes collègues.					
16 Je travaille avec modération, j'évite les excès.					
17 J'ai l'impression de vraiment apprécier mon travail.					
18 J'ai beaucoup d'humour, je fais rire mes collègues.					
19 Je suis bien dans ma peau, en paix avec moi-même.					
20 Je me sens en santé, en pleine forme.					
21 Je sais affronter positivement les situations difficiles.					
22 J'ai un bon moral.					

Annexe 6

CADRE ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Le soutien des soignants en EHPAD : l'efficacité d'un programme d'accompagnement multidimensionnel, global et novateur.

La recherche fait-elle directement ou indirectement appel à des personnes malades ou à leurs aidants ?

La recherche fait appel aux aidants professionnels de personnes malades dans un programme d'accompagnement et de soutien inspiré de la psychologie positive et humaniste. La recherche ne fait qu'indirectement appel aux personnes malades dans la mesure où les professionnels seront soutenus dans leur pratique auprès d'eux.

Participer à l'étude suppose-t-il pour les personnes malades ou leurs proches, des déplacements, des tests ou des examens supplémentaires ? Si oui, merci de préciser.

Non.

La recherche est-elle soumise à un comité d'éthique ou à un comité de protection des personnes. Si oui, merci de préciser.

La recherche est soumise au comité d'éthique du laboratoire de psychologie d'Angers. Celui-ci veille au respect du des droits des personnes impliquées dans les travaux de ses chercheurs.

La recherche implique-t-elle d'avoir recours à des données nominatives, personnelles ou médicales ? Si oui, veuillez indiquer si la recherche a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL, et comment l'anonymat des personnes et la confidentialité des données seront garantis.

La recherche peut avoir recours à des données personnelles et médicales (contenues dans le dossier de l'institution). Elle ne fait pas l'objet d'une déclaration à la CNIL. Dans tous les cas, elle respecte les règles de confidentialité et l'anonymat des personnes : les données ne sont pas identifiantes. L'éventuelle transmission des données se fait dans le cadre du secret professionnel. Toutes les données personnelles sont conservées en lieu sûr et sont accessibles uniquement aux personnes autorisées.

Avez-vous identifié des bénéfices potentiels de la recherche pour les participants ? Si oui, merci de préciser lesquels.

Avec cette recherche, nous attendons une réduction de la souffrance au travail et de l'épuisement professionnel. Nous attendons une amélioration du bien être des professionnels dans leur pratique, une amélioration de la compréhension des situations difficiles et d'une manière générale une évolution de la pratique permettant une prise en charge des malades plus ajustée. Ces modifications pourront avoir une conséquence directe sur la qualité de vie et de soin des personnes malades.

Les institutions participantes pourront noter l'amélioration du bien-être et de l'efficacité de leurs professionnels.

Existe-t-il des inconvénients, contraintes, désagréments ou préjudices potentiels pour les participants ? Si oui, veuillez préciser leur nature (physique, psychique, économique, sociale), leur ampleur (minime, légère, non négligeable, majeure) et leur probabilité d'occurrence (possible, probable, certain).

La mise en place de ce programme peut contraindre les institutions participantes à la recherche à dégager le temps nécessaire pour le soutien des professionnels volontaires. C'est une contrainte économique pour les institutions (coût du temps de travail). Elle est non négligeable et sa probabilité est certaine. Les institutions contactées se sont déclarées favorables à cet investissement.

Comment le projet est-il présenté aux participants ? Le cas échéant, veuillez joindre les formulaires d'information.

Une présentation orale (avec support visuel) et publique de la recherche est organisée avant le recrutement des volontaires. Un formulaire d'information est également remis au personnel de l'institution. L'information est transmise oralement et de manière adaptée aux personnes selon leurs capacités de compréhension.

Est-il prévu d'évaluer la manière dont les participants comprennent les informations qui leur sont données et la manière dont ils vivent leur participation à la recherche ?

L'information donnée par le chercheur est systématiquement adaptée aux participants (professionnels, comme pour les personnes malades) afin de faciliter au maximum leur compréhension et leurs choix. Le chercheur tiendra compte des capacités de chaque

participant ainsi que de leurs éventuelles difficultés. Un entretien peut être réalisé lors du recrutement des participants pour s'assurer qu'ils aient bien compris le formulaire d'information, que les risques ne soient pas minimisés et que les bénéfices ne sont pas surestimés. Si le chercheur constate que le formulaire d'information n'a pas été bien compris, une information complémentaire est apportée.

Tout au long du programme d'accompagnement, le chercheur ne manque pas de veiller à ce que les participants directs et indirects puissent s'exprimer sur la manière dont ils vivent leur participation à la recherche.

Par qui et comment le consentement ou l'assentiment des participants est-il recherché ?

La personne chargée de recueillir le consentement est la doctorante elle-même. Les travaux se déroulant dans les institutions où elle exerce son activité de psychologue, elle s'assure que les participants ont bien saisi que cette recherche se distingue des protocoles usuels.

La capacité des personnes à donner leur consentement est-elle évaluée ? Si oui, veuillez préciser.

Les participants directs à la recherche (professionnels) sont présumés capables de consentir de manière libre et éclairée. Comme nous l'avons dit plus haut, le chercheur s'assure qu'ils comprennent leur implication, les bénéfices, les risques et qu'ils comprennent qu'il s'agit d'une recherche à laquelle ils peuvent refuser de participer ou s'en dégager à n'importe quel moment sans justification. Le chercheur ne sous-estime pas les capacités de jugement et de discernement des personnes. Elle évalue la capacité à consentir lorsque les personnes sont au mieux de leurs compétences.

Des précautions particulières sont-elles prises pour garantir le caractère volontaire du consentement ?

Pour s'assurer que le consentement soit volontaire, libre et éclairé, le chercheur informe les participants et s'assure que leur compréhension de la recherche et de ses modalités soit complète (cf formulaire d'information, entretiens expliqués plus haut). Elle ne cherche pas à inciter les participants en promettant une indemnisation ou des bénéfices irréalistes.

Le chercheur fait en sorte que les personnes sachent que le consentement est révoquant et qu'elles peuvent décider, lorsqu'elle le souhaitent, d'interrompre le recueil des données et exiger que les données les concernant leur soient remises ou détruites.

Un renouvellement du consentement ou de l'assentiment est-il recherché ? Si oui, merci de préciser.

Au cours de l'étude, le chercheur donne aux participants de réelles occasions de confirmer ou de revenir sur leur décision de participer à l'étude (elle peut, par exemple, solliciter un entretien avec les participants à mi-parcours de l'étude).

Faut-il obtenir l'autorisation de tiers pour avoir accès aux participants potentiels ? Si oui, veuillez préciser.

Non. Si toutefois il y avait nécessité de recueil de consentement par un tiers pour une personne malade alors la personne malade recevra toutes les informations qu'elle est en mesure de comprendre et son assentiment, verbal ou non verbal, sera recherché afin de l'associer autant que possible au processus de décision. Tout signe d'opposition ou de réticence de sa part impliquera alors de la tenir à l'écart de l'étude.

Des personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique sont-elles incluses? Si oui, veuillez préciser les conditions de leur inclusion.

Il est possible que des personnes sous protection judiciaires soient incluses : personnes malades résidentes ou patientes des institutions dans lesquelles le programme de soutien aux professionnels sera testé. Ils sont inclus à la recherche dans le respect des règles qui les protègent.

Des mesures sont-elles prises pour adapter l'information, le recueil du consentement ou la collecte des données aux difficultés des personnes malades ? Si oui, veuillez préciser.

L'information, le recueil du consentement et la collecte des données sont effectués par la doctorante elle-même qui, comme nous l'avons dit plus haut, s'assure que chaque information donnée soit bien comprise, que le consentement soit volontaire, libre et éclairé.

Des mesures sont-elles prises pour favoriser la participation à la recherche de personnes qui risqueraient sinon d'être exclues de la recherche ?

La nécessité d'un groupe contrôle dispensera certains participants de la méthodologie testée. Ces personnes seront dûment informées des dispositions prévues après l'étude et leur accès aux interventions ou aux services identifiés comme bénéfiques dans le cadre de la recherche sera facilité. (cf formulaire participants)

Est-il prévu de faire un retour aux participants une fois la recherche terminée ? Si oui, veuillez préciser dans quels délais et selon quelles modalités.

Nous avons prévu une présentation aux participants des résultats préliminaires entre les deux études, afin d'avoir un retour direct des participants sur les premiers résultats et la méthodologie employée. Une information pourra être apportée aux résidents et aidant familiaux des institutions.

Il est prévu de présenter les résultats de la recherche aux institutions et aux participants (présentations, orale, écrite, poster, formulaire) s'ils le désirent, dans des délais pouvant aller de quelques mois à un an après la fin de la recherche.

Avez-vous identifié des conflits d'intérêts (réels, apparents ou potentiels) susceptibles de porter atteinte à l'objectivité, à l'intégrité ou la crédibilité de la recherche ? Si oui, veuillez préciser.

Non.

Annexe 7

Formulaire d'information aux participants :



PÔLE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR



Formulaire d'information aux participants : groupe expérimental :

CHAGNEAU Mathilde, psychologue et étudiante en doctorat de Psychologie ; Université d'Angers ; Ecole doctorale : Cognition, Education, Interaction ; Directeur de thèse : Pr Benoît Fromage ; Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire ; Axe 1 Handicap et Vulnérabilité ; Co-directrice de thèse : Pr Claude Ferrand (université de Tours) ; Laboratoire des âges de la vie ; équipe D Adaptation psychosociale de l'adulte âgé.

Madame, Monsieur,

Il vous est proposé de participer à la recherche intitulée :

Une approche humaniste de la souffrance au travail en EHPAD. – Effet d'un programme de soutien multidimensionnel sur les professionnels en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

But de l'étude :

Cette recherche permet de créer et de tester un programme de soutien et d'accompagnement des professionnels de gériatrie. Elle visera l'amélioration du bien-être au travail, la diminution de l'épuisement professionnel et du stress face à la charge physique et émotionnelle. Cette recherche se déroulera selon une méthodologie ancrée dans la psychologie positive et humaniste.

Dans le cadre de cette étude, vous allez participer à un programme d'accompagnement qui se centre sur la personne et qui la considère dans sa globalité au niveau individuel comme interpersonnel. L'hypothèse est que cette méthodologie diminuera la souffrance au travail, augmentera la satisfaction en restaurant une capacité d'action dans des situations d'impasse.

Déroulement de l'étude :

L'étude à laquelle vous allez participer se déroulera sur une période de 6 mois à raison de 12 séances d'1h, une semaine sur deux. Le programme sera constitué de deux étapes : une première étape de 4 séances consistera en une approche personnalisée

intégrant des apprentissages (en relaxation et gestion des émotions) et 2 séances qui vous permettront d'apprendre à exposer votre point de vue et votre expérience par le dessin de l'arbre

La seconde étape de 6 séances consistera en une approche collective de situations de travail vécues au quotidien. Les séances seront consacrées à la création sur les pratiques en équipe de manière à construire un point de vue partagé et de penser différemment la relation professionnel/personne âgée. Les techniques utilisées permettront de dégager des ressources.

Avant et après le déroulement de l'étude, vous devrez remplir des questionnaires permettant d'évaluer votre bien être/mal être au travail.

Mise en évidence des avantages et contraintes de l'étude :

Les avantages attendus de la recherche sont : une diminution de l'épuisement, une amélioration du bien-être au travail, une amélioration de la qualité de présence des soignants.

La contrainte identifiée est une contrainte de temps (disponibilité du professionnel 1h toutes les deux semaines).

Recrutement des participants :

Pour cette recherche, nous recrutons des professionnels intervenants directement auprès de personnes âgées et personnes âgées souffrant de démence. Nous entendons par professionnels aidants, tout membre du personnel participant à l'accompagnement de la personne.

Usage des informations recueillies, anonymat, confidentialité :

Les données recueillies au cours de la recherche respecteront les règles de confidentialité et l'anonymat des personnes : les données ne seront pas identifiantes. L'éventuelle transmission des données se fera dans le cadre du secret professionnel. Toutes les données personnelles seront conservées en lieu sûr et seront accessibles uniquement aux personnes autorisées.

La recherche fera l'objet d'un manuscrit de thèse dans lequel toutes les données seront anonymes et non identifiantes. Il en sera de même pour toutes les communications associées à la recherche : articles, posters, présentations orales...

Les résultats préliminaires pourront vous être présentés, dès la fin de l'étude. Il est prévu de présenter les résultats finaux de la recherche aux institutions et aux participants (présentations, orale, écrite, poster, formulaire) s'ils le désirent, dans des délais pouvant aller de quelques mois à un an après la fin de la recherche.

Consentement :

Le consentement porte à la fois sur la participation à la recherche et sur ses modalités.

Le consentement est révoquant. Les participants peuvent à tout moment, y compris après la fin de l'étude, décider d'interrompre le recueil des données et exiger que les données les concernant leur soient remises ou détruites.

Le recueil du consentement vise à protéger les personnes et non les chercheurs ou les institutions. Son obtention ne décharge pas les chercheurs de leurs responsabilités scientifique et morale.

Contact : Mathilde CHAGNEAU, chagneau.mathilde@gmail.com

06.50.01.35.79



PÔLE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR



Formulaire d'information aux participants : groupe contrôle.

CHAGNEAU Mathilde, psychologue et étudiante en doctorat de Psychologie ; Université d'Angers ; Ecole doctorale : Cognition, Education, Interaction ; Directeur de thèse : Pr Benoît Fromage ; Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire ; Axe 1 Handicap et Vulnérabilité ; Co-directrice de thèse : Pr Claude Ferrand (université de Tours) ; Laboratoire des âges de la vie ; équipe D Adaptation psychosociale de l'adulte âgé.

Madame, Monsieur,

Il vous est proposé de participer à la recherche intitulée :

Une approche humaniste de la souffrance au travail en EHPAD. – Effet d'un programme de soutien multidimensionnel sur les professionnels en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

But de l'étude :

Cette recherche permet de créer et de tester un programme de soutien et d'accompagnement des professionnels de gériatrie. Elle visera l'amélioration du bien-être

au travail, la diminution de l'épuisement professionnel et du stress face à la charge physique et émotionnelle.

Dans le cadre de cette étude, vous allez participer à un programme de sensibilisation et d'information sur la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés encadré par une, psychologue.

Déroulement de l'étude :

L'étude à laquelle vous pourrez participer se déroulera sur une période de 6 mois à raison de 12 séances d'1h, une semaine sur deux. Le programme d'information sera constitué de plusieurs étapes telles que : Connaître la maladie et en comprendre ses manifestations (la maladie, les symptômes cognitifs et comportementaux) ; Le retentissement des troubles dans la vie quotidienne et l'autonomie (les actes de la vie quotidienne, la vie sociale et relationnelle, faire face aux troubles du comportement)...

Au début et à la fin de cette période, vous devrez remplir un questionnaire permettant d'évaluer le bien être/mal être au travail.

Mise en évidence des avantages et contraintes de l'étude :

Les avantages attendus de la recherche sont : une diminution de l'épuisement, une amélioration du bien-être au travail, une amélioration de la qualité de présence des soignants.

La contrainte identifiée est une contrainte de temps (disponibilité du professionnel 1h toutes les deux semaines).

Recrutement des participants :

Pour cette recherche, nous recrutons des professionnels intervenants directement auprès de personnes âgées et personnes âgées souffrant de démence. Nous entendons par professionnels aidants, tout membre du personnel participant à l'accompagnement de la personne.

Usage des informations recueillies, anonymat, confidentialité :

Les données recueillies au cours de la recherche respecteront les règles de confidentialité et l'anonymat des personnes : les données ne seront pas identifiantes. L'éventuelle transmission des données se fera dans le cadre du secret professionnel. Toutes les données personnelles seront conservées en lieu sûr et seront accessibles uniquement aux personnes autorisées.

La recherche fera l'objet d'un manuscrit de thèse dans lequel toutes les données seront anonymes et non identifiantes. Il en sera de même pour toutes les communications associées à la recherche : articles, posters, présentations orales...

Les résultats préliminaires pourront vous être présentés, dès la fin de l'étude. Il est prévu de présenter les résultats finaux de la recherche aux institutions et aux participants (présentations, orale, écrite, poster, formulaire) s'ils le désirent, dans des délais pouvant aller de quelques mois à un an après la fin de la recherche.

Consentement :

Le consentement porte à la fois sur la participation à la recherche et sur ses modalités.

Le consentement est révoquant. Les participants peuvent à tout moment, y compris après la fin de l'étude, décider d'interrompre le recueil des données et exiger que les données les concernant leur soient remises ou détruites.

Le recueil du consentement vise à protéger les personnes et non les chercheurs ou les institutions. Son obtention ne décharge pas les chercheurs de leurs responsabilités scientifique et morale.

Accès aux services identifiés comme bénéfiques dans le cadre de la recherche :

A la fin de la recherche vous serez dûment informées des dispositions prévues après l'étude et l'accès aux interventions ou aux services identifiés comme bénéfiques dans le cadre de la recherche vous sera facilité.

Contact : Mathilde CHAGNEAU, chagneau.mathilde@gmail.com

06.50.01.35.79

Annexe 8 Résultats

Code soignant	Groupe	MBI EE T0	MBI EE T1	Progres EE	MBI Dep T0	MBI Dep T1	Progres Dep	MBI Ac T0	MBI Ac T1	Progres Ac
1	A expé Bi	24	23	-1	5	3	-2	43	39	-4
2	A expé Bi	24	13	-11	4	6	2	45	46	1
3	A expé Bi	37	38	1	6	2	-4	37	43	6
4	A expé Bi	22	25	3	2	2	0	41	43	2
5	A expé Bi	2	4	2	0	0	0	39	46	7
6	A expé Bi	15	20	5	5	10	5	23	28	5
7	A expé Bi	14	22	8	1	8	7	46	36	-10
8	A expé Bi	11	27	16	6	0	-6	44	38	-6
9	B expé Bi	37	19	-18	11	13	2	35	39	4
10	B expé Bi	22	30	8	9	9	0	45	39	-6
11	B expé Bi	25	19	-6	1	1	0	37	38	1
12	B expé Bi	26	25,5	-0,5	11	11	0	29	38	9
13	A contr Bi	18	23	5	17	20	3	35	37	2
14	A contr Bi	13	12	-1	4	1	-3	48	47	-1
15	A contr Bi	19	27	8	8	8	0	19	35	16
16	A contr Bi	9	12	3	6	10	4	32	41	9
17	A contr Bi	5	3	-2	17	2	-15	45	45	0
18	C expé H	33	30	-3	15	14	-1	33	27	-6
19	C expé H	15	16	1	0	7	7	29	41	12
20	C expé H	12	4	-8	4	2	-2	41	46	5
21	C expé H	22	7	-15	2	4	2	30	39	9
22	C expé H	33	31	-2	9	6	-3	39	32	-7
23	C expé H	21	13	-8	2	2	0	33	46	13
24	D expé H	35	38	3	9	12	3	39	36	-3
25	D expé H	12	15	3	4	17	13	30	35	5
26	D expé H	20	26	6	16	13	-3	33	27	-6
27	D expé H	12	14	2	1	0	-1	40	44	4
28	C contr H	6	6	0	1	1	0	35	43	8
29	C contr H	22	8	-14	9	2	-7	30	35	5
30	C contr H	19	12	-7	1	0	-1	41	42	1
31	C contr H	7	6	-1	5	5	0	38	42	4
32	C contr H	6	14	8	0	1	1	46	39	-7
33	C contr H	29	28	-1	1	0	-1	43	40	-3
34	D contr H	5	12	7	10	3	-7	40	42	2
35	D contr H	12	6	-6	2	1	-1	35	37	2
36	D contr H	18	25	7	1	2	1	41	42	1
37	D contr H	16	11	-5	4	2	-2	34	46	12
38	D contr H	9	10	1	9	3	-6	29	33	4

PSS T0	PSS T1	Progres PSS	EMMBEPT Global T0	EMMBEPT Global T1	Progres BEPT Global	EMMBEPT Serenite T0	EMMBEPT Serenite T1	Progres Serenite
31	26	-5						
26	19	-7						
30	28	-2						
27	24	-3						
5	8	3						
24	25	1						
39	28	-11						
25	22	-3						
39	28	-11	52	61	9	16	22	6
19	18	-1	65	62	-3	32	28	-4
27	27	0	57	59,5	2,5	22	21,5	-0,5
23	22	-1	56	61	5	24	29	5
27	23	-4						
22	10	-12						
23	19	-4						
16	22	6						
17	9	-8						
29	26	-3	64	67	3	26	26	0
22	21	-1	79	80	1	33	35	2
24	14	-10	57	78	21	22	39	17
25	15	-10	63	63	0	29	26	-3
25	31	6	56	50	-6	28	17	-11
28	16	-12	53	73,5	20,5	23	33,5	10,5
27	29	2	57	51,5	-5,5	24	21,5	-2,5
26	25	-1	61	60	-1	24	25	1
29	24	-5	63	63	0	20	26	6
29	21	-8	68	72	4	30	34	4
24	21	-3	66	60	-6	29	25	-4
25	22	-3	63	65	2	28	30	2
33	29	-4	72	76	4	32	35	3
20	19	-1	51	56	5	21	23	2
8	19	11	68	65	-3	31	29	-2
33	30	-3	70	62	-8	27	25	-2
14	21	7	72	64	-8	29	27	-2
26	16	-10	63	75	12	24	31	7
23	23	0	63	62	-1	20	21	1
25	26	1	72	65	-7	32	30	-2
27	29	2	57	49	-8	25	24	-1



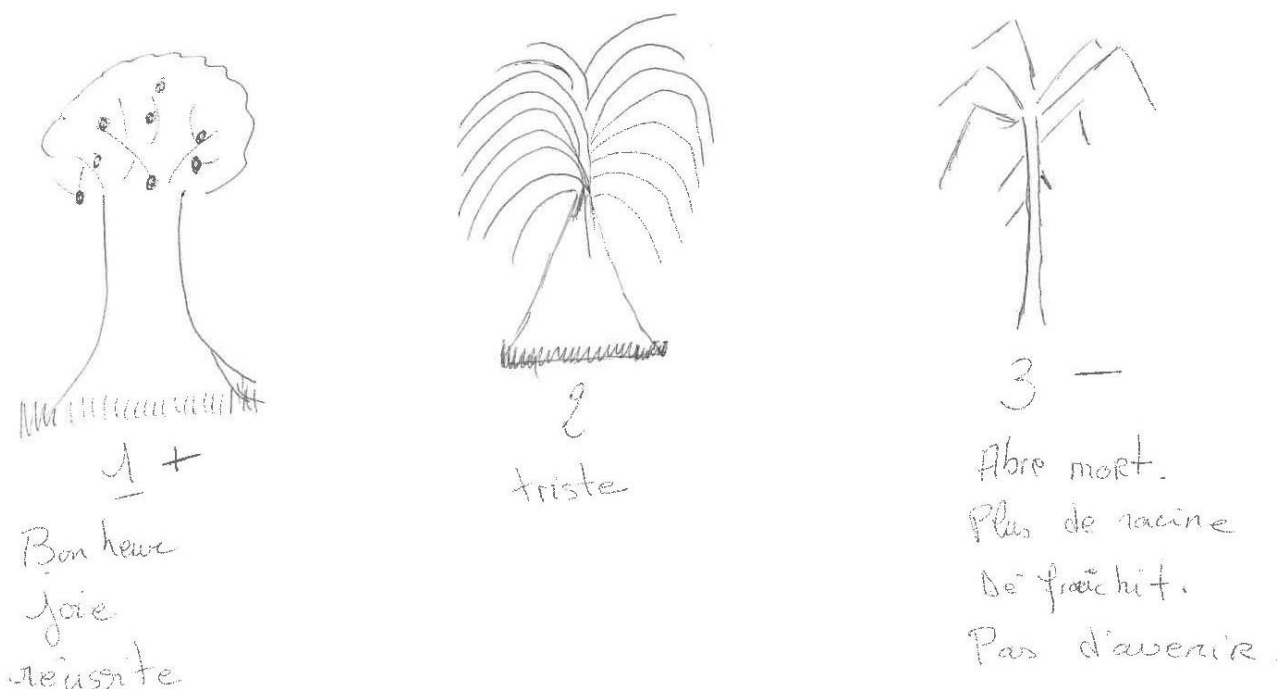
Annexe 9

Protocoles Épreuve des Trois Arbres, étude A.

ETA Mme K.

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1+ : Bonheur, joie, réussite.

A2 : triste

A3- : Arbre mort, Plus de racine, défraîchit, pas d'avenir.

E4- Histoires :

A1 +: C'est un pommier avec de belles pommes rouges. Je le vois au milieu d'un superbe pré avec des enfants autour, pas que des enfants, du monde qui est heureux. Style pique-nique de famille. Je vois aussi en dessous des fleurs, tout autour. Un arbre qu'on verrait de loin, dans une commune, on ne verrait que cet arbre. Un arbre auprès duquel tout le monde viendrait se ressourcer.

A2 : C'est un Saule Pleureur. C'est pour ça que je l'ai fait comme ça. Je le vois parmi d'autres arbres mais qu'on ne voit pas, qu'est caché derrière les autres. Un Saule Pleureur c'est beau mais les gens ne le voient pas, tout ce qu'il dégage, toute sa beauté.

A3 -: Je le vois dans une forêt, tout seul, soit il est brûlé soit... Il a eu une histoire, il meurt. Personne ne fait attention à lui. Ou les gens le regardent mais ils s'apitoient sur son sort. Les gens se demandent « ce qu'il fait encore là car il est pas beau, ils feraient mieux de le déraciner. » Il n'a rien autour, il n'a même pas une petite pousse autour de lui, il est tout seul.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Ces belles pommes rouges que tout le monde à envie de manger. Et puis l'herbe autour de lui est verte. On a envie de se rouler dedans, une belle pelouse verte fluo. Ces feuilles sont aussi d'un beau vert. De belles branches bien costaudes.	Il est seul, abandonné. Ça a été sûrement un superbe arbre mais que plus personne n'a regardé.
B : Ressenti	Bien-être, de la joie. On ne veut pas le quitter, on est bien. C'est un endroit pour t'évader. Tes pieds sont enracinés autour de cet arbre, tu veux pas le quitter. On est bien et il fait toujours beau autour de cet arbre. Que du bonheur quoi !	J'ai pitié, ça me fait de la peine, ça me rend triste. Parce qu'avant de devenir comme ça, c'était un arbre magnifique. Il est devenu comme ça parce que plus personne ne la regardé.
C : Besoins	Le fait que tout le monde soit autour de lui, ça lui suffit, c'est ce qu'il fait qu'il est beau.	Pas de besoin, il veut se laisser... Son besoin à lui serait qu'on le déracine, qu'on arrête de le regarder comme ça.
D : Actions	Ne pas l'abandonner être toujours autour. Toujours entouré.	Le couper, l'enlever carrément.
F : Devenir désiré	Il veut toujours rester comme ça. Beau, que tout le monde l'admire, toujours entouré.	Il voudrait redevenir comme avant. Un bel arbre que tout le monde regarde. Il voudrait ne serait-ce qu'un petit bourgeon sur une des ses branches pour que les gens le regardent et se disent « ça y est, il est reparti ».
G : Devenir Refusé	Un arbre abandonné.	Un arbre abandonné. L'arbre il voudrait ne plus être là car il n'est plus regardé, plus personne ne s'intéresse à lui mais au fond de lui, il voudrait encore vivre.

E7- Histoire A3- / A1+ :

L'arbre A3- envierait A1+ d'être aussi beau, que tout le monde le regarde et l'admire. A1+ le regarde mais il ne l'envie pas, ça lui fait peur de devenir un jour pareil. Il a peur de ne plus être regardé un jour abandonné. Comme ça, sans rien autour, sans belle pelouse et fleur. C'est pas de la pitié qu'il ressent, c'est un peu de son futur.

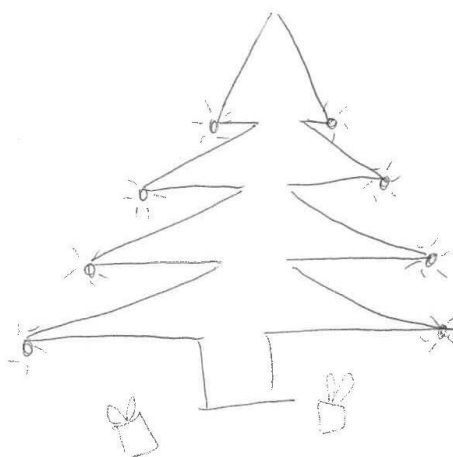
E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

A2 serait jaloux de A1+ car lui, il est beau et personne ne le regarde. Il ne comprend pas pourquoi il est caché derrière les autres car il est aussi beau, aussi grand.

A2 comprend A3- car lui aussi est mis à l'écart.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :



AR : épanouissement, groupement, réunion, lumière, bonheur+++ , joie+++ , beauté, magnifique.

Commentaires pendant le dessin : Un sapin super illuminé avec plein de lumière partout et plein de cadeaux sous son pied. Plein de gens autour, des rires d'enfants, adultes, tout le monde.

- **Rêve :** Il est toujours illuminé, jamais éteint. Il est dans un emplacement que tout le monde peut voir, pas besoin de ticket pour aller le voir. Dessous, il y a plein de cadeaux pour tout le monde. Tout ce que les gens souhaitent, ils ont plus qu'à aller sous cet arbre et hop ! Ça se réalise.

Arbre de Cauchemar : AC :



Commentaires pendant le dessin : Un arbre qui a brûlé, beurk ! T'as pas envie de t'en approcher.

- **Cauchemar :** Je le vois au fond d'une forêt bien sombre qui fait peur. Tu ne veux pas t'en approcher. Déjà l'endroit où il est enraciné fait déjà peur. Comme c'est un arbre de cauchemar, son devenir c'est de faire peur aux gens. Il se plaît dans sa laideur.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Sa beauté, grandeur. La place immense qu'il peut prendre. Costaud avec de belles racines.	Moche, petit, fait peur.
B : Ressenti	Il ne peut rien t'arriver sous cet arbre. T'es protégé. Bien-être. T'es bien.	Je ne veux pas m'en approcher. Il est accessible mais je ne veux pas y aller.
C : Besoins	T'as l'impression que rien ne peut l'atteindre, même si on le débranche il restera quand même illuminé.	Il aurait besoin d'un peu d'éclairage, qu'il sorte de l'ombre. On aurait moins peur de lui, il serait plus accessible. Il lui faudrait un peu de plantation autour de lui et pourquoi pas le décorer un peu pour qu'il fasse moins peur.
D : Actions	Pas de besoin. Il est tellement parfait. Il est quoi qu'il arrive.	Le rendre accessible à tous, qu'il y ait au moins une personne qui puisse y aller pour que les autres puissent suivre.
E : Devenir désiré	Encore plus grand, plus volumineux, plus brillant.	Soit il se complaît en faisant peur, soit il sort de son ombre

		et va vers les autres pour devenir un bel arbre avec de belles racines et feuilles. Que tout le monde puisse le regarder.
F : Devenir refusé	Il refuserait de devenir... (<i>le mot lui échappe</i>) ... Inaperçu, inexistant.	S'il arrivait à sortir de son ombre...ce qu'il refuserait c'est d'y retourner.

E11- Histoire AR /AC :

C'est les opposés. Y en a un qu'est dans l'ombre et l'autre éblouissant. AR il pourrait aller chercher AC pour qu'il soit plus dans la lumière et l'arbre moche il pourrait demander de l'aide à AR. Et après ils pourraient être ensemble l'un et l'autre. AC s'épanouirait avec AR et il deviendrait beau.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

Positionnement temps :

a- Positionnement par rapport à l'affirmation :

A1 +: Futur

A2 : Présent

A3 -: Passé

b- Positionnement par rapport à l'affirmation :

Dans l'autre sens.

Lecture Partagée.

L'arbre que tu préfères, le pommier, comment ça se passe pour lui s'il pleut ?

