

2017-2019

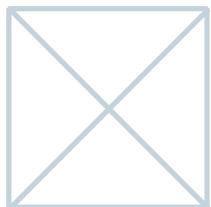
Master Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychologie de la santé
Parcours Psychologie du vieillissement normal et pathologique

Relation soignant-soigné en contexte gérontologique :

Les mécanismes de défense des aides-soignantes face aux problématiques du vieillissement.

Arnaud Loren

Sous la direction de Mme
Potard Catherine





ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) ARNAUD DORÉ, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés 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.

Signature :

A handwritten signature in black ink that reads "arnaud doré".

Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.

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/licenses/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 à remercier tout d'abord toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite remercier ma directrice de mémoire, Mme Catherine Potard, pour sa bienveillance, sa disponibilité ainsi que pour la qualité de son encadrement.

Je souhaite remercier chaleureusement toutes les participantes qui ont permis la réalisation de ce projet. Je les remercie pour leur confiance qu'elles ont su apporter envers ce travail.

Je remercie également Mesdames Guérin C., Morin C. et Bouron A. mes tutrices de stage de Master 2, pour leur soutien ainsi que nos moments d'échanges autour de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1-2
1. PARTIE THEORIQUE	2-16
 1.1 La relation soignant-soigné en contexte gérontologique : dynamiques relationnelles et psychiques.	2-7
1.1.1 Enjeux intrapsychiques dans la relation soignant-soigné	2-4
1.1.2 Vécus angoissants des soignants face à la mort et à la maladie somatique des personnes âgées	4-6
1.1.3 Vécus angoissants des soignants face à la démence	6-7
 1.2 Les mécanismes de défense à l'œuvre dans la relation soignant-soigné	7-14
1.2.1 Mécanismes de défense : définitions et fonctions	7-8
1.2.2 Mécanismes de défense comme recours face au vécu émotionnel en contexte soignant	8-9
1.2.3 Les mécanismes de défense des soignants : de l'adaptation à l'inadaptation.....	9-12
1.2.4 Mécanismes de défense en contexte soignant : répercussions pour les patients et les soignants	13-14
PROBLEMATIQUE	14-15
OBJECTIF ET HYPOTHESES	15-16
2. METHODOLOGIE.....	16-21
 2.1 Population	16-17
 2.2 Matériel.....	18-20
2.2.1 La grille d'entretien	18
2.2.2 Le Defense Mechanisms Rating Scales, DMRS (2009)	18-20
2.2.3 L'EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009).....	20
 2.3 Procédure	20-21
 2.4 Analyses des données.....	21
3. RESULTATS	21-25
 3.1 Comparaison des moyennes d'utilisation des mécanismes de défense selon les années d'expérience	21-23
 3.2 Étude corrélationnelle partielle des résultats	23-24
 3.3 Étude des données et des pourcentages de la valence émotionnelle du discours	24-25
4. DISCUSSION.....	25-33
 4.1 Interprétation des résultats	26-30
4.1.1 Les mécanismes de défense.....	26-29
4.1.2 La valence émotionnelle du discours	29-30
 4.2 Limites de l'étude et perspectives	30-32
 4.3 Pistes cliniques	32-33
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	34-39
TABLE DES ANNEXES.....	40
TABLE DES TABLEAUX	40

Introduction

La durée de vie augmente dans nos sociétés, ce qui entraîne le développement des postes de personnels soignants dans le secteur de la gérontologie. Ces soignants vont devoir faire face et s'adapter aux remaniements psychiques et somatiques des personnes vieillissantes pour permettre une prise en charge de qualité, et un meilleur accompagnement.

Dans un contexte où les professionnels en gérontologie indiquent qu'un facteur motivationnel pour travailler dans ce secteur est « la demande de relations » (Manoukian, 2012), la question des stratégies d'ajustement et d'adaptation du soignant et de la relation est au cœur du bien-être et de la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées. En effet, Manoukian (2012) évoque que le vieillissement ramène le soignant à l'essentiel : les personnes âgées se détachent des préoccupations matérielles et se concentrent davantage sur la qualité des liens qui s'établissent entre les soignants et elles. C'est alors que s'instaure des « formes privilégiées d'existence. »

Par ailleurs, la rencontre avec les personnes âgées fait perdre aux soignants des idées, des préjugés, des rêves. Ces rencontres font émerger des angoisses et questionnements source de conflit, que le soignant peut vouloir éviter, ou *a minima* devoir trouver un aménagement défensif pour faire face. En effet, être au contact avec des sujets âgés, c'est prendre le risque d'une modification de l'identité propre à l'individu. L'identification est en effet à la base des relations, et il paraît inévitable de regarder son propre vieillissement « comme dans un miroir déformant qui nous dirait l'avenir » (Manoukian, 2012).

D'autre part, Heslon (1992) évoque qu'accompagner la personne âgée contient deux risques distincts : celui de trop s'identifier au sujet âgé, et inversement de l'objectifier, le sujet devenant alors uniquement un objet de soins. Dans ce jeu intersubjectif, l'aide-soignant est à la fois le plus présent dans la relation corporalisée, au quotidien, et bien souvent le moins impliqué dans le projet thérapeutique, en comparaison aux autres personnels soignants (Ruszniewski, 2014). Il mobilise des types spécifiques de défenses pour maintenir un équilibre psychologique, préserver son estime de soi, face aux angoisses qui l'envahissent notamment dans des situations douloureuses ou de stress (Cramer, 2006).

Afin de mener cette recherche, une première partie théorique abordera la relation soignant-soigné en contexte gérontologique, et plus précisément les dynamiques relationnelles et

psychiques qui y sont à l'œuvre. Ensuite, les enjeux relationnels et les angoisses chez le soignant face aux problématiques du vieillissement seront développés ; notamment vis-à-vis de la démence, la maladie et la mort. Puis, les mécanismes de défense utilisés par les soignants pour faire face aux conflits psychiques et aux angoisses seront développés en s'appuyant sur la classification des mécanismes de défense et par leur niveau adaptatif. Les répercussions de la mise en place des défenses des soignants, pour eux mais également pour les patients seront finalement questionnées. Ensuite, après avoir repris la problématique, les objectifs et les hypothèses de l'étude, la partie méthodologique sera exposée. Enfin, les résultats obtenus seront présentés puis une partie discussion sera développée en reprenant les résultats des mécanismes de défense et de la valence émotionnelle du discours des aides-soignantes.

1. Partie théorique

1.1 La relation soignant-soigné en contexte gérontologique : dynamiques relationnelles et psychiques

1.1.1 Enjeux intrapsychiques dans la relation soignant-soigné

Bariéty et Coury (1963) définissent le soignant comme étant « *celui, celle qui donne des soins, qui soigne. Il lui apporte une aide inestimable d'une grande compétence technique et d'une haute valeur morale en la personne de soignantes, de panseuses, de visiteuses, de gardes-malades.* »

Le soignant s'inscrit dans une relation de soin qui nécessite, selon Formarier (2007), des « rapports sociaux codifiés, préétablis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes. » En ce sens, les relations de soins sont inscrites dans des tâches répétitives où le soignant a besoin de stabilisation dans son rapport à l'autre. Les soignants aimeraient donc que les patients adoptent des comportements attendus et qu'ils les fassent rapidement. Dans cette perspective, cela permettrait au soignant une économie de la charge affective mais aussi cognitive.

De plus, cette relation codifiée permet au patient d'être un support d'échanges lors des soins techniques et de confort. Celle-ci est animée par des échanges formels ou informels, avec des informations données par le patient, nécessaire pour sa bonne prise en charge (Formarier, 2007).

En ce sens, dans le contexte gérontologique l'accompagnement donne lieu à une technicité plus poussée, mais il faut prendre en considération également, que certaines angoisses spécifiques à cette population peuvent venir percuter le soignant.

En effet, le corps qui était un objet de séduction, est devenue un objet de soins. La confrontation quotidienne à la dégradation du corps, aux pertes cognitives renvoyant inévitablement à la finitude (la sienne et celle des autres) est source d'angoisses primaires chez le soignant (Mora, 2006).

Aussi, comme le souligne Colpé (2007) la relation à la personne âgée réinterroge son équivalent : les relations parents-enfants. Le rôle de soignant entraîne une inversion des rôles et des générations, ce qui va de ce fait solliciter de façon inconsciente, les pulsions agressives infantiles vis-à-vis du parent potentiellement défaillant.

Dans cette perspective, Gaucher, Ribes et Ploton (2003), mentionnent notamment un enjeu intrapsychique dans la relation soignant-soigné : la complexité de s'identifier à une personne âgée dépendante. En effet, les auteurs évoquent que s'identifier à un sujet âgé mobilise la projection de soi dans le futur et être confronté à sa propre finitude et sa mort. Lorsqu'il est dans l'incapacité de gérer sa vie quotidienne, l'identification du soignant devient alors pénible. L'angoisse sera encore plus importante lors de la confrontation à la personne âgée démente (Gaucher, Anaut & Ploton, 2001). Par conséquent, le mode de défense utilisé sera souvent l'évitement de la relation soit par esquive de la rencontre avec le sujet âgé, soit par « désobjectivation » de cette rencontre qui se réduit seulement à la technicité et aux automatismes (soins techniques et routiniers), c'est-à-dire des soins et un accompagnement essentiellement instrumental ou matériel. En cela, il est difficile pour le soignant de s'investir dans une relation avec une personne qui va mourir et qui n'est plus en capacité de tenir son rôle. Dans ce cadre, Ploton (1990) souligne que le soignant peut être amené à déshumaniser le soigné en investissant uniquement l'approche médicale et les soins techniques, pour essayer de canaliser l'agressivité qui émane de l'objet « non docile et persécuteur », renvoyant aux angoisses de mort.