Il en profite pour être plus gigantesque, ça permettrait de laver les feuilles. Il serait encore plus beau, vu de plus loin. Ça serait pas du négatif mais il ne faudrait pas qu'il pleuve tous les jours.

Et les gens qui l'entourent sont toujours là ?

Il faut toujours qu'il soit entouré pour son épanouissement.

Donc il y a toujours quelqu'un près de lui ?

Oui.

Comment ça se passe si cette personne part ?

Il ne resterait pas longtemps tout seul. Il y a quelqu'un d'autre qui viendrait car on est attiré par cet arbre, une sorte de magnétisme.

Comment il est l'arbre pendant le moment où il est seul ?

Ce moment de solitude, il le vit bien car il sait qu'il ne resterait pas longtemps seul. Ça ne l'embête pas, il sait qu'il ne sera jamais abandonné. Il n'est pas moins beau mais quand quelqu'un vient, il s'épanouit encore plus. C'est comme une tablette de chocolat, t'en manges et t'en prends toujours et tu te dis « Non c'est la dernière ! ». Et bah lui c'est pareil, t'as toujours envie d'être près de lui.

S'il meurt cet arbre, qu'est-ce qu'il devient ?

Il restera toujours un truc, un tronc, quelque chose.... Il est mort mais il y a quand même quelque chose qui prouve qu'il a vécu là.

Il reste une souche ? Elle a des racines ?

Oui mais plus rien ne va reprendre. Elle reste, elle ne se désagrège pas, pour la mémoire.

Si quelque chose reprenait, comment tu verrais ça ?

Un petit gît qui sort du tronc mais en bas. Au pied du tronc, il repart des racines.

Il se développe ?

Oui je le vois bien s'épanouir.

Comment il le vit l'arbre ?

Je pense que c'est plus le petit bourgeon qui serait fier d'être parti des racines de cet arbre coupé.

Nous continuons la relecture du protocole.

Ton arbre de rêve, comment ça se passe s'il s'éteint ?

Je vois bien des gens venir avec des bougies.

Lui il le vit comment ?

Il veut qu'on se dépêche pour trouver le moyen, réparer la panne.

Tu as dit que l'arbre de rêve allait chercher l'arbre de cauchemar, comment il y va ?

C'est plus l'arbre de cauchemar qui va vers l'arbre de rêve. Il irait chercher de l'aide. Il y aurait peut-être une petite part de jalousie...

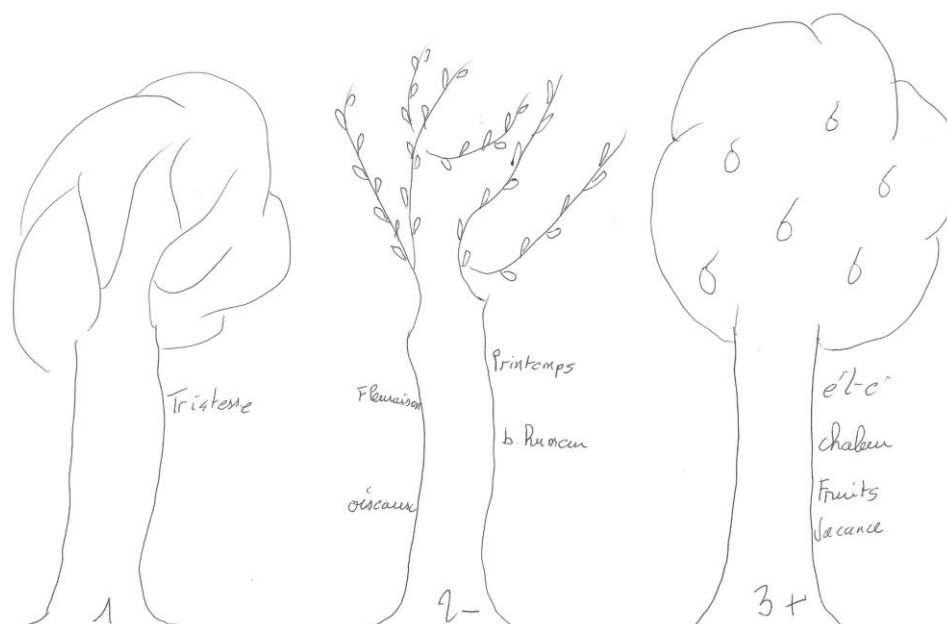
Comment il lui demande de l'aide, comment il lui fait signe ?

Par une petite lumière, comme on fait les SOS.

ETA Mme Mn

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1 : tristesse.

A2- : printemps, floraison, oiseaux, bonne humeur.

A3+ : été, chaleur, fruits, vacances.

E4- Histoires :

A1 : Je pense à l'hiver, temps gris, la tristesse. Il fait froid, pas fleuri. En général, l'hiver, les arbres meurent. J'aime pas cette période, ça me fait penser à la tristesse.

A2 - : Il revit, les feuilles et les fleurs repoussent, une odeur de printemps, les oiseaux commencent à faire leur nid. Ça commence à faire un peu plus de chaleur, de gâité. Impression que l'arbre revit.

A3 + : Il me fait penser à l'été. Il nous fait plaisir en nous donnant son fruit. C'est souvent l'été qu'on a des bons fruits. Ça me fait penser aux vacances. J'aime bien l'été, la nature fleurie.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Les fruits, la verdure, la couleur quoi.	Les feuilles qui poussent, ça me fait penser au printemps, que c'est finit l'hiver.
B : Ressenti	Du bien-être. Je vois l'arbre revivre. La nature s'éveille.	La bonne humeur de le voir fleurir. Enfin l'hiver fini, plus de froid. On va pouvoir écouter les petits oiseaux, voir la nature revivre.
C : Besoins	La chaleur pour que les fruits arrivent, pour nous donner son fruit, nous faire plaisir. Nous on le soigne, le tailler en hiver et l'été il nous récompense en nous donnant ses fruits.	Qu'on lui donne de l'arrosage pour que ses fruits éclosent. Faut de la chaleur. On dit qu'il faut parler aux fleurs et aux arbres donc on lui parle ; Il est peut-être content de retrouver les oiseaux.
D : Actions	Le remercier de nous avoir fait des bons fruits. Le soigner contre les maladies, prendre soin de lui le plus possible, pour lui prouver notre reconnaissance.	Comme l'autre, il faut le réconforter pour qu'il fleurisse, qu'il garde les fleurs pour avoir des fruits pour l'été. Essayer de le protéger contre le mauvais temps du printemps.
F : Devenir désiré	Beau et fort et donner des fruits chaque été pour nous redonner ce qu'on lui donne.	Beau et fort.
G : Devenir Refusé	Qu'on le coupe parce qu'il ne donne plus de fruit. Qu'il est...je ne vais pas dire crever mais mort quoi. C'est la fin de l'arbre.	Pareil que l'autre, perdre ses feuilles, ses fruits et nous décevoir de ne pas avoir été jusqu'à l'été et ne pas avoir donné ses fruits. Il a peur qu'on le coupe et de finir en

		bois de cheminée comme l'autre.
--	--	---------------------------------

E7- Histoire A+ / A- :

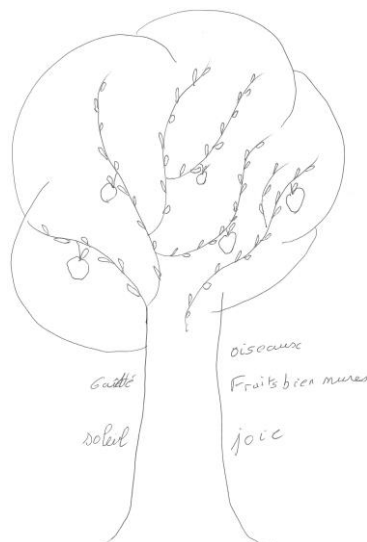
Ils se demandent s'ils ont donné des bons fruits, s'ils ont bien tenu le mauvais temps du printemps et que pense le jardinier de ce qu'ils ont fait au printemps et en été.

E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

Le premier arbre est triste, il a eu un hiver rude et froid. Il a peur de finir en bois de cheminée et A2- le rassure. Il lui dit que ce n'est pas parce que l'hiver est rude qu'il ne va pas fleurir. Le 3^{ème} il le rassure aussi en lui disant que lui, il a passé l'hiver et réussit à avoir des fleurs et donner des fruits. Ils se remontent le moral tous les trois par rapport au temps.

ARBRES MYTHIQUES

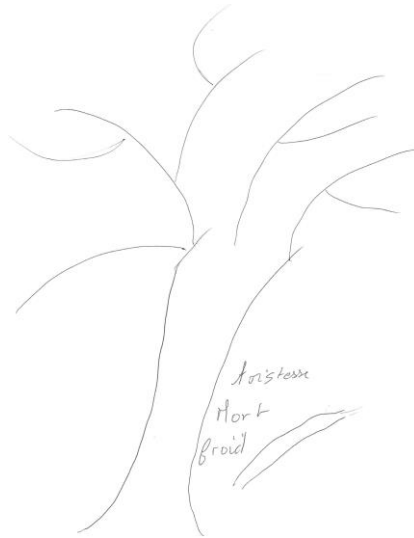
Arbre de Rêve : AR :



AR : gaité, soleil, oiseaux, fruits bien mûrs, joie.

Rêve : Il rêve d'être le plus bel arbre du jardinier. (*Comment tu vois ça ?*) Il fait les plus beaux fruits, il donne les meilleurs fruits, le meilleur de lui-même. Que le jardinier soit fier de lui et lui redonne ce qu'il lui a donné. Se sentir aimé et satisfait d'avoir donné de bons fruits.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : tristesse, mort, froid.

Cauchemar : Il se voit mourir, il est triste, il a froid parce qu'il sent la fin. Il essaye de combattre pour éviter de finir en bois de cheminée. (*Comment il combat ?*) En essayant de combattre l'hiver et les tempêtes.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Les fruits (<i>ce sont des pommes ?</i>) oui il n'y a que ça que j'ai le droit de manger.	Ses branches sans vie. Envie de le réconforter, de lui donner de la chaleur, de l'amour pour l'aider à revivre
B : Ressenti	La joie de vivre. Il est fleurit, il a de beaux fruits, on voit la nature vivre.	Tristesse, la mort, t'aurais plus envie de l'aider et de le réconforter.
C : Besoins	Qu'on le réconforte, qu'on le remercie pour ses bons fruits.	Besoin d'amour, qu'on l'accompagne pour qu'il arrive à refleurir au printemps. L'aider à se soigner ou le soigner. Ou alors l'accompagner jusqu'à la fin comme il se sent mourir. Lui expliquer qu'on va être obligé de le couper car on ne peut pas l'aider plus, que pour lui c'est la fin.
D : Actions	S'en occuper et lui donner tout l'amour qu'on peut lui donner, le tailler, le traiter pour les maladies, pour les bons fruits.	Si on sent que c'est pas la fin : le soigner, lui donner tout ce qu'on a, l'aider à refleurir, un espoir. Si on sent que c'est la fin : l'accompagner jusqu'au bout, ne pas le laisser seul.

E : Devenir désiré	Grand, fort, pour satisfaire le jardinier, la personne qui s'occupe de lui. Lui montrer qu'il est fier que la personne s'occupe bien de lui. Lui redonner ce qu'on lui donne.	Il aimerait reflleurir, devenir encore plus fort parce qu'on l'a aidé à s'en sortir. Il veut nous montrer sa satisfaction qu'on l'ait aidé à s'en sortir et donner des bons fruits. Donner l'amour qu'on lui a procuré le temps de l'hiver.
F : Devenir refusé	Pareil, ne plus donner de fruits et qu'on soit obligé de le coupé parce que c'est la fin pour lui.	Un arbre mort, qui finisse en bois de cheminée. Nous décevoir car il n'a pas pu tenir l'hiver, que pour lui c'est la fin. (<i>Comment ça se passe lorsqu'il est en bois de cheminée ?</i>) Il est triste et part dans la cheminée du jardinier à petit feu... Mais d'un côté il peut se dire qu'il réchauffe aussi le cœur du jardinier. Il a une petite pensée pour le jardinier et le jardinier a une petite pensée pour lui. (<i>Et quand le bois est fini de brûlé ?</i>) Le jardinier peut mettre les cendres dans son jardin et avoir une pensée pour lui par exemple (<i>les cendres sont utilisées par le jardinier pour le jardin ?</i>) Non le jardinier fait un trou pour lui, pour avoir une pensée.

E11- Histoire AR /AC :

L'arbre de cauchemar s'en est sorti, il a fini par fleurir et donner des fruits. Son rêve s'est réalisé.

(Comment ça ? Est-ce que l'arbre de rêve y est pour quelque chose dans l'histoire ?)

L'arbre de rêve l'a accompagné pour que l'autre revive, en lui parlant, en le réconfortant et l'aider à combattre l'hiver.

Ou bien on peut dire que comme AR sent la fin de AC, il l'accompagne jusqu'à ce que le jardinier vienne le couper pour lui montrer qu'il n'est pas tout seul à finir sa carrière, sa vie quoi.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

Positionnement :

- Positionnement dans le temps :

A1 : Passé

A2- : Présent

A3+ : Futur

- **Positionnement par rapport à l'affirmation :**

Lecture Partagée

Tu dis qu'en hiver les arbres meurent, comment ça se passe ?

Ils perdent leurs feuilles, ils font morts, ils n'ont plus rien, plus de fruit, plus de feuille. Les oiseaux ne vont pas dessus.

Ils font morts ?

Oui mais il y en a d'autres au printemps qui repoussent. Ils doivent se régénérer au printemps pour l'été.

Et pendant l'hiver ils font quoi ?

Rien, ils se reposent. Il y en a qui tombent parce qu'ils vieillissent, leur vie s'arrête là, ils ont des âges comme nous.

Comment tu les vois tomber ?

Soit par les tempêtes ou c'est nous qui les coupons car on sait qu'au printemps ils ne revivront pas. Y en a qu'on leur coupe les branches mortes pour se régénérer au printemps, qu'ils reprennent vie.

Ils deviennent quoi après ?

Quand on les coupe parce qu'ils sont morts c'est pour se chauffer. Ils finissent en bûche pour la cheminée. Ou alors des troncs qui servent à faire des planches. On arrache les racines pour en planter un nouveau.

On enlève la souche ? Oui. Et s'il reste un peu de racine par ci par là, elles deviennent quoi ?

Des fois ça repousse, ça fait des gîts. Et sinon elles restent, elles se détériorent dans la terre.

Et quand c'est la tempête qui le fait tomber, il devient quoi ?

Il est mort. Des fois, ils sont fragilisés par les vers et ils tombent avec les tempêtes car les racines se sont fait manger par les vers et elles tiennent moins, ou quand ils sont vieux. Quand ils sont bouffés par les vers, ils ne repoussent pas, ils sont morts. Ou si c'est la tempête qui les arrache, les bonnes racines peuvent rester en terre, ça peut repartir. On peut couper des branches et il repart. C'est vrai qu'on a vu des arbres qu'on croyait perdus, on leur coupe des branches et au printemps ça repousse.

J'ai vu un arbre qui était arraché et tombé au sol. Il devait rester des racines dans la terre car il était tout en fleur. J'étais impressionnée.

C'est impressionnant.

Quand l'arbre ne donne plus de fruit, tu as dit qu'il était coupé ? Systématiquement ?

Au bout de la deuxième année qu'il ne donne pas de fruit. La première année, il y a un espoir qu'il redémarre. La deuxième année, s'il n'y a rien, il le coupe.

Et si personne ne vient le couper ?

Si personne n'y touche, il va tomber tout seul. Il se dégrade tout seul ou alors il faut venir le couper et enlever les racines pour en mettre un autre. Sinon les branches tombent toutes seules. Il pourrit pendant des années des fois, il ne bouge pas.

Quand les branches tombent par terre et que ça pourrit, comment ça se passe ?

Les branches tombent, ça pourrit, je ne sais pas si ça donne de l'engrais.

L'arbre qui se dégrade vient nourrir le sol, enrichir la terre.

Non, je ne le vois pas comme ça, je ne sais pas si ça donne de l'engrais.

Et l'arbre de cauchemar, tu disais qu'il fallait lui donner de l'amour et de la chaleur.

Comment tu vois ça ?

Il faut lui parler, le jardinier doit le tailler, lui donner de l'engrais... On va pas dire le prendre dans ses bras mais on pourrait. Si c'est un arbre qu'on lui a offert par exemple, il essaye de le sauver. Il lui parle pour l'aider à reprendre vie.

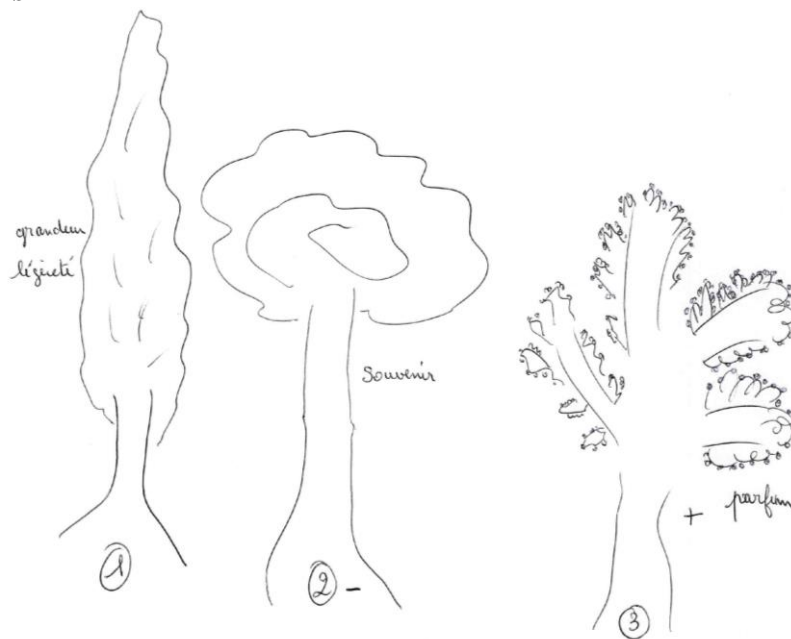
Et comment il prend ça AC ? Qu'est-ce que ça lui fait ?

S'il n'est pas en fin de vie, il se remet à revivre mais sinon, si malgré ses efforts c'est la fin, il peut plus, il finira en bois de cheminée pour chauffer son jardinier et donner des planches s'il n'est pas trop vieux.

ETA Mme N

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1 : grandeur, légèreté.

A2- : souvenir.

A3+ : parfum.

E4- Histoires :

A1 : Pour moi, il va y avoir un bucheron qui va venir et qui va le couper, l'arbre va tomber. Je le vois arriver avec sa tronçonneuse et voilà ! Pour qui, pour quoi... ? Je le vois arriver.

A2 : Le premier que j'ai vu comme ça c'est chez mes grands-parents dans leur ferme. J'étais en admiration devant les pommes de pin qu'il avait. Mon grand-père les ramassait et les mettait à éclater dans la cheminée pour manger les pignons de pin. Donc celui-là, il ne tombe pas.

A3 : Pour moi c'est le lilas, j'adore le parfum, la fleur. C'est un arbre qui ne tombe pas, pour moi, et avec lequel je vais faire des bouquets parce que j'adore le lilas.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
------------------------------------	----------------	----------------

A : Perçu	La petite grappe de la fleur.	Les pommes de pin.
B : Ressenti	Douceur.	Tranquillité
C : Besoins	De l'eau en priorité, et du soleil. (<i>Je demande d'où vient l'eau</i>) Elle vient de la terre, c'est pas forcément moi qui l'arrose. L'idéal ça serait qu'elle ait une source qui passe pas loin, ça serait bien pour elle.	D'avoir de la terre au pied.
D : Actions	Lui parler, vérifier qu'il va bien, et voir si on pourrait faire autre chose.	Lui mettre beaucoup de terre pour qu'il tienne bien. Je ne sais pas pourquoi mais celui-là je veux lui mettre beaucoup de terre pour qu'il ne chavire pas, qu'il soit bien accroché au sol.
F : Devenir désiré	Un petit peu plus grand peut-être. Le laisser grandir, pas trop le tailler. Du coup il prendrait un petit peu plus de volume. Pas trop quand même, juste ce qu'il faut.	Plus volumineux, plus ample.
G : Devenir Refusé	Tout ratatiné au point qu'il disparaisse.	Qu'il perde toutes ses aiguilles, je ne pense pas qu'il apprécierait.

E7- Histoire A1 - / A2 + :

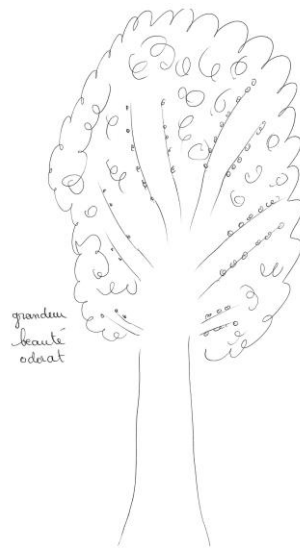
Je pense qu'A2- demanderait à A3+ comment il fait pour avoir des fleurs aussi parfumées. Le Lilas demanderait au pin parasol si toutes les petites aiguilles qu'il a ne le chatouillent pas. (*je demande si le lilas répond au pin parasol ?*) Oui pourquoi pas... Il dirait que c'est tous les soins de la personne. Tous les soins qu'on lui donne qui font qu'il sent aussi bon. (*je demande également ce que le Pin répond au lilas*) Le Pin dirait que s'il n'avait pas toutes ses petites aiguilles, il se sentirait tout nu.

E8- Histoire A1 - / A2 + / A3 :

Le Lilas et le Pin Parasol iraient à la rencontre du Peuplier et ils lui demanderaient comment il vit le fait qu'il n'ait pas de fleur et qu'il n'ait pas d'aiguille. ?
 Qu'est-ce qu'il pourrait bien répondre ce peuplier ? Je ne vois pas trop... Eventuellement qu'il n'a pas d'aiguille ni de fleur mais qu'il est beaucoup plus grand qu'eux...ça pourrait être ça...
 (*Je demande comment se passe la conversation*) Ils vont apprendre à se connaître.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :

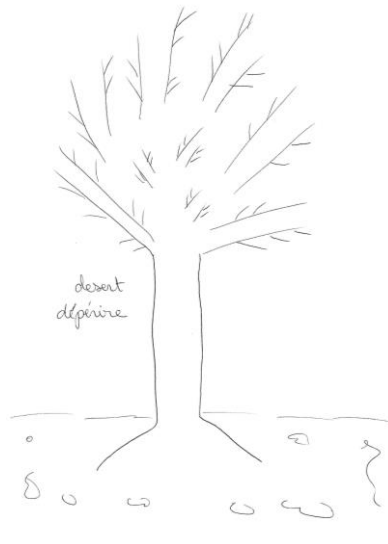


AR : grandeur, beauté, odorat.

Commentaire pendant le dessin : Il me plaît bien !

Rêve : Si cet arbre rêvait, il aimerait être plus grand et avoir des grappes de fleurs un peu plus grandes que la taille normale. Qu'on n'oublie pas non plus de l'arroser, je pense que c'est important.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : désert, dépérir.

Commentaire pendant le dessin : ça, ça serait vraiment très affreux.

Cauchemar : Plus personne ne viendrait le voir donc il n'aurait plus d'eau, plus d'attention. Et du coup, petit à petit, il se laisserait perdre ses feuilles, la maladie l'envahir et les branches finiraient par se dessécher et dépériraient. Les branches finiraient par casser et dépérir, ce serait moche.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	La grosseur des branches.	Toutes les petites branches qu'il a, sans feuille, sans fleurs.
B : Ressenti	La sérénité, la paix.	Qu'il doit avoir froid et peut être qu'il est triste aussi.
C : Besoins	Qu'on pense à lui, qu'on ne le laisse pas se ratatiner, dépérir.	De l'eau, des vitamines, ce serait bien.
D : Actions	Penser à venir le voir de temps en temps. Ne pas oublier de tailler un petit peu ses branches pour qu'il s'étoffe et prenne un peu de volume.	Qu'il y ait un jardinier qui vienne prendre soin de lui.
E : Devenir désiré	Grandir un peu et peut-être changer de couleur, je pense que ça lui plairait bien.	Il aimerait récupérer des feuilles, c'est ça.
F : Devenir refusé	D'être coupé en petit morceaux et de finir en petit bois pour la cheminée. Je ne pense pas que ça lui plairait.	Un arbre mort, ce ne serait pas rigolo pour lui.

E11- Histoire AR /AC :

AR s'inquiéterait de voir AC pas bien et il aimerait lui transmettre des conseils, des choses comme ça. AC serait content que AR ait pris le temps de lui parler et de s'intéresser à lui, ça pourrait être sympa.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

Positionnement temps :

- **Positionnement dans le temps :**

A1 : Futur

A2- : Passé

A3+ : Présent

- **Positionnement par rapport à l'affirmation :**

Moi je ne l'ai pas fait comme ça, c'est pas parce que c'est le premier que c'est du passé. C'est spontané.

Lecture Partagée :

Mme Na me dit qu'elle a échangé avec ses collègues au sujet de l'épreuve des trois arbres et qu'elle se demande bien ce qui peut en ressortir.

Mme Na ajoute quelques explications à ce qui a été dit un mois auparavant lors de la passation et j'en profite pour amorcer la restitution dans le type « Cahier de l'arbre » :

Nous remarquons que la question de la chute revient dans chaque histoire des arbres de base. Pour moi, je le voyais se faire couper celui-là (A1) parce qu'autour de la maison de retraite (elle montre les peupliers que nous voyons par la fenêtre) ils ont coupé les peupliers mais maintenant je vois qu'ils repartent (elle pointe les nombreux rejets qui sont sortis des souches de peupliers).

Et celui-ci (A2-), tu avais envie de lui mettre beaucoup de terre pour ne pas qu'il chavire, et qu'il soit bien accroché au sol. Comment tu vois ça ?

S'il penchait et qu'on avait un tuteur comme chez les pépiniéristes, je commencerais par ça. Un tuteur, voire un deuxième s'il penche de trop. Un moment ou un autre, il faudra bien accepter qu'il tombe.

S'il tombe, comme ça se passe pour lui ?

J'ai mis beaucoup de terre à la base pour qu'il soit bien accroché au sol donc je pense qu'il va casser net, avec des échardes de bois qui craquent à l'endroit de la cassure.

Et il devient quoi ?

Mon souhait, c'est qu'il y ait quelqu'un qui passe par là pour couper l'arbre et en faire des bûches. Et les offrir à quelqu'un qui pourrait en avoir besoin.

Donc il aurait une seconde utilité ?

Oui pour le poêle ou la cheminée, pour chauffer l'hiver.

Et si on allongeait ses racines, ça se passerait comment ?

Si c'est possible, j'aimerais mieux ça ! Qu'il ait des racines pour le maintenir plus longtemps au sol.

Elles s'étendraient jusqu'où les racines ?

Elles pourraient s'étendre jusqu'à la source qui lui amène l'eau...

J'observe Mme Na pensive et je lui dis de ne pas hésiter à me dire si elle pense ou si elle voit d'autres choses.

Je me disais que cette source pouvait se tarir, même si ses racines sont longues... Il peut souffrir de ce manque d'eau. Et il pourrait dépérir si la source se tarit trop longtemps.

S'il dépérit, il dépérit comment ?

Toutes les petites aiguilles et les jolies pommes de pin vont tomber aussi. Il va devenir tout sec, tout cassant. C'est pas la peine de persister, j'espère que quelqu'un passera par là pour venir le couper

Les aiguilles et les pommes de pin au sol, elles deviennent quoi ?

Elles peuvent finir dans la cheminée, c'est le petit bois pour démarrer le feu.

Et si elles restent au sol ?

Ou bien elles peuvent se désagréger en petits morceaux et finir avec la terre comme beaucoup d'arbres... ça peut faire du compost et aider un arbre qui commence à pousser.

(Nous continuons à regarder le reste du protocole ensemble.)

Ton arbre de rêve aussi il a besoin qu'on pense à lui et qu'on ne le laisse pas dépérir. Tu as dit qu'il fallait le tailler un petit peu pour qu'il s'étoffe et qu'il prenne du volume ?

(Mme Na éclate de rire.)

Oui ! Je sais pourquoi j'ai dit ça, c'est parce que quelques temps avant, je suis allée prendre un cours de taille d'arbre et on nous a appris à tailler les arbres pour les étoffer.

Et alors, cet arbre de rêve, où faudrait-il le tailler ?

Il faut le tailler par l'intérieur, comme j'ai appris, pour laisser entrer la lumière. La branche du milieu, si elle est trop haute, on la taille et après on taille les deux de chaque côté pour faire entrer la lumière. Ça dépend, si tu veux que ça soit plus large, il faut tailler la branche la plus haute. Ça peut faire mal au cœur ! Mais ça évite d'épuiser l'arbre aussi. S'il y a trop de

branches, ça le fatigue, ça lui enlève sa nourriture, ça le fatigue. On le taille et il redistribue sa nourriture d'une plus belle manière.

(Nous continuons dans le protocole et je lui relis le cauchemar de l'arbre de cauchemar.)

Lui aussi il pourrait se dessécher, perdre ses feuilles et dépérir ? Mais on a vu avec ce que tu as dit tout à l'heure que les feuilles peuvent nourrir le sol ?

Oui, mais surtout ! Là, il est dans le désert et... mais dans le désert il y a bien des oasis... Mais celui-là, j'ai du mal à le voir repartir du fait qu'il soit dans le désert, dans cette terre...

S'il ne repart pas, comment il pourrait servir ?

Je lui souhaite sincèrement qu'il y ait un chamelier ou quelqu'un dans le genre qui passe et qui le coupe pour en faire du petit bois, pour faire cuir la soupe. S'il n'a pas cette possibilité de faire du compost.

Et une fois qu'il est brûlé alors ?

Il en reste des cendres. Chez nous, on les met dans le jardin comme une sorte d'engrais. Ça sert pour faire pousser les plantes.

Dans leur histoire, tu as dit que l'arbre de rêve aimerait transmettre des conseils à l'arbre de cauchemar. Comment tu vois ça ?

L'Arbre de rêve lui dirait que de toute façon, il reste mettre de ses choix, que s'il a la chance de finir en compost pour faire repartir une plante ce serait bien. Mais s'il décide de se laisser dépérir et mourir, et qu'il accepte que quelqu'un vienne le couper et qu'il serve à quelqu'un d'autre, ce sera bien aussi !

Peu importe le choix qu'il fera, il respectera son choix.

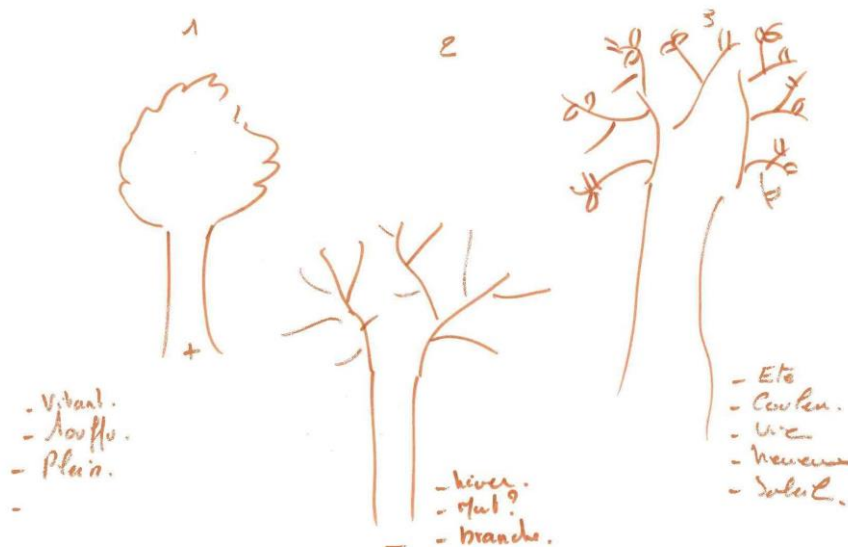
Et l'arbre de cauchemar, comment il prend ça ?

L'arbre de cauchemar le remercie et il lui redit que de toute façon ça sera son choix à lui, sa décision.