En outre, d'après Causse (2008), les aides-soignantes qui intègrent un travail d'aide et qui prennent plaisir à donner sont d'autant plus « actives, dynamiques et créatives. » Malgré cela, le soignant peut être toujours animé par une angoisse destructive (Klein, 1978), ce qui peut entraîner différents heurts face à des sentiments ambivalents ou encore des comportements

d'hypermaternage. La problématique dans les situations d'aides, est, selon Causse (2008), quand les relations entre les autres et soi n'ont plus de frontières et deviennent ainsi négatives. La décharge d'hostilité et d'agressivité devient alors possible, ouvrant une potentielle voie à la maltraitance institutionnelle. Au-delà de ces passages à l'acte, ces mouvements pulsionnels agressifs vont s'actualiser le plus souvent par un sentiment de culpabilité du soignant (Colpé, 2007). Cette culpabilité est souvent à l'œuvre dans l'épuisement des aidants formels et informels, mais aussi dans l'infantilisation des soignés (Colpé, 2007).

Par ailleurs, Delhaye et Lotstra (2007) ont observé une évolution des défenses du professionnel de santé au cours de sa carrière dans le champ de la relation soignant-soigné. Quatre étapes de maturation ont pu ainsi être relevée : dans un premier temps, le stade d'immersion, qui concerne le soignant au début de sa carrière. Celui-ci, face à une première perception de la pathologie ne peut pas être au sommet de l'empathie de par sa subjectivité défensive et ses émotions teintées de projections. Ensuite, le stade de l'empathie souffrante, est marqué par une conscience plus fine du mal dont est atteint le patient, mais où de ce fait l'attitude défensive se précise. En conséquence des défenses trop prégnantes, la relation avec le patient a du mal à s'établir. Dans le stade ultérieur de la mise à distance, le soignant s'éloigne du patient, sous la pression de son expression défensive. Le soignant va alors se réduire à la technicité, pour éviter d'être vulnérable. Enfin, le stade de la maturation viendra « couronner le parcours initiatique pleinement abouti » du soignant. Ce dernier saura dompter ses émotions et par conséquent agir en tant que professionnel de santé.

1.1.2 Vécus angoissants des soignants face à la mort et à la maladie somatique des personnes âgées

La Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante révisée en 2007, évoque que : « *Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille... Elle doit pouvoir terminer sa vie naturellement et confortablement. Le personnel doit être formé...* ». Si d'un côté le travail de soin suscite un certain intérêt et d'importantes gratifications pour ceux qui le pratique, c'est aussi une confrontation douloureuse face à la souffrance et à la mort qui renvoie à l'illusion de la toute-puissance (Richard, 2013).

En effet, dans les institutions gériatriques la mort est omniprésente et vient renverser l'existence des personnes fragilisées, mais il arrive aussi, qu'elle soit attendue (Bernard 2004).

En ce sens, le soignant va essayer de se défendre face au vécu angoissant que procure ce qui signe la fin de la vie. Ruszniewski (1988), souligne que le mécanisme des soignants vacille entre deux mouvements opposés : l'identification et la distanciation en fonction de leur personnalité ainsi que leur relation avec les patients et leur façon de gérer leur vécu émotionnel durant l'accompagnement. L'identification est une forme extrême de l'empathie, nécessaire dans l'écoute du malade. Cependant, l'identification est par conséquent porteur de stress et entraîne une souffrance et un épuisement émotionnel chez les soignants. La distanciation quant à elle est vue comme la fuite, ou le soignant pour éviter de souffrir va se protéger de façon excessive, pour que seul le patient soit face à sa souffrance. La distanciation peut s'inscrire sous plusieurs formes, selon Ruszniewski (1988). La généralisation ou le soin n'est plus individuel et la routine prévaut (objectalisation du patient). Ensuite, sous forme de réassurance ; le soignant est dans le déni de la réalité du patient. Quand le soignant aura une complète indifférence envers la mort et la souffrance, c'est qu'il utilise alors la banalisation pour se défendre. Enfin, le soignant peut aussi investir la technicité et l'hyper-activisme, ce qui rend compte d'un mode d'évitement. Ces différents mécanismes utilisés par les soignants, sont donc la conséquence de la souffrance et de la perturbation qu'occasionne la mort des patients notamment lorsqu'ils sont en phase terminale.

D'autre part, la durée de la relation entre le soignant et le soigné est un élément supplémentaire d'usure de ce lien (Gaucher, Ribes & Ploton, 2003). Il est presque impossible pour le soignant de s'investir durablement dans un lien qui se nourrit d'un « pacte dénégatif » (Kaës, 1987). C'est-à-dire que la négation de la mort et ses enjeux vont nourrir une illusion défensive fragile et coûteuse psychiquement pour les deux protagonistes. Lorsque ce système de défense est épuisé, le soignant évoquera que la mort serait finalement légitime et permettrait de soulager le sujet âgé, pensant que sa vie est devenue trop pesante pour lui (handicaps, incommodités). C'est en cela, que de nombreuses interprétations émergent chez le soignant, comme, que la personne âgée souffre « de trop vivre ou du moins de vivre trop longtemps. »

D'autre part, Ruszniewski (2014) mentionne quant à elle un mouvement projectif dans cette relation ; le malade sur le soignant qui a une requête d'être « préservé guéri et sauvé en dépit de tout », et le soignant sur le malade, un désir de réparation pertinemment réitéré. Cela dans la logique ou dans cette « pièce tragique », aucun des deux protagonistes ne peut appréhender clairement son aboutissement. Selon Causse (2008), ces mouvements de projection et

d'identification serait le reflet d'un projet plus ou moins inconscient de former une grande famille et une proximité affective entre soignant et patient. À ce propos, Jaffré et Olivier de Sardan (2003), évoque que « le lien affectif ouvre directement sur des rôles familiaux, construisant ainsi un espace relationnel comme un « entre-deux » instable. » Ainsi Causse (2008), évoque que ces relations sélectives qui peuvent avoir lieu avec certains patients, sont d'autant plus observées chez les aides-soignants les plus investis dans la relation d'aide. D'ailleurs, cela peut entraîner des effets négatifs, comme une transformation de la bienveillance en mouvement d'emprise et de domination, car le soignant voudra à tout prix se libérer de son angoisse, ce qui pourra donner libre cours à ses pulsions sadiques.

Par ailleurs, Ruszniewski (2014) évoque toutefois que l'aide-soignant moins impliqué dans le projet thérapeutique, que d'autre soignant comme l'infirmier, va être particulièrement isolée à l'approche de la mort. Il va être en effet privé de pouvoir décisionnel et tiraillé entre l'exclusion produite par l'agir des autres, c'est-à-dire par le traitement prescrit par le médecin puis administré par l'infirmière et son « propre agir » régie autour des soins d'un corps qui souffre. Pourtant, il est indéniablement un élément indispensable, se trouvant dans un rôle de réparation devant la dépendance et l'altération dont est atteint le patient malade. C'est à cette occasion que le patient fait naître chez l'aide-soignant une sorte de désarroi source de souffrance dont il ne peut se soustraire.

1.1.3 Vécus angoissants des soignants face aux démences

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.* » Par ailleurs, elle « *n'est pas une composante normale du vieillissement* » (Organisation Mondiale de la santé [OMS], 2017). L'OMS (2017) propose que la démence ait des conséquences pour le malade sur les plans psychologiques, sociales, physiques, économique, familiales mais également pour le soignant qui le prend en charge.

À ce propos, un exemple significatif est celui d'une étude réalisée par Anthony-Bergstone, Zarit, et Gatz (1988), sur les symptômes de détresse psychologique chez des soignants de patients atteints de démence. Elle montre que tous les soignants ont un score élevé sur la sous-échelle d'hostilité du Brief Symptom Inventory (BSI), et plus particulièrement les femmes (jeunes et âgées) qui ont obtenu des scores d'anxiété plus élevés que la norme. Par ailleurs, les auteurs révèlent une forte corrélation entre le sentiment de fardeau dans l'aide formelle et la

symptomatologie, qui met en avant un haut niveau de stress des soignants travaillant auprès de patients déments.

Dans le même sens, Schulz, O'Brien, Bookwala et Fleissner (1995), rapportent que les soignants auprès de personnes atteintes de démence ont un niveau plus élevé de symptomatologie anxiо-dépressive.

D'un point de vue défensif, Deboves (2013), évoque la souffrance des soignants à faire face à la démence, en particulier à l'égard de la maladie d'Alzheimer. Elle suggère en effet, que le soignant face à la dégradation inéluctable du soigné, peut directement entrer dans une phase de répulsion (en référence à Kristeva, 1980). Ainsi, le soignant peut être animé par des sentiments d'horreur et de dégoût, générant des angoisses archaïques desquelles le soignant va chercher à se défendre. En fait, l'identification au dément ne sera alors pas possible. Cette image met en réalité fin à l'illusion de l'immortalité chez le soignant et est alors envahit d'une angoisse débordante de mort. C'est dans ce cas que la violence peut alors être pour le soignant le seul moyen de repousser ce sujet qui angoisse, et de montrer sa toute-puissance, malgré la mort prochaine. Alors ce type de patient sera rejeté, parfois même maltraité puisqu'il n'est plus vu comme un sujet à part entière. Au-delà ces situations extrêmes, les soignants vont au quotidien devoir mettre en place différents mécanismes de défense afin de protéger leur Moi face à la menace ressentie dans le cadre de leur activité professionnelle.