ETA Mme S

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1+ : vivant, touffu, plein.

A2- : hiver, mort ?, branche.

A3 : été, couleur, vie, heureux, soleil.

E4- Histoires :

A1+ : Il est en pleine forme, il va rester comme ça, il va pas perdre ses feuilles l'hiver. Il va rester comme ça tout le temps. C'est un arbre qui est bien implanté, posé, sûr de lui, bien.

A2- : Soit c'est un arbre qui est mort, qui va tomber, c'est fini. Soit il est en période d'hiver, il a perdu ses feuilles, qui sommeille, qui va repartir, qui va redevenir beau, qu'est pas vilain en soi mais simplement en sommeil.

A3 : En pleine floraison, reprise de vie. Il va se colorer, les fruits, les feuilles. Il est dans une période de sa vie de passage. Il va revenir en hiver, il vit les saisons c'est un saisonnier. Là il est bien, il est en période de pleine vie.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Il est d'un trait, il forme un seul ensemble. C'est un tout.	Des branches très structurées. Vide, il est vide. Il est triste.
B : Ressenti	Il m'apaise, je le sens fort.	La solitude, la fatigue de la vie. Monotonie. Je ne vais pas dire déprime c'est pas ça, c'est plutôt de la fatigue.
C : Besoins	Pas de besoin, il est bien comme il est.	Que le soleil revienne, que la vie revienne. Chaleur, humidité, d'autres arbres, de lien, d'affection.
D : Actions	Juste la pluie, le vent, le soleil et voilà. D'amour et d'eau fraîche !	Lui apporter la chaleur, la nourriture, accompagnement, la douceur. Lui redonner de l'espoir.
F : Devenir désiré	Juste grandir pour être plus fort... enfin il est bien comme il est, je ne pense pas qu'il ait envie d'être différent.	Il veut reprendre vie, des forces, de la couleur. Devenir fort.
G : Devenir Refusé	Un arbre mort, un arbre sec. Sans vie, sans rien.	Mourir. Il n'a pas envie de mourir. Ou alors il meurt et on ne parle plus de lui.

E7- Histoire A+ / A- :

Si c'est une période d'hiver, A1+ est là pour reconforter A2-, lui donner de l'espoir et l'amener à devenir comme lui et il a envie que cet arbre devienne fort. A1+ il sait ce qu'est l'hiver, il perd un peu de vitalité et il l'aide dans ce passage s'il est mal vécu par la personne. A2-, suivant comment il ressent les choses, il peut très bien, bien vivre cette morte saison. Ça fait partie de sa vie, il ne demande rien et il déprime pas, il sommeille.

Si A2- est en train de mourir il demande d l'aide parce que quelque part il n'a pas envie de mourir au fond de lui.

E8- Histoire A1+ / A2- / A3 :

A1+ reste comme il est, il garde sa force. Il est là pour aider les autres à garder leur force. Il est tout le temps pareil, stable, il vit les saisons de façon forte.

Les deux autres arbres sont des saisonniers. Ils ne sont pas négatifs, ils sont là, il y a des discussions, c'est bien. Sauf si A2- est en train de mourir, les autres peuvent l'aider à mourir, soit à repartir suivant ou il en est. Les deux autres ils sont vivants, ils sont sages. A1+ il est la force paisible, un vieillard. A3 est jeune, plein de vie. A2- c'est une jeune mourant ou un vieux mourant ou alors quelqu'un en train d'avancer.

ARBRES MYTHIQUES

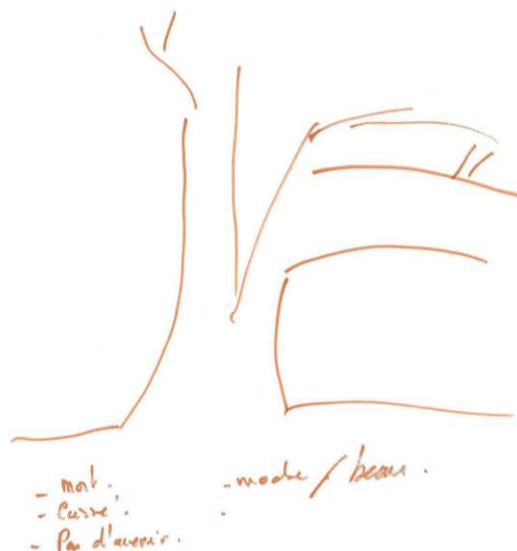
Arbre de Rêve : AR : Commentaires pendant le dessin. Wouaw, je mettrais des racines... C'est un mix.



AR : racine, force, paisible, vivant, confiant, avec assurance.

Rêve : Il devient quelqu'un, ... enfin... un arbre sur lequel on peut s'appuyer. Il a une sagesse en lui qui est reconnue et réelle. Il est apaisant, aidant. Bien enraciné, rien ne l'ébranle, peu de choses... Il est fort, il restera comme ça.

Arbre de Cauchemar : AC : Commentaire : Il est ouvert en fait, il est foutu.



- **Cauchemar** : Il s'est pris la foudre, pauvre vieux, ça a été trop dur pour lui, c'est fini pour lui, il est mort il n'y a plus aucun espoir. Il va sécher, pourrir, bouffer par les vers et là c'est l'horreur. Peut-être qu'il y a quelqu'un qui va venir le couper pour en faire un bon feu de bois. Je suis dans la mort utile moi !

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Les racines, les branches et toute l'enveloppe des feuilles qu'il a autour de lui. Les branches c'est tous ses savoirs, ce qu'il a appris au long de sa vie et les feuilles c'est l'enveloppe qu'il a...c'est une protection. Les branches c'est l'expérience et les feuilles c'est ce qui le protège c'est ce qui fait sa force, qui vient de ses expériences de sa vie.	Pas de feuille, le tronc est cassé, fendu. Il a une partie qui traîne par terre, il a deux branches qui se battent en bataille et voilà.
B : Ressenti	La stabilité, la paix, tranquillité. Assurance, un arbre sur lequel on peut compter, s'adosser, s'appuyer, tout faire. C'est pas un cerisier avec les branches qui cassent, ... rien à voir avec cet arbre.	La sècheresse, gris, la mort, histoire finie
C : Besoins	Terre, de l'eau, du soleil. Il a besoin peut être aussi d'être entouré par d'autres, de faire partie d'un groupe.	Il a plus de besoin, éventuellement qu'un autre arbre reste là le temps de l'agonie, qu'il soit encore un

		peu regardé par les autres, qu'il soit encore respecté, qu'on ne le dégrade pas encore plus, qu'il finisse tranquille.
D : Actions	La nature fait bien les choses et devrait lui apporter ce dont il a besoin. Lui, il sait prendre ce dont il a besoin. Il sait. Les autres arbres lui apportent aussi un autre aspect : communiquer, avoir un lien avec les autres arbres.	Le regarder, le respecter.
E : Devenir désiré	Continuer à grossir, acquérir, devenir fort, à être l'arbre de repos, sérénité et paix.	Il veut mourir tranquille, besoin d'apaisement tranquillité, respect. Il ne cherche pas à revivre, ne se bat pas. Il est fatigué, épuisé, il a envie de partir tranquillement
F : Devenir refusé	De sécher, de devenir plus petit, enfin pas plus petit ... sans vie. Ou alors sans vie, sans raison... Si c'est parce qu'il vieillit, il accepte. Ce qu'on n'accepterait pas c'est qu'on vienne le couper. Si c'est pour faire une belle maison... mais ça le ferait chier quand même. Il ne veut pas qu'on le gâche, il veut vivre à travers quelque chose d'utile mais pas gâcher. <i>Je demande comment elle le voit gâcher ?</i> On le coupe par erreur, on le coupe pour en faire rien, le laisser pourrir. Des jeunes l'abime pour le plaisir pour dégrader, faire du mal.	Il refuse qu'on le dégrade, qu'on abime, respecte pas, qu'on le tue avant l'heure. Qu'on l'abatte avant l'heure. Il ne veut pas pourrir, bouffé par les vers, il veut sécher, ça reste beau. Pourrir, ça pue. Il y a plein d'asticot qui viennent le manger, c'est horrible il veut rester beau.

E11- Histoire AR /AC :

AR il accompagne l'autre dans sa sécheresse, dans sa mort et celui qu'est dans la mort est apaisé par l'autre à côté. Il y a des discussions mais pas de supériorité ou infériorité. C'est un lien simple, il n'y a pas de gêne, ça se passe simplement, naturellement. Il se respecte l'un, l'autre, ça se fait naturellement, il n'a pas eu besoin qu'il demande pour que ça se fasse.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

Positionnement temps :

- **Positionnement par rapport à l'affirmation :**

A1+ Futur

A2- Passé

A3 présent

- **Positionnement par rapport à l'affirmation :**

Si c'est aujourd'hui je le mettrais peut-être comme ça, je vis un truc qu'est pas facile donc plutôt négatif mais j'atteins aujourd'hui quelque chose. Le futur A3 c'est une question de temps, ça repart pour devenir A3 puis A1.

Lecture Partagée :

Si A1+ perd ses feuilles, comment ça se passe ?

Ça n'est pas saisonnier, donc s'il perd ses feuilles c'est qu'il meurt tranquillement. C'est le vieux sage, s'il perd ses feuilles c'est normal, il vieillit. C'est la fin de vie. Normale.

Pour cet arbre, j'imagine pas une fin de vie pas belle. Il part tout doucement, il s'arrête tout doucement.

Et qu'est-ce qui se passe ensuite ?

Il disparaît et puis voilà, si je le transpose sur l'humain, il reste dans la mémoire et aide quelque part. Si je l'imagine arbre, il laisse sa place à un autre, qui va venir revivre. C'est l'espoir.

Comment il disparaît ?

Il sèche, il tombe en poussière.

Que devient cette poussière ?

Il va être sur la terre et faire du compost mais il ne pourrit pas, c'est comme la cendre. Il ne pourrit pas. A la manière de la cendre, c'est beau, c'est gris clair, ça s'envole.

Et A2-, comment tu le vois tomber ?

D'un coup, « crac ! » il est mort, il tombe. Enfin, je ne le vois pas pareil aujourd'hui, je suis plus positive aujourd'hui. Il peut finir comme A1+. Quand un arbre pourrit, c'est que je suis négative... Il est en saison d'hiver et finit comme A1+, il ne pourrit pas.

Mais s'il pourrit, il pourrit comment ?

C'est les odeurs qui ne sont pas bonnes, bouffé par les asticots, ils profitent de ta mort pour vivre... Bon... c'est la nature... Mais l'arbre c'est pas ce qu'il voulait, c'est pas positif. Dans le genre humain, ce sont les gens malsain la pourriture. C'est négatif, pourrir une ambiance, une idée, une personne, sans raison. C'est malsain, c'est méchant. Celui qui pourrit les autres, il a une satisfaction et ça lui permet de vivre. C'est la difficulté de mon métier, les gens qui pourrissent les trucs. Les asticots, ils vivent dans la pourriture des arbres, c'est pas les vers de terre ! La terre c'est pas pourri ! Moi j'ai déjà vu des plaies pourries dans lesquelles on a mis des asticots... C'est naturel... je préfère devenir sèche que pourrie.

Et comment ça se passe s'il reprend, s'il repart ?

C'est une période normale, il y a des hauts, des bas. C'est positif pour prendre du recul ; se remettre en question. C'est pas négatif, repartir plus fort.

Il repart de partout, les racines, les bourgeons. Il grandit, il grossit. Il se pose et repart mieux encore, de partout. Il ne va pas devenir pommier ni cerisier mais il grossit, il s'implante, il fait des fruits.

A1+ aide A 3 et A2- à garder des forces, comment ça se passe ?

Oui mais

Il aurait fallu 4 arbres pour moi.

Et AR, rien ne l'ébranle ?

Une tronçonneuse, quelque chose de violent...

Une tempête ?

Non, éventuellement un éclair mais pas la tempête. Non celui-là, il tient.

AC, quand il pourrit, sèche ou est bouffé par les vers, comment ça se passe ?

Oui il pourrit, il peut faire de l'humus c'est bien... Mais il faut mettre des bottes, y a du jus mais pour le jardin c'est bien. Mais là je parle de la nourriture symbolique...

Pour le jardin c'est bien ?

Oui mais le compost c'est pas du pourri. C'est une destruction naturelle. C'est positif, c'est pas le pourri dans je parle. Je dis pas que je mets du pourri sur mon jardin. Je parle de la transformation. Si on met la phase de putréfaction sur les plantes, c'est mauvais, ça va finir de pourrir.

Et AC, que devient-il ?

Il sèche et il finit dans une cheminée, un beau feu.

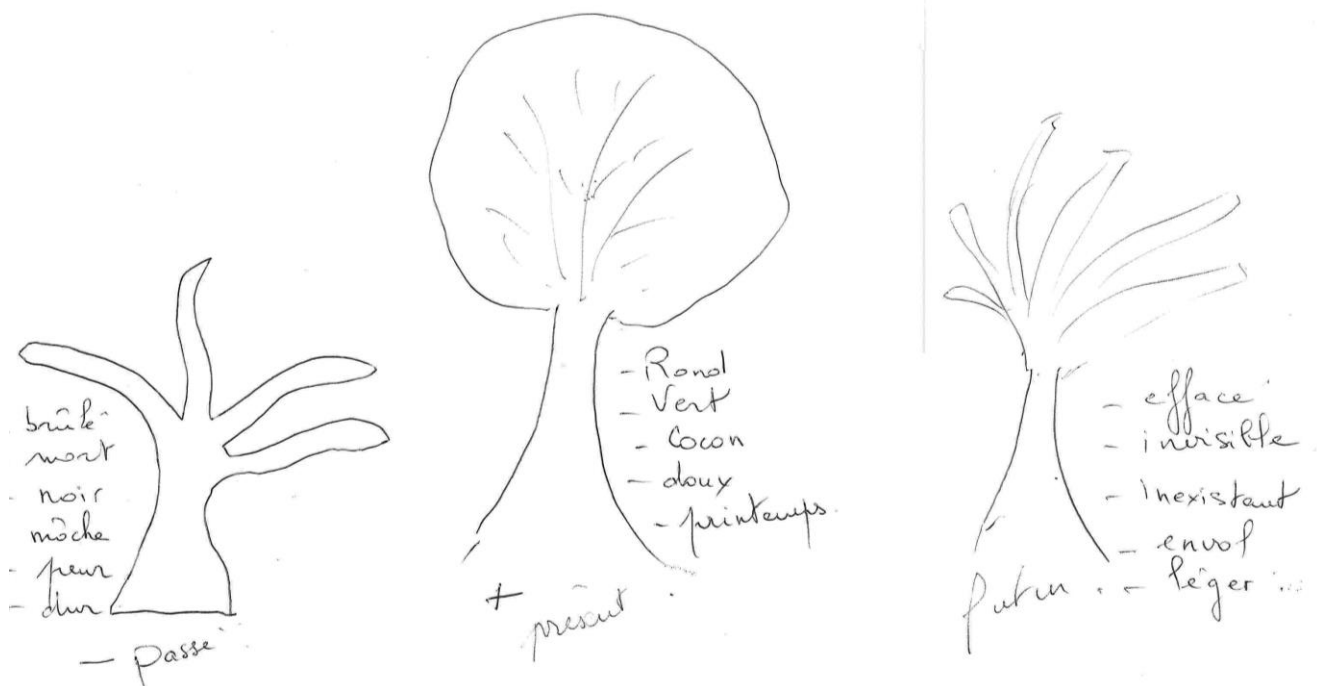
Il ne repart pas ?

Non, il n'a pas envie, il laisse sa place aux autres.

ETA Mme Ma

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1- : brûlé, mort, noir, moche, peur, dur.

A2 + : rond, vert, cocon, doux, printemps.

A3 : effacé, invisible, inexistant, envol, léger.

E4- Histoires :

A1- : Je suis un arbre qui a souffert et là, je suis mort. Car je le vois noir celui-là. J'ai brûlé et je me retrouve seul dans un champ. (Pourquoi il est brûlé, je ne sais pas). Noir, brûlé, tout seul dans un champ. Je suis mort donc il ne peut plus parler. Il n'y a plus d'histoire, c'est fini. Il a eu une histoire mais il en n'a plus. Je le visualise bien : il fait beau, c'est vert autour, sur une colline mais lui il est là et c'est fini.

A2+ : Je suis un arbre heureux, je suis plein de vie, je suis vert, je suis gai et en plus je peux abriter plein d'oiseaux et des fruits. Je suis un arbre d'enfance. (Il me fait penser à mon enfance car j'en dessinais toujours des comme ça.). J'abrite les oiseaux, je protège, je suis bien, c'est paisible. Il fait beau, je suis dans un paysage de printemps. Mais il est encore tout seul. Je ne vois pas d'autres arbres autour, je suis dans un champ avec des fleurs autour. Il y a le ciel bleu, les oiseaux, mais je suis tout seul, bien mais tout seul. Il n'a pas d'envie particulière, il est bien là et il se sent bien là. Tranquille. Mais je ne sens pas de vie ou projet pour lui. Il n'y a pas d'avenir, pas d'après, c'est figé, comme une belle image... est ce que ça vit ?

A3 : Là c'est pas pareil, je ne vois pas de vert, le ciel n'est pas bleu mais très nuageux. Ses branches, on dirait qu'elles ont envie de toucher le ciel, envie d'espace. Le ciel est comme un ciel de traine : blanc, gris. J'ai envie de m'élever vers le ciel, de voler comme un oiseau, je me sens léger. C'est ni agréable, ni désagréable. C'est plutôt agréable. C'est la liberté, c'est léger. C'est un peu comme des ailes d'oiseau qui s'étendent. Mes branches sont tellement légères que j'ai l'impression qu'elles disparaissent derrière les nuages. Je ne me sens pas collé au sol, comparé aux deux autres arbres. Je sens qu'à tout moment je peux m'envoler. C'est un arbre très léger. Il n'y a pas de vert, c'est gris, bleuté et blanc. Les deux autres arbres sont plus statiques et là je sens la fuite en avant. Il y a comme un mouvement vers le haut, vers l'avant.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Dedans les branches, à l'intérieur. Tout se cache dedans, c'est son cœur, c'est l'intérieur.	Ses branches comme une main. Comme des doigts de sorcière. Il me fait peur même, il fait lugubre. Des doigts, c'est lugubre, ça fait peur comme des doigts méchants.
B : Ressenti	Enfance, agréable, protecteur, sécurité.	La peur, l'angoisse. C'est angoissant parce que justement tu sais pas si ne va pas t'attraper. T'as l'impression qu'il pourrait t'attraper, silhouette angoissante
C : Besoins	Pas besoin de rien, il se suffit à lui-même. Il a besoin de vie quand même car il est tout seul. Des petits animaux, des êtres vivants autour qui vont qui viennent. Faire du	Il est méchant, est-ce qu'il veut faire du mal vraiment ? Montrer qu'il est méchant ? Faire peur ! Ouais c'est ça ! c'est pas pareil que d'être méchant, c'est ça ! Pourtant

	mouvement car il ne peut pas bouger. Il aime abriter, ça mettrait un peu de vie autour.	il est mort c'est ça qui est fou.
D : Actions	Lui amener des petits animaux, ça vient pas tout seul. Il faudrait aussi aménager son petit coin pour qu'il se sente agréable, mettre des petites barrières pour pas qu'on vienne l'abimer. Délimiter un peu qu'on le protège. Les oiseaux viennent tous seuls, les lapins aussi. Ah je sais ! On lui fait un trou et on lui met un écureuil dedans comme ça il aurait de la visite. C'est ça qu'il faudrait !	Il ne peut rien attendre de la vie. Il ne peut pas bouger... Il n'y a pas grand-chose, c'est comme un arbre mort, on ne peut pas satisfaire ses besoins. On ne peut plus rien faire pour lui.
F : Devenir désiré	Il a fini de grandir, il veut rester comme ça. Il est bien, assez grand. Il n'a pas envie de grandir ni pousser.	Je ne le vois pas pousser, s'il veut pousser il ne peut pas, il est mort. ? (<i>Je demande s'il peut devenir du bois de chauffage ?</i>) Il ne peut pas il est déjà brûlé. La cendre du bois brûlé on nettoie les vitres avec, et bah voilà le pauvre ! Après il ne ferait plus peur... La cendre on peut l'utiliser au jardin. Il préfère être des cendres de jardin.
G : Devenir Refusé	Ça (elle montre A-) il a perdu toutes ses feuilles, perdre tout ça (elle montre le houppier). Un arbre tout nu, sans feuille, sans coque, sans protection (elle montre le houppier). Il ne voudrait pas, il ne serait plus lui-même. Il aurait froid. De peur que je ça ne revienne pas, il risquerait de devenir comme celui-là.	Qu'on le casse en mille morceaux pis qu'on joue avec, qu'on s'en serve pas. Qu'on s'amuse à lui casser les branches, juste pour le plaisir parce qu'il est mort. Finalement il me faisait peur pis tu vois j'ai du sentiment pour lui quand même. Malgré tout, s'il reste comme ça, il peut toujours abriter quelque chose, des petits êtres vivants, des insectes et tout ? Au moins des petits oiseaux qui viennent se poser. Abriter des micro-organismes ou je sais pas. Il devient protecteur quand même, malgré tout....

E7- Histoire A1 - / A2 + :

Les associer tous les deux ça me paraît difficile. A+ n'en veut pas, ni comme voisin ni comme ami, ça le gêne, ça lui fait peur. C'est ça qu'il peut devenir donc il le fuit. A- veut peut-être l'attraper mais A+ le fuit.

A+ s'il sent que A- est triste peut-être... mais il faudrait beaucoup de temps pour qu'il le connaisse. A+ a peut-être une émotion par rapport à lui, il va peut-être lui donner une chance, pas forcément à côté de lui. Mais s'il n'est pas méchant ! Ça le perturberait quand même. Il faudrait du temps, qu'ils se connaissent et sentir que A- ne lui vaut pas de mal. Dans un premier temps A+ se protège, ça lui fait peur... c'est le temps qui le dira....

E8- Histoire A1 - / A2 + / A3 :

Je ne sais pas s'ils ont envie d'être ensemble... Il y en a un qu'est mort, un qui vit et un qui veut s'en aller. Donc trois envies différentes. Le troisième ne veut pas d'histoire avec les autres, même pas celui du milieu (A+). Il se sent bien dans son univers, dans son monde. Il n'a pas envie d'être avec les deux autres. A+ est bien où il est et ne veut pas partir avec A3 qui fuit et A- qui fait peur ? A3 est seul et bien, il n'abrite pas. Je ne vois pas d'histoire.

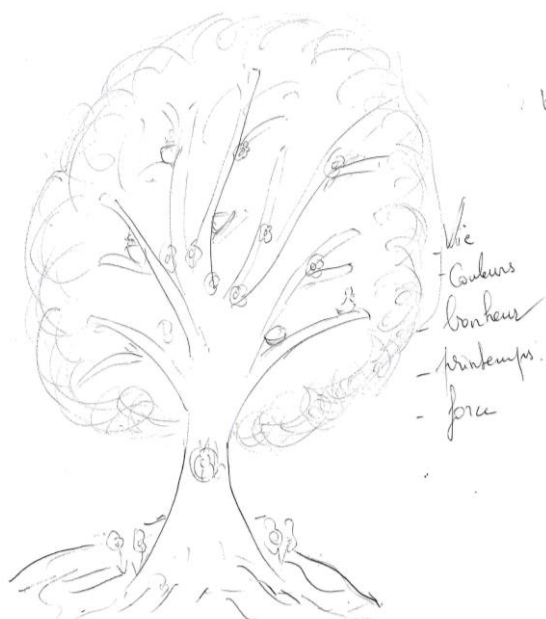
Arrêt du protocole et reprise 4 jours après : Précisions sur la première partie : Mme Ma, m'informe qu'elle a repensé à A- pendant le weekend et qu'elle était surprise de lui avoir trouvé des utilités, même mort. Elle me dit : « comme quoi, même après la mort on n'y pense pas mais... ».

Lors de la reprise du protocole elle ajoute :

A3 a besoin de partir mais il n'y va pas non plus, il veut filer et trouver autre chose, un bien-être, un autre monde meilleur, il ne se sent pas bien là. Mais il n'y arrive pas, le tronc est net, il est dans le départ.

A+ veut bien qu'A- soit à côté mais il s'en méfierait toujours. A+ a son équilibre et A- représente une menace. Il se méfie mais il veut bien lui donner sa chance.

ARBRES MYTHIQUES



AR : vie, couleurs, bonheur, printemps, force.

Arbre de Rêve : AR :

Rêve : Rester comme ça, être toujours rempli de fleurs et d'oiseaux. Les oiseaux qui chantent, les couleurs, la beauté... Rester toujours beau et gai. Abriter plus d'oiseaux qui volent partout et qui font de belles petites chansons.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : peur, nuit, noir, angoisse, douleur, seul.

- **Cauchemar** : Il est dans la nuit noire, abandonnée, seul et il n'y a personne qui vient. Il a beau crier, émettre des sons, y a personne, il est tout seul. Il n'est pas bien du tout... S'il avait d'autres amis comme lui peut être... Mais il ne comprend pas pourquoi ça lui arrive à lui, pourquoi il n'est pas comme les autres, pourquoi il n'est pas gai. Il a peur. Il voudrait s'enfuir de ça, il a l'impression qu'il est perdu et pas de possibilité de faire autrement.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	L'épaisseur de l'arbre (elle montre le houppier). Je le vois comme du gros coton doux et enveloppant. Ça me fait ça, ça me fait du bien (repassé avec le crayon sur les traits du houppier). C'est épais, doux, enveloppant, sécurisant, chaud...	Le trou, comme s'il hurlait. Je ne sais pas si c'est de la terreur ou... Je pense qu'il a peur, il souffre et puis voilà.

B : Ressenti	Agréable, on peut s'y reposer, apaisant. Il me rassure me protège. J'aimerais presque y être dedans. J'envie les petits oiseaux. Ont-ils une belle vie ? Est-ce qu'il y a un danger ? De toute façon on trouvera toujours un prédateur...	Douleur, souffrance... car si on s'occupait de lui ... <i>(Elle rajoute le mot « seul » à côté de son dessin)</i> . C'est ça, il souffre énormément... si quelqu'un venait peut-être que ça pourrait changer les choses.
C : Besoins	Besoin qu'il y ait toujours de la vie, du bruit, du mouvement.	D'amour, entouré, rencontrer d'autres arbres, n'importe lesquels. Etre entouré, ne plus se sentir seul. Besoin de sentir qu'il existe, qu'il peut se sentir aimé. N'importe quel arbre cassé, c'est comme un humain, c'est comme un animal blessé : il suffit qu'on le prenne sous son aile et il serait enfin heureux.
D : Actions	Il faut le laisser tranquille, ne pas le couper, ne pas construire un immeuble à côté. Environnement tranquille, ne pas le bouger.	Lui ramener plein d'arbres autour de lui, ne plus le laisser seul. La terre est tellement peuplée, n'importe qui ne peut pas rester seul. Il y a bien quelqu'un pour lui, avec les milliards d'êtres sur la terre. Sinon c'est la mort.
E : Devenir désiré	Devenir gros, grand, fort. Bien se déployer. Encore plus épais, fourni (elle repasse avec le crayon sur les traits du houppier). Comme une carapace. Encore plus fort, plus robuste et s'enraciner encore. Faire des racines bien au sol. Prendre sa place, bien.	Il voudrait enlever toutes ses griffes, se détendre, ne pas être aussi déformé. Détendre ses bras pour reprendre un aspect plus agréable et faire moins peur aux autres. Il aimerait se radoucir pour que les autres arbres n'aient pas peur de lui. Il ait qu'il pourra jamais être beau donc au moins se détendre un peu.
F : Devenir refusé	Un arbre tout maigre, perdre toutes ses feuilles (elle repasse avec le crayon sur les traits du houppier). Perdre cette beauté, vieillir... Mais au contraire, s'il vieillit c'est qu'il devient robuste. Au contraire, un arbre ça vieillit.	Un arbre seul, abandonné. Il refuserait la solitude et l'abandon.

	<p>Il ne veut pas devenir tout petit, perdre toute sa ramure. Il veut bien s'enraciner au sol, rester fort. Il ne veut pas perdre ses fleurs, ses oiseaux et ses écureuils.</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

E11- Histoire AR /AC :

Un voyage. Qu'ils voyagent ensemble mais pas forcément partir ensemble. Moi je vois de la musique entre eux mais je ne sais pas comment. Vivre une belle mélodie entre eux. AR apprendrait à AC à chanter. Comme ils ne peuvent pas aller bien loin, la musique c'est la vie, ça nourrit, ça détend. AR a plein de vie en lui donc c'est un moyen de se passer de la vie entre eux. Un beau voyage mélodique avec du son. (*Je demande s'il lui apprendrait à chanter au lieu de hurler*) Oui tout à fait : perdre cette plainte et que ça devienne mélodieux. AC veut recevoir et AR veut bien donner donc c'est faisable !

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

Positionnement temps :

– **Positionnement par rapport à l'affirmation :**

A1 : c'est sûr c'est le passé mais c'est aussi le futur

A2 : est-ce que c'est le futur ?

A3 : Peut-être dans le passé

– **Positionnement par rapport à l'affirmation :**

L'autre jour (*première partie d'ETA 4 jours avant*) je le sentais comme ça, c'était net (*elle le note sur son dessin*) mais là ça se mélange un peu. Tout se mêle maintenant, c'est un peu tout.

Lecture Partagée :

La dernière fois tu étais étonnée d'avoir trouvé une utilité à ton premier arbre, même dans la mort.

Mais il a existé aussi cet arbre. Je suis dans le passé, même si on nous rabâche « l'ici et maintenant », moi, je pense qu'il ne faut pas oublier.

Il ne faut pas l'oublier, le casser ou qu'il disparaisse. L'incinération ça me gêne.

S'il est brûlé, incinéré cet arbre, qu'est-ce qu'il devient ?

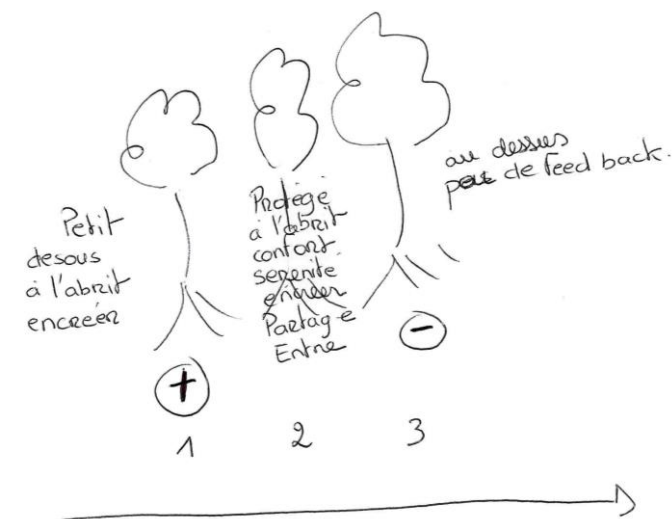
S'il est en cendre, il est utile pour la terre mais on ne sait plus qu'il a existé. J'ai pu avoir un problème avec la mort car j'ai du mal à me dire qu'il n'y a plus rien... Même dans le corps qui est mort. On dit que certaines cellules continuent à vivre indépendamment lorsqu'on meurt.

S'en suit un débat autour de la transformation des cellules après la mort.

ETA Mme St

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1+ : petit, dessous, à l'abri, ancré.

A2 : protège, à l'abri, confort, sérénité, ancré, partage, entre.

A3- : au-dessus, peu de feed-back.

E4- Histoires :

A1+ : Je suis petit, fragile, bien ancré à ma place, à l'abri des intempéries. Secoué par les tempêtes qui passent et donc j'ai appris à mettre mes branches en rond (*elle fait le geste du houppier replié sur lui-même*) pour accuser les coups et contenir mon énergie. J'aimerais pouvoir m'ouvrir en toute sécurité.

A2 : Je suis serein, entouré de tous, je me berce au gré des événements tout en douceur. Je suis bien dans ma place, bien à ma place. J'apprécie d'être en groupe.

A3- : Je suis responsable des autres, je dois faire avancer les choses, je dois être fort, je ne suis pas toujours capable d'écouter. J'ai des comptes à rendre, donc pas toujours facile d'échanger avec les autres sur ce qui me préoccupe. J'essaie au mieux de protéger ceux que j'entoure.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Les racines et le fait qu'e le tronc soit bombé dans le sens de l'avancé de la vie (<i>elle rajoute la flèche sous son dessin</i>) pour affronter les événements. Le tronc est fin pour être souple comme le roseau.	Lui aussi a des racines solides, ce qui est rassurant. Il se protège car il est certainement aussi bien sensible. Il est bien gonflé, plein de savoir et il prend beaucoup de place.
B : Ressenti	Il aimerait être un peu plus	De la sécurité, mais un

	grand et sentir un peu plus en sécurité.	sentiment de difficulté à le cerner, à le comprendre parfois. De la colère mais pas contre lui, contre les choses qu'il ne règle pas. Et parfois de l'incompréhension.
C : Besoins	Etre écouté, de poursuivre ses actions et moments de partage.	Besoin qu'on lui fasse confiance, besoin de ne pas avoir à répéter les choses qu'il a demandé ou les consignes. Besoin que les autres arbres soient efficaces.
D : Actions	Qu'il ait l'impression que le troisième arbre l'écoute avec sincérité, qu'il donne de sa personne pour satisfaire au mieux les besoins de tous. Etre entendu et sentir que l'autre en face est sincère et pas juste des projets contre vents et marées. <i>L'arbre parle</i> : « Je ne souhaite pas qu'il y ait de la casse donc je souhaite vraiment être entendu »	Arriver à motiver les autres arbres et plantes autour. Arriver à faire comprendre aux autres l'utilité de fonctionner ensemble pour le bien de tous. Satisfaire les besoins de cet arbres ça satisfait tout le monde.
E: Devenir désiré	Je souhaiterais avoir des fruits, des fleurs et grandir par les expériences et le partage avec les autres. Et pourquoi pas du coup sortir mes branches qui sont à l'intérieur (<i>fait le geste de s'ouvrir</i>)	Multiplier ses racines parce qu'il a trouvé une clairière avec un bon groupe d'arbres. Pouvoir aussi ouvrir ses branches et pouvoir laisser ses branches aller vers les autres arbres en toute sécurité. Continuer à maintenir ce rôle de protection contre les éléments extérieurs au groupe d'arbre.
F : Devenir Refusé	Il refuse de devenir un arbre avec des épines ou des piquants et également de se laisser mourir. Il faut qu'il ait suffisamment de racines et de force pour s'implanter ailleurs.	De ne pas être écouté et il refuserait volontairement de laisser la vie ou les choses se dégrader. Il refuserait de devenir un copain pour maintenir l'équilibre.

E7- Histoire A1 + / A3 - :

L'arbre plus âgé demande au plus jeune si ça va. Le plus jeune lui répond comme à chaque fois que tout va bien. L'arbre le plus vieux ré insiste en parlant du quotidien donc l'arbre le plus jeune finit par exprimer les problèmes qu'il rencontre dans la journée et qui mettent en difficulté d'autres arbres de la clairière et le plus jeune arbre exprime à l'ancien la difficulté de prendre du recul et de ne pas souffrir de ce que lui ramènent les autres arbres. L'arbre

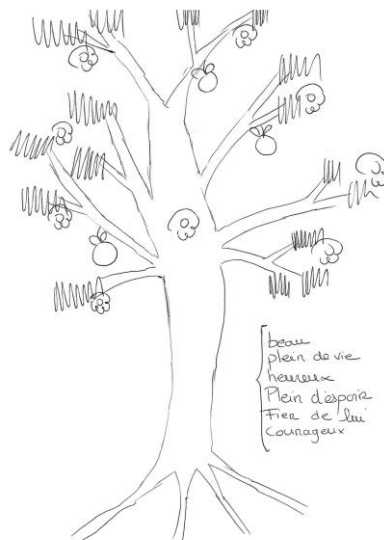
ancien lui exprime qu'elle (*changement de genre dans le discours*) en parlera aux habitants de la clairière concernés et la discussion se termine mais le jeune arbre sait que même s'il semble de bonne foi par expérience il sait que les choses ne sont pas si simples et que les problèmes qu'on vient lui confier réapparaissent régulièrement. Donc le jeune arbre aimerait que les problèmes soient directement remontés à l'arbre ancien car il n'a pas l'impression d'être légitime. Le grand arbre a pris des nouvelles, il s'est épanché mais ça ne fait pas avancer.

E8- Histoire A1 + / A2 / A3- :

Les trois arbres essaient de se réunir et les deux premiers essaient de faire entendre à l'arbre ancien qu'il y a des difficultés qu'il faut résoudre car ça entraîne de la souffrance des deux arbres et des autres de la clairière et que c'est pas acceptable donc le grand exprime qu'il a bien entendu et qu'il essaiera de faire quelque chose.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :

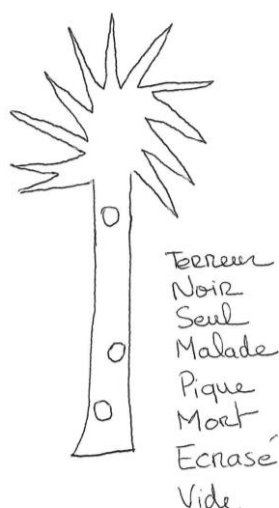


AR : beau, plein de vie, heureux, plein d'espoir, fier de lui, courageux.

Rêve :

C'est de pouvoir partager la vie d'une grande famille, pouvoir continuer à donner, recevoir un petit peu quand même. Mais surtout faire partie de la vie d'une grande famille. Pouvoir continuer à grandir. Peut-être faire des petits aussi.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : Terreur, noir, seul, malade, pique, mort, écrasé, vide.

Cauchemar : C'est de se retrouver tout seul, vidé de son énergie. Malade en plein hiver et qu'il n'ait personne à aimer et personne qui l'aime. Qu'il y ait son écorce qui se flétrisse, qui se dégrade et qu'il y ait aucun but dans sa vie. Personne avec qui partagé quoi que ce soit. Du coup, pour essayer de se protéger, les quelques forces qu'il a, c'est de se mettre en épine pour essayer de repousser le mauvais temps.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Que ce soit les racines ou les branches, elles sont bien ouvertes et bien ancrées. Ouvertes vers l'extérieur. Bel arbre, avec plein de fruits donc vraiment dans la vie et sûrement dans a meilleure période de sa vie.	Le nombre de piquants, il s'est mis en boule comme un hérisson, il est sur la défensive. Le fait qu'il se soit isolé dans un coin de la clairière, qu'il n'ait pas de racine. Que son tronc est perforé de trous et qu'il ne penche pas ver l'avenir.
B : Ressenti	Je le vois heureux, je le vois souriant, un peu fou-fou même, et plein de vie. L'impression que tout est possible, que rein de grave ne peut arriver, rien qui soit irrémédiable. Heureux d'être là.	De la peine, de la tristesse, je suis désolée pour lui quoi... Et en même temps j'ai envie de dire qu'il faudrait se donner un coup de pied au cul !
C : Besoins	Sûrement d'avoir l'impression d'être un peu plus apprécié à sa juste valeur. Un peu plus aimé. Besoin d'être entendu, de ressentir qu'on lui accorde la confiance.	Retourner au sein de son groupe, pouvoir baisser ses piquants pour que ceux-ci se transforment en fleurs. Arriver à allonger ses racines, prendre plus soin de lui.

D : Actions	Qu'il y ait plus d'échanges avec les autres, et qu'ils aboutissent sur des choses qui avancent. Pas rester sur des choses qui stagnent et des non-dits.	Lui montrer qu'il a sa place dans le groupe, le rassurer, lui accorder de la confiance. L'aider à reposer les bonnes bases, à revoir ses priorités. Le rendre autonome, responsable de quelque chose.
E : Devenir désiré	Continuer à grandir parmi les autres, continuer à avoir des fleurs. Continuer à partager, échanger avec les autres. Agrandir le réseau de ses racines pour prendre les minéraux autour de lui dont il a besoin pour être en bonne santé et continuer à donner les fruits qui peuvent servir à d'autres.	Il souhaiterait grandir, s'allonger vers le soleil. Ouvrir ses branches pour entrer en relation avec les autres. Prendre plus de poids pour être solide face aux événements de la vie. Pouvoir laisser enfin pousser ses racines, avoir enfin confiance, ne pas se sentir en danger. Pouvoir faire de nouveau des fruits, fleurs et le transmettre à son tour.
F : Devenir refusé	Refusera de s'isoler du groupe, ou s'il le fait c'est qu'il partira. De ne pas prendre les minéraux dans le sol pour grandir. Car il a besoin de s'enrichir de nouvelles choses et connaissances qui se présentent à lui. Refuse de faire des choses qui ne lui paraissent pas juste et de se mettre en danger.	Refuserait de devenir comme il est actuellement, tout rabougri et malade.

E11- Histoire AR /AC :

Ils sont ensemble, même très proches l'un de l'autre. Ils partagent leurs joies et leurs peines, leurs espoirs, leurs envies. L'arbre qui pique petit à petit commence à se métamorphoser et à ressembler à l'arbre voisin avec tous ses fruits et ses fleurs. Et l'arbre de rêve est content que AC lui ait fait confiance et partagé ses craintes pour continuer à avancer. Ils sont pas mains dans la mains mais branches dans branches et ils vont pouvoir avancer vers un projet commun. AR est content d'avoir trouvé un copain quelle que soit son origine ou sa famille d'arbre.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

Positionnement temps :

- **Positionnement par rapport à l'affirmation :**

A1+ Passé

A2 Présent et futur

A3 -Passé

- **Positionnement par rapport à l'affirmation :**

Pour moi, le premier c'est plutôt ce que j'étais avant, le 2ème c'est ce que je suis et souhaite continuer à être voire pouvoir aller vers le 3ème. Sachant que je ne veux pas être le 3ème non plus mais plus d'autonomie, lui ressembler.

Lecture partagée :

L'arbre négatif a appris à mettre ses branches en rond, si ces branches s'ouvraient, ça se passerait comment ?

Les branches en rond c'est pour que les choses rebondissent plus facilement. C'est moins agressif...ça protège mais c'est plus souple, pas incisif, pas comme l'arbre de cauchemar.

Et si elles s'ouvrent, comment ça se passe ?

Ça s'ouvrirait de façon à laisser des espaces pour laisser entrer la lumière, pour que les choses entrent et sortent aussi... comme si c'était des alvéoles.

Des alvéoles comme pour respirer ?

Oui, pour partager avec les autres, l'échange doit être dans les deux sens : les choses rentrent et sortent. Ouvrir ses branches, ni trop, ni pas assez.

Et l'arbre de rêve lui, il est comme ça, il échange il partage ?

Autour de ses branches il a fait comme des alvéoles. Il est ouvert aux choses de la vie. Ses branches sont douces. Il n'a pas fait un dôme entier, (*pour dire que le houppier n'est pas fermé*) c'est des morceaux de son feuillage, il n'est pas épais comme le premier et il est moins dense.

Et les racines aussi sont ouvertes ?

Pour se fixer et prendre les minéraux utiles à sa vie. Il a ancrage proportionnel sur tous les côtés. Il ne s'appuie pas que sur un de ses pieds, on parle de pilier (*elle fait référence au vocabulaire utilisé dans la méthodologie humanité*) et là c'est un peu ça.

Et si on lui enlevait ses racines, ça se passerait comment ?

Si on lui enlevait ses racines, il ne tiendrait pas debout, il mourrait. Il se retrouverait par terre sans racine. Tout arbre a besoin d'une base.

Quand il est par terre, qu'est ce qui se passe pour lui après ?

Je ne sais pas, s'il n'a plus de racine... Quelqu'un peut le replanter mais s'il n'a plus de racine, tout dépend à quel point... S'il en reste un peu il peut en refaire.

Si on allongeait les racines, jusqu'où iraient-elles ?

Il n'y a pas de limite, elles peuvent aller jusqu'aux autres arbres d'à côté.

Les racines se rencontrent ? ça me fait penser à l'histoire entre l'arbre de rêve et l'arbre de cauchemar : tu as dit qu'ils étaient branche dans branche. Là aussi les branches se rencontrent ?

Oui elles se rejoignent. L'arbre de rêve peut enrouler ses feuilles autour des piquants et l'arbre de cauchemar commence à se transformer. Les piquants finissent par disparaître.

Elle fait un aparté :

Au départ, je me sentais plus comme le premier arbre, en fin de compte c'est le deuxième que j'aime le plus. Quand je ne me sens pas bien, je me sens comme le premier et l'autre, de

deuxième c'est quand je me sens bien. Lui, ses branches elles sont ouvertes. Il ressemble plus à l'arbre de rêve.

Nous continuons de relire son protocole.

Et l'arbre de cauchemar, il a des racines ?

Je le voyais sans racine, je ne lui ai pas fait de racine volontairement car il ne peut pas vivre bien longtemps.

Et si on lui en ajoute, comment ça se passe ?

S'il rencontre un arbre qui se sent bien, ça lui donne l'énergie, l'arbre qui est bien vient enrouler ses feuilles sur ses piquants et ça lui fait pousser ses racines.

Donc l'énergie vient par le haut ?

S'il n'a plus d'énergie pas le bas, l'énergie doit venir par le haut.

Et dans son cauchemar, l'arbre de cauchemar est vidé de son énergie, comment ça se passe ?

Il se flétrit de l'intérieur, il n'y a pas d'énergie qui entre à l'intérieur, il se flétrit de l'intérieur. L'énergie naturelle, manger, boire, c'est pas suffisant à ce stade. L'énergie apportée par l'autre arbre c'est pas qu'elle n'est pas naturelle mais c'est l'énergie de la terre, du partage.

Alors comment tu vois ça ? C'est l'arbre de rêve qui allonge ses branches ou plutôt l'arbre de cauchemar ou alors les deux se rejoignent ?

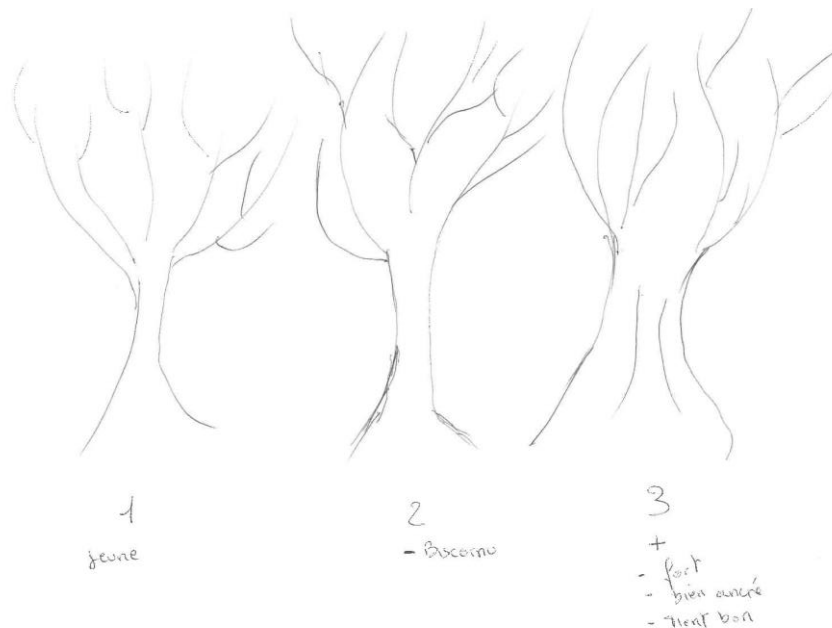
C'est plutôt l'arbre de rêve qui allonge ses branches, l'arbre de cauchemar n'est pas en mesure, il se protège mais pas dans le but de blesser quelqu'un. Il n'est pas opposant à l'aide, ce sont des piquants de prévention et pas d'attaque.

Fin du temps impartis.

ETA Mme A

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1 : jeune.

A2- : biscornu.

A3+ : fort, bien ancré, tient bon.

E4- Histoires :

A1 : Le jeune, ça fait pas longtemps qu'il est là, il ne sait pas trop ce qu'il doit faire. Il attend un peu par rapport aux autres comment évoluer. En espérant de devenir aussi fort que le 3ème.

A2 -: Il est mal démarré, il est moins beau que le 1er. Il y a de la jalousie je pense. Moins fort que le 3ème. Il n'est pas bien à l'aise cet arbre

A3 : On sent qu'il a du vécu. Ça fait longtemps qu'il est là. Il préside les deux autres et s'affirme par rapport aux autres. On le respecte.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Son tronc, il est très large, on sent qu'il impose.	Sa forme, l'arbre. Il est moins régulier, il est mal démarré à la base (<i>elle montre le tronc</i>).
B : Ressenti	Apaisement, sécurité.	Il est malheureux en fait cet arbre. Parce que je pense qu'il voudrait être jeune comme le 1er et fort comme le 3ème.
C : Besoins	Il a besoin de lumière, de l'eau de la terre. Des petits oiseaux qui viennent chanter près de lui. Tout ce qui est insecte, qu'il y ait de la vie autour de lui. Des cris d'enfants qui puissent monter dans se branchages.	Besoin d'être taillé pour être mis en valeur et qu'on lui apporte de l'amour.
D : Actions	Ça dépend de l'endroit. Si c'est dans un forêt, il faut faire des chemins pour pouvoir passer auprès. Si c'est dans un jardin, prendre conscience, bien le tailler pour qu'il soit beau et qu'on puisse le regarder encore plus.	L'arroser, l'élaguer pour qu'il redémarre bien.
F : Devenir désiré	Pas forcément grand mais plus étoffé au niveau du feuillage. Pas forcément en hauteur mais avoir un feuillage verdoyant.	Grand, celui-là il veut grandir parce qu'il veut pas s'élargir par rapport à l'autre. Il que l'autre puisse rester maître et lui prendre de la hauteur.
G : Devenir Refusé	Coupé en bois de cheminée, tronçonné.	Pareil, servir de tronc pour faire le feu.

E7- Histoire A1 / A2 :

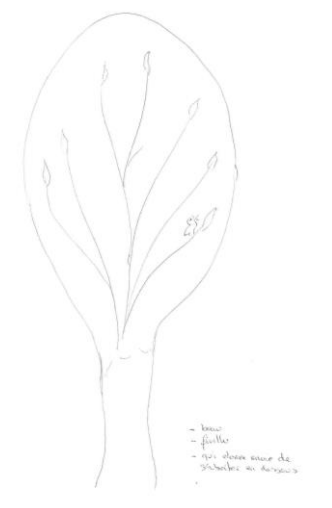
Le biscornu dit au 3ème qu'il est malheureux car il n'est pas comme lui, fort, beau. Le fort, le calme, lui dit que non, ça va venir, qu'il suffit de grandir. (*à ce moment, Mme Aa pleure et me dit qu'elle vient de comprendre qu'A3+ représentait sa mère qui l'a aidée à grandir, beaucoup d'émotion. Après un petit moment, je demande si A3+ rassure l'arbre négatif et si ça marche*). Oui, voilà, l'arbre biscornu se grandit, ça marche.

E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

Le jeune, c'est un petit coquin, il est tout jeune, très...il veut mettre de la vie. Il veut secouer un peu les vieilles. Mettre de la vie et de la jeunesse là-dedans et essayer de....
Il fait exprès de faire du bruit avec ses feuilles pour enquiquiner les autres. Les autres lui disent : « Toi, t'es jeune, t'es pas rendu loin, si tu te tiens pas à carreau tu vas voir... ».
Lui il veut secouer les traditions. Les deux autres, eux aussi ont été jeunes. Il se disent que ça passera sûrement. Ils sont un peu exaspérés mais bon...

ARBRES MYTHIQUES

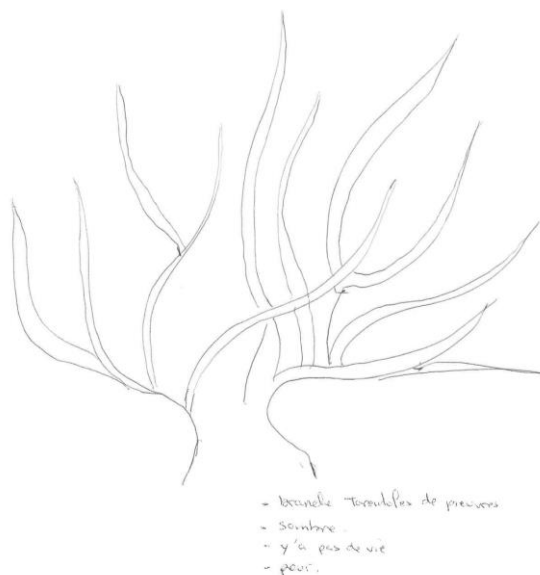
Arbre de Rêve : AR :



AR : beau, feuilles, qui donne envie de s'abriter en dessous.

- **Rêve :** Il est serein, on l'a accueilli. Il a de la visite, il y a de la vie autour. Il est épanoui.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : branche, tarentules de pieuvres, sombre, y'a pas de vie, peur.

- **Cauchemar :** c'est un arbre qui n'a pas été aimé. Il n'a pas été taillé. Donc ses branches sont parties n'importe comment. Il n'a pas pu s'élever.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Son feuillage.	Ses grandes branches dénudées. Comme si elles appelaient à quelque chose (la forme)
B : Ressenti	L'apaisement.	De la peur et de la tristesse.
C : Besoins	L'amour, et le soleil, la pluie, la vie autour.	De l'amour, d'être regardé, être taillé, et de la lumière. Et de la vie autour peut-être aussi car y a pas de vie. <i>(Comment tu vois ça?)</i> Des oiseaux qui viennent le voir, des enfants qu'il entendrait crier, jouer autour de son tronc. Les branches sont biscornues et elles sont faciles à grimper. On pourrait en profiter, avec peu, on peut faire des choses intéressantes pour qu'il soit heureux.
D : Actions	L'aimer, l'entretenir, tailler ses branches et l'arroser.	L'arroser, s'en occuper régulièrement, le retailler, pas trop quand même pour qu'il garde un peu son caractère et l'aimer.

E : Devenir désiré	Avoir des plus grandes branches pour que les gens viennent s'abriter dessus ou mettre un balançoire, quelque chose comme ça.	Plus grand, il a un petit tronc donc plus grand. (<i>il grandirait pas le tronc ou par les branches?</i>) S'il peut, par le tronc... Mais c'est mal barré, c'est pas un palmier.
F : Devenir refusé	Qu'on le tag, qu'on lui fasse du mal et qu'il soit en bois de cheminée.	Qu'on le laisse pour compte et qu'on s'en occupe pas. Qu'on le tronçonne parce qu'il est inutile et pour faire du bois de cheminée.

E11- Histoire AR /AC :

On pourrait dire que l'arbre de cauchemar devienne AR. (*Comment tu vois ça?*)

Au départ il était tout seul, laissé pour compte. Tout d'un coup il y a quelqu'un qui s'en est occupé, aimé, arrosé, élagué. Les oiseaux sont venus, les enfants aussi. Il a beaucoup mieux poussé car il était heureux.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

Positionnement temps :

c- Positionnement par rapport à l'affirmation :

A1 : Passé

A2 - : Présent

A3 + : Futur

d- Positionnement par rapport à l'affirmation :

Oui c'est ça.

Lecture Partagée

Mme Aa me dit qu'elle a repensé au parallèle qu'elle avait fait entre A3+, sa mère et elle. Je lui indique que nous allons reprendre ensemble les grandes lignes du protocole, que je continuerais à lui poser quelques questions et que nous parlerons toujours des arbres.

Tu as dit qu'A2- avait besoin d'être taillé, tu le taillerais où toi ? Comment ?

Au milieu, pour qu'il reparte plus sur les côtés, pour qu'il s'étoffe. Par le fait de le tailler, il va y avoir plein de petits branchages qui vont s'étoffer et repousser au milieu.

Donc tu intervies sur le houppier, pas sur le tronc ?

Oui, plutôt tailler les branches du haut pour qu'il prenne de la hauteur. Si on taille plus bas, il va plus s'élargir.

Et il va prendre de la hauteur, jusqu'où ?

Il voudrait aller pas trop haut quand même ! Peut-être un peu plus haut que le troisième pour se faire respecter davantage.

(Nous remarquons au long du protocole que tous les arbres refusent d'être coupés en tronçon pour finir en bois de cheminée.)

Quand tu regardes tes arbres, comment tu vois ça toi, être coupé et finir en bois de cheminée ?

Ben je vois plutôt le troisième car il est plus vieux. En espérant que si on le coupe c'est parce qu'il est très malade et qu'il n'y a plus rien à faire. Pas que parce qu'il est vieux. Mais ça ne sert pas à rien, ça sert à réchauffer... une maison... c'est pas que négatif.

Qu'est-ce qui se passe quand les arbres sont en bois de cheminée.

Il est en cendre et puis plus rien... plus rien, juste les souvenirs et les photos.

Que devient cette cendre ?

Bah on peut la mettre sur les parterres donc ça fait une seconde vie... mais bof !

Si A2- est coupé, ce serait à quel niveau ?

Tout en bas (*elle dessine un trait avec son doigt au ras du sol*).

Il reste une souche ? Qu'est-ce qu'elle devient cette souche ?

Il faut l'enlever car rien ne repousse dessus. Ou alors seulement des champignons... ou peut-être des petits rejets. Ou il va y avoir des parasites, des termites et il va se désagréger du coup.

S'il se désagrège, comment ça se passe ?

Ça devient du terreau, quelque part, du fortifiant pour la terre, pour d'autres arbres. S'il y a un petit fruit sur la terre, ça repousse. Un gland de l'autre arbre à côté qui serait tombé et un autre pousserait à la place. Et lui aussi c'est un chêne. Peut-être qu'il y aurait des glands à lui qui seraient tombés avant et qui repousseraient.

(Nous continuons dans le protocole)

Tu m'as dit aussi qu'il fallait tailler AC, tu le taillerais où ?

Plus sur les branches du haut celui-là. Avec les branches du bas on peut faire une balançoire et grimper dessus. On peut tailler sur les branches du haut pour qu'il fasse moins imposant. Qu'il soit accessible, qu'on puisse grimper dessus, qu'on n'ait pas peur.

Et l'arbre de rêve lui il est accessible ?

Oui, il faut aussi lui faire des plus grandes branches sur le bas pour une balançoire ou pour s'abriter en dessous.

Pour ton Arbre de cauchemar, si on lui met des feuilles, elles sont comment ?

Des petites feuilles vertes avec des fleurs qui sont odorantes. Qui sentent un petit peu bon, ça peut être attrayant pour attirer aussi bien les insectes, les oiseaux, tout le monde.

Comment elles sont ses racines ?

Elles ne sont pas profondes, elles sont en surface et elles sortent à l'extérieur. Ça fait un peu peur mais c'est bien pour abriter les petits animaux, les lapins, les écureuils...

Et si on les allonge ces racines ?

Elles s'allongent en surface, ça fait peur dans le sens où on sent que c'est quelque chose qui date, qui est là depuis longtemps. C'est pas vraiment de la peur, c'est plus du respect.

Et pour l'arbre de Rêve, se ses feuilles tombent, elles tombent comment ?

Elles tombent en hiver, il reste que le squelette : il est beaucoup moins beau. Il a froid, ça revient au printemps, ça repousse, les oiseaux font leur nid avant que ça repousse. On les voit et quand ça repousse, on ne les voit plus.

Où est-ce qu'elles vont ses feuilles qui tombent ?

Les feuilles tombent près de l'arbre. Elles font de l'engrais au pied de l'arbre pour re-fortifier le tronc.

ETA Mme I

ARBRES DE BASE

E1- Dessins :



A1 : tristesse, mort, solitude.

A2+ : réveil.

A3- : joie, lumière.

Commentaires pendant le dessin : « J'ai moitié fait les saisons ».

E4- Histoires :

A1 : Il se repose, il se régénère, il attend. Il est seul, il est solide. Ça fait partie du cycle de la vie, il attend les prochaines saisons.

A2+ : Il commence à faire beau, il va faire chaud, il va y avoir de la vie autour de moi.

A3- : Après un dur hiver, je profite de la nature autour de moi. J'aide un oiseau à procréer. Je fais plaisir aux gens qui me regardent et qui savent apprécier la nature. Faut que ça dure, je ne veux pas que l'hiver arrive. Mais je ne veux pas qu'il fasse trop chaud non plus. De l'eau, du vent, pas que de la chaleur !

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	J'ai mal fait le haut du tronc (<i>elle montre la partie épaisse du houppier à la base des branches</i>). Mes branches auraient pu partir d'un peu plus bas. Mes branches auraient été plus grandes si la feuille avait été plus grande. Tronc solide	Il part sur la droite. Plus fin que les autres.
B : Ressenti	La vie, la paix.	Il fait freluquet. Peut-être pas d'équilibre, pas d'aplomb.
C : Besoins	Il a tout pour bien pousser. Ça suit son chemin. Si les saisons sont correctes tout va.	D'avoir des gens qui piqueniquent en dessous, qui lui parlent. Sinon il a tout pour vivre. Y a ce qu'il faut.
D : Actions	C'est la nature, moi je ne peux rien faire. C'est la loi de la nature.	Qu'il soit bien placé, pas isolé pour qu'il y ait du monde autour. Y a quand même un oiseau mais peut-être...un peu plus.
F : Devenir désiré	Encore plus gros, pas forcément plus haut mais plus gros.	Il est comme il est. Continuer, perdurer. Il a son charme aussi.
G : Devenir Refusé	De mourir	Être pas respecté, qu'on lui pisse dessus, qu'on laisse des détritrus après le pique-nique. Pas respecté, pas regardé.

E7- Histoire A1 - / A2 + :

Ils se soutiennent, ils sont amis. Il y en a un, A2+ qui encourage l'autre, A3-. Parce qu'il fait moins solide.

E8- Histoire A1 - / A2 + / A3 :

C'était le même... enfin, non.

Chacun continue sa route, chacun son chemin. Ils sont ensemble, il y a une solidarité.

Je reformule ce qu'elle a dit au départ « c'était le même ? »

Au départ je voyais le même avec l'évolution des saisons mais j'ai pas dessiné la base pareil. Ça représente le temps, pour moi, le temps qui passe.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :



AR : équilibre, bien dans ses baskets, beau.

Commentaires pendant le dessin : Bien proportionné, touffu, bien vert. Équilibré. Il y a une rivière à côté. Stéréotypé, il est bien, il me plaît.

Rêve : Il est serein, il a tout pour son équilibre. Il est bien, il a trouvé la paix. Il est vert, c'est la couleur d'espérance.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : pendu, vautour, désert, morbide, horreur, cassure.

- **Cauchemar** : Il est mort, il ne peut pas faire de cauchemar. Si vraiment tu veux qu'il vive encore... il y a encore un peu de racines... son cauchemar serait de servir à pendre quelqu'un.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Il est bien proportionné.	La cassure et la grande branche : son dernier reste d'apparence d'arbre.
B : Ressenti	La paix, le calme.	La tristesse... un petit peu beaucoup...
C : Besoins	Que ça continue comme ça.	Renaître, s'il pouvait y avoir une petite graine. Puis renaître et avoir une autre vie, pas celle qu'il a eue, pas revivre la même chose.
D : Actions	Qu'il n'y ait pas de parasite autour qui peut nuire à son épanouissement et à sa vie, son bien-être.	Le laisser se régénérer tout seul. S'il en envie, il aura la force.
E : Devenir désiré	Plus haut, tout en étant proportionné, plus grand.	Le même avec une meilleure destinée. (<i>Comment tu vois ça ?</i>) Comme AR, voire moins de choses, plus tranquille, moins de déchirement. Vivre un long fleuve tranquille. Il n'a peut-être pas subi les choses mais vu. Il est mort par tristesse, par abandon. On l'a laissé tomber.
F : Devenir refusé	De perdre sa verdure.	De refaire la même chose, de revoir la même chose.