1.2 Les mécanismes de défense à l'œuvre dans la relation soignant-soigné

1.2.1 Mécanismes de défense : définitions et fonctions

La notion de mécanismes de défense est notamment utilisée en psychanalyse pour définir des processus utilisés dans la protection du Moi face aux angoisses ou conflits psychiques.

Plusieurs auteurs ont proposé des définitions de ceux-ci.

Tout d'abord, selon Freud (1936) « *Les mécanismes de défense représentent la défense du Moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions.* » Freud propose que les défenses soient utilisées dans un but de rétablissement de l'intégrité du Moi, ce qui permettrait à la personne de garder le contrôle de sa « vie instinctuelle » alors qu'il est en présence de conflit interne qui risque de le déborder.

Laplanche (1967), quant à lui, propose que les mécanismes visent à « *réduire voire supprimer l'ensemble des modifications susceptibles de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu.* »

Aussi, sur une dimension psychiatrique le DSM-IV (2000), propose également sa définition « *les mécanismes de défense ou style de coping sont des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes.* »

Enfin Perry (2009), propose une définition autour d'une dimension adaptative des mécanismes de défense. Selon lui, c'est un « *mécanisme psychologique qui assure la médiation entre désirs, besoins, affects et impulsions individuelles d'une part et d'autre part à la fois les interdits internes et la réalité externe.* » Il fait en fait référence à « *la révolte du Moi contre des représentations et des affects pénibles ou insupportables.* »

En d'autres termes, les mécanismes de défense ont pour fonction de se défendre de ses pulsions comme la colère, la jalousie ou encore la rancune. Comme dit précédemment, ces défenses sont également mises en place par le Moi, pour répondre aux exigences du Surmoi qui réprime ces pulsions.

Par ailleurs, Vaillant (1993) définit les mécanismes de défense comme « *des processus mentaux de régulation, visant à restaurer l'homéostasie psychique.* » Selon lui, « *une défense est une métaphore qui décrit l'obscurcissement temporaire de la réalité par des pensées, des sentiments et des comportements.* » Comme le souligne cet auteur, les mécanismes de défense ne sont donc pas seulement un moyen de gérer les conflits intrapsychiques, mais cela permet une adaptation de l'individu aux contraintes du monde extérieur.

1.2.2 Mécanismes de défense comme recours face au vécu émotionnel en contexte soignant

Badey-Rodriguez (2008) a fait le constat d'une certaine difficulté des soignants à gérer certaines difficultés relationnelles avec la population âgée. En effet, notamment à cause de pression au travail, de l'accroissement démographique des personnes âgées et de celles qui connaissent un vieillissement pathologique, mais surtout à cause d'un manque de formation ; fait que le soignant peut se sentir démunis quant aux réponses à apporter (Badey-Rodriguez, 2008). Par ailleurs, Badez-Rodriguez (2008) précise que cette confrontation au vieillissement, à la dépendance et à la mort peut entrer en résonnance avec le vécu personnel du soignant et ainsi générés des émotions, pouvant avoir été refoulées.

D'autre part, Soum-Pouyalat (2006) fait apparaître qu'une forte dimension émotionnelle colore les relations soignants-soignés notamment dans le cas de maladie grave comme le cancer, car il est aussitôt assimilé à la mort par le soignant. Il doit alors garder une juste distance nécessaire avec le malade et de la juste mesure dans l'expression de ses émotions. En effet, Soum-Pouyalat (2006) stipule que trop d'empathie peut entraîner des débordements émotionnels. En revanche, les stratégies de distanciation peuvent induire chez le malade un sentiment d'être « chosifié ».

D'ailleurs, Dubois et Lebeer (2018) évoquent qu'adopter une « bonne distance » nécessite de l'aide-soignant à une certaine exigence empathique et des compétences en termes de régulation émotionnelle. En effet, ils proposent que sa position dans la hiérarchie impliquerait des attentes à son égard et sur la capacité à faire preuve d'une compétence empathique même à l'égard des êtres qui peuvent inspirer du « dégoût ». Toujours du point de vu de Dubois et Lebeer (2018), face à cette expérience émotionnellement violente, les aides-soignantes peuvent alors mettre en place des mécanismes de neutralisation pour se protéger, comme l'humour et le rire. Néanmoins, selon eux, lorsque la confrontation au « dégoût » est trop violente les aides-soignantes pourraient développer des conduites déshumanisantes.

Une étude sur le vécu psychologique des soignants (Chahraoui et al., 2011) souligne qu'en contexte professionnel les soignants sont exposés à une forte charge émotionnelle liée aux décès des patients mais également face à la douleur des familles. La gestion de la mort apparaît comme une difficulté importante dans le discours des soignants. En effet, sur le plan émotionnel et relationnel, cette étude démontre que les soignants adoptent différentes stratégies d'ajustement et de défense qui leur permettent de mieux vivre ces expériences douloureuses. Parmi les stratégies individuelles utilisées ont été retrouvées l'agir, la rationalisation, l'intellectualisation et l'investissement dans d'autres activités, qui permettent aux soignants de prendre une certaine distance vis-à-vis du vécu émotionnel trop intense.

1.2.3 Les mécanismes de défense des soignants : de l'adaptation à l'inadaptation

Vaillant et son équipe (1985,1992) ont mené des travaux sur plus de cinquante ans sur l'évaluation psychométrique des mécanismes de défense de la population générale. Ils ont ainsi pu retrouver des corrélations statistiquement significatives entre la maturité des défenses et des indices de réussite du développement adulte tels que la santé mentale, la maturité psychosociale et la capacité à travailler et à aimer. De plus, les auteurs révèlent que la maturité de ces

mécanismes de défense utilisés entre 20 et 45 ans aurait une valeur prédictive sur la satisfaction de vie à 65 ans quel que soit le niveau socio-économique et le niveau d'éducation. Par ailleurs, des mécanismes de défense ont été identifiés comme des facteurs de risque de dysfonctionnement global et psychosocial du sujet, tels que les mécanismes de l'acting out ou du clivage.

À ce propos, Vaillant (1971, 1986, 1993) a ainsi établi à partir de ses travaux une classification de dix-huit mécanismes de défense en quatre niveaux. Il propose de distinguer les mécanismes de défense, selon des critères d'adaptation à la réalité, en fonction de l'origine du conflit ainsi que de son expression impulsive. D'abord, les défenses psychotiques qui regroupent la projection délirante, le déni psychotique et la distorsion. Ensuite, les défenses immatures qui englobent la projection, la fantaisie schizoïde, l'hypocondrie, les réactions passives-agressives, le passage à l'acte et la dissociation. Puis, les défenses névrotiques qui contiennent l'intellectualisation, le refoulement, le déplacement, la formation réactionnelle. Enfin, les défenses matures qui sont l'altruisme, l'humour, l'anticipation et la répression.

Perry (1990, 2009) s'est inspiré de la classification des mécanismes de défense de Vaillant (1971, 1986, 1993) pour dresser une échelle d'évaluation des mécanismes de défense (*Defense Mechanism Rating Scales, DMRS*). Cette échelle est aujourd'hui une des plus utilisées et la plus reconnue dans le domaine de l'évaluation standardisée des mécanismes de défense. Elle contient 28 défenses classées en sept niveaux hiérarchiques en fonction de leur niveau d'adaptation, allant des défenses de l'agir qui correspondent aux moins adaptatives aux défenses matures comme l'altruisme ou l'anticipation.

Dans leurs travaux, Timmermann, Naziri et Etienne (2009) démontrent que les soignants adoptent de nombreux et différents mécanismes de défense, face à la mort, la souffrance et la douleur. D'autres auteurs ont évalué si les mécanismes de défense et les relations d'objet des soignants (médecins) sont liés à leur qualité de vie (Miranda & Louzã, 2015). Les résultats de leur étude stipulent que les relations sociales et la santé psychologique sont positivement corrélées avec les défenses matures ; ce qui montre que la maturité des mécanismes de défense est capitale pour une bonne santé mentale et par conséquent une bonne qualité de vie des soignants. D'autre part, les défenses immatures sont corrélées avec un profil dysfonctionnel de relations d'objet notamment l'aliénation, l'égocentrisme, puis l'attachement insécure. Cette étude suggère également que l'anticipation est le mécanisme de défense mature le plus à

l'œuvre chez les soignants. Enfin, l'action et le clivage sont les défenses immatures les plus retrouvés.

De plus, Bernard, Stiefel, Roten et Despland (2010), ont utilisé la DMRS pour mettre en évidence les mécanismes de défense les plus utilisés par les soignants en oncologie lors d'entretien avec le patient. Les résultats suggèrent que les soignants utilisent en moyenne 15,4 défenses par entretien et de 5 à 41 défenses, selon les soignants. Les auteurs mettent également en évidence que les défenses ne sont pas les mêmes, suivant le statut du soignant. En effet, les infirmières auraient tendance à employer plus de « défenses névrotiques » (défenses moins adaptées) notamment le déplacement, alors que les médecins utiliseraient davantage de « défenses matures » avec préférentiellement l'intellectualisation.

Par ailleurs, une étude qualitative chez les infirmières (Bolly & Grandjean, 2004) révèle que des émotions telles la peur, colère, tristesse peuvent être tellement fortes qu'elles sont à l'origine de mécanismes de défense de type fuite en avant, agressivité, évitement « parasitant ainsi la relation à l'autre. »

D'autre part, Ruszniewski (2014), spécialisée dans l'écoute des soignants en soins palliatifs, distingue neuf mécanismes de défense utilisés par ces derniers.

- La banalisation qui est le mécanisme de distanciation. Le soignant se focalise sur les douleurs physiques, et ne s'occupe pas de la souffrance morale de la personne. Dans cette perspective, la conséquence pour le malade est qu'il ne se sent pas reconnu.
- L'identification projective est quant à elle un mécanisme inconscient où les traits de personnalité ainsi que sentiments, pensées ou émotions sont transférés à l'autre. Cette défense entraîne une relation symbiotique entre soigné et soignant ; par conséquent ce dernier pense pouvoir palier à toutes les difficultés du patient. Ce mécanisme entraîne chez le soigné une illusion de partage de sa souffrance qui l'enferme dans un non-dit d'incompréhension.
- Ensuite, l'esquive qui est utilisé par le soignant quand il se sent démunie face à la souffrance psychique du patient et de ce fait n'entre pas en lien avec lui ce qui a pour conséquence un sentiment de solitude pour le patient.

- Le soignant utilise également la fausse réassurance, qu'il emploie par manque de contrôle vis-à-vis de sa propre angoisse, en entretenant chez le patient un espoir alors même qu'il n'y croit plus.
- La dérision est quant à elle employée comme mécanisme de fuite et d'évitement qui a pour conséquence de désorienter le patient et de le réduire au silence. Elle est utilisée face au découragement, à l'usure et à la lassitude de l'angoisse difficile à endurer.
- Aussi, il se protège en mettant en place le mécanisme d'évitement, qui lui aussi s'affilie au comportement de fuite. Le soignant fuit toute forme de relation avec le patient et le réduit uniquement à un dossier.
- Le mensonge est de tous les mécanismes de défense le plus radical et le plus dommageable, ou le soignant dissimule la vérité en utilisant de fausses informations. En fait, le mensonge est un mécanisme primaire qui est utilisé dans le but de repousser son angoisse et son temps d'adaptation.
- Le mécanisme de rationalisation correspond quant à lui à un discours hermétique de la part du soignant, voire même incompréhensible pour le patient. Le soignant derrière son savoir médical, va se retrancher dans un « dialogue sans dialogue » en s'immergeant dans sa connaissance non partagée et en se détachant de l'émotion que peut apporter une relation avec le patient.
- D'autre part, la fuite en avant est utilisée quand l'angoisse est trop lourde à porter pour le soignant. Il n'est alors plus capable de contenir sa souffrance et se déchargera de son angoisse sans prendre de recul vis-à-vis du patient. La répercussion sur le patient est qu'il ne pourra plus envisager le temps qu'il reste à vivre et sera privé d'espoir.
- Enfin, dans certaines situations le soignant n'est plus en capacité d'utiliser ces différents mécanismes quand l'angoisse est trop prégnante et qu'il ne peut pas trouver refuge dans l'une de ces défenses. Le soignant ne se sent alors plus dans la maîtrise, et ne trouvant plus d'échappatoire face à une angoisse trop lourde à porter, va alors tout dévoiler au patient pour maintenir un équilibre dans ses souffrances qui paradoxalement va multiplier son angoisse.

Les mécanismes de défense sont donc toujours utilisés face à une angoisse trop intense, ou le soignant cherche inévitablement à retrouver un équilibre entre ce qui vient heurter sa psyché et son ressentie vis-à-vis de cela. Par conséquent, les soignants ne vont pas toujours pouvoir utiliser des défenses adaptées.

1.2.4 Mécanismes de défense en contexte soignant : répercussions pour les patients et les soignants

En contexte de soins, Moley-Massol (2007) évoque que pour se protéger de ses craintes et face à la souffrance du patient, le soignant va mettre en place des défenses pour ainsi diminuer ses conflits psychiques et émotionnels. Il paraît donc essentiel pour un soignant d'identifier les mécanismes de défense des patients, mais il faut également reconnaître et conscientiser ses stratégies défensives. En effet, comme proposé précédemment, certains mécanismes de défense peuvent être protecteurs voire bénéfiques dans la relation avec le patient mais les plus archaïques ne le sont pas. Ainsi, le soignant en capacité d'accepter ses peurs, limites et faiblesses pourra plus facilement s'en affranchir et devenir finalement plus efficient dans sa relation thérapeutique et/ou soignante. En d'autres termes, une alliance thérapeutique peut alors s'instaurer avec le patient, construite autour de respect mutuel et à « juste distance » (Ricoeur, 1991) : devenir un soignant « suffisamment bon », sans trop s'identifier à la personne âgée, ni le réduire uniquement à un objet (Winnicott, 1963).

Une étude sur des patients adultes (Laconi et al., 2015) investigue cette relation entre l'alliance thérapeutique et certains mécanismes de défense. Il apparaît que le type de défenses matures est un prédicteur significatif de la bonne alliance thérapeutique. Aussi, l'alliance thérapeutique positive est associée chez les hommes au mécanisme de défense de l'annulation et chez les femmes à l'agression passive. En outre, l'alliance négative s'assimile au déplacement, et seulement chez les hommes. Ces résultats démontrent qu'il est nécessaire de prendre en considération le sexe de l'individu dans l'analyse des mécanismes de défense et dans l'influence que cela opère dans le processus relationnel entre le patient et le soignant.

De son côté, Gibowski (2012), souligne que l'EHPAD est un lieu où règne une agressivité latente. D'un côté, notamment chez les personnes atteintes de troubles démentiels, n'ayant pas la capacité d'avoir beaucoup de ressources pour appréhender l'environnement, qui devient alors menaçant et entraîne ainsi des comportements de défense. De l'autre côté, le soignant, confronté à la fin de vie, aux démences, et au vieillissement, aura tendance à vouloir creuser un fossé entre eux, mais aussi avec les résidents. Cependant, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est particulièrement sensible au vécu émotionnel et va être un récepteur important de l'émotion qui règne dans l'institution. C'est en cela qu'il est important que l'environnement

soit positif, où la relation aux autres soit en concordance avec son fonctionnement psychique, facilitant ainsi son adaptation.

Aussi Dujarier (2002), a proposé que l'idéalisation institutionnelle des possibilités d'action (le déni des limites), favoriserait l'apparition de maltraitance sur le soignant lui-même mais également sur les patients âgés. L'auteur évoque que pour les soignants, la maltraitance apparaît notamment dans deux situations : quand ils ressentent « ne pas être à la hauteur » ou quand ils sont entrés dans des « routines professionnelles ». Le premier cas entraîne de la maltraitance par un sentiment d'impuissance et le deuxième à de la maltraitance par négligence. Ces situations proviendraient notamment d'une prescription formulée par l'institution à l'égard de son personnel, c'est-à-dire « être à la hauteur d'un idéal », ou le soignant va soit adhérer à cela ou bien s'en protéger.

Problématique

Dans la relation soignant-soigné se joue des processus intra et inter-psychiques qui entraînent la mise en place de mécanismes de défense pour faire face aux angoisses que procurent les effets du vieillissement (Rusziewski, 1988, 2014).

En effet, en considérant que les soignants utilisent des mécanismes de défense au cours de leur activité professionnelle (Bernard et al., 2010), et que les mécanismes de défense sont hiérarchisés en fonction de leurs valeurs adaptatives à l'environnement (Vaillant, 1971, 1993, 2000 ; Perry, 1990, 2009), nous pouvons nous demander quels sont les mécanismes de défense mis en œuvre par les aides-soignants face aux angoisses générées par la confrontation aux effets du vieillissement ?

Par ailleurs, si l'on tient compte notamment que la maturité défensive est associée à la qualité de vie du soignant (Miranda & Louzã, 2015), que les défenses évoluent au cours de la carrière d'un soignant (Delhaye & Lotstra, 2007), et qu'il existe des corrélations significatives entre la maturité des défenses et des indices de réussite du développement adulte (Vaillant, 1985, 1992) : les mécanismes de défense à l'œuvre chez le soignant dans un contexte gérontologique sont-ils les mêmes chez les aides-soignants « novices » que chez les aides-soignants « expérimentés » ? En outre, aucun travail n'a été relevé dans la littérature qui analysent précisément si les profils défensifs sont les mêmes chez les aides-soignants « novices » et les aides-soignants « expérimentés ».

Pour finir, la valence émotionnelle du discours est-elle similaire chez les aides-soignantes « novices » et les aides-soignantes « expérimentées » face aux effets du vieillissement ?

Objectif et hypothèses

Les données recueillies lors de ce travail de recherche permettront de repérer les mécanismes de défense des aides-soignants face aux angoisses que procurent les problématiques du vieillissement, ainsi que d'évaluer la valence émotionnelle du discours.