E11- Histoire AR / AC :

AC devient AR. Il voit comme l'arbre de rêve est bien et ça lui donne envie de renaître de ses cendres et lui dire que c'est possible. C'est pas de l'entraide, c'est AC qui voit AR et qui dit « ça peut m'arriver, ça existe ». Un miroir positif.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

Positionnement temps :

- Positionnement par rapport à l'affirmation :

Le futur ça devrait être ça, (*elle montre A3-*) l'espérance.

A1 : Le présent... et le passé aussi.

A2+ : Le futur

A3- : Rien

- Positionnement par rapport à l'affirmation :

Au début c'était la continuité des saisons, c'est ce que j'ai dessiné. C'est sur le dessin mais dans mon esprit c'est pas ça.

Lecture Partagée :

Mme I me signale qu'elle a repensé à l'arbre de cauchemar qui ne voulait pas servir à pendre quelqu'un et elle évoque le récit d'un collègue qui s'est suicidé après une journée de travail pendant laquelle elle l'avait côtoyé. Elle revient sur les dernières heures qu'ils ont vécues ensemble et les dernières paroles qu'ils ont échangées.

Nous reprenons le protocole ensemble et je la questionne afin d'approfondir.

Tu as dit que l'arbre que tu aimais le moins manquait d'aplomb, comment tu vois ça ?

Le tronc part en entonnoir, en fin de compte, il a quand même un pied solide mais je l'ai fait plus fin après (*elle montre le houppier*).

Et si on lui rajoutait des branches ?

Elles seraient à gauche pour que ça soit plus rond, plus équilibré. Ça éviterait peut-être qu'il casse... enfin en général les branches ne sont pas plus lourdes que le tronc... si les branches ne poussaient qu'à droite il ne casserait pas quand même.

Et s'il casse alors, comment ça se passe ?

Il se casse en haut du tronc.

Et qu'est-ce qu'il devient ?

Il y a des gits (rejets) qui repoussent du tronc, mais du coup il sera plus petit. Il va s'étoffer là (*elle montre le haut du tronc à la base du houppier*) mais il sera plus petit.

Tu as dit que le pied était quand même solide, jusqu'où vont ses racines ?

Elles sont plus larges que le haut, plus étendues.

Elles sont bien équilibrées ?

Oui, en fin de compte, il a été gêné par l'autre arbre (*elle montre A2+*), il a été étouffé. Et le trou au milieu, c'est un gros trou. Juste bien pour le nid mais c'est un vide, un gros vide.

Et si on lui enlève le nid ?

Bah le trou se verra encore plus, il ne sera plus utile ! Là, au moins, il est utile.

Est-ce qu'on peut y mettre une branche dans ce trou ?

Non, c'est pas possible... sauf si une autre branche casse à côté, ça ferait un git... mais il faut qu'une branche casse.

Regardons maintenant ton arbre de rêve, il refuse de perdre sa verdure. Comment tu le vois perdre ses feuilles ?

Si c'est la saison, c'est normal, il sera comme le premier arbre.

Elles vont où après ses feuilles ?

Elles nourrissent la terre ou alors elles sont balayées par le vent. A l'automne il jaunit, c'est normal. Il n'a pas le choix, c'est la vie.

Ça laisse la place aux autres feuilles du printemps ?

Oui, sinon il resterait bien comme ça, il a chaud, il est bien.

Et ton arbre de cauchemar est mort, comment ça s'est passé ?

J'en sais rien, la mort c'est la mort.

Qu'est-ce qu'il devient après ?

En cendre. Je le vois brûlé, calciné, tout noir.

Quelle partie est brûlée ?

Tout ce qui est à l'air... les racines ne sont pas brûlées donc peut-être qu'il repartira.

Donc il repart comment ?

Il repart des racines. C'est comme une renaissance car il repart des racines et pas du tronc. Il reste quand même des souvenirs, mais moins marqués peut-être. Mais le vécu est quand même là, les racines. Ça serait plus voulu. Vouloir s'en sortir. Les racines ça crève la terre, faut en vouloir !

C'est un git qui en veut ?

Oui, il a de la force, c'est sa revanche !

Comment tu la vois cette nouvelle vie d'arbre ?

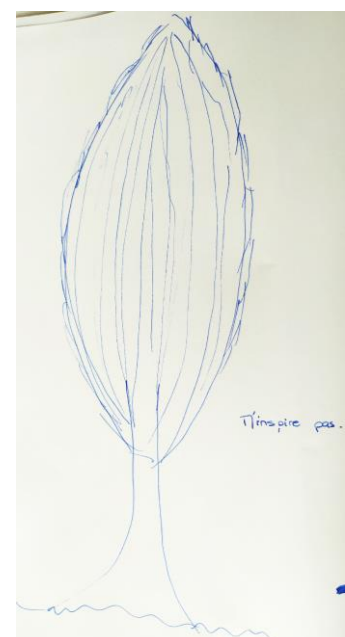
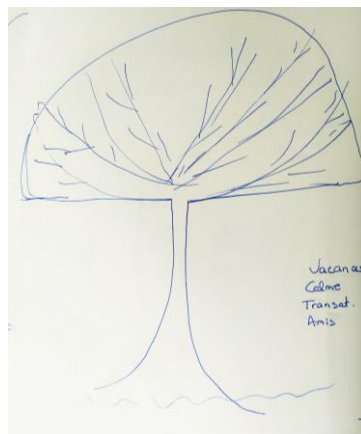
Avec un passif évidemment mais c'est ce qui permet des fois d'être « bien dans ses baskets ». Tu sais d'où t'arrives, d'où tu viens. Il arrive peut-être à se faufiler entre les filets. Il sait les pièges à éviter... mais y en aura peut-être d'autres...

Protocoles Épreuve des Trois Arbres, étude B.

ETA Mme Ca

ARBRES DE BASE

E1- Dessins :



A1 : école.

A2+ : vacances, calme, transat, amis.

A3- : m'inspire pas.

E4- Histoires :

A1 : Nous nous connaissons depuis l'enfance. Tu me dessinais à l'école ou dans ta chambre. Tu as oublié les pommes, les fleurs et le soleil.

A2 + : Nous nous connaissons peu. Tu ne viens pas me voir souvent. Je sais que cette année, nous allons nous voir cet été avec tes amis.

A3 - : Nous nous voyons souvent mais ne nous connaissons pas. Un jour, quand tu auras le temps, l'envie, arrête-toi et viens me voir.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Sa convivialité	Je ne vois rien de particulier, c'est un arbre.
B : Ressenti	Calme, détente	On le voit partout mais sans y prêter attention.
C : Besoins	Du soleil, du temps	De l'eau, du soleil, de l'air.
D : Actions	Le laisse repousser au soleil et au calme	Je ne sais pas.
F : Devenir désiré	Il veut pousser tranquillement à son rythme, il ne sait pas encore ce qu'il veut devenir	Je ne sais pas.
G : Devenir Refusé	Un arbre comme les autres qui ne sait plus comment grandir. Il fait donc comme ses arbres voisins.	Je ne sais pas.

E7- Histoire A- / A + :

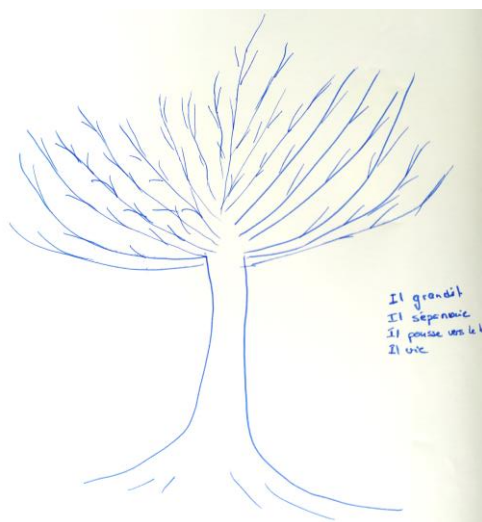
L'arbre – a besoin de repos, il part au soleil se reposer. Là-bas, il ne sait pas où s'installer. Il passe devant l'arbre + et se décide à lui demander où il peut s'installer. L'arbre+ lui dit que là juste à côté, il y a une place et qu'il n'a qu'à choisir où il se sent le mieux. L'arbre – se trouve une place pas trop loin de l'arbre +.

E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

Un jour, l'arbre 1 rend visite à l'arbre +. Il fait également connaissance de l'arbre -. L'arbre 1 et + parlent beaucoup de tout et de rien. Ils ont quelques souvenir en commun. L'arbre -, pas très à l'aise, s'immisce un peu dans la conversation. Et les arbre 1 et + échangent avec lui. En essayant d'en savoir un peu plus sur ce que dit cet arbre.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :

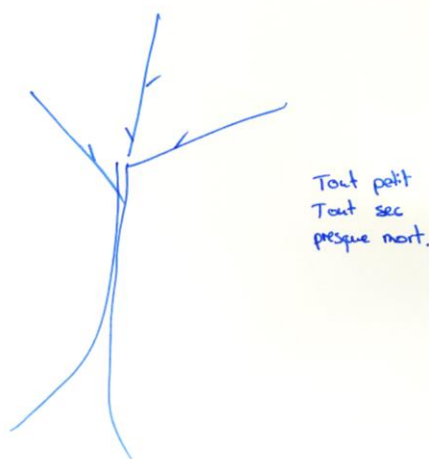


AR : il grandit, il s'épanouit, il pousse vers le haut, il vit.

- **Rêve :**

Il devient un bel arbre, fort. Il a essayé de pousser dans beaucoup de directions. Il aide les jeunes à pousser. Il rêve de calme de bien-être et de voyager un peu. Il a aperçu des arbres qu'il aimerait rencontrer, savoir d'où ils viennent, comment ils ont poussé.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : tout petit, tout sec, presque mort.

- **Cauchemar :**

Il a pas grand-chose à raconter, il a toujours eu peur d'essayer ce qui lui fait envie.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Il a plein de petites branches	Il est pas très beau
B : Ressenti	Il a bien grandi mais peut encore grandir	Il a pas bien poussé, il manque d'attention
C : Besoins	Il est curieux, il a besoin de savoir comment les autres arbres grandissent	Il aurait besoin qu'on l'aide à grandir.
D : Actions	Le laisser vivre à son rythme	Lui donner du soleil, de l'eau de l'air.
E : Devenir désiré	Il ne veut pas pousser tout seul. Il veut devenir grand et fort et vieux.	Il voudrait grandir un peu pour mieux voir ce qu'il y a autour. Il a pas assez poussé il ne voit rien.
F : Devenir refusé	Un arbre sans intérêt pour personne.	Un arbre qui est mort avant d'avoir poussé.

E11- Histoire AR /AC :

Le petit arbre tout sec, dans un élan de vie, sort une nouvelle branche. Et cette nouvelle branche lui permet de voir le bel arbre fort. Le petit arbre demande au bel arbre comment il fait pour être aussi grand et fort. Et le bel arbre lui raconte son histoire.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

a- Positionnement dans le temps :

A1 passé A2+ présent et futur et A3 – rien

b- Positionnement par rapport à l'affirmation :

Non le 3 n'est pas l'avenir

Lecture Partagée :

A2+ veut pousser à son rythme ? Comment tu vois ça ?

Il n'y a pas un rythme particulier, il y a différentes situations et lui, il va s'adapter. On n'avance pas aussi rapidement dans une situation que dans une autre. C'est un arbre qui s'adapte.

Et un rythme qui ne lui appartiendrait pas, tu verrais ça comment ?

Un rythme constant : toujours rapide, ou toujours lent. C'est pas possible, ça fluctue.

Tu as écrit qu'il grandissait comme les autres ?

Il pousse comme les autres, comme les moutons. Il veut garder son identité à lui. S'il poussait comme les autres, il ne se sentirait pas bien, il ne serait pas un beau pin parasol et, un moment donné, il demanderait aux autres pins parasols comment ils ont fait.

A3-, lui, il ne sait pas ce qu'il veut ?

Il est un tout petit mouton qui pousse comme tout le monde. Il y a des rangées de platanes qui sont là... mais on ne leur prête pas attention. Mais on leur rentre dedans...

A3- va s'installer près d'A2+, comment tu vois ça ?

Il arrive timidement, il sort de son environnement, il ose demander à quelqu'un s'il peut s'installer.

Il y installe ses racines ?

Il essaye en tout cas. A2+ va le laisser prendre une petite place, quitte à bouger un peu ses racines.

Dans ton récit, A1 et A2+ parlent avec A-.

Les autres lui font de la place, ils s'intéressent, ils ne l'ignorent pas et ne le refusent pas.

AR a essayé de pousser dans beaucoup de directions ?

Il a essayé des choses, mais il n'a pas tout réussi. Il a essayé, et ce qui ne lui convenait pas, il n'a pas insisté.

Il aide les jeunes à pousser, tu vois ça comment ?

Il leur laisse de la place. Il leur dit comment il a poussé.

Comment ça ?

Il a poussé en essayant... en suivant les conseils de ses aînés. Il a saisi les opportunités.

C'est le hasard, saisir les opportunités, c'est le hasard des fois qui fait qu'il va réussir à aller voir ailleurs.

Il a aperçu d'autres arbres qu'il aimerait rencontrer ? Comment ? Par les racines ? Par les branches ?

Non c'est trop loin. Il fait qu'il bouge. Certains, il pourra les contacter par les racines et les branches. C'est un arbre curieux.

Si AR devient un arbre sans intérêt pour personne, comment tu vois ça ?

Il va cesser de grandir ou beaucoup moins vite. Il s'épanouira beaucoup moins, quitte à faner avant l'âge.

Il se fane comment ?

Il va perdre ses feuilles, il va sécher, il va pas être très en forme. Il n'y a personne qui va venir à son secours. Si ! Il y a quelqu'un qui va s'en rendre compte ! Lui taper un coup dans les racines, le sermonner.

Et s'il arrête de grandir, il meurt ?

Oui, au bout d'un moment.

Et que devient-il ?

On ne devient plus rien quand on est mort. Tout sec... Et puis un moment, ça gêne et on le coupe.

Et après ?

On peut s'en servir à faire des petites choses : chauffer une maison ou des petits objets en bois. Une dernière utilité.

Et après encore, comment tu vois ça ?

Les cendres, je ne sais pas ce qu'on en fait... Il servira d'engrais, dans le jardin de quelqu'un.

AC, il ne pousse pas bien ?

On a décidé pour lui. C'est pas adapté à l'arbre qu'il était.

Mort avant d'avoir poussé, comment tu vois ça ?

Cette mort, c'est laisser tomber ses envies. De ne pas essayer et se dire que c'est comme ça et puis c'est tout. Tant pis si je pousse pas droit.

Il sort une nouvelle branche ?

Ça part bien, c'est un moment favorable pour lui où il se sentait bien et du coup il veut que ça pousse donc il s'autorise à penser que c'est possible.

Tu le vois partir d'où cet élan de vie ?

Des racines.

AR et AC se parlent ?

Je vois plutôt un contact par branches.

Et que devient AC ?

Il va grandir un peu et s'il se laisse aller, peut-être qu'il grandira beaucoup. Il aurait pris un peu de retard mais ça va devenir un bel arbre, plus chétif, mais un bel arbre.

ETA Mme E

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1 : été, vie, longévité.

A2 - : fruit, vert, oiseau.

A3+ : feuillage, grandeur, nature.

E4- Histoires :

A1 : Je suis né il y a plusieurs centaines d'années au beau milieu d'une magnifique forêt. Plus les années passent, plus je deviens fort et plus mon feuillage devient beau. J'aime le vent qui vient me caresser et qui vient me délester de mes fruits. En revanche, j'ai horreur des pluies froides d'hiver quand mes branches sont nues.

A2 - : Je suis un petit arbre chétif, mon feuillage est clairsemé et je ne produis pas beaucoup de fruits. Rares sont les oiseaux qui viennent fabriquer leurs nids dans mes branches. Les autres arbres qui m'entourent me font de l'ombre et je ne grandis plus.

A3+ : Je suis le plus vieux et le plus bel arbre de tout le parc. Je vois passer des gens toute la journée, surtout les beaux jours qui quand ils me voient s'exclament « Waouh, quel bel arbre ». Je suis majestueux mais planté là, immobile, je ne peux malheureusement pas bouger d'ici.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Un long et large tronc, feuillage dense et régulier, une base solide	Un feuillage moins régulier, moins beau. Une base de tronc, trop large, pas proportionnel au reste de l'arbre
B : Ressenti	Impression de grandeur, la beauté de la nature.	Impression de maladie, manque de développement.
C : Besoins	Besoin d'eau, de terre, de soleil.	Besoin de plus de place, plus d'eau et de plus de soleil.
D : Actions	Qu'il soit dans un milieu qui lui convient, bon climat, bon ensoleillement, bon arrosage.	Le changer de milieu, le déraciner pour le transporter et le planter ailleurs.
F : Devenir désiré	Il voudrait devenir grand, fort, feuillu et avoir suffisamment d'espace pour se développer sans gêner les autres arbres qui l'entourent	Devenir comme l'arbre le plus beau de la forêt.
G : Devenir Refusé	Un arbre chétif, au feuillage clairsemé et « moche ».	Refuserait de rester comme il est actuellement, un petit arbre « moche et malade ».

E7- Histoire A - / A + :

A2- « Tu as de la chance d'être aussi beau et aussi majestueux ... Tu as eu toute la place dont tu avais besoin pour te développer. »

A3+ « Oui certes, mais je suis planté là, au milieu de ce parc et je suis seul. Toi tu es petit mais entouré de tout un tas d'autres arbres. »

E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

La forêt a été détruite et beaucoup d'arbres ont été réimplantés dans un parc. Les trois arbres se retrouvent côte à côte. Le petit arbre a désormais toute la place qui lui faut pour se développer et ce grand arbre majestueux n'est plus seul et est encore plus beau qu'avant. Le 3^{ème} arbre n'évolue pas, il n'est pas mieux, ni moins bien que dans sa forêt.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :

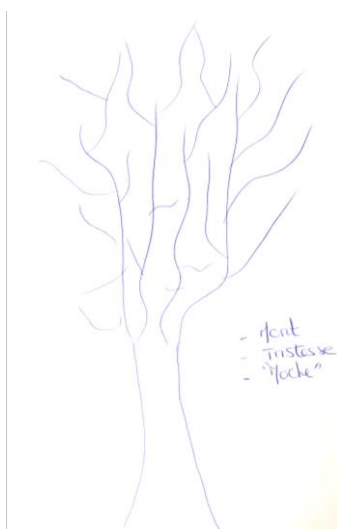


AR : branchage, nid, hauteur.

- **Rêve** :

Je porte la vie à l'intérieur de mon tronc. Plus les années passent et plus mon feuillage devient dense et beau.

Arbre de Cauchemar : **AC** :



AC : mort, tristesse, « moche ».

- **Cauchemar** :

Je vieillis, plus une feuille ne pousse sur mes branches. Je suis malade, j'ai froid. Je meurs petit à petit.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Il y a un trou dans le tronc	Il n'y a pas de feuille
B : Ressenti	Bien-être, sérénité	Tristesse, peur, peine
C : Besoins	Soleil, saison, vie	Vie, soleil, engrais
D : Actions	Soleil, saison, vie	Changer la terre ou l'emplacement
E : Devenir désiré	Devenir de plus en plus grand. Avoir de plus en plus de vie (nids, écureuils...)	Voudrait retrouver son beau feuillage et ses branches solides.
F : Devenir refusé	Arbre sans vie, seul.	Refuserait de rester tel qu'il est.

E11- Histoire AR /AC :

Les arbres sont de la même espèce mais AR a pris toute la place et a empêché AC de pousser. De plus AC est tombé malade récemment et est en train de mourir. AC envie AR et AR a de la peine pour AC.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

c- **Positionnement dans le temps** : A1 présent, A2 – passé, A3+ futur

d- **Positionnement par rapport à l'affirmation** : ----

Lecture Partagée :

Si A3+ devient clairsemé et moche ? Comment tu vois ça ?

Ça fait comme la fin de sa vie, comme s'il allait mourir. Je me demande si c'est la saison ?

Oui. Ou alors il est malade. Il ne perd pas ses feuilles en automne, non. C'est un arbre persistant.

Que devient-il ensuite ?

C'est la fin, il ne va pas tarder à mourir. Vu qu'il est dans un parc, s'il meurt, ils vont le couper.

Où est-ce qu'ils le coupent ?

Au niveau de la base du tronc.

Et que devient-il ensuite ?

Du papier.

Et la souche ?

Elle reste dans le parc, et les enfants s'amuse à grimper dessus.

A2- refuse d'être comme il est, moche et malade, comment tu vois ça ?

Je le vois tout petit. La lumière ne passe pas donc il ne produit pas de fruit non plus. Les oiseaux ne vont pas dedans. Il n'y a pas de soleil. Il y a pas de feuillage. Un petit arbre tout moche, pas trop de vitalité.

Les autres arbres lui font de l'ombre ?

Les autres ils se sont développés normalement. C'est la sélection naturelle. Et lui, il est en dessous, et « pas de bol pour lui ! ».

Comment tu le vois grandir ?

Je ne le vois pas trop grandir et se développer. Il reste comme ça.

Il est statique ?

Il vit quand même car il a un peu de feuille, un peu de vie et un peu d'oiseau.

Et qu'est-ce qu'il devient ?

Je ne sais pas, il n'y a pas d'évolution...

Il y a des animaux qui préfèrent l'ombre ?

Oui. Mais je ne les connais pas.

Dans l'histoire qui relie les trois arbres tu as dit qu'il était replanté ailleurs.

Oui ça me plaît bien ça comme fin.

Et ton arbre de rêve, il refuse de devenir seul et sans vie ? Comment ça se passerait ?

Plus d'écureuil, plus d'oiseaux, plus de fruits, le désert autour de lui. Qu'il n'y ait plus rien et qu'il se retrouve là. Même plus de vent.

Il y a de la terre ?

Oui.

Il va mourir il n'a pas le choix. Mais dans l'idéal il reste comme il est maintenant.

S'il meurt, ça se passe comment ?

Il va rester comme ça, ses racines vont finir par pourrir. Les feuilles tombent, les branches cassent, le tronc pourrit.

Et après ?

...

Ça fait du compost ?

Oui voilà. Peut-être que ça fera un nouvel arbre s'il y a du compost.

Et ton arbre de cauchemar, AR a de la peine pour lui. Il peut l'aider ?

AR, s'il fait du compost par exemple, ça peut peut-être réanimer AC ?

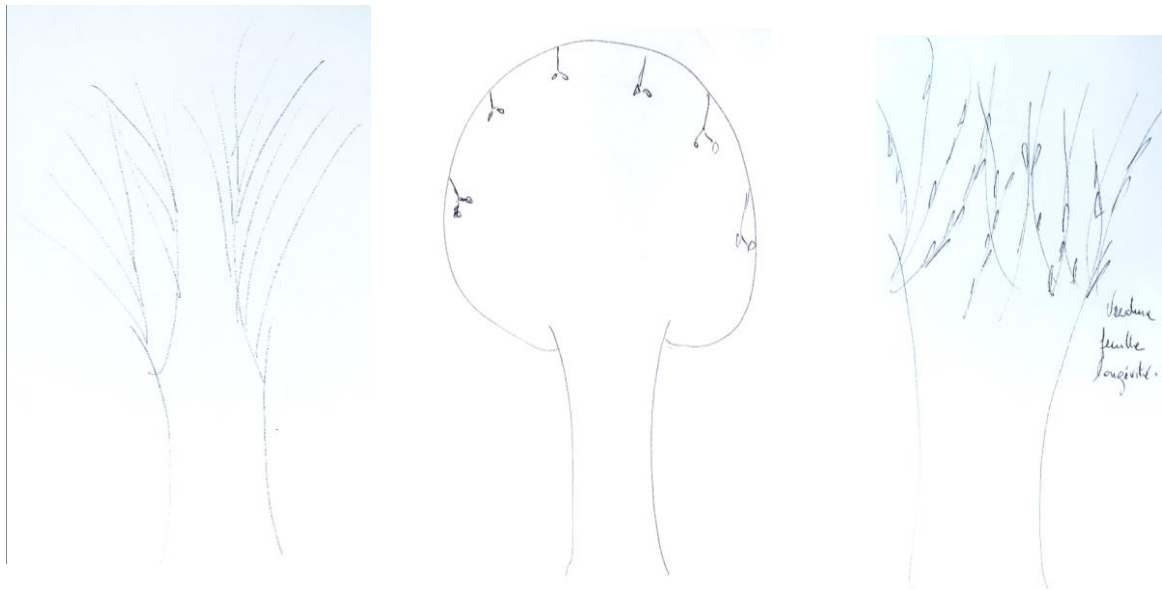
Comment il reprendrait vie ?

Comme un petit rejet à côté. Une nouvelle pousse plus loin, ça repousse à côté.

ETA Mme I

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1 + : forêt, nature, calme, sérénité, paix.

A2- : cerise, sphère.

A3 : verdure, feuille, longévité.

E4- Histoires :

A1+ : L'arbre nu dans l'hiver de la forêt calme. Arbre de paix pour la nature végétale et humaine lorsqu'on le regarde. Arbre qui nous apporte la sérénité au fil du temps.

A2- : L'arbre sphérique nous apporte ses fruits magnifiques, ronds, rouges, plein de saveurs pour nos papilles.

A3 : L'arbre de printemps, avec ses feuilles, sa verdure qui nous procure calme, légèreté et que l'on espère voir grandir et prospérer longtemps.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Mal dessiné	Il est rond
B : Ressenti	Calme, paix	Aucun sentiment
C : Besoins	Soleil, pluie	Soleil, pluie
D : Actions	L'entretenir	S'en occuper
F : Devenir désiré	Grand	Plus rond
G : Devenir Refusé	Mort	Vieux

E7- Histoire A - / A + :

« Salut arbre, que t'arrive-t-il, ou sont tes feuilles ? »

« Ben on est en hiver, je n'en ai plus mais toi, dis-moi pourquoi as-tu des feuilles et des cerises ? Ce n'est pas normal ? »

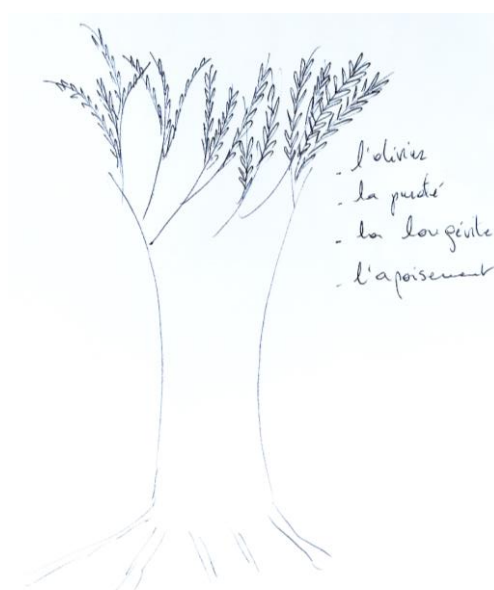
Il se regardèrent et ne comprirent pas. Serait-ce les mystères de la nature ?

E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

Le troisième arbre, lui, avait des feuilles mais pas de fruit. Voilà, ils étaient trois totalement différents, ils ne comprenaient pas très bien mais ce n'était pas grave. Ils s'acceptèrent comme ils étaient et finirent par devenir des supers copains malgré leurs différences.

ARBRES MYTHIQUES

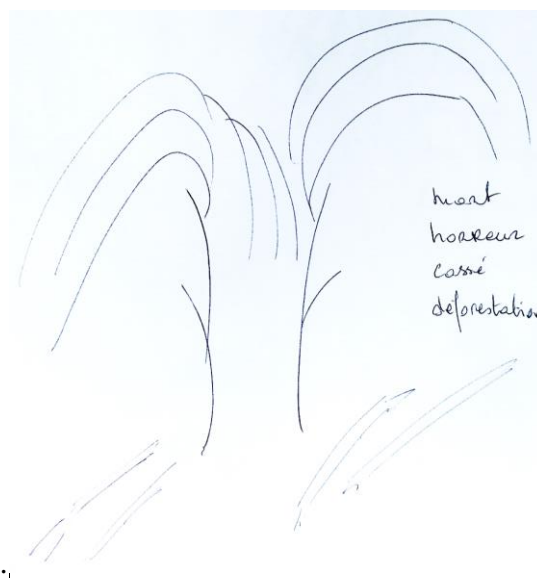
Arbre de Rêve : AR :



AR : l'olivier, la pureté, la longévité, l'apaisement.

- **Rêve** : Le rêve, un arbre peut-il rêver ? Si, oui, à quoi ?
 Peut-être au vent qui souffle sur ses feuilles, qui le refroidit un peu. Il rêve au soleil qui le réchauffe dans la journée mais qui lui donne soif ou à la nuit qui le libère de la chaleur. Oui, sûrement l'arbre rêve de tout cela, du bonheur que cela lui procure.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : mort, horreur, cassé, déforestation.

- **Cauchemar** : Que m'arrive-t-il, je sens mon corps se dissoudre, se casser. Cet horrible orage est en train de me tuer. Je suis tout disloquer, le feu me brûle les entrailles, mort. - Je suis mort-

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Ses feuilles	Il est détruit
B : Ressenti	De la joie	De la tristesse
C : Besoins	Soleil, eau, attention	Que le feu s'arrête
D : Actions	L'entretenir	Eteindre le feu et essayer de l'arroser
E : Devenir désiré	Continuer à grandir, à se développer	Il voudrait juste vivre, survivre
F : Devenir refusé	Il ne voudrait pas devenir petit.	Un arbre écorché vif.

E11- Histoire AR /AC :

« Pourquoi toi l'olivier, as-tu survécu ? Pourquoi est-ce moi qui ait subi la foudre et l'horreur ? Regarde-moi maintenant, je ne suis plus vieux. »
 « Je vois, l'Arbre » dit l'olivier, « et j'en suis bien désolé pour toi mais je ne sais quoi te dire, la nature nous réserve souvent des surprises aussi bonnes que mauvaises. »

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

e- Positionnement dans le temps :

Passé 3, présent 1 et futur 2

f- Positionnement par rapport à l'affirmation :

Fait par rapport à l'époque de l'année.

Lecture Partagée :

A2- refuse de devenir vieux, comment ça se passerait ?

Il va perdre ses feuilles, il va devenir moins rond et, comme beaucoup d'arbres, il va perdre de l'écorce, ça va devenir un vieux marron sale.

Et en suite, il devient quoi ?

Il est triste, il sent le poids des ans sur ses pauvres épaules fragiles et sent que sa fin va peut-être arriver et il se dit que c'est dans la nature des choses.

Tu la vois comment sa fin ?

Sans fruits, sans feuilles. Les branches se cassent, il va mourir, il sera sec et la main de l'homme va le couper.

L'homme va s'en servir ?

Les branches ? Oui pourquoi pas. Pour le feu de cheminée. Et le reste du tronc peut servir d'ornement pour un pot de fleur.

A3+ veut être grand, comment tu vois ça.

On va imaginer que c'est un chêne. Il va continuer à pousser, à grandir. Je le vois vivre très longtemps. Vers le haut. Beaucoup de branches avec beaucoup de feuilles. Ça va être un arbre solide qui va vivre plus de 100 ans. C'est un arbre où on aimera certainement se reposer en dessous.

Il refuse de mourir, comment ça se passe ?

Tout arbre qui commence à flétrir perd ses feuilles. Les branches vont mourir. Il va être aidé par les insecte qui vont le manger de l'intérieur et grappiller tout son jus jusqu'à la fin. Il va se désintégrer et finir en poudre tranquillement.

Et qu'est-ce que ça devient ?

C'est une revêtement d'écorce moulue. Ça s'envole.

Est-ce que ça pénètre dans la terre ?

Oui avec l'eau, ou partir à un autre endroit.

Tu as écrit que les trois arbres devenaient super copains. Comment tu vois ça ?