Par ailleurs, il permettra d'observer le profil défensif des aides-soignants par le biais de l'échelle des mécanismes de défense, les DMRS (Perry, 2009). D'autre part, il permettra d'évaluer s'il y a une différence de mécanismes de défense utilisés entre les aides-soignants « novices » et « expérimentés » autant sur le plan quantitatif que qualitatif et donc de constater si le profil défensif des aides-soignants est différent selon le niveau d'expérience professionnelle. L'analyse des défenses se fera de manière concomitante à l'analyse de la valence émotionnelle du discours du soignant à l'aide de l'EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009), afin d'identifier les profils émotivo-défensifs des aides-soignants face aux problématiques du vieillissement.

Ainsi, l'identification des mécanismes de défense et de la valence émotionnelle du discours paraît intéressante dans le champ de l'analyse de la pratique des soignants. Cela pourrait permettre aux soignants de prendre conscience d'un processus défensif, pour ainsi reconnaître le mouvement automatique de son organisation défensive et émotionnelle, à quoi elles servent et leurs impacts dans l'accompagnement des personnes âgées (Chabrol, 2005).

En ce sens, compte-tenu des explorations littéraires retenues sur les angoisses, et les mécanismes de défenses des individus et plus exactement des soignants, nous pouvons ainsi faire les hypothèses suivantes :

- Les aides-soignantes « novices » emploieraient plus de mécanismes de défense que les aides-soignantes « expérimentées. »
- Les aides-soignantes « expérimentées » utiliseraient surtout des mécanismes de défense adaptatifs, alors que les aides-soignantes « novices » auraient davantage recours à des mécanismes de défense moins adaptatifs à l'égard de la démence, de la maladie et de la mort en contexte gérontologique.

- En considérant que les aides-soignantes « expérimentées » utiliseraient surtout des mécanismes de défense adaptatifs et que les aides-soignantes « novices » auraient davantage recours à des mécanismes de défense moins adaptatifs, on peut supposer observer un profil émotionnel plus positif et moins négatif dans le discours des aides-soignantes « expérimentées » plutôt que dans celui des aides-soignantes « novices ».

2. Méthodologie

2.1 Population

Les participantes de cette présente étude sont dix aides-soignantes en gérontologie ($M = 5.69$ et $ET = 6.95$) et recrutées sur la base du volontariat dans différents établissements, notamment pour avoir un panel assez large de soignantes exerçant en services gériatriques. Deux groupes ont pu être constitués, dont cinq aides-soignantes faisant parties du groupe des aides-soignantes « novices » ayant moins de deux années d'expérience en gérontologie ($M = 0.98$ et $ET = 0.72$) et cinq autres intégrant le groupe des aides-soignantes « expérimentées » ayant au moins cinq ans d'expérience auprès des personnes âgées ($M = 10.40$ et $ET = 7.27$). Le nombre d'années d'expérience est significatif ($U = 0.00$; $p = .009$) (*cf. tableau 1*).

Les travaux de Dreyfus et Dreyfus (1980) et de Benner (2003) proposent que l'évolution du travail des soignantes passeraient par 5 stades successifs : novice, débutant, compétent, performant puis expert. Benner (2003) précise que ce processus reflète notamment deux formes de changements au cours de la carrière des soignantes qui consiste à : passer de la confiance en des principes abstraits à l'expérience passée concrète en la modification de la perception d'une situation ; puis de passer d'observateur à celui d'agent impliqué. En ce sens, Benner (2003) précise que les soignantes « novices » ont moins de deux années d'expérience dans un même domaine et que les soignantes « expérimentées » ont au moins cinq ans d'expérience.

Le détail des données sociodémographiques des deux groupes est fourni dans les tableaux 1 et 2.

Par ailleurs, lors du recrutement, l'attention a été portée à plusieurs critères d'inclusion, à savoir que l'étude n'inclut que des femmes, dans la mesure où plus de 9 personnes sur 10 exerçant cette profession sont actuellement des femmes (Molinier, 2010) et que des différences de genre ont été identifiées précédemment dans la littérature.

L'attention a également été porté à ce que toutes les aides-soignantes recrutées aient bien eu leur diplôme. Aussi, qu'elles aient ou qu'elles aient eu une expérience professionnelle significative dans leur parcours en tant qu'aides-soignantes auprès de la population des personnes âgées. D'autre part, les aides-soignantes en reconversion professionnelle ont été incluses dans l'étude.

Aussi, l'exclusion de certains critères a été effectués. En effet, a été exclu de cette étude les aides-soignantes titulaires d'un autre diplôme, comme celui d'AMP ou d'infirmière car ces formations sont plus complètes au niveau théorique, ainsi que les aides-soignantes non diplômées qui effectuent le travail d'une aide-soignante. D'autre part, les aides-soignantes ayant passés leur diplôme dans un autre pays que la France, ont été exclues, pour limiter l'hétérogénéité des formations.

Tableau 1

Caractéristiques des participantes du groupe « novice »

Participants	Années expérience	Âge (Années)	Lieu d'exercice	Spécialisation	Public/privé
AS 1	2	20	EHPAD	Non	Public
AS 2	0.42	22	EHPAD	Non	Public
AS 3	0.50	34	SSR	Cardiologie	Public
AS 4	1.50	23	EHPAD	Gérontopsychiatrie	Public
AS 5	0.50	32	SSR	Cardiologie	Public
Moyenne	0.98	26.20			
ET	0.72	6.34			

AS = Aide-soignante ; EHPAD = Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes

Tableau 2

Caractéristiques des participantes du groupe « expérimenté »

Participants	Années expérience	Âge (Années)	Lieu d'exercice	Spécialisation	Public/privé
AS 1	23 ans	59	EHPAD	Non	Public
AS 2	7 ans	32	EHPSAD	Non	Privé
AS 3	7 ans	29	SSR	Cardiologie	Public
AS 4	10 ans	49	SSR	Maladies neurodégénératives	Public
AS 5	5 ans	27	SSR	Cardiologie	Public
Moyenne	10.40	39.20			
ET	7.27	14.08			

EHPSAD = Établissement d'Hébergement pour Personnes Handicapées Sensorielles Âgées

Dépendantes ; SSR = Soins de Suite et Réadaptation

2.2 Matériel

Le matériel utilisé se compose d'une grille d'entretien semi-structurée établie dans le cadre de ce travail de recherche, de l'échelle d'évaluation des mécanismes de défense, la DRMS (Perry, 2009) ainsi que de l'EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009) qui permet une évaluation de la valence émotionnelle du discours des aides-soignantes.

2.2.1 La grille d'entretien

La grille d'entretien (*cf. annexe 1*) a été conçu spécifiquement pour mener l'entretien semi-structurée auprès des participantes. Elle contient cinq thématiques : Les représentations du vieillissement, le vieillissement pathologique, la maladie physique/organe, la mort et pour finir le vécu personnel. Aussi, chacun de ces thèmes sont composés de questions ainsi que de sous-questions, qui permettent aux aides-soignantes au cours de l'entretien, d'évoquer leur vécu en contexte gérontologique. Grâce à cet outil, nous pouvons par la suite analyser le discours des soignantes sous deux angles : les mécanismes de défense utilisés par les aides-soignantes, à l'aide de la Defense Mechanisms Rating Scales, DMRS (Perry, 2009) ainsi que la valence émotionnelle du discours grâce au logiciel d'analyse textuelle EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009).

2.2.2 Le Defense Mechanisms Rating Scales, DMRS (Perry, 2009)

Selon Chabrol et Callahan (2013) la DMRS est une échelle d'évaluation des mécanismes de défense, qui ont été les premières mesures clinique standardisée des défenses par un observateur externe.

Cet outil a principalement été utilisé dans des études de l'effet des psychothérapies psychodynamiques, où elle a obtenu une reconnaissance internationale (Di Riso et al., 2011). Cependant Blais, Conboy, Wilcox et Norman (1996) ont constaté qu'il n'y avait pas de différence dans la cotation des niveaux de défense entre des cliniciens d'orientation non psychodynamique et des cliniciens d'orientation psychodynamique, ce qui démontre que l'échelle peut être utilisée fidèlement par tous types de cliniciens. La cotation se fait à partir de la retranscription d'un entretien. Elle est effectuée grâce au manuel méthodologique répertoriant

la particularité des mécanismes de défense, ainsi que leurs fonctions et le diagnostic différentiel avec les autres défenses. Les échelles détaillent 27 mécanismes de défense, classés hiérarchiquement en 7 niveaux selon leur caractère adaptatif (du moins adaptatif au plus adaptatif) ou par leur valeur pathogène :

Tableau 3

Hiérarchisation des mécanismes de défense (Perry, 2009)

7	MATURE	Affiliation, Altruisme, Anticipation, Humour, Affirmation de Soi, Introspection, Sublimation, Répression.
6	OBSESSIONNEL	Isolation, Intellectualisation, Annulation rétroactive.
5	NEVROTIQUE	Refoulement, Dissociation, Formation réactionnelle, Déplacement.
4	NARCISSIQUE	Omnipotence, Idéalisation, Dépréciation.
3	DESAVEU	Déni névrotique, Projection, Rationalisation, Rêverie autistique.
2	BORDERLINE	Clivage de représentation de soi et de l'objet, Identification projective.
1	ACTION	Passage à l'acte, Agressivité passive, Hypocondrie.

La traduction est présentée dans le manuel échelle d'évaluation des mécanismes de défense (Perry, 2009), qui pour chaque mécanisme de défense propose une définition précise, sa fonction, ainsi qu'une discussion sur ce qui les différencies des autres défenses et une échelle répertoriant des exemples qui définissent l'usage possible ou certain de ce mécanisme.