Ils sont dans la même prairie et, au bout d'un moment où ils s'épièrent les uns les autres, ils commencèrent timidement à se parler, à se demander pourquoi ils étaient différents. Mais, sans réponse, ils ont décidé de devenir potes même s'ils ne se ressemblent pas. C'est vrai ça, pourquoi on est tous différents les uns des autres ? Ils discutent.

L'arbre de cauchemar, il a besoin d'être arrosé, comment ça se passe ?

C'est un orage. Si la pluie se met à tomber juste après l'éclair, il a peut-être une chance de s'en sortir. Si on coupe les petites branches atteintes par l'orage, si on lui permet de s'en

sortir, il va peut-être reprendre vie. On va lui donner une seconde chance, il a l'air d'avoir envie de s'en sortir.

AC refuse d'être un arbre écorché vif.

Si personne en vient à son aide, s'il n'y a pas d'eau et que personne ne vient éteindre le feu, il va mourir.

Qu'est-ce qu'il devient après ?

De la poudre, de la cendre ou du charbon. On peut en faire quoi ? Un barbecue ?

AR et AC se parlent dans leur rêve, comment tu vois ça ?

Ils sont dans le même champs et le vent va porter leurs paroles. Si l'autre meurt, l'olivier ne pourra que constater et le voir mourir sans l'aider. Et sinon, il aura la joie de le voir grandir et reprendre vie.

Il ne peut rien pour lui ?

Non. Faut être réaliste quand même, sinon je peux t'inventer des horreurs.

Même par les racines ?

Oui, comme tous les arbres les racines peuvent se mélanger c'est sûr... S'ils ne sont pas côte à côte, avec le vent, une graine peut s'envoler et aller se poser sur l'arbre mort et prendre vie.

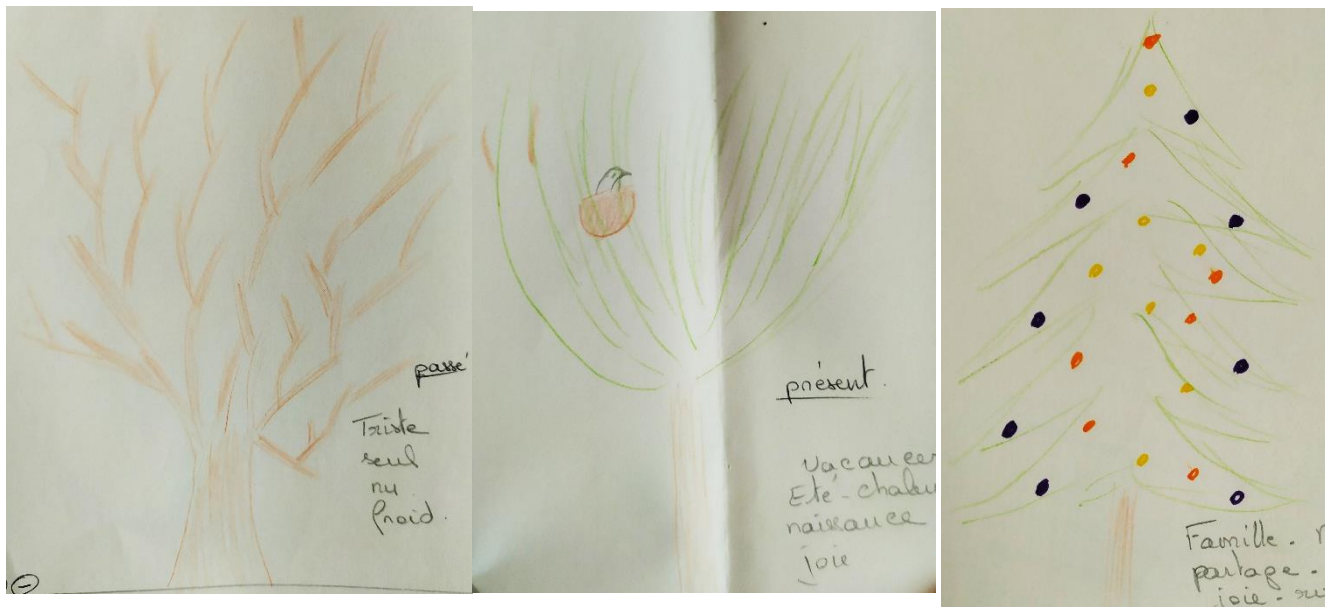
(S'en suit une réflexion sur la greffe des arbres puis sur la mort et la vie).

Protocoles Épreuves des Trois Arbres, étude C.

ETA Mme B

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1- : triste, seul, nu froid.

A2+ : vacances, été chaleur, naissance, joie.

A3 : famille, Noël, partage, cadeaux, joie, rêve.

E4- Histoires :

A1- : Sni, snif, j'ai froid, j'ai perdu mes couleurs, je suis seul et il fait froid.

A2+ : Je suis beau en ce moment, je grandis, il va faire beau et chaud, je vais donner de l'ombre à ceux qui m'ont planté. En ce moment j'abrite une petite famille.

A3 : Joyeux Noël, je suis beau, bien décoré par ceux qui m'ont adopté, je vais entendre rire, chanter, à mes pieds il y aura plein de cadeaux, on va faire la fête tous ensemble.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Le nid d'oiseaux	Il est nu, triste
B : Ressenti	La naissance, la chaleur	Tristesse
C : Besoins	De l'eau, du soleil	?
D : Actions	L'arroser	Rien ou le couper
F : Devenir désiré	Enorme	Ne pousse plus, pas d'avenir
G : Devenir Refusé	Du bois de chauffage	De rester seul.

E7- Histoire A - / A + :

« Et salut toi, où sont passées tes feuilles. Tu es vieux ? Malade ?

- Je n'en sais rien, dans le temps j'étais beau, je faisais la fierté des voisinages. Et toi, tu es jeune ? Tu abrites une nouvelle famille ?
- Et oui, il a du monde qui vient me voir.
- Moi je reste seul. »

E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

Le premier va être coupé, sinon les branches vont tomber.

Le deuxième va grandir, abriter des nouvelles familles.

Le troisième ira dans le placard en attendant Noël prochain, car c'est un faux.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :



AR : moi.

- **Rêve** :

Il vieillit tranquillement (-paisiblement-), entouré par beaucoup de monde.

Arbre de Cauchemar : **AC** :



AC : moche, méchant, fin de vie.

- **Cauchemar** :

Il va devenir des planches et du bois de chauffage.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Ses couleurs, sa grandeur	Est cassé, va être scié
B : Ressenti	La joie, la beauté	Dangereux
C : Besoins	Du soleil, un peu d'eau	Plus de besoin
D : Actions	Le voir, ne pas l'abimer	Rien sauf si heureux de servir comme meuble ou étagère
E : Devenir désiré	Majestueux	Ne poussera plus
F : Devenir refusé	D'être détruit	N'existe plus

E11- Histoire AR /AC :

Le palmier est toujours au bord de l'eau, l'autre n'existe plus ou sous forme d'un banc ou transat.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

g- **Positionnement dans le temps** : A1- : Passé ; A2+ : Présent ; A3 : Futur

h- **Positionnement par rapport à l'affirmation** : C'est vrai.

Lecture Partagée

A1- se sent seul, comment tu vois ? Il n'y a rien autour de lui ?

Je me suis imaginé un seul arbre. Il est grand là sur mon dessin il est seul. Ça me rappelle vaguement une image d'un arbre dans un champ.

Tu l'imagines dans un champ ?

Oui, avec une rivière.

Il ne pousse plus, il n'a pas d'avenir ?

Si j'ai marqué ça c'est que j'imaginai un arbre mort.

Il refuse de rester seul, comment tu vois ça ?

Oui, jusqu'au jour où il va se casser ou être abattu. Ça me faisait penser sur le moment à une personne en fin de vie, isolée.

Et comment tu le vois en fin de vie ?

Les branches vont tomber ou autres...

Et que deviennent-elles ?

Elles peuvent être récupérées si le propriétaire veut du bois mort.

L'arbre, il peut rester là, comme ça, pendant longtemps.

Il devient quoi ?

Pas grand-chose. Tu vois des oiseaux des fois dessus. Avec des rapaces dessus.

Alors il est moins seul ?

Si, il reste seul quand même.

Et qu'est-ce qu'il devient, il sèche ?

Ah oui, moi je le vois sécher. Si le tronc est abimé ou alors peut-être qu'il peut servir de planche.

Si on le coupe, comment tu vois ça ?

On coupe d'abord les branches puis le tronc et on laisse la souche. S'il est pourri il peut être mis dans un bac d'un mètre cube au fond avec du compost. S'il y a plein de bêtes ça sert à nourrir la terre.

Et la souche ? Elle se dégrade dans le sol ?

Oui. Pour moi ça un arbre mort qui ne reprendra pas.

A2+, s'il devient moins beau, comment ça se passe ?

Je sais pas je l'aime bien en ce moment. Il faudra voir pourquoi. Est-ce qu'il est malade et s'il y a une solution.

Mais il est jeune, il devient de plus en plus beau.

Et si l'oiseau s'en va ?

C'est la nature. Faut respecter la nature. Même si des fois ça fait mal. Un de ces jours il y aura peut-être un nouveau nid. Mais là il y a beaucoup d'oiseaux qui viennent.

S'il n'y a plus d'oiseau, que devient-il ?

Il reste là. C'est juste que s'il devient trop imposant et qu'il gêne la maison on sera obligé de le couper. J'aimerais pas avoir à le couper

Il refuse d'être du bois de chauffage.

Il ne sentirait pas bon. Je ne sais pas si le pin ça brûle bien. J'ai pas planté un arbre pour qu'il finisse dans la cheminée ! J'essaye de le sauver le plus possible.

Et le couper, comment tu vois ça ?

Au besoin je laisserai le pied et je le transformerai en table.

Il veut devenir énorme ?

Pas trop non plus. Il faut qu'il devienne grand et beau.

Dans leur histoire, A1- et A2+ se parlent. Ils sont à côté ?

Je sais pas. J'ai jamais fait se parler des arbres entre eux... Non il ne sont pas au même endroit.

Comment ils se parlent ?

...

Par l'air ? les racines, le vent ?

Le vent.

Et A1- se sent moins seul ?

Ça dépend s'ils se parlent à longueur de temps mais ils ne se parlent pas souvent.

Et A2+ peut faire quelque chose ?

Bah lui parler plus souvent. Ou s'il est capable de se déplacer, A2+ lui rend visite. A1- peut pas bouger. Ça me fait vraiment penser à une personne âgée seule tu vois.

AR est entouré ?

Oui, je vois une plage derrière. Les îles sur les cartes postales. Les arbres qui bordent la plage.

Ça bouge.

Et s'il y a moins de monde ?

Il pourrait se sentir seul. Il vivra quand même. C'est pas l'homme qui l'arrose comme il est planté là.

Il ne faut pas l'abimer et il refuse d'être détruit, comment tu vois ça ?

Faut pas le détruire, le saccager. Y en a qui s'amuse à enlever l'écorce, arracher les branches. Faut pas le faire souffrir.

Que devient-il ?

Il va vivre, mais il va souffrir en attendant que ça cicatrise. C'est faire souffrir pour rien...

Et s'il est détruit, qu'est-ce qu'il devient ?

Je ne sais pas.

L'arbre de cauchemar, il fait l'impression d'être dangereux ?

Si y a des branches qui tombent. Là je m'imagine plus un arbre après une tempête qui va tomber.

Il va tomber comment ?

Sur le côté.

Il va être scié ? Tu vois ça comment ?

A la base.

Il pourrait être heureux de servir comme meuble ou étagère ?

Pourquoi pas, il sera utile.

Dans leur rêve, AR et AC sont au même endroit ? Comment se sent AC ?

Il se sent à l'aise près du palmier.

ETA Mme D

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1+ : famille, amis, racine, solide.

A2 : tranquillité, détente.

A3- : famille, froid, neige.

E4- Histoires :

A1+ : Je suis grand, fort, je protège.

A2 : Reste sous mes branches à l'abri du soleil pour te ressourcer, te reposer.

A3- : Moment de l'année où je fais un passage éclair dans les foyers. Mes cousins des montagnes sont très jolis à l'extérieur sur de grandes étendues, été comme hiver.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Racine	Disproportionné
B : Ressenti	Il est content	Se sent seul
C : Besoins	Etre entouré	Grandir
D : Actions	Le laisser avec les autres	Aider, l'accompagner
F : Devenir désiré	Plus fort	Grand, en plein air
G : Devenir Refusé	D'être coupé en morceaux	Coupé pour être dans un jardin.

E7- Histoire A - / A + :

Le sapin est triste et malheureux. L'arbre du jardin d'à côté le voit pleurer. Le grand lui demande pourquoi il est triste. Celui-ci lui répond qu'il est tout petit, pas beau. Le grand lui dit de ne pas s'inquiéter, qu'avec le temps il va grandir, être robuste mais qu'il doit ne pas être pressé car cela prend du temps. Qu'il était lui aussi petit.

E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

Le 3^{ème} arbre arrive dans la conversation et rassure aussi le sapin. Il lui dit qu'il n'a pas un nom joyeux mais que malgré cela les gens aiment venir vers lui pour se reposer. Qu'il a

grandi en mettant beaucoup de temps et que maintenant tout va bien. Que tout vient à point à qui sait attendre. Le sapin est rassuré.

ARBES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :



AR : joie, couleurs, différents.

- **Rêve** :

D'un monde où ce n'est pas grave d'être différent, de ne pas être dans la norme.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : méchant.

- **Cauchemar** :

Il devient gentil avec de belles couleurs.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Il n'est pas seul	Monotone
B : Ressenti	Tranquillité	Il est froid
C : Besoins	Etre accepté comme il est	Rester seul
D : Actions	Le regarder	Ne pas le regarder
E : Devenir désiré	Plus étoffé	Il veut rester comme il est
F : Devenir refusé	D'être sans couleur	Beau, grand, tout vert avec de belles couleurs.

E11- Histoire AR /AC :

L'arbre en fleurs essaie de le convaincre d'avoir des couleurs comme ça on s'occupe de lui, on lui porte attention, le moral remonte.

Synthèse de l'arbre mythique :

II. CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

- a- **Positionnement dans le temps** : A1+ : Passé A2 : futur A3- présent
- b- **Positionnement par rapport à l'affirmation** : ?

Lecture Partagée

A1+ est entouré, comment tu vois ça ?

Avec les mêmes arbres, qu'il en ait beaucoup : des différents, des petits, des grands...

Et s'il est seul ? Comment ça se passe ?

Il s'ennuierait, il se laisserait peut-être dépérir ?

Comment ?

Il perd ses feuilles, comme un bois mort. Plus de vie, les feuilles ne repoussent plus.

Et que devient-il ?

Il devient rien.

Il sèche ? Il pourrait ?

Oui, voilà. Il peut devenir un habitat pour les oiseaux, pour des fourmis, un troc vide.

Il se désagrège ?

Oui, au fur et à mesure du temps. Non il restera là comme ça.

Il veut devenir plus fort, comment tu vois ça ?

Plus beau, plus grand, plein de feuilles, plein de branches. Il prend de la maturité et s'élargit au niveau du tronc. Il s'étoffe.

Il refuse d'être coupé en morceau ? Comment ça se passe ?

Il finirait dans la cheminée, à brûler. Il finirait en cendres.

Il serait coupé où ?

Au ras du sol.

Et la souche ?

Faut mettre un produit pour la détruire.

Et les cendres que deviennent-elles ?

A la poubelle ou l'aspirateur.

Ça peut être bon pour le jardin ?

J'ai pas de jardin, mais j'y réfléchis.

A3- se sent seul ?

Il est dans un champ avec d'autres sapins en élevage, c'est du sapin d'élevage. Il est pas collé aux autres. Ils sont bien plantés séparément pour pas qu'il se touchent.

Il faut l'aider, l'accompagner ?

Il faut que les hommes lui donnent de l'engrais pour pousser.

Et il se sent moins seul ?

Non, il sait très bien comment il va finir. Il faudrait qu'il soit déterré avec ses racines pour être replanté après au lieu d'être coupé alors que 'il est coupé, il sait qu'il va finir à la déchèterie. S'il est déraciné, il y a possibilité d'être replanté.

Il refuse d'être coupé pour être dans un jardin.

Il aurait un début de seconde vie, on s'occuperait de lui une fois par an avec les guirlandes et les boules.

Et finir à la déchèterie, comment ça se passe ?

Pour être broyé, ou il deviendrait du compost.

A1+ et A2 rassurent A-, comment réagit-il ? Que devient-il ?

Il espère que ce que les autres lui ont dit est vrai. Et il attend son tour.

AR n'est pas seul, et si on enlève les deux autres, comment ça se passe ?

Il s'ennuierait, là il peut se mélanger aux autres. Les branches peuvent grandir et se mélanger comme il y a des couleurs différentes celui de droite. Les branches peuvent grandir et se mélanger.

Il se sentirait comme un gland, tout seul, tout con...

Comme il est out seul y a pas d'intérêt.

Et qu'est-ce qu'il devient ?

IL s'ennui, il a les fleurs qui tombent. Peut-être une qui a toujours l'espoir de rester au cas où il y a quelqu'un qui arrive, mais pas la majorité.

Quelqu'un qui viendrait ?

Oui, un homme, et qui voudrait replanter à côté.

Il refuse d'être sans couleur ? comment ça se passerait ?

C'est gai la couleur, il y a de la vie. Il serait malade. On peut pas le soigner. Même s'il pense que c'est fini, ça revient toujours, la maladie. Y a rien à faire.

Et que devient-il ?

Il meurt dans l'indifférence totale

Là il est seul, à trois isl sont plus forts.

Et comment ils feraient ?

Les autres le soutiennent, les branches s'allongent et, comme les fleurs se décolorent, les autres l'entourent comme ça y a toujours un peu de couleur vers lui.

AR essaie de convaincre AC, comment il réagit ?

AC au début il veut pas les écouter mais à force il réfléchit et peut-être qu'il va se laisser tenter.

Comment ?

Avec un ou deux bourgeons sur un côté.

Comment ils se parlent, ils sont dans un même endroit ?

Lui je le vois tout seul dans le fond d'un jardin défraîchi. On s'occupe plus du jardin. Les autres sont à l'entrée du jardin où il y a du passage et les personnes s'arrêtent devant les 3 et ne vont pas jusqu'au fond. Ça l'exaspère les gens qui entrent dans le jardin sans aller jusqu'au bout pour faire les curieux.

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



- A1 : plaisir, bonheur, cueillette.
- A2+ : midi, vacances, sud, soleil.
- A3- : mer.
- E4- Histoires :

A1 : L'arbre à ressource, productif, généreux. Découverte de la nature.

A2+ : Le palmier. Vacances dans le sud, bons souvenirs.

A3- : Bord de mer, Balades.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Branches	Pas situé en bord de mer
B : Ressenti	Calme	De la hauteur, de la grandeur
C : Besoins	Eau	Rien
D : Actions	L'arroser	Le laisser vivre
F : Devenir désiré	Grandir et faire de l'ombre	Continuer à grandir, aller le plus haut possible
G : Devenir Refusé	Tronc sans branche	Qu'on le coupe pour faire des planches.

E7- Histoire A - / A + :

Moi je suis l'arbre qui protège de la pluie et du soleil et toi ?
Moi je suis l'arbre à planches pour fabriquer des meubles.

E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

Le 1^{er} va continuer à produire des feuilles, fleurs ou fruits.
Le 2^{ème} continue à faire de l'ombre.
La 3^{ème} pousse et finira par être coupé.
Ils ne se rencontreront jamais vu leurs implantations géographiques.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :



AR : pièces d'or, argent, cadeaux.

- **Rêve :**

Cet arbre produit de l'argent à toute personne dans le besoin. Et continuera de produire le temps que l'on prendra soin de lui.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : nul, ne doit pas exister.

- **Cauchemar :**

Etant donné qu'il ne doit pas exister il doit mourir pour laisser place à l'arbre du bonheur.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Les pièces d'or	Il est nul et ressemble à rien
B : Ressenti	Le bonheur	Rien ou du noir
C : Besoins	Attention, respect	Pas de besoin
D : Actions	L'entretenir, le bichonner	Ne pas l'entretenir
E : Devenir désiré	Pour apporter du bien à chacun, le plus bel arbre de la terre.	Mourir pour ne plus faire de mal
F : Devenir refusé	Un arbre non reconnu.	Continuer à faire du mal.

E11- Histoire AR /AC :

Ils ne se rencontrent jamais car très différents.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

- c- **Positionnement dans le temps :** A1 présente ; A2+ : Passé ; A3- Présent
- d- **Positionnement par rapport à l'affirmation :** Le premier, présent par rapport aux moments vécus. Le deuxième, passé, événement de la vie ; Le 3^{ème} présent : disponibilité.

Lecture Partagée

A2+ ne veut pas devenir un troc sans branches, comment tu vois ça ?

Il serait pas beau déjà. Il perdrait les feuilles au départ. Sans feuille, les branches ils n'en a plus besoin. Il peut aussi les perdre de vieillesse.

Elles tombent, elles sèchent ?

Elles sèchent : dans le sud, ça sèche. Et après, elles tombent.

Elles deviennent quoi ?

Elles sont récupérées pour faire du feu. Elles servent encore. Et si on va plus loin, les cendres serviraient pour mettre dans le jardin : recyclage total !

Et le tronc ?

Ça dépend où elle est disposée. On peut y mettre un pot de fleurs en déco.

Et les racines ?

Elles vont peut-être donner naissance à un autre arbre. Et ça repart !

Cet arbre protège de la pluie et du soleil ?

Bien entendu, il est garni. C'est comme un saule donc il fait de l'ombre, comme un saule.

A3- veut continuer à grandir le plus haut possible, sans s'arrêter ?

Oui, tant qu'il n'y a pas de maladie, il continue à grandir. Tant qu'on le laisse vivre sa vie.

Il va jusqu'au ciel ? Il ne se fatigue pas ?

Non, enfin peut-être par la vieillesse. Il fera comme l'être humain, il s'abaisse un peu.

Comment ?

Il penchera d'un côté et peut-être le vent viendrait le déraciner.

Et ensuite, qu'est-ce qu'il devient ?

Il restera à terre. Il servira d'abri pour les bêtes, d'habitation. Un abri pour les insectes, les oiseaux.

Oui comme les arbres qui pourrissent au sol, ça sert d'engrais, les champignons poussent dessus.

A3- refuse qu'on le coupe en planche ?

La souche, ça fait des meubles.

A2+ et A3- ne peuvent pas se rencontrer car pas implantés au même endroit mais s'il y avait un lieu où on pouvait les trouver ensemble, comment tu verrais ça ?

Faudrait en déplacer certains. A+ et A- on peut les planter dans le jardin ou dans la même région.

Et ils peuvent se parler ? Échanger ?

Da par les oiseaux qui apportent des graines pourquoi pas ?

AR refuse d'être un arbre non reconnu, comment ça se passe pour lui ?

Oui, qu'on le respecte pas par exemple. Si tu ne respectes pas, la nature te donne rien. Si tu les tailles dans tous les sens, que tu ne l'arroses pas, si tu ne le protèges pas comme les cerisiers ds merles avec un filet pour que ceux qui n'ont pas besoin des pièces n'y aillent pas.

Il donne qu'à ceux qui en ont besoin. Un filet une barrière autour dans un parc avec un gardien qui surveille.

Et si on le surveillait pas ?

Si les gens prennent tout, ça ne se reproduira plus. C'est comme la pêche, il faut prendre les quantité nécessaire mais pas plus. Modérément.

Et que deviendrait-il ?

Il arrêterait de donner, plus envie, usé, fatigué.

Et qu'est-ce qu'il devient ensuite ?

Je sais pas... comme je le protégerait. Puis la suite, les enfants continuent comme moi car je leur inculque les choses et mes petits enfants en font autant de génération en génération. On garde ce que les parents nous ont donné et on transmet.

L'arbre de cauchemar doit mourir pour laisser place à l'arbre de bonheur ?

Normalement la vie faudrait qu'elle soit faite que de bonheur mais on sait que c'est pas possible.

Donc AC ne peut pas mourir, il a sa nécessité ?

Y a toujours des moments dans la vie où tu fais des cauchemars. Je ne connais personne qui n'a que du bonheur.

Si la vie est meilleure, on ne ferait plus de cauchemar, ça ne l'alimenterait plus et il finirait par mourir. Il se viderait.

Comment ?

Par le bas, comme une plante grasse qui se dessèche.

Et qu'est-ce qu'il devient ?

Il reste juste le contour, ça s'écrase. Y a rien de bon dedans. Il n'est pas recyclé celui-là.

Mais tu as dit que c'était pas possible.

Les différentes étapes de la vie, il faut y passer pour avancer, pour grandir, pour faire murir.

Donc on peut imaginer qu'il nourrisse un peu le sol quand même ?

Oui (rires), ça dépend ce qu'on en fait.

Et s'il existait un endroit où AR et AC se rencontrent ?

Ça pourrait être le début d'une vie qui pourrait être que de cauchemar puis s'AC n'avait pas existé, l'arbre de n=bonheur n'aurait pas pu exister. C'est AC qui a poussé l'autre à avancer. Il l'aide à se booster, à se prendre en charge. Il l'aide à se construire.

Comment ?

Les rencontres, les opportunités, les mais dans ton travail, le hasard n'existe pas. Il faut provoquer le hasard.

Et pour les arbres ?

C'est parce que AR n'aurait pas pu exister sans AC.

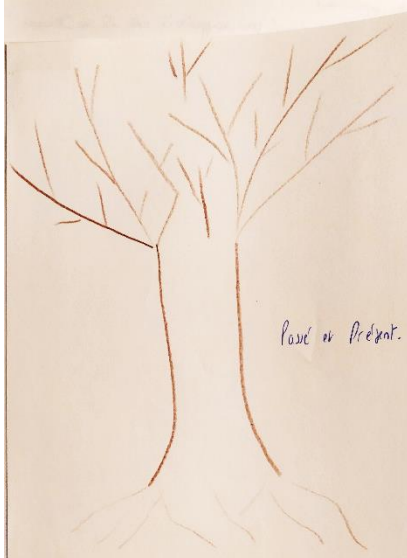
Il a préparé le terrain ?

Oui mais il ne s'est pas implanté au même endroit. Une fois qu'AR est arrivé, AC apparaît de moins en moins, très peu, de temps en temps, il s'éloigne au fond d'un tunnel.

ETA Mme Ps

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1- : mélancolie, dignité, nu.

A2 : gaité, couleurs, espoir.

A3+ : touffu, beauté, grandeur, respect.

E4- Histoires :

A1- : L'automne est arrivé, ses feuilles sont tombées. Il se retrouve déshabillé mais libre à la fois et se laisse porter par une légère brise qui le fait rêver...

A2 : Ce dessin exprime la joie de vivre, de vivre parmi les couleurs telles sont les feuilles et la pelouse dans lesquelles il a grandi...

A3+ : C'est l'histoire d'un arbre... Un arbre, cet arbre qui se sent fort, beau, robuste et qui serait prêt chaque jour grâce à ses racines à soulever la terre entière, à montrer qu'il existe parmi tant d'autres, et prêt à aider les plus petits qui sortent tout juste de terre.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Fort, dignité, (respect)	Tristesse, nu, fébrile
B : Ressenti	Dignité, respect	Pleurs, vide, vie.
C : Besoins	Vivre, prouver, exister, simplement, naturellement	Attendre, vivre, regarder, renaitre
D : Actions	Aider, écouter, comprendre, compassion	Parler, l'encourager
F : Devenir désiré	Comme il est	Retrouver ses habits, ses feuilles, grandir un peu.
G : Devenir Refusé	Moins beau, moins fort, moins enveloppé, peu agréable à regarder, perdre ses forces	Seul abandonné.

E7- Histoire A - / A + :

A- regarde A+ et lui dit : « Que tu es fort ! Tu as de solides racines, de jolies écorces sur ton corps et de jolies grainettes sur tes branches... J'irais bien près de toi, je me sentirais plus fort, plus grand... »

Et A+ lui répond : « mais tu as juste perdu tes feuilles, elles vont revenir et toi aussi tu resplendiras... »

Et A- : « Oui mais près de toi je serais si bien... »

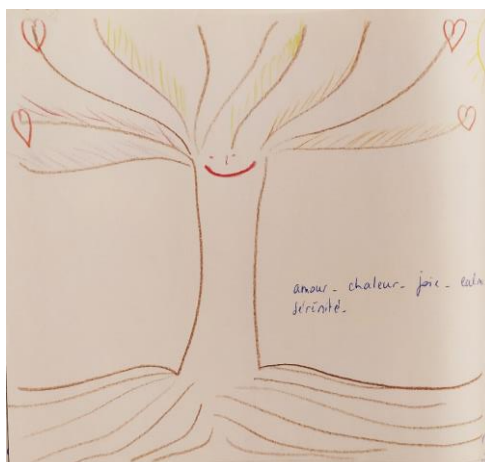
E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

C'est l'histoire de trois arbres différents à regarder, mais si semblables au fond ; ils sont constitués de la même façon, seul leurs formes, leurs couleurs, leurs forces son différentes...

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :

- Rêve :



AR : amour, chaleur, calme, joie, paix, sérénité.

Il rêve d'avoir toujours le sourire, la joie de vivre, de partager ses idées, ses envies. Il rêve d'être écouté également, de transmettre, d'échanger, d'être respecté...

Arbre de Cauchemar : AC :

- **Cauchemar :**



AC : rigidité, fragile, menu.

Il devient froid, peu agréable à regarder, sans force...

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Couleur, chaleur, paix	Raideur, triste
B : Ressenti	Heureux, aimer, partager	Froideur, fragile, seul
C : Besoins	Lui donner de l'amour, la joie, la sérénité	Joie, clarté, lumière gaité, chaleur
D : Actions	L'écouter, le comprendre, l'aimer	Lui apporter ce dont il a besoin (lumière gaité)
E : Devenir désiré	Moins sensible (parfois) mais garder son grand cœur	Gai, coloré, libre
F : Devenir refusé	Méchant, ne pas vivre dans la peur, la crainte.	Plus triste qu'il n'est.

E11- Histoire AR /AC :

Ils se regardent, se parlent, s'écoutent, se comprennent, s'interrogent et s'aident mutuellement.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

- e- **Positionnement dans le temps** : A1- : Passé et présent ; A2 : présent ; A3+ : Futur
- f- **Positionnement par rapport à l'affirmation** : Ces trois arbres représentent ce que je vis, et je rajouterai un autre futur pour le deuxième.

Lecture Partagée

A3+, ses racines lui permettent de soulever la Terre entière ? Comment tu vois ça ?

J'ai dessiné ces grosses racines, c'est une expression. On dit ça, des fois, quand on se sent fort. Il arrive au summum de sa force et il est prêt à aider les autres.

Le bonheur des autres compte beaucoup pour moi. Ça m'a joué des tours. Il y a 25 ans, y avait plus de solidarité dans le travail. Maintenant c'est « chacun pour soi ».

Et A3+, comment il montre qu'il compte parmi les autres ?

Par sa force (*Mme Ps parle alors de sa vie pendant laquelle elle a dû prouver qu'elle existait. Elle laisse venir l'émotion.*)

Et cette force ? Tu la vois où ?

Avec les racines qui sont bien plantées en terre. Je suis costaud, pas fragile comme un arbre qui tombe au premier coup de vent.

Et le tronc avec l'écorce qui veut dire qu'il a un certain âge et ses branches remplies.

Il aide les plus petits ? Comment tu vois ça ?

Ceux qui poussent à côté. Lui, il les aide à grandir. Il a déjà une maturité, il aide à faire leur chemin.

Et comment ?

En étant proche, à côté, pas loin... Il les protège, c'est une sécurité.

Il les protège ?

D'un peu tout... Il est touffu, costaud... Il faut qu'il soit là.

Je lui en demande beaucoup à cet arbre... (*Mme Ps fait le parallèle avec sa propre vie.*)

Et si on lui enlève ses racines, qu'est-ce qu'il devient ?

J'ai l'impression qu'il s'écroulerait car il est bien ancré et si ça part je le sens s'écrouler.

Comment il s'écroule ?

Doucement. Pas tout d'un coup.

Comment ça se passe ? Il tombe ?

Oui il tombe. Mais il tiendrait encore quelques temps. Mais il devient pas comme les tout blancs ou tous noirs comme ceux qu'on voit. Il est là, encore quelques temps. Il est à l'écoute par terre. Il est passif.

Et que devient-il ?

Il va sûrement mourir. Mais je ne le vois pas.

Il se décompose ? On le taille ?

Non pas le tailler mais peut-être se décomposer. Mais il partira beau.

Que devient-il ensuite ?

...

Il peut nourrir ou fertiliser la terre ?

Oui, ça c'est pas mal. Garder un souvenir un peu. Comme ça il resterait encore utile jusqu'au bout.

Il désire rester comme il est. Ça veut dire qu'il ne bouge pas du tout ?

Non il bouge, il aide les autres. Il n'est pas statique.

Et s'il était moins beau ou moins fort, comment tu vois ça ?

Les racines s'affaiblissent. Il perd de l'écorce et les grainettes (comme sur les sapins).

A1- veut retrouver ses habits, ses feuilles ? Comment tu verrais ça ?

Ça bourgeonne tranquillement sur les branches. Des bourgeons qui poussent et grandissent pour arriver à A2, comme A2, avec le printemps.

Il faut lui parler, l'encourager ?

L'écouter, lui parler, lui dire qu'il va retrouver ses habits. L'encourager, le rassurer car il se sent fébrile

Qui est-ce qui l'encourage ?

D'autres arbres.

Et comment il réagit ?

Il écoute et ça doit l'aider. Y a un côté mélancolique mais il écoute, il est attentionné.

Comment ça se passe ?

Je dirais que ça le rassure.

Et seul et abandonné, comment tu vois ça ?

C'est dur... J'ai vraiment dû ressentir ça...

Et lui ?

Je ne pense pas qu'il le vive si mal. Il est libre. C'est un certain confort quand même. Il s'élaisse porté. Il est pas si malheureux.

Dans leur histoire, A3+ et A1- se parlent, A1- veut aller près de A3+ ?

A1- n'est pas si malheureux que ça.

Et si A2 perd ses feuilles ? Tu vois ça comment ?

C'est un peu moins gai, c'est pas triste. Je vois un peu la pelouse, les feuilles tombent, jaunissent, sèchent au sol.

Puis elles nourrissent la terre ?

Non. Elles s'envolent avec une bonne tempête. A l'automne, en novembre, on entend crisser les feuilles.

L'Arbre de Rêve, échange, transmet et il reçoit. Comment tu vois ça ?

C'est surtout être écouté dans ce qu'il dit mais vraiment dans ce qu'il dit. Ce qu'il est. Sans transformer le sens de ses phrases. C'est ce qu'il souhaite.

Et comment il échange et reçoit ? Par où ?

Un peu partout. Les racines que j'ai faites, elles sont sereines. Elles sont pas rigides comme AC. Elles sont calmes, même dans les branches. Le trait est apaisant, apaisé.

C'est comme ça qu'il échange ?

Oui. Le dialogue est détendu, serein, pas d'énervement (*Mme Pd fait le parallèle avec sa vie, son vécu et le fait qu'elle ait du mal à supporter l'énervement des résidents aujourd'hui.*)

Vivre dans la peur et la crainte, comment ça se passe pour lui ?

Il n'est pas bien dans sa peau, il le prend comme ça vient, il a pas le choix. Il est pas forcément heureux mais il le prend, Il prend sur lui.

Et s'il est seul et délaissé ?

Il fait face, il a toujours son cœur, un peu moins de couleur. Il garde le sourire quand même.

AC devient froid et perd sa force et sa beauté, il refuse d'être plus triste qu'il ne l'est ? comment tu vois ça ?

Il est rigide. Je ne sais pas s'il est malheureux, j'arrive pas. Je le vois rigide. J'arrive pas à me mettre à sa place.

Que devient-il ?

Rigide, fragile et froid.

AR et AC se parlent, se comprennent, s'aident, comment ça se passe ?

Je ne sais pas si c'est exactement ça. Il se parlent, mais ne s'écoutent pas forcément et ne se comprennent pas forcément. Il y a trop de différence. Ils s'interrogent oui. Mais s'aider je ne sais pas.

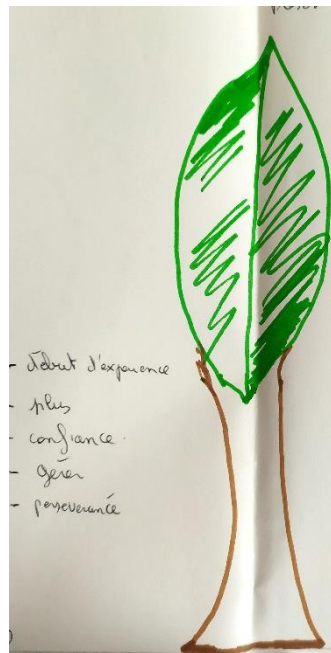
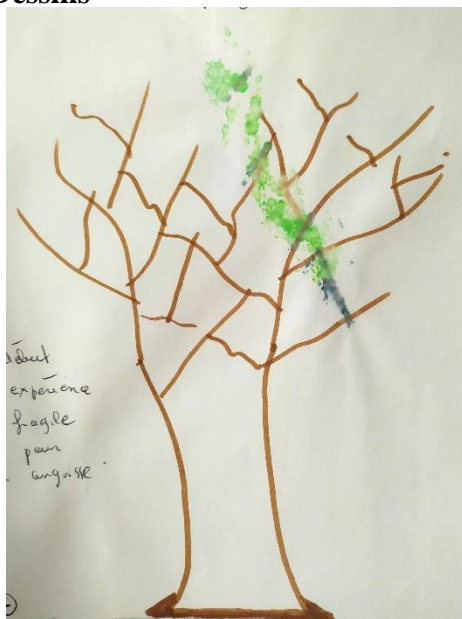
Est-ce qu'AR peut apporter de la souplesse ?

Oui c'est pas mal le mot souplesse. Pas par les branches mais peut-être par le tronc. OU les racines. AR vient tout doucement vers AC et emmène de la souplesse. Des grandes racines qui amènent, détendues. Mais ça reste là. Pas les branches.

ETA Mme V

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1 - : début, expérience, fragile, peur, angoisse.

A2 : début d'expérience, plus, confiance, gérer, persévérance.

A3+ : aboutissement, gérer, sûr de soi, concrétisation, aboutissement, presque, carrière.

E4- Histoires :

A1- : Je suis né le 28 juin 2010, un matin, sans feuille, sans connaissance. Je suis arrivé là, en attendant que quelqu'un s'occupe de moi !! M'oriente, me conseille pour que je devienne un arbre fort et robuste.

A2 : Quelques années plus tard, plein d'êtres humains bienveillants se sont occupés de moi, ils m'ont donné les connaissances, le savoir, les méthodes, la sagesse, la patience pour devenir un arbre fort et solide dans toutes épreuves de la vie.

A3+ : Mai 2015, et oui me voici quelques années plus tard. J'ai grandi !! Je suis un arbre fort, repli de connaissance de savoir et de patience. Je pense être d'un aspect visuel plus que correcte maintenant.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Le haut de l'arbre	La nudité des branches
B : Ressenti	Du contentement, de la fierté	La fragilité
C : Besoins	Etre beau, fiable et fort	La connaissance, l'apprentissage, le savoir
D : Actions	Continuer à lui apporter les connaissances, le savoir	Apporter tous les éléments nécessaires à son développement
F : Devenir désiré	Devenir encore plus haut et plus robuste	Il aimerait devenir, fort, robuste et beau visuellement
G : Devenir Refusé	Un arbre chétif	De rester comme ça sans branche sans aspect esthétique.

E7- Histoire A - / A + :

« Bonjour M. l'arbre fort, comment avez-vous fait pour être aussi fort et beau ?

- J'ai acquis au fil des années de l'expérience, de l'assurance, les hommes sur cette Terre m'ont apporté le savoir, la connaissance. J'ai pu aussi grandir en sagesse, en force physique et aussi morale !!!
- Si je veux devenir comme vous beau et fort il faut que j'écoute les hommes et que je me laisse guider par eux !! Ils m'apporteront toutes les « bonnes choses » dont j'ai besoin pour être fort, vigoureux et rempli de connaissance.
- Oui voilà c'est aussi simple que cela, laissez-vous guider, apprenez à écouter, regarder, observer, ayez la soif d'apprendre. Soyez attentif à tout ce qui vous entoure autour de vous. Buvez les paroles des humains !!

E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

« Bonjour je m'appelle arbre chétif juin 2010.

- Moi je me nomme juin 2013.
- Et moi juin 2015

Nous avons un point commun, nous nous appelons tous Juin mais nous n'avons pas le même âge. Et notre but à chacun est le même, apprendre et être à l'écoute pour devenir toujours plus fort et performant au cours des années. »

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :



AR : Joie, gaité, soleil, bonne humeur.

- **Rêve** :

J'aimerais devenir une danseuse étoile, je vois les lumières, les couleurs des costumes, j'ai l'impression que je me transforme en chausson de danse, en ballerine !!

Arbre de Cauchemar : **AC** :



AC : désespoir, tristesse, larme, chagrin, détresse.

- **Cauchemar** :

Je suis devenu une « loque », personne s'intéresse à moi, de la lumière je suis passé dans l'oubli !!

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	La couleur jaune	La couleur noire
B : Ressenti	Du bonheur	La terreur et l'oubli
C : Besoins	Il a besoin de la lumière pour « briller »	Il a besoin de lumière ! D'intéressement
D : Actions	Apporter de la chaleur et de la clarté	Apporter de la reconnaissance, de l'écoute et de la lumière
E : Devenir désiré	Il aimerait devenir un arbre en forme de ballerine	Il aimerait devenir une jolie ballerine, pleine de lumière et de belles formes
F : Devenir refusé	Personne, un être sans reconnaissance	sans intérêt

E11- Histoire AR / AC :

Avec persévérance, courage, rigueur, discipline et l'espoir, les deux arbres sont devenus ballerine.

L'arbre R est devenu danseur étoile et l'arbre C danseur également.

Tous deux sont heureux.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

g- **Positionnement dans le temps** : A1- : Passé ; A2 : Présent ; A3+ : futur

h- **Positionnement par rapport à l'affirmation** : Oui je suis de cet avis. Cela me semble logique et structuré. Pour moi, cela correspond à une progression.

Lecture Partagée

A3+ est fort. S'il devient plus fragile, ça se passe comment ?

Il perdrait de sa force, de sa vigueur. Il s'affaiblirait car on lui apporte pas ce qui lui faut. Ça se fait pas brutalement, si on lui fait pas de piqures de rappel, il va régresser. C'est comme une plante. Si on lui apporte pas l'eau et des nutriments, il revient comme A1-. Peut-être pas comme ça car il a déjà des choses mais il faut l'entretenir.

Si on le laisse comme ça, sans rien, s'il fait pas d'apprentissage, de stage et tout ça, il va régresser. Il vivra sur ses acquis. Il sera vilain, il végète.

Et que devient -il ?

Ce qui est acquis est acquis. Il ne s'affaiblit pas plus. Il reste sur ses acquis.

Il faut lui apporter de l'eau, des nutriments ?

On a besoin qu'on nous apporte des stages pour être plus à l'écoute de la personne âgée. Heureusement qu'on a les stages pour s'enrichir un peu plus.

Et pour A3+ ?

L'arbre, il attirera pas plus que ça. Il est beau et épanouit mais s'il entretient pas ses connaissances on se dira c'est qu'un arbre comme les autres. Mélangé aux autres.

Il refuse d'être chétif.

Il ne vaut pas. Il le vivrait très mal. Son aspect extérieur s'en ferait sentir. Mal-être. Il le devient car on ne lui a pas apporté ce qui lui faut. Il serait avachi, atone, les épaules tombantes. Le peuplier est bien droit et là, il deviendrait saule pleureur. Il baisse les bras. Tout en gardant l'aspect feuillu.

Comment il baisse les bras ?

Le peuplier il tire vers le haut et le saule pleureur tire vers le bas, les épaules tombantes. Le moral en a pris un coup.

Et ton premier arbre, A1-, s'il devient beau et fort, comment tu vois ça ?

Petit à petit, des petits bourgeons très progressifs à peine apparents, qui se multiplient ensuite et en suite bien feuillu. Et après, on passe à la couleur. C'est très progressif, c'est la nature, au fil de semaines, des années...

Au fil des saisons ?

Oui, en fonction des connaissances qu'on lui apporte, il tire profit de ce qu'on lui donne.

Comment on lui apporte ? C'est l'homme ?

C'est un échange, l'homme apporte des choses à la végétation et la végétation nous le rend bien par son côté esthétique. Le jardinier doit rendre beau le jardin. Il travaille. La nature lui rend bien car il fait tout re-respirer. L'arbre s'étouffait des mauvaises herbes et grâce à ses connaissances, la nature est belle. Et la nature lui rend c'est dans les deux sens.

Dans notre métier, ça profite à nous et à la personne âgée.

Et s'il n'y a pas de jardinier, il y a la pluie, le soleil ?

Oui, il peut mais là encore, il faut qu'il puisse le recevoir s'il est étouffé par du lierre. L'eau c'est pareil, sinon ça devient un cactus. Il peut par lui-même mais c'est difficile, il faut la main de l'homme pour que ça reste beau. Oui on peut, mais c'est difficile, acquérir des connaissances tout seul... Oui bien-sûr y a des arbres qui n'ont besoin de personne, la nature est bien faite. Mais dans un jardin c'est pas pareil. Pas dans une forêt...

L'arbre de rêve a besoin de lumière pour briller, et s'il n'en a pas, comment tu vois ça ?

C'est son rêve donc il le vivrait mal et deviendrait brutalement mais petit à petit comme AC. Il baisse les bras comme un saule pleureur. La ballerine tend vers le haut et là, il se laisse mourir, la mort du cygne. Il se laisse aller, tout s'écroule, c'est son rêve et voilà...

Il se laisse mourir, comment ça se passe ?

Il perd ses couleurs, il est sombre, il devient comme AC. Il se laisse mourir, pourquoi continue r à vivre sans son rêve. C'est progressif, c'est pas brutal. Il se dégrade petit à petit pour devenir tout séché, tout flétri.

Et ensuite ?

Il meurt, il tombe au sol et meurt. Il se décompose. Il retourne dans la terre. Au sol, il enrichit la terre, le compost. C'est la terre qui s'enrichi.

Et ton arbre de cauchemar, lui apporter de la lumière et des connaissances, comment tu vois ça ?

Avec de la bienveillance, de l'attention, tout ce qui le fait devenir beau, de l'encouragement. Désherber pour la lumière, lui apporter de l'eau, des nutriments pour le requinquer. C'est très progressif.

AR et AC sont devenus ballerines ?

AR a apporté tout son savoir et connaissances à AC et AC a commencé à faire ses preuves et est devenu plus beau donc ça faisait plaisir à AR. C'ets l'échange positif pour les deux. Tous deux sont devenus danseurs étoile. Celui qui est beau, il donne son savoir et c'est une motivation mutuelle. Un échange mutuel. L'un ne va pas sans l'autre.

Cet échange se fait comment ?

C'est souterrain, en toute discrétion. Les nutriments par le souterrain. Les racines bien solides.
AC refuserait d'être sans intérêt, tu vois ça comment ?

Oui, il n'attire personne, il est triste, on passe sans le regarder. Les oiseaux non plus n'ont pas envie de s'y poser.

ETA Mme P

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1 : dessin d'enfant.

A2+ : Arbre généalogique.

A3- : Rien.

E4- Histoires :

A1 : Ce jour-là, il fait beau : le soleil brille.

Il s'épanouit dans mon jardin parmi tant d'autres qui sont autour.

La pelouse est juste tondu et il est fier de faire ressortir le terrain.

A2 + : Il me fait penser à un arbre généalogique. La famille est tellement grande qu'il serait possible de placer tout ce petit monde sur chaque branche.

A3 - : La sève de cet arbre monte jusqu'à l'extrémité des feuilles pour retrouver une certaine énergie. Et rejette tout ce qu'il ne veut pas par ses racines pour se diffuser ensuite dans la terre.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Les feuilles	Il a peu de branche
B : Ressenti	Il semble très feuillu	
C : Besoins	De vivre et d'être bien placé par rapport à où il se trouve.	Il a besoin de vivre malgré tout.
D : Actions	L'entretenir, lui couper les branches si nécessaire, l'arroser si besoin.	Le booster pour qu'il soit plus élégant.
F : Devenir désiré	Il devrait pousser lentement pour devenir grandiose.	Il devrait arrêter de pousser pour s'étoffer.
G : Devenir Refusé	Il refuserait de crever s'il n'y a pas d'entretien.	Il refuserait qu'on le laisse de côté.

E7- Histoire A - / A + :

Bonjour, comment vas-tu ?

Ça peut aller et toi ?

Merveilleusement bien, le soleil est au rendez-vous !

Tu as de la chance ! De mon côté j'ai du mal à voir le printemps arriver...

Ressaisit toi ! Nous sommes situés dans un grand jardin et tout le monde nous admire...

E8- Histoire A1 / A2 / A3 :

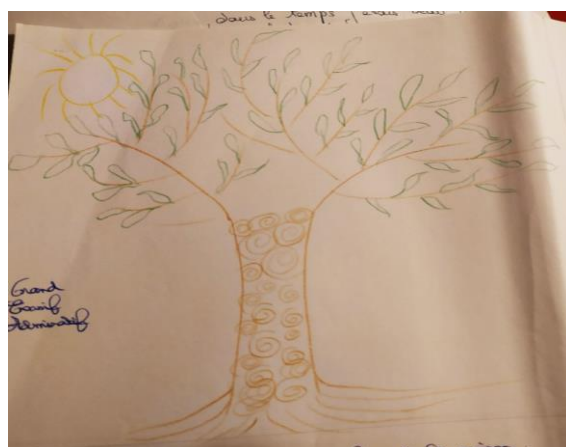
Je vais demander à notre voisin ce qu'il pense de cette situation.

C'est vrai, le jardin est grand : nous pouvons pousser à notre rythme car nous avons des jardiniers formidables.

Et tous les 3 s'unirent pour bien s'entendre et embellir le jardin à leur gré.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :



AR : grand, évasif, admiratif.

- **Rêve** :

Il séjourne dans un pays lointain, loin de la maison. Là où personne ne peut le trouver. Et où il peut vivre avec que des choses positives.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : Triste... Morose... A détruire...

- **Cauchemar :**

C'est un arbre solitaire qui a du mal à s'exprimer et qui voudrait que tout en finisse...

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Arbre admiratif, évasif	C'est un arbre triste.
B : Ressenti	Sentiment d'être dans un pays lointain.	Sentiment de le détruire pour ne plus le voir
C : Besoins	De vivre loin de tout par les besoins naturels	Il n'a plus de besoins vitaux.
D : Actions	Le laisser vivre avec les gens qu'il aime	Le déraciner pour le détruire à jamais
E : Devenir désiré	Il veut pousser en ayant une famille qu'il aime pour toujours et en espérant agrandir la famille.	Il ne souhaite plus pousser pour en finir
F : Devenir refusé	Il refuserait de devenir que la famille s'éclate, en ayant des histoires, sans pouvoir se revoir si trop de conflits.	Il refuserait de reprendre goût à la vie.

E11- Histoire AR/AC :

Reprendre goût à la vie pour celui qui n'a plus goût à rien de façon à ce qu'il grandisse pour essayer de positiver comme le précédent.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

- i- **Positionnement dans le temps** : A1 : Présent et futur A2+ : Futur A3- Passé
- j- **Positionnement par rapport à l'affirmation** : Le passé : je n'étais pas présente à cette époque donc difficile d'imaginer...
Pour le futur, c'est la beauté, la vie...

Lecture Partagée

Mme P m'informe avant de commencer la Lecture Partagée : « Au départ, je voyais plutôt les arbres et après, c'est plutôt moi que je voyais. ».

A2+ a besoin d'être bien placé ?

Chez moi, les arbres poussent pas bien à cause des haies, sacrées haies ! Y a des cyprès qui ont crevé. On a mis d'autres choses mais c'est trop serré, ça s'étouffe. Il va falloir qu'on s'y mette pour déboiser, tailler, enlever tout ce qui est mort car ça s'étouffe.

Il veut devenir grandiose, comment tu vois ça ?

Par rapport à la famille qui grandit tout le temps. Toujours des naissances. Y en a tellement que je en connais pas tout le monde.

Comment il grandit ?

Pas forcément le tronc. Un peu partout. Il s'étouffe. Le tronc stagne et ça s'étouffe si tu coupes un peu les branches du bas.

Et s'il n'a pas d'entretien, que devient-il ?

Les feuilles vont tomber, ça ne va plus bourgeonner. Il va être malheureux cet arbre. Je le vois mal. Mes fleurs, mes arbres, je leur parle. J'imagine mal l'ignorer, ça serait plus fort que moi de m'en occuper.

C'est comme s'il était abandonné. Plus de vie, plus de lumière... enfin, y en a tout le temps...

Un arbre, c'est comme un humain : ça vit.

Il s'il meurt ? Comment tu vois ça ?

Ses feuilles vont jaunir, rousses, marrons. Elles vont tomber. Les branches vont sécher puis tomber. Ça stagnera par terre.

Et ça devient quoi ?

On peut en faire du feu, du bois de chauffage. Sinon on le met dans un trou pour bouche run fossé ou à pourri dans un tas. Chez nous on comble un trou avec tout ça. Tout ce qui se désagrège. Et à force ça prend forme.

A3- Devrait arrêter de pousser pour s'étouffer ? Comment tu vois ça ?

Là on a l'impression qu'il grandit vers le ciel. Moins je le vois s'étouffer sur les côtés en branches et en feuilles et au milieu.

Il fait des bourgeons ?

Oui, des branches, des branchioles, des bourgeons.

Il dit qu'il a du mal à voir le printemps arriver ?

Il a du mal à pousser, c'est parce que je l'aime moins.

Il refuse d'être laissé de côté, comment ça se passe ?

J'aime pas ignorer. J'aime bien... On taillerait alors pour qu'il s'étouffe. Oui, je couperai celle-ci, celle-ci, pour que ça reparte. Faudrait tout retailler. Et ça peut lui donner une chance de revivre mais ça peut l'assommer aussi.

AR s'est évadé ? Comment tu vois ça ?

Il est déjà très loin de chez nous. Mais où ?

AR ne vit qu'avec des choses positives ? Il n'a que du soleil ?

Oui c'est vrai, il n'a plus d'humidité, il va dessécher. Il doit pleuvoir de temps en temps malgré tout.

La famille, tu la vois où ?

C'est plutôt les feuilles qui poussent. C'est sa famille.

Comment tu vois ça la famille qui éclate, les conflits ?

Il serait dans un sacré embarras bon sang ! Nous on s'engueule, on se tape dessus, mais lui ? Des feuilles qui s'entre-tuent et de feuilles qui tombent, carrément en bas. Elles tombent au sol et on les ignore, on ne leur parle plus. On les laisse de côté.

Et que deviennent-elles ?

Elles se désagrègent, ça se décompose.

Et ensuite ? ça nourrit la terre ?

Oui pour partir de plus belle, tout à fait. Et faire repartir l'arbre. Y a de la place pour les nouvelles feuilles.

Et l'arbre de cauchemar qui reprend goût à la vie, comment tu vois ça ?

On s'occupe de façon à ce qu'il bourgeoine. Ses racines se multiplient et la sève remonte.

AR peut l'aider ?

Il va falloir être patient pour s'en occuper et lui laisser le temps.

Et le détruire, comment tu vois ça ? Que devient-il ?

Je le vois plutôt en bois de chauffage. Il aura toujours une utilité. C'est très utile pour le chauffage, la chaleur.

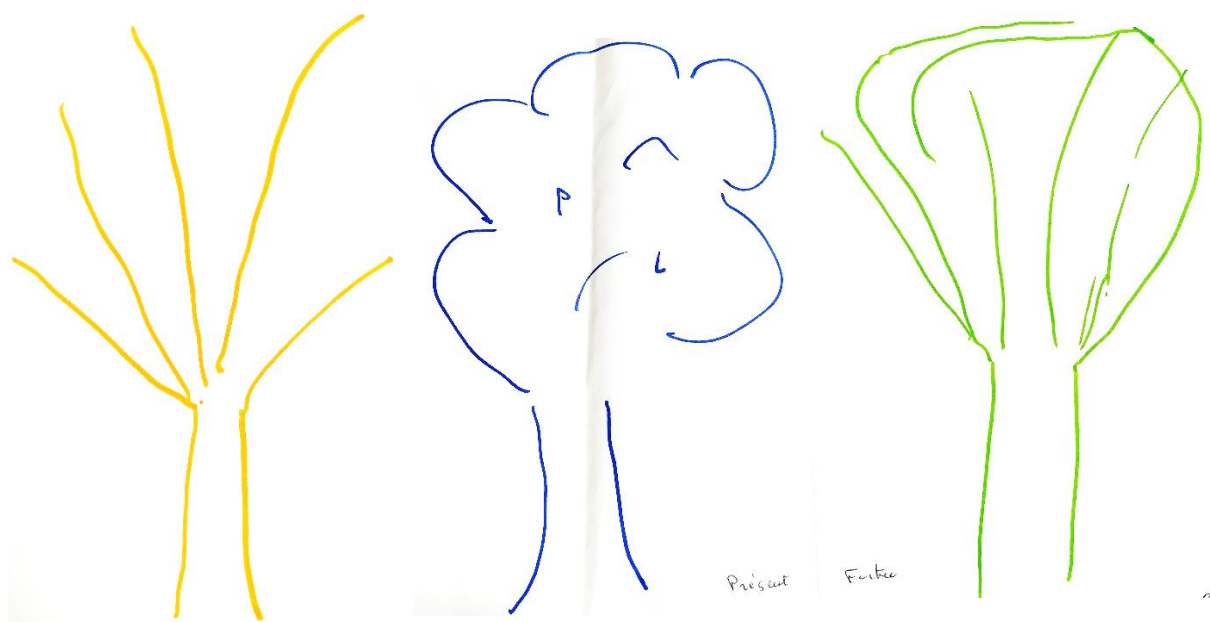
Et après ?

La cendre, ça sert d'engrais.

Protocoles Épreuve des Trois Arbres, étude D.

ETA Mme Fr

ARBRES DE BASE



A1 + : Cerise, Fleur

A2 : Pommes

A3 - : Fleur, Feuillage

E4- Histoires :

A1 + : Je me sens prêt pour fleurir, pour pouvoir donner mes fruits à qui je ferais plaisir.

A2 : Je commence à être lourd, je voudrais que l'on me cueille.

A3 - : Je n'en finis pas de fleurir.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Ses fleurs	Son feuillage
B : Ressenti	Qu'il est joli	Sa forme
C : Besoins	Il veut que l'on s'occupe bien de lui	Sa taille
D : Actions	De bien l'arroser	L'arrosage
F : Devenir désiré	Pour pouvoir donner ses fruits	Elégant
G : Devenir Refusé	De mourir	Tout fané

E7- Histoire A1 - / A2 + :

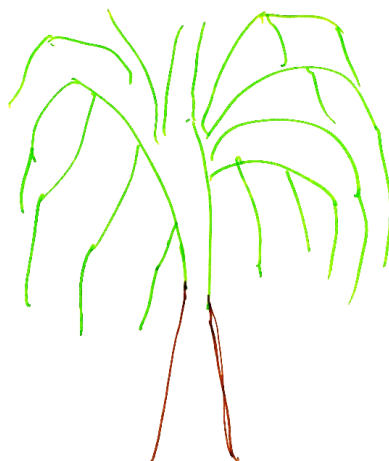
Moi je vais fleurir et donner des jolis fruits, que toi, tu vas rester seulement en fleur.

E8- Histoire A1 - / A2 + / A3 :

Mme F n'écrit pas d'histoire reliant les trois arbres.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :



Pas de mot associé.

- **Rêve** : J'admire ses branches et son feuillage.

Arbre de Cauchemar : AC :



Pas de mot associé.

- **Cauchemar** : De ne pas vieillir comme lui et bossu.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Ses branches tombantes	Qu'il penche
B : Ressenti		
C : Besoins	De s'occuper bien de lui	
D : Actions	De lui parler	
E : Devenir désiré	Très important	Se redresser et s'épanouir
F : Devenir refusé	De mourir	

E11- Histoire AR / AC :

Je voudrais que tu me donnes de tes branches et de tes feuilles

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

Positionnement temps : A+ : Passé ; A2 : Présent ; A3- : Futur

Positionnement par rapport à l'affirmation : J'ai donné beaucoup de moi-même

Lecture Partagée

Mme Fr m'informe en début de séance qu'elle est très inquiète car en période d'examens médicaux dans le vue d'un diagnostic.

Au sujet de l'ETA, Mme Fr précise qu'il s'agit de 3 cerisiers. Le premier fait des fruits alors que les autres font seulement des fleurs.

Les arbres sont fleuris, et si A1+ perd ses fleurs, comment ça se passe ?

Pourquoi il resterait vivre ici ? On ne va pas garder un arbre s'il est en train de mourir.

Comment ça se passe ?

Quelque chose le ronge, des bêtes... Je vais tout faire pour voir s'il y a une solution.

Et s'il meurt, qu'est-ce qu'il devient ?

J'aime pas les couper. Je vais le traiter, essayer de faire plein de choses pendant un an et puis après, s'il donne rien, des branches mortes, il souffre, c'est pas la peine.

Et ensuite ?

On n'arrache pas les racines, elles se désagrègent. Mon mari fait des trous. Sinon ça fait du bois de chauffage.

A3- veut devenir élégant, il refuse de faner ?

Il fleurit avant l'autre, c'est long mais après y a pas de fruit et c'est moche finalement. Que des fleurs fanées.

Et comment ça se passe ?

Il fane, les feuilles restent bien vertes, il n'y a pas de fruit. Ça reste longtemps fané avant que ça tombe. S'il pleut ça pourrit, c'est vraiment pas beau. Il faut ramasser.

Et ça devient quoi ?

Ça fait du compost.

Comment il serait élégant ?

Si on le taille pas, il s'ne va dans tous les sens donc on le taille pour qu'il soit droit.

Il n'y a pas d'histoire entre les trois arbres, si A2 était là, comment ça se passerait ?

(Elle fait référence à A1+ qui souligne qu'à 3- va seulement rester en fleur)

Ça peut être pris comme un compliment ou un reproche aussi, en fonction de la saison.

L'arbre de rêve veut devenir très important ?

J'adore, je trouve ça magnifique. Ça doit être bien d'être en dessous.

Il faut lui parler ?

Il faut parler aux arbres. Là il est magnifique, y a pas grand-chose à faire. Il faut du temps pour qu'il devienne imposant.

Comment c'est, très important ?

Très beau, grand.

Et mourir, comment tu vois ça ?

Si je vois qu'il a des branches qui commencent à vieillir, âgées, ça pèse au bout d'un moment. Lui il a pas envie, il veut rester tout vert, tout beau.

Les branches sont lourdes, j'essaye de le soulager, je sais les couper pour qu'il ne souffre pas. Lui enlever toutes ses branches fanées mais au bout d'un certain temps on va pas le garder lui non plus de la même manière que le cerisier tout à l'heure.

AC est bossu ?

C'est un vieux chêne, il a commencé à... La maladie s'est mise dedans. Les feuilles deviennent toutes blanches et, années après années, il s'est déformé. Il a plus une belle allure.

Comment tu le vois mourir ?

Comme les autres. On le débite en bois pour faire un meuble en chêne. Faut voir comment il est, sinon c'est chauffage.

AC fait le souhait qu'AR lui donne ses branches et ses feuilles.

AR ne peut pas lui donner ses branches et ses feuilles, ils sont différents.