Ces échelles permettent ainsi d'étudier plusieurs scores : un score défensif individuel, un profil défensif, un indice global de défense (mesure du niveau adaptatif du fonctionnement défensif variant du moins adaptatif -niveau 1- au plus adaptatif -niveau 7-).

Pour obtenir le score défensif individuel il faut diviser le nombre d'occurrence d'une défense par le nombre d'occurrences de toutes les défenses, ce qui donne un pourcentage par mécanismes pour l'entretien (score défensif proportionnel). Le profil défensif s'obtient en additionnant les scores de chaque mécanisme de défenses au sein d'un même niveau défensif exprimé en pourcent. Le score défensif global s'effectue en multipliant chaque niveau défensif

par un point précis en fonction de son positionnement dans la classification des sept niveaux de défensifs. Plus le score défensif est élevé plus le profil défensif est mature.

Les mécanismes de défense utilisés par les participantes seront déterminés lors de l'analyse des entretiens à l'aide de la fiche d'évaluation des mécanismes de défense (Perry, 2009) (*cf. annexe 2*).

2.2.3 L'EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009)

L'EMOTAIX est un outil permettant de réaliser grâce au logiciel Tropes (Acetic) une analyse automatisée du contenu de textes, qu'ils aient été produits de manière orale ou écrite. Il permet d'effectuer une analyse complète du lexique émotionnel et affectif. Le contenu qui est exploré est l'expression d'émotions : émotions de base, émotions sociales, sentiments, humeurs, affects, caractères et tempéraments. À l'aide de cet outil, il est possible de comptabiliser le lexique émotionnel qui comporte 2014 référents selon sa dimension hédonique (valence positive et négative), et cela en fonction de 2 x 28 catégories de base thématiques regroupées en super et supra-catégories. Trois catégories sont complétées aux 56 catégories de base : « surprise », « impassibilité » et « émotions non spécifiées ».

Grâce à l'utilisation de cet outil et de la feuille de dépouillement (*cf. annexe 3*), la valence émotionnelle du discours pourra être définie au cours de l'analyse des entretiens de chacune des aides-soignantes.

2.3 Procédure

Les entretiens individuels ont été menés dans un lieu qui convient à la participante, chez elle ou sur son lieu de travail sans qu'une tierce personne puisse interrompre le déroulement de l'entretien.

Tout d'abord, les participantes ont commencé par lire, remplir et signer la note d'information ainsi que le formulaire de consentement de façon libre et éclairé (*cf. annexes 4 et 5*). Ensuite, après accord de la participante, l'enregistrement audio a pu être déclenché pour pouvoir disposer de l'intégralité de l'entretien et ainsi permettre la retranscription écrite.

Les questions ainsi que les sous-questions de la grille d'entretien ont pu être posées une à une tout le long de l'entrevue.

Par la suite, chaque entretien a pu être retranscrit intégralement à l'écrit pour permettre l'identification et l'analyse des mécanismes de défense grâce à la DMRS (Perry, 2009), ainsi que de la valence émotionnelle du discours des aides-soignantes à l'aide de l'EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009) et de ce fait répondre aux hypothèses de départ.

2.4 Analyses des données

Pour répondre aux hypothèses de recherche sur l'utilisation des mécanismes de défense et la valence émotionnelle du discours des aides-soignantes « novices » et « expérimentées », ont été réalisées des analyses qualitatives et quantitatives à l'aide d'un logiciel statistique. Une analyse descriptive (*cf. tableaux 2, 3 et 4*) et statistique des résultats aux différentes mesures évaluées a été réalisée. Aussi, les comparaisons de groupes ont été effectuées avec le test *U* de Mann-Whitney pour savoir si la différence d'utilisation des mécanismes de défense est significative. Par ailleurs, l'analyse corrélationnelle des mécanismes de défense et du nombre d'années d'expérience a été calculée avec des corrélations partielles. Certaines variables n'ayant jamais été cotées par l'investigateur (humour, isolation, dissociation, idéalisation de soi, dévalorisation de soi, clivage des représentations de soi.), par conséquent, celles-ci n'apparaissent pas dans les tableaux des résultats. D'autre part, a été établi un seuil de significativité à $p < .05$.

Enfin, pour étudier la valence émotionnelle du discours, a été réalisée une analyse des données et des pourcentages à partir d'EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009).

3. Résultats

3.1 Comparaison des moyennes d'utilisation des mécanismes de défense selon les années d'expérience

Tout d'abord, le test *U* de Mann-Whitney a été utilisé pour permettre de comparer l'utilisation moyenne des mécanismes de défense entre les deux groupes (tableau 4).

Tableau 4*Comparaison de groupes de l'utilisation des mécanismes de défense*

Mécanismes de défense	Novice		Expert		U	p
	Moyenne	ET	Moyenne	ET		
Affiliation	1.6	0.55	1.4	0.55	10	.55
Altruisme	0.6	1.34	0.4	0.89	12	.88
Anticipation	0	0	1.8	2.49	5	.05*
Affirmation de soi	3.8	3.9	4.2	3.19	11	.75
Introspection	1.8	3.49	0.6	0.89	12	.91
Répression	1.6	0.89	2.4	0.89	6.5	.18
Mature	9.4	5.03	10.8	5.63	10.5	.68
Intellectualisation	2.4	0.89	3.8	3.35	8.5	.39
Annulation rétroactive	0.6	0.89	0	0	7.5	.14
Obsessionnelle	3	1.22	3.8	3.35	11	.75
Refoulement	0.2	0.45	0.2	0.45	12.5	1
Formation réactionnelle	0	0	0.2	0.45	10	.32
Déplacement	0.6	0.89	0.4	0.89	10.5	.61
Autres névrotiques	0.8	0.84	0.8	1.3	11	.73
Omnipotence	0.6	0.89	2	2.35	8.5	.37
Idéalisation de l'objet	0.2	0.45	0	0	10	.32
Dévalorisation de l'objet	0.6	0.55	1.6	1.52	7	.21
Narcissique	1.4	0.89	3.6	3.51	7	.23
Déni névrotique	0.6	0.89	0.2	0.45	9.5	.44
Projection	1.6	1.34	3.2	2.17	7	.24
Rationalisation	1.4	1.67	1.2	1.1	12.5	1
Désaveu	3.6	0.89	4.6	2.88	10	.59
Clivage des représentations d'objet	1.4	1.52	2.4	2.3	9.5	.52
Identification projective	0.8	0.84	0.6	0.89	10.5	.65
Borderline	2.2	1.1	3	3.16	12	.91
Passage à l'acte	0	0	0.4	0.89	10	.32
Agressivité passive	0.2	0.45	0	0	10	.32
Hypocondrie	0	0	0.2	0.45	10	.32
Agir	0.2	0.45	0.6	0.89	9.5	.40
Total des Mécanismes de défense	20.6	3.78	27.2	4.32	2.5	.03*
Total pondéré	110.8	34.92	137.2	17.43	8	.35
Score défensif global	5.2	0.79	5.1	0.64	10	.62

ET = Écart-type ; U = Test U de Mann-Whitney ; * = $p < .05$

En observant le test *U* de Mann-Whitney dans le tableau 4, celui-ci révèle une différence significative entre les moyennes d'utilisation des mécanismes de défense des aides-soignantes « novices » et « expérimentées » ($U = 2.5$; $p = .03$).

En effet, la moyenne des scores d'utilisation des mécanismes de défense, est plus élevée pour le groupe des aides-soignantes « expérimentées » que pour le groupe des aides-soignantes « novices ».

Par ailleurs, les résultats expriment uniquement une différence significative entre les moyennes d'utilisation du mécanisme de défense de l'anticipation entre les aides-soignantes « novices » et « expérimentées » ($U = 5 ; p = .05$).

En revanche, aucune différence significative n'a été constatée concernant le score défensif global entre le groupe des « novices » et le groupe des « expérimentées » ($U = 10 ; p = .62$) ; ni aucune autre différence significative n'a été identifiée.

3.2 Étude corrélationnelle partielle des résultats

Une étude corrélationnelle partielle des résultats a été effectuée entre les années d'expérience et les mécanismes de défense et cela en contrôlant la variable « âge » (tableau 5).

Tableau 5

Corrélations partielles des années d'expérience et des mécanismes de défense avec contrôle de l'âge

Défenses	Expérience	Significativité	Défenses	Expérience	Significativité
Affiliation	.085	ns	Dévalorisation de	.29	ns
Altruisme	-.30	ns	Narcissique	.17	ns
Anticipation	.79	**	Déni névrotique	.25	ns
Affirmation de	.10	ns	Projection	-.78	**
Introspection	-.63	ns	Rationalisation	.42	ns
Répression	.32	ns	Désaveu	.28	ns
Mature	-.01	ns	Clivage	.22	ns
Intellectualisation	.14	ns	Identification	.05	ns
Annulation	-.18	ns	Borderline	.21	ns
Obsessionnelle	.09	ns	Passage à l'acte	.30	ns
Refoulement	-.30	ns	Agressivité passive	.05	ns
Formation	.20	ns	Hypocondrie	.68	*
Déplacement	-.21	ns	Agir	.50	ns
Autres	-.24	ns	Total des défenses	.35	ns
Omnipotence	.14	ns	Total pondéré	.15	ns
Idéalisation objet	-.47	ns	Score défensif global	-.26	ns

ns = non significatif ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$

En contrôlant l'âge, les résultats évoquent que le nombre d'années d'expérience et l'anticipation sont hautement significativement corrélés positivement. ($r(8)= 0.79$; $p< .01^{**}$).

D'autre part, Le nombre d'années d'expérience et l'hypocondrie sont significativement corrélés positivement. ($r(8)=0.68$; $p< .05^*$). Ainsi, plus la soignante a de l'ancienneté dans le travail, plus elle utilise l'anticipation et l'hypocondrie comme mécanismes de défense.

Aussi, le nombre d'années d'expérience et la projection sont hautement significativement corrélés négativement. ($r(8)= -0.78$; $p< .01^{**}$). Ces résultats montrent que plus le nombre d'années d'expérience augmente, moins les aides-soignantes utilisent le mécanisme de défense de la projection.

En revanche, en ce qui concerne le score défensif global, les données ne nous permettent pas de mettre en évidence une corrélation significative. Par ailleurs, aucune autre corrélation significative n'a été découverte.

3.3 Étude des données et des pourcentages de la valence émotionnelle du discours

Pour observer la valence émotionnelle du discours, une analyse des données et des pourcentages a été réalisée (tableau 6).

Tableau 6

Analyse de la valence émotionnelle du discours

	Groupe 1		Groupe 2		Total émotions
	n	%	n	%	
Malveillance	23	8,61%	31	9,37%	
Mal être	220	82,40%	255	77,03%	
Anxiété	24	8,99%	45	13,60%	
Total EN	227	72,00%	331	69,00%	483
Bienveillance	28	26,41%	31	20,40%	
Bien être	59	55,67%	81	53,29%	
Sang froid	19	17,92%	40	26,31%	
Total EP	106	28,00%	152	31,00%	373

Groupe 1 = Aides-soignantes « novices » ; Groupe 2 = Aides-soignantes « expérimentées » ; EN = Émotions négatives ; EP = Émotions positives

En observant les résultats du tableau 6 qui regroupent la valence émotionnelle du discours chez les aides-soignantes « novices » et « expérimentées », les données démontrent tout d'abord une valence émotionnelle plus importante dans le discours des aides-soignantes « expérimentées » que dans celui des aides-soignantes « novices » (483 vs 373).

Par ailleurs, les aides-soignantes « expérimentées » expriment dans leur discours davantage d'émotions négatives, mais également davantage d'émotions positives par rapport au discours des aides-soignantes « novices » (331 vs 227 ; 152 vs 106).

En revanche, les scores en pourcentages montrent des profils relativement similaires de valence émotionnelle du discours chez les aides-soignantes « novices » et « expérimentées » en ce qui concerne les résultats globaux d'émotions positives et négatives (28% vs 31% ; 72% vs 69%).

4. Discussion

La relation au soigné peut faire émerger des angoisses chez le soignant, source de conflit. Les soignants doivent alors faire face et s'adapter aux remaniements psychiques et somatiques des personnes vieillissantes pour permettre une prise en charge de qualité. De ce fait, dans la relation soignant-soigné se joue des processus psychiques qui entraînent la mise en place de mécanismes de défense (Ruszniewski, 1988, 2014). En ce sens, cette étude avait pour objectif d'évaluer les mécanismes de défense utilisées par les aides-soignantes « novices » et « expérimentées » en contexte gérontologique ainsi que d'explorer la valence émotionnelle du discours. Par ailleurs, cette présente recherche était la première à s'intéresser à la comparaison de l'utilisation des mécanismes de défense et de la valence émotionnelle du discours entre ces deux groupes.

Les principaux résultats de l'étude révèlent que les aides-soignantes « expérimentées » utiliseraient davantage de mécanismes de défense que les aides-soignantes « novices ». Cependant, les mécanismes de défense de l'hypocondrie ainsi que de l'anticipation seraient davantage utilisés par les aides-soignantes « expérimentées ». À l'inverse, la projection serait davantage employée par les aides-soignantes « novices ». Aussi, l'étude des émotions révèlent que les soignantes « expérimentées » exprimeraient davantage d'émotions positives et

négatives que les aides-soignantes « novices ». Par ailleurs, les aides-soignantes « expérimentées » évoquaient davantage de sang-froid dans leur discours que les aides-soignantes « novices ».

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Les mécanismes de défense

De manière générale, en analysant les données obtenues concernant les mécanismes de défense et les émotions, elles semblent montrer que les aides-soignantes des deux groupes ont très peu recours aux mécanismes de défense de type agressivité, évitement vis-à-vis des émotions négatives ressenties (*cf. tableaux 5 et 6*). En ce sens, les résultats de cette étude ne rejoignent pas ceux de Bolly et Grandjean (2004), qui révèlent que les émotions de la peur, de la colère et de la tristesse sont à l'origine de ce type de défenses. D'autre part, cette présente recherche démontre que les aides-soignantes des deux groupes n'utilisent pas le mécanisme de défense de l'humour pour se protéger (*cf. tableaux 5 et 6*). Or, Dubois et Lebeer (2018), expriment que face à une expérience émotionnellement difficile, les aides-soignantes peuvent mettre en place des mécanismes de défense comme l'humour. Enfin, ce travail démontre l'utilisation des mécanismes de défense de l'agir, la rationalisation et l'intellectualisation par les deux groupes de soignantes (*cf. tableaux 5 et 6*). L'étude de Chahraoui et al. (2011), évoque également dans leur étude que parmi les stratégies individuelles utilisées chez les soignantes ont été retrouvées ces trois types de défenses face au vécu émotionnel trop intense.

En se référant aux travaux de Bernard et al. (2010), qui évoquent que les soignants utilisent des mécanismes de défense au cours de leur activité professionnelle, la première hypothèse de l'étude postulait que les aides-soignantes « novices » utiliseraient davantage de mécanismes de défense que les aides-soignantes « expérimentées ». Par ailleurs, aucune étude n'avait comparé l'utilisation des mécanismes de défense entre ces deux groupes de soignants. Tout d'abord, les résultats de cette étude montrent que les soignantes utilisent des mécanismes de défense pour faire face à leurs angoisses, comme l'ont démontré Bernard et al. (2010) également dans leurs travaux. Cela évoque que pour se protéger de ses angoisses face au soigné vieillissant, le soignant va mettre en place des défenses pour ainsi diminuer ses conflits psychiques et émotionnels ce qui rejoint également les propos de Moley-Massol (2007). En outre, a été

observé que l'utilisation des mécanismes de défense est plus élevée pour le groupe des aides-soignantes « expérimentées » que pour le groupe des aides-soignantes « novices ». En ce sens, ces données expriment l'inverse de ce qui était postulé dans l'hypothèse de départ. Cette hypothèse n'est donc pas validée.

Il faut souligner que, malgré que le temps d'entretien fût plus long en moyenne chez les aides-soignantes « expérimentées » que chez les aides-soignantes « novices » (*cf. tableau 2*), cela n'explique pas l'utilisation plus importante des mécanismes de défense de ce groupe. En fait, les aides-soignantes « expérimentées » utiliseraient un panel plus important et plus large de mécanismes de défense, car elles s'ajusterait davantage que les aides-soignantes « novices » face aux problématiques du vieillissement. Aussi, l'observation des ces résultats, amène à penser que les problématiques du vieillissement viendraient davantage affecter les aides-soignantes « expérimentées » que les aides-soignantes « novices », d'où une utilisation plus importante de mécanismes de défense. Toutefois, les années d'expérience professionnelle permettraient de s'ajuster davantage à leur vécu angoissant. Cet observation rejoint l'étude de Delhaye et Lotstra (2007) qui évoque que le soignant « expérimenté » saura dompter ses émotions et par conséquent agir en tant que professionnel de santé.

D'autre part, la deuxième hypothèse de cette étude, s'est référée aux travaux de Delhaye et Lotstra (2007), exprimant que les défenses évoluent au cours de la carrière d'un soignant et stipulant l'existence de corrélations significatives entre la maturité des défenses et des indices de réussite du développement adulte (Vaillant, 1985, 1992). Cette présente recherche s'attendait alors à observer que les aides-soignantes « expérimentées » utiliseraient surtout des mécanismes de défense adaptatifs, alors que les « novices » auraient davantage recours à des mécanismes de défense moins adaptatifs à l'égard de la démence, de la maladie et de la mort en contexte gérontologique.

Cependant, en contrôlant l'âge, les résultats n'évoquent pas de différence de moyenne entre le score défensif global des aides-soignantes « novices » et « expérimentées », ni de relation significative entre les années d'expérience et le score défensif global. Les résultats ne permettent pas de conclure à un profil défensif global plus mature des soignantes « expérimentées » vis-à-vis des soignantes « novices ». Les résultats montrent que les soignantes ont globalement recours à tous les niveaux défensifs selon l'échelle de Perry (2009). Par conséquent, les soignantes ne semblent pas toujours avoir recours à des défenses adaptées

face aux problématiques du vieillissement, comme le démontrait également Ruszniewski (2014).