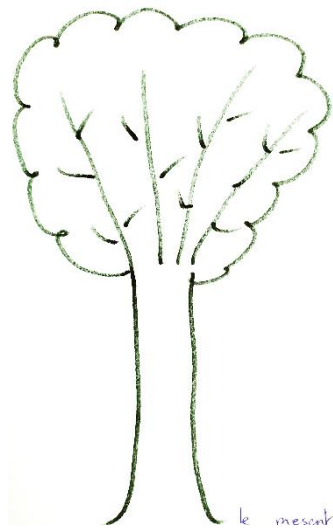
C'est un chêne ? Il y a des glands ?

Les feuilles sont toutes jaunes, il ne donne plus de glands

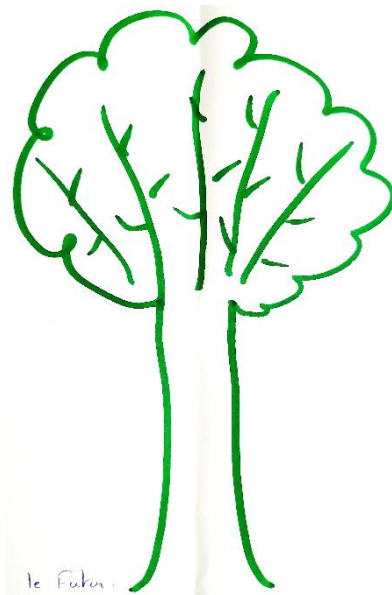
ETA La

ARBRES DE BASE

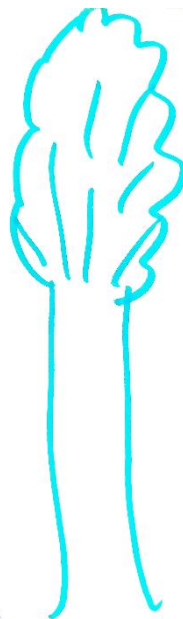
E1- Dessins



le mesant



le Fukan



passer

A1 : Moyen, fade

A2+ : Joli, couleurs, joie, forme

A3- : Faible, triste, grand

E4- Histoires :

A1 : Oui, je te dis que la semaine était triste et qu'il pleuvait tous les jours.

A2+ : Salut, la nourrice de Julien est stressée car sa petite fille est à l'hôpital. Ils attendent des résultats.

A3- : Je suis contente de partir en formation avec M.... car on pourra mettre des projets en place.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	La couleur et la forme	Trop grand, faible
B : Ressenti	De la joie, d'être dans la bonne humeur	Triste, pas vivant
C : Besoins	De l'amour, du partage, communication	D'être aimé, d'être aidé
D : Actions	La discussion	Etre entouré, communiquer
F : Devenir désiré	Etre bien et en bonne santé	Pas être seul, discuter, s'occuper de moi
G : Devenir Refusé	D'être mort	Se sentir seul

E7- Histoire A1 - / A2 + :

Salut, je te propose de venir avec moi pour qu'on puisse passer des vacances ensemble et de rigoler. De voir un autre paysage que chez nous. On mangera ensemble et se fera des balades en raquettes. A la fin de la semaine, elle m'a dit que c'était super. On recommencera l'année prochaine.

E8- Histoire A1 - / A2 + / A3 :

Salut, tu viens avec nous aux multisports ? Actuellement on fait du foot. Pourquoi pas, je vais faire un essai.

ARBRES MYTHIQUES

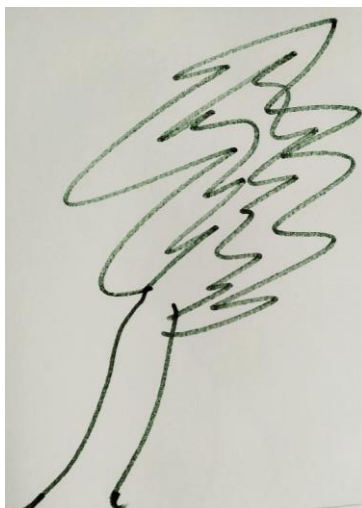
Arbre de Rêve : AR :



AR : de la gaité, de la joie, de l'amour.

- **Rêve :** De vivre le plus longtemps possible, de jamais rien manquer, que la vie soit toujours belle.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : Moche, Terrible, Horrible

- **Cauchemar** : Je veux plus être seul, car j'ai besoin d'aide.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Les couleurs, la forme	La couleur noire, être penché
B : Ressenti	De la vie, communication	Enervement, peine
C : Besoins	L'amour	Etre écouté, de l'occuper
D : Actions	Etre aidé, entouré, aimé	Etre entouré, aimé, rassuré
E : Devenir désiré	Bien soigné	Avoir tous les besoins et être bien vivants
F : Devenir refusé	D'être seul ou mort	Etre seul, pas être aimé.

E11- Histoire AR /AC :

Tu n'as pas honte de faire les choses comme ça. Mais tu pourrais discuter pour faire les choses ensemble.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

- k- **Positionnement temps** : A1 : présente ; A2+ futur ; A3- passé
- l- **Positionnement par rapport à l'affirmation** : Les mauvais souvenirs c'est passé. Actuellement c'est présent. De mieux en mieux le futur.

Lecture Partagée

A3- veut communiquer et être entouré, comment tu vois ça ?

C'est un moyen d'être attentif envers lui. L'arbre est grand, faible, triste : il faut s'occuper de lui être attentif.

Et lui, comment il réagit ?

Lui est plus communicant. Ça laisse une voix pour communiquer, plus expressif.

Et s'il est seul ?

Il faut éviter qu'il soit seul. Mais ça peut être un choix : il veut être tranquille. Ou sinon il pourrait chercher de la compagnie ?

Comment ?

En l'aidant.

Il veut qu'on s'occupe de lui ?

De la joie de vivre et le voir heureux. Ça serait moi à la place de l'arbre et bah ça serait être aimé, entouré de la joie de vivre.

A3- entouré, aimé, tu vois ça comment, un jardin, une forêt ?

Je vois plus un jardin dans lequel il prendrait soin de lui. Dans une forêt les arbres se débrouillent par eux-mêmes et y a pas quelqu'un en permanence. Lui il a besoin de quelqu'un.

A3- et A2+ partagent des vacances ? comment se sent A- ?

Il est content, je le vois différemment, moins seul, moins triste, plus vivant par ce biais-là.

Et qu'est-ce qu'il devient ?

Plus grand, plus beau.

Et A2+ ?

De la joie de vivre, il est content, il a aidé quelqu'un.

Et si A2+ est seul ?

Il souffre de cette solitude, il est triste.

Comment ?

Il est moche, il n'a pas envie de vivre, pas envie de voir de la compagnie. Il est seul. Il meurt en souffrant.

Comment il meurt ?

Il sèche, il tombe.

Il tombe comment ?

Il tombe par lui-même, il est mort. Il a plus rien sur lui, plus d'écorce, plus d'eau, plus habillé.

Il s'est cassé ou déraciné ?

Déraciné par la sécheresse.

Et qu'est-ce qu'il devient ?

Il va se décomposer. On en pourra pas l'utiliser parce qu'il a souffert.

Et ensuite ?

...

Ça peut faire du compost ?

Oui.

En regardant ce qu'elle a écrit sur AR et AC Mme La commente : C'est marrant j'ai souvent « seul » qui revient. Je vois ça par rapport à mon travail, la personne seule qui a besoin d'aide. Je dis souvent. « Elle doit être seule, elle a besoin d'aide. »

AC a besoin d'aide ? Il en demande ?

Par rapport à son comportement, il refuse tout, qu'on s'occupe de lui.

Autour de lui ? Ils comprennent ?

Je ne sais pas... Certains oui. Je vois plus un potager autour, quelques arbres.

De quelle manière on aide AC ?

Planter d'autres arbres à côté de lui. Communiquer avec lui.

AR rêve que la vie soit toujours belle, sans jamais de nuages ?

Quelques nuages mais peu. Juste ce qu'il faut pour ses besoins.

Et s'il était seul ?

Il arriverait à se débrouiller mais ça lui ferait de la peine. Il a besoin d'être entouré, qu'on s'occupe de lui.

Comment il réagirait ?

Il serait triste, plus penché, il perdrait ses feuilles. Ça ne serait pas l'arbre de mes rêves. Pas la joie de vivre. Il serait tout nu. Il perd sa forme son feuillage. Il tomberait, se casserait par les branches, puis le tronc. Le bois on pourrait le récupérer car il était beau et bien entretenu. Le récupérer pour faire quelque chose : le papier, les meubles.

Il rêve de vivre le plus longtemps possible ?

Sans maladie, très vieux.

AR reproche à AC de faire comme ça ? Il demande de faire ensemble ?

C'est AR qui s'adresse à AC pour qu'il discute avec la personne qui est bien. AC est tellement dans le négatif et ne cherche pas de solution, il pourrait en avoir des solutions s'il veut.

AR lui répond qu'il peut faire des efforts, qu'il a des personnes autour de lui.

Et comment réagit AR ?

Ça peut aider, ça peut être une ouverture de porte.

ETA M

ARBRES DE BASE



A1 : Nature, détente, plein air, oiseau.

A2+ : Soleil, vacances, détente, chaleur, bonheur.

A3- : Tristesse, Mélancolie

E4- Histoires :

A1 : Je suis grand, vieux. Je suis en forêt, entouré d'autres arbres. J'aime respirer l'air pur, les oiseaux, le soleil.

A2+ : Je suis petit, je suis un palmier. J'adore le soleil, la chaleur. Je côtoie la mer, les vacanciers.

A3- : Je suis un saule pleureur, mes feuilles tombent à terre. Je suis triste.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Les feuilles	Les feuilles qui tombent
B : Ressenti	Sentiment de bien-être, de bonheur, de détente, de joie.	Sentiment de tristesse
C : Besoins	Soleil ++, un peu d'eau, chaleur	Besoin d'attention, de soleil
D : Actions	S'en occuper, prendre soin de l'arbre	S'en occuper avec attention
F : Devenir désiré	Cet arbre souhaiterait grandir et bien vieillir (sans maladie)	Souhaiterait pousser vers le haut. Souhaiterait devenir beau et attirant.
G : Devenir Refusé	Cet arbre refuserait de devenir petit, moche et malade.	Il refuserait de devenir plus moche et malade.

E7- Histoire A - / A+ :

Bonjour Palmier, je suis le saule pleureur. Comment fais-tu pour être aussi beau et rayonner de bonheur ?

Bonjour Saule pleureur. Je respire de bonheur grâce au soleil qui m'aide à lever mes feuilles vers le haut. Cela me donne l'énergie, le soleil me tire vers le haut. Et toi, pourquoi penches-tu vers le sol ? Tu n'as pas l'air en grande forme.

E8- Histoire A - / A + / A :

Je n'arrive pas à les voir vieillir ensemble

ARBRES MYTHIQUES

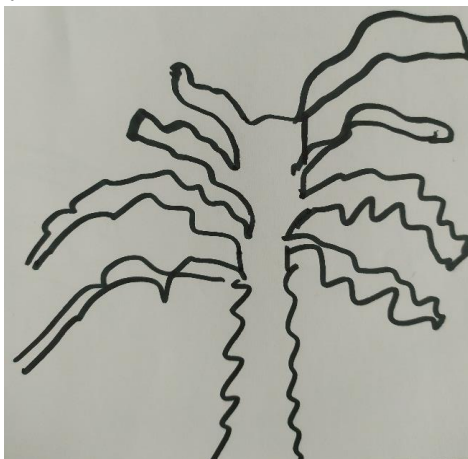
Arbre de Rêve : AR :



AR : Soleil, vacances, chaleur, détente, bien-être, repos, famille, la mer, les cocotiers, le sable fin, la joie.

- **Rêve** : Cet arbre rêve de bien vieillir entouré d'autres arbres identiques. De ne pas être détruit, brûlé, coupé ou déraciné.

Arbre de Cauchemar : AC :



AC : Tristesse, moche, pleurs, larmes, mort, terne, fin, horrible.

- **Cauchemar** : Je suis triste, je sens la fin proche. Mes forces diminuent, je crois que je vais mourir, je manque d'air, j'étouffe.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Son tronc, ses feuilles vertes	Ses branches qui cassent, qui meurent
B : Ressenti	Sentiment de bien-être, de détente, de bonheur	Sentiment de tristesse, d'abandon, de fin
C : Besoins	De l'attention, de la chaleur	Besoin d'amour, d'attention, de chaleur, de réconfort
D : Actions	En le réconfortant, en prenant soin de lui	En lui donnant de l'amour, de l'attention
E : Devenir désiré	Il souhaiterait pousser plus haut pour devenir plus grand et plus fort	Il souhaiterait devenir beau et pousser droit
F : Devenir refusé	Il refuserait de devenir moche vieux et tombant	Il refuserait de devenir laid et vieux.

E11- Histoire AR /AC :

Le plus beau soutien l'autre, l'aide à grandir et bien vieillir pour finir ensemble une belle vie.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

m- **Positionnement par rapport au temps :**

A1 : Présent

A2+ : Présent

A3- : Futur

n- **Positionnement par rapport à l'affirmation :**

A1 et A2 + sont au présent car ils me font penser à des événements positifs de ma vie actuelle.

A3- le futur car il me fait penser à la vieillesse donc à l'avenir.

Lecture Partagée

Avant de commencer la séance, la supérieure hiérarchique de Mme M vient lui rappeler que cette séance se déroule sur son temps de travail et qu'elle ne dispose que de peu de temps.

A2+ refuse d'être moche et malade ? Comment tu vois ça ?

Les feuilles recroquevillées, tout renfermé sur lui-même, sans eau, sans soleil, triste.

Et que deviennent les feuilles ?

Elles sèchent puis elles tombent.

Ensuite, comment ça se passe ?

Après il est coupé, déraciné.

Comment ?

Quelqu'un vient pour l'aider à se déraciner.

Et après ?

On peut utiliser son bois, le bois du tronc pour faire de la déco, des meubles : il se recycle.

A3- veut pousser vers le haut ?

Ses feuilles seraient moins attirées vers le bas.

Et après ?

Si ses feuilles remontent, les branches remontent, tout serait redressé.

Comment ça se passe ?

C'est quelqu'un qui aurait de l'attention pour lui. Ça serait, par exemple, prendre soin de lui, l'arroser, 'entretenir, lui apporter ce qu'il a besoin, le nourrir.

A2+ demande à A3- pourquoi il se penche vers le sol, qu'est-ce qu'il répond ?

Il pourrait répondre qu'il a besoin d'aide, que quelqu'un vienne l'aider pour que ça aille mieux.

Il a besoin de soleil, il n'en a pas ?

Oui mais c'est pas suffisant, il lui faut autre chose. C'était pas forcément un conseil d'A2+. C'était plus un constat qu'un conseil donc pas d'influence sur A3-.

Je les situe pas dans le même endroit, mais ils peuvent se parler. Les besoins, les attentes ne sont pas les mêmes.

Ça ne les empêche pas la communication.

Par téléphone, SMS ou carte postale...

AR rêve de bien vieillir, entouré ?

Sans souffrir, sans douleur, entouré (famille, amis).

S'il vieillit mal, comment ça se passe ?

Seule, avec des douleurs, souffrant... : tout l'inverse. Triste. Il peut finir seul. S'isole puis à l'extrême, il meurt.

Et que devient-il ?

C'est la même chose, il fait du recyclage, de la déco. Il revit sous une autre forme.

Détruit, coupé, déraciné, c'est comment ?

Quelqu'un de l'extérieur, ça serait violent. Je vois de la souffrance, du mal-être. Pour l'arracher, enlevé pour autre chose. Il peut être brûlé en poussière et deviendrait de l'engrais. C'est un éternel recommencement.

Comment tu le vois moche, vieux et tombant ?

Les feuilles séchées. Triste recroquevillé, malade. Il mourrait petit à petit. Plutôt brûlé.

Et AC ?

Il meurt, il souffre, il est seul dans la douleur, il part seul. Il devient poussière comme de la cendre.

Il nourrit le sol ?

Oui quelque part, mais plus dans le négatif.

Il faut lui donner de l'amour et de l'attention ?

Être entouré, à l'écoute. Lui apporter, s'adapter à ses besoins. Entouré par des jardiniers qui le soigneraient.

AR soutien AC ? Comment ?

L'écoute. Il l'aide moralement, il lui apporte ce qu'il a besoin. Ça joue sur le physique, il se sent mieux, moins laid, plus beau, moins de souffrance, de douleurs.

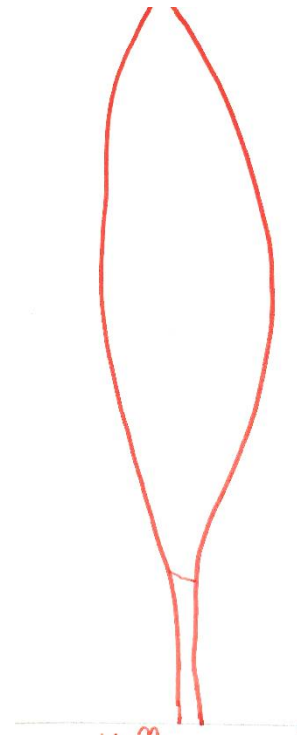
Bien vieillir ?

S'écouter l'un l'autre, finir ensemble, ne pas être seul, être entouré.

ETA Mme S

ARBRES DE BASE

E1- Dessins



A1 : Haut, soleil, douleur

A2 + : Bien rempli, travail, école

A3 - : Grand, pas d'allure, moche

E4- Histoires :

A1 : Bonjour, moi c'est Eglantine, je représente le rêve, ce qu'on ne peut pas avoir, je suis intouchable

A2 + : Bonjour, moi c'est Robert le gros arbre, très fort qui doit tout porter. Je suis costaud, on m'aime parce qu'on peut me confier plein de choses

A3 - : Bonjour je m'appelle Plume l'arbre sans forme, on ne m'aime pas parce qu'on me trouve laid et inintéressant.

Matrice d'explicitation pour les Arbres + et - :

Caractéristiques des Arbres + et -	E5 : Arbre + :	E6 : Arbre - :
A : Perçu	Je suis gros, bien fourni, épais, fort	Plus fin, plus fragile
B : Ressenti	Protecteur, confiance, gai, drôle	Qu'il va se coucher en cas de vent fort
C : Besoins	Besoin de câlin, de douceur, de réconfort	Il a besoin de renfort, de tuteur
D : Actions	Lui faire des bisous, le caresser	A besoin d'être rassuré, apaisé
F : Devenir désiré	Encore plus fort et plus épais	Il voudrait être plus gros comme son voisin d'à côté
G : Devenir Refusé	Je ne veux pas être une éponge qui accepte tout.	« Je ne veux pas m'assécher » dit l'arbre

E7- Histoire A3 - / A2 + :

« Bonjour Plume, moi c'est Robert, tu as besoin d'aide »

- Pourquoi donc ? répond Plume.
- Tu as l'air bien maigre, es-tu malade ? Questionne Robert
- Non je ne suis pas malade, j'ai seulement besoin qu'on m'aide à grossir ou tenir debout » répond Plume.

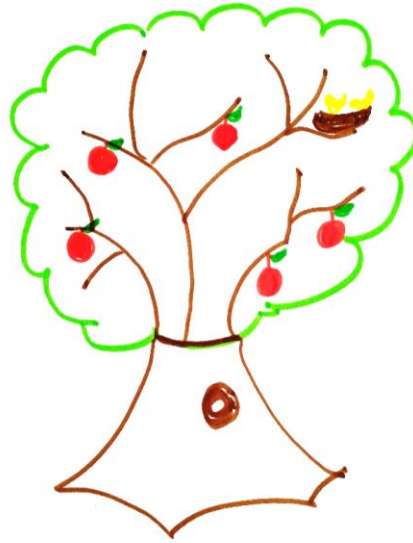
E8- Histoire A1 / A2 + / A3- :

Bonjour je suis Eglantine, alors on fait bande à part,

- Ah ! non, répondent les deux autres, on ne t'avait pas remarqué tout simplement.
- Ça fait plaisir ! Quel élan de solidarité, on n'est pas prêts de faire une forêt ensemble » répond Eglantine.

ARBRES MYTHIQUES

Arbre de Rêve : AR :



AR : arbre gai plein de vie de joie et d'espérance.

- **Rêve :**

Je suis l'arbre des rêves, pleins de bons fruits sucrés. Je suis en pleine forme. Je peux garder les oiseaux sur mes branches. Je suis printanier.

Arbre de Cauchemar : AC :



Pas de mots associés

- **Cauchemar :**

Je suis l'arbre des cauchemars, je suis vieux et sans vie, je ne suis pas gai, je fais peur. Je suis en plein cauchemar, je ne veux pas être plus moche que je suis déjà.

Matrice d'explicitation AR / AC

Caractéristiques des Arbres AR et AC	E9 : Arbre de Rêve :	E10 : Arbre de Cauchemar :
A : Perçu	Je remarque qu'il a des fruits bien rouges Je remarque qu'il a l'air en pleine forme	Je remarque qu'il est affreux mais qu'il a une feuille restée sur une branche
B : Ressenti	Sentiment de fertilité, jeunesse, joie de vivre, chants	Arbre triste et sans vie
C : Besoins	Il n'a besoin de rien, il est heureux comme ça	Il a besoin d'eau pour vivre
D : Actions	Rien, il est entièrement satisfait, il est bien	Lui donner à boire
E : Devenir désiré	Il ne peut pas pousser plus, il est au maximum	Il souhaiterait devenir comme l'arbre des rêves à côté, aussi beau.
F : Devenir refusé	Il ne veut surtout pas mourir	Il ne veut pas qu'on le coupe pour en faire du bois de chauffage

E11- Histoire AR /AC :

L'arbre de cauchemars va recevoir des vitamines et de la force pour s'épanouir par des oiseaux de l'arbre de rêve.

CONFRONTATION BIOGRAPHIQUE

E12-

Positionnement temps : A1 : Présent ; A2+ : Futur ; A3- Passé

Positionnement par rapport à l'affirmation : Je les ai rangés du plus faible au plus fort.

Lecture Partagée.

A2+ est fort et doit tout porter ?

Il est fort, et costaud, en bonne santé. Il a plus (+) la force de porter et aussi les soucis des autres. Alors qu'A3- me donnait l'impression d'être faible et fragile.

Il doit tout porter ?

Non, car on finit par se lasser et on peut pas tout accumuler. Il pourrait devenir fragile à force de tout porter.

Comment il deviendrait fragile ?

(Mme S fait le parallèle avec sa vie personnelle et son impression de tout porter).

Et l'arbre ça se passe comment pour lui ?

Il perdrait ses forces, fragile, pas aussi beau.

Il perdrait ses feuilles ?

Oui il perdrait ses feuilles, il deviendrait comme A3- : c'est l'opposé.

Que devient-il ensuite ?

Il pourrait mourir, plus de feuille, plus de vie. Plus de feuille, noir et mort, sans couleur.

On ne le regarderait plus du coup. Il n'attirerait plus, on ne ferait plus attention à lui du coup.

Et ensuite ?

On ne s'occupe plus de lui s'il est mort. S'il y a un espoir, je ferai tout pour qu'il s'en sorte, pour qu'il redevienne comme avant. L'aider à se reconstruire.

Comment ?

Ses feuilles vont repousser, s'étoffer, il va devenir plus fort, avec des fruits. Il va accueillir les oiseaux en signe de reprendre goût à la vie.

On le trouve inintéressant ?

Oui, il a pas de forme, laid, pas autant de feuille qu'à côté, pas aussi beau. Je voulais le dessiner plus fin, sans vie, qui a souffert pendant sa croissance. Il plaît pas, on lui prête moins attention et il est fragile car en cas de tempête il se couchera.

Comment tu le vois se coucher ?

Couché à terre. Plié, pas cassé. Après il retrouve sa forme. Il reste fort malgré lui au fond de lui-même. Il a encore envie de vivre et de s'en sortir. Il existe quand même. Il ne veut pas s'assécher, ça veut dire qu'il veut vivre.

Il a besoin d'être rassuré ?

« Non t'es pas inintéressant malgré ta forme, tu peux plaire quand même ! » Il s'accepte comme il est quand on le rassure.

Tu vois ça comment ?

D'autres arbres à côté qui lui parlent. « On forme un bois, y a des arbres de toutes les formes. »

A3- dit qu'il a besoin d'aide à A2+ ?

C'est lui qui se voit moche mais pas les autres.

Dans l'histoire des trois arbres, A1 souligne qu'ils ne sont pas prêts de faire une forêt ? C'est pas possible ?

Pourquoi pas monte rune forêt ensemble ? S'ils s'acceptent malgré leurs formes.

Comment ça se passe ?

Vivre en harmonie. C'est A3- qui devient A1 puis A2+, c'est comme ça que je le voyais. Il est en train de s'épanouir, sur la bonne voie.

AR ne peut pas pousser plus ? Que devient-il ?

Il continue à vivre comme ça, il est en fruits, verdoyant, entièrement satisfait de ce qu'il vit, il a pas besoin de plus.

Il n'a besoin de rien ?

Si, il a besoin d'eau et de soleil pour être comme il est et continuer à produire ses fruits. Il est arrivé à maturité. Il a eu tout ce qu'il fallait pour en arriver là.

AC est sans vie, mort ?

Sans vie mais pas abattu complètement. Il a l'intention de s'en sortir. Il veut se battre.

Lui donner de l'eau, comment tu vois ça ?

Il essaierait de puiser seul l'eau dans la terre ou le ciel. Au max il va essayer de s'en sortir seul. Il veut prouver qu'il peut y arriver. C'est un étape quelque part, ça va passer.

Et s'il devenait plus moche ? Comment tu vois ça ?

Il fera tout pour se faire aider, il veut pas mourir. S'il peut pas tout seul il se fera aider mais pas mourir.

Aider comment ?

Les autres arbres à côté, le jardinier qui mettrait des tuteurs, l'arroser, des encouragements.

Et s'il était coupé ?

Il veut pas finir dans une cheminée. Sinon on récupère ses cendres pour faire de l'engrais et nourrir les autres. Il sert toujours à quelque chose.

AC reçoit des vitamines par les oiseaux d'AR ? Comment il réagit ?

Apporter des vitamines c'est le symbole du pollen. Ceux qui ont aidé AR vont aider AC. Il va s'épanouir, prendre des forces et s'étoffer. La sève va monter, il va fleurir et faire des fruits.

RÉSUMÉ

Face à l'intensification de la charge de travail en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD), il est nécessaire de penser des dispositifs prenant en charge la souffrance des professionnels. L'analyse de la littérature met en évidence le peu d'études consacrées à la prévention et à la remédiation du stress et du burnout dans le soin auprès des personnes âgées. Les approches unidimensionnelles telles que la formation de soignants, les groupes de paroles et les techniques de gestion de stress ont prouvé leur efficacité mais possèdent des limites. Un soutien multidimensionnel global serait-il plus efficace que des soutiens unidimensionnels tels que la formation ou le groupe de parole ?

Nous présentons une recherche menée auprès de 38 soignants en EHPAD comparant l'efficacité d'un programme de soutien multidimensionnel ancré dans la psychologie humaniste à des programmes contrôles unidimensionnels sur le stress perçu, le bien-être au travail et le burnout.

Le programme expérimental porte sur la lutte contre la souffrance au travail, phénomène multifactoriel et complexe. Il comprend un apprentissage de la relaxation et de la gestion des émotions, un bilan de situation réalisé avec l'Épreuve des Trois Arbres et un accompagnement collectif de création sur les pratiques.

L'analyse statistique des résultats montre que le score du bien-être au travail des soignants du groupe expérimental a mieux progressé que celui des soignants des groupes contrôles. L'analyse qualitative et la discussion montrent que le soutien multidimensionnel permet à la personne de prendre conscience de ses ressources et de les développer pour opérer des changements en profondeur.

mots-clés : souffrance au travail, soignants, personnes âgées, soutien multidimensionnel, psychologie humaniste, Épreuve des Trois Arbres.

ABSTRACT

In view of the intensification of the work load in Residential Care Facilities for the Elderly, it is necessary to create measures to deal with the suffering of care professionals. An analysis of published literature brings to light the scarcity of studies devoted to the prevention and remediation of stress and burnout in care work with the elderly. Unidimensional approaches such as care worker training, group therapy and stress management techniques have been proved to be efficient but with limitations. Would multidimensional holistic support be more efficient than unidimensional support such as training or group therapy?

This paper presents research carried out on 38 care workers in Residential Care Facilities for the Elderly, comparing the efficiency of a multidimensional support programme based on humanistic psychology to unidimensional test programmes, in dealing with perceived stress, well-being at work and burnout.

The experimental programme focuses on the struggle against work place suffering which is a multi-factorial and complex phenomenon. It includes learning relaxation techniques and learning how to deal with emotions, an assessment of the situation using the Three Trees Test, and creative group support in the development of work practices.

The statistical analysis of the results shows that the workplace well-being score of the care workers in the experimental group progressed further than that of the care workers in the test groups. The qualitative analysis and discussion show that multidimensional support enables individuals to become aware of their personal resources and to develop them in order to bring about deep seated changes.

keywords : suffering at work, care workers, the elderly, multidimensional support, humanistic psychology, the Three Trees Test.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Mathilde CHAGNEAU
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **15 / 09 / 2019**



**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



Titre : Une approche humaniste de la souffrance au travail en EHPAD. Effet d'un programme de soutien multidimensionnel sur les professionnels en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

Mots clés : souffrance au travail, soignants, personnes âgées, soutien multidimensionnel, psychologie humaniste, Épreuve des Trois Arbres.

Résumé : Face à l'intensification de la charge de travail en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD), il est nécessaire de penser des dispositifs prenant en charge la souffrance des professionnels. L'analyse de la littérature met en évidence le peu d'études consacrées à la prévention et à la remédiation du stress et du burnout dans le soin auprès des personnes âgées. Les approches unidimensionnelles telles que la formation de soignants, les groupes de paroles et les techniques de gestion de stress ont prouvé leur efficacité mais possèdent des limites. Un soutien multidimensionnel global serait-il plus efficace que des soutiens unidimensionnels tels que la formation ou le groupe de parole ?

Nous présentons une recherche menée auprès de 38 soignants en EHPAD comparant l'efficacité d'un programme de soutien multidimensionnel ancré dans la psychologie humaniste à des programmes contrôles unidimensionnels sur le stress perçu, le bien-être au travail et le burnout.

Le programme expérimental porte sur la lutte contre la souffrance au travail, phénomène multifactoriel et complexe. Il comprend un apprentissage de la relaxation et de la gestion des émotions, un bilan de situation réalisé avec l'Épreuve des Trois Arbres et un accompagnement collectif de création sur les pratiques.

L'analyse statistique des résultats montre que le score du bien-être au travail des soignants du groupe expérimental a mieux progressé que celui des soignants des groupes contrôles. L'analyse qualitative et la discussion montrent que le soutien multidimensionnel permet à la personne de prendre conscience de ses ressources et de les développer pour opérer des changements en profondeur.

Title : A humanistic approach to suffering in nursing home work. The effect of a multidimensional support programme on care professionals in nursing home.

Keywords : suffering at work, care workers, the elderly, multidimensional support, humanistic psychology, the Three Trees Test.

Abstract : In view of the intensification of the work load in Residential Care Facilities for the Elderly, it is necessary to create measures to deal with the suffering of care professionals. An analysis of published literature brings to light the scarcity of studies devoted to the prevention and remediation of stress and burnout in care work with the elderly. Unidimensional approaches such as care worker training, group therapy and stress management techniques have been proved to be efficient but with limitations. Would multidimensional holistic support be more efficient than unidimensional support such as training or group therapy?

This paper presents research carried out on 38 care workers in Residential Care Facilities for the Elderly, comparing the efficiency of a multidimensional support programme based on humanistic psychology to unidimensional test programmes, in dealing with perceived stress, well-being at work and burnout.

The experimental programme focuses on the struggle against work place suffering which is a multi-factorial and complex phenomenon. It includes learning relaxation techniques and learning how to deal with emotions, an assessment of the situation using the Three Trees Test, and creative group support in the development of work practices.

The statistical analysis of the results shows that the workplace well-being score of the care workers in the experimental group progressed further than that of the care workers in the test groups. The qualitative analysis and discussion show that multidimensional support enables individuals to become aware of their personal resources and to develop them in order to bring about deep seated changes.