En observant plus précisément les résultats concernant l'utilisation des mécanismes de défense, certaines défenses semblent toutefois davantage utilisées d'un groupe à un autre. En effet, cette étude indique que plus les aides-soignantes acquièrent de l'expérience au cours de leur carrière, plus elles auraient recours au mécanisme de défense de l'hypocondrie qui est hiérarchisé au niveau défensif le plus immature, soit le niveau de l'agir (Perry, 2009). Toutefois, une seule soignante « expérimentée » a eu recours à l'hypocondrie (*cf. tableau 6*). Nous pouvons donc penser que cette donnée est une « valeur aberrante ». En effet, compte tenu du petit échantillon de cette étude, il suffit d'une seule donnée d'un individu pour penser à une corrélation alors qu'elle n'existe pas nécessairement.

De plus, les résultats expriment que plus les aides-soignantes avancent dans leur carrière, moins elles utilisent le mécanisme de défense immature de la projection faisant partie du niveau du désaveu selon la classification de Perry (2009). Par l'utilisation de cette défense, la personne tend à désavouer ses propres sentiments, ses intentions, en les attribuant à tort aux autres, très souvent à ceux par lesquels elle se sent menacée (Perry, 2009). Cela exprimerait que la soignante « novice » serait particulièrement vulnérable face au vécu angoissant des problématiques du vieillissement. De fait, elle minimiserait sa propre conscience de l'existence de ses sentiments insurmontables en les projetant sur le sujet qui angoisse. L'utilisation de ce type de mécanisme de défense ne serait pas protectrice pour le soignant et entraînerait une relation soignant-soigné de moins bonne qualité comme le souligne Moley-Massol (2007).

Par ailleurs, les comparaisons de moyennes révèlent que les aides-soignantes « expérimentées » utilisent davantage l'anticipation comme mécanisme de défense que les « novices », qui est un mécanisme de défense mature selon Perry (2009). Les données corrélationnelles évoquent également que plus les années d'expériences augmentent, plus les aides-soignantes utilisent le mécanisme de défense de l'anticipation. Ces résultats peuvent compléter l'étude de Miranda et Louzã (2015) qui démontraient que le mécanisme de défense mature le plus retrouvé chez les soignants, était l'anticipation. La présente recherche précise que ce mécanisme de défense est davantage utilisé par les soignantes « expérimentées ». En fait, l'anticipation permet à la personne d'élaborer une réponse plus adaptée au conflit anticipé ou au facteur de stress (Perry, 2009). L'aide-soignante « expérimentée », grâce à son expérience dans son travail aurait plus de facilité à avoir recours à ce type de défense mature. En effet, ces données rejoignent les observations de Rispail (2017) qui évoque que plus le soignant connaît

ses limites et les situations qui sont sources de souffrance, plus il sera capable d'adapter sa pratique soit en s'appuyant sur ses ressources, soit en ayant la capacité d'anticiper ses réactions face au conflit.

D'autre part, ces deux derniers résultats rejoindraient en partie les observations de Delhaye et Lotstra (2007) à savoir que les défenses évoluent au cours de la carrière du soignant. En effet, dans cette étude les aides-soignantes « expérimentées » tendent à utiliser davantage le mécanisme de défense mature de l'anticipation et les aides-soignantes « novices » utiliseraient davantage le mécanisme de défense immature de la projection face aux problématiques du vieillissement. Les résultats expriment que l'angoisse des aides-soignantes « expérimentées » semble être mieux gérée grâce à l'utilisation de défense mature ce qui rejoint les observations de l'étude de Causse (2008).

4.1.2 La valence émotionnelle du discours

La dernière hypothèse postulait qu'en considérant que les aides-soignantes « expérimentées » utiliseraient surtout des mécanismes de défense adaptatifs et que les aides-soignantes « novices » auraient davantage recours à des mécanismes de défense moins adaptatifs, était attendu d'observer un profil émotionnel plus positif et moins négatif dans le discours des aides-soignantes « expérimentées » plutôt que dans celui des aides-soignantes « novices ».

Les données obtenues grâce à l'utilisation d'EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009) (*cf. annexes 6 et 7*) ainsi que l'observation des pourcentages, indiquent un profil émotionnel relativement similaire et une forte charge émotionnelle pour les deux groupes d'aides-soignantes ; ce qui rejoint les observations de Soum-Pouyalat (2006).

Les résultats évoquent également que la valence émotionnelle du discours est plus importante chez les aides-soignantes « expérimentées » que chez les aides-soignantes « novices ». Les données reviennent à valider une partie de l'hypothèse, soit que les soignantes « expérimentées » expriment davantage d'émotions positives que les soignantes « novices ». En revanche, plus d'émotions négatives est également observable dans le discours des aides-soignantes « expérimentées », comparativement à celui des aides-soignantes « novices ». Par ailleurs, l'observation des données exprime que les aides-soignantes « expérimentées » ont davantage de sang-froid dans leur pratique que les aides-soignantes « novices », qui apparaît

comme l'unique supra-catégorie qui expriment une différence importante entre les deux groupes. En ce sens, les aides-soignantes « expérimentées » qui ont plus d'émotions négatives, arriveraient mieux à réguler leurs émotions que les aides-soignantes « novices », grâce au sang-froid et à une diversification et une utilisation plus mature des mécanismes de défense comme l'anticipation, ce qui entraînerait une relation de meilleure qualité avec le soigné. Ces observations rejoignent celles de Moley-Massol (2007), concernant une meilleure qualité de la relation au soigné grâce à l'utilisation de défenses matures face à ses émotions. Aussi, les résultats pourraient compléter l'étude de Dubois et Lebeer (2018) qui évoquent qu'adopter une « bonne distance » nécessite de l'aide-soignant des compétences en termes de régulation émotionnelle. Les résultats tendent à mettre en lumière que la régulation émotionnelle se développerait donc au fil de la carrière de la soignante.

4.2 Limites de l'étude et perspectives

Certaines limites concernant la méthodologie de cette étude doivent être soulignées. Tout d'abord, les données révèlent donc des limites quant à l'analyse clinique. En effet, la confrontation de l'intuition clinique aux résultats apportés par l'utilisation des statistiques a pu être intéressante dans cette étude. En effet, les statistiques ont permis à ce travail de recherche de tirer des conclusions raisonnables et exactes. Les statistiques sont des outils complémentaires à la clinique contribuant à prévenir les erreurs et les biais dans la recherche en psychologie.

Quant à l'utilisation du DMRS, son concepteur (Perry, 2009), évoque que la fiabilité de l'auto-observation est une limite, car elle peut être différente d'un clinicien à un autre. En ce sens, pour rendre davantage les résultats objectifs dans cette étude, il aurait pu être préférable qu'au moins deux observateurs cotent les résultats. Aussi, la saisie uniquement de dérivés conscients des mécanismes de défense peuvent apparaître comme peu objectivable (Perry, 2009). D'autre part, la désirabilité sociale peut également apparaître comme une limite à cette étude. En effet, les participantes ont pu répondre aux questions de l'entretien dans le but de se présenter sous un jour favorable devant l'examinateur. Néanmoins, la faisabilité et la validité de cet outil en justifie l'emploi (Soltanian, Dardennes, Mouchabac & Guelfi, 2005).

D'autres limites peuvent être apportées quant à l'utilisation de la grille d'entretien qui a été spécialement conçue pour cette étude. Son utilisation dans le cadre d'une autre étude pourrait permettre de démontrer davantage sa fiabilité.

De plus, l'utilisation d'EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009) à l'aide du logiciel Tropes, peut être porteur de limites. En effet, la quantification des 28 émotions en catégories sémantiques de base regroupées en 9 catégories super-ordonnées et elle-même rassemblée en 3 supra-catégories demeure limitée. La cotation peut également paraître subjective, puisqu'il faut recompter et analyser chaque émotion une par une. Là encore, plusieurs cotateurs auraient pu permettre d'obtenir des résultats plus rigoureux. D'autre part, le modèle de Diener (1984) exprime que le bien-être subjectif est déterminé par trois composantes : le bonheur, la satisfaction de vie et les émotions positives. Il pourrait alors être pertinent dans une éventuelle suite de ce travail de recherche, d'ajouter une évaluation de la qualité de vie au travail pour observer avec plus de précision les mécanismes, les émotions et la satisfaction dans la relation au soigné.

D'autre part, l'étude se référant au discours des aides-soignantes et ainsi à leur évaluation personnelle en tant que professionnelle, cela n'est pas forcément très fiable, puisque l'analyse des données s'effectuent sur un jugement individuel. De plus, l'échantillon de l'étude comprenant seulement dix participantes, il ne paraît pas possible de généraliser les résultats au reste de la population. Cependant, ces données peuvent exprimer un premier aperçu de l'utilisation des mécanismes de défense et de la valence émotionnelle du discours par les aides-soignantes dans un contexte gérontologique.

Par ailleurs, uniquement des femmes ont été intégrées au sein de la présente recherche du fait que cette population est majoritairement rencontrée dans le domaine soignant. Dans une prochaine étude, il pourrait être pertinent d'intégrer des hommes pour essayer d'observer des différences ou une utilisation identique des mécanismes de défense et de la valence émotionnelle du discours en fonction du genre.

Il aurait pu être intéressant d'intégrer davantage de participantes dans cette étude si le temps l'avait permis. En effet, cela pourrait être réalisé dans la continuité de cette étude dans le but d'avoir des résultats davantage représentatifs de la population soignante.

Aussi, il pourrait être judicieux d'effectuer une étude longitudinale reposant sur une variable intra-individuelle au sujet des mécanismes de défense, afin d'étudier une éventuelle évolution des mécanismes de défense au sein d'un même sujet au cours de sa carrière professionnelle. En effet, un entretien pourrait être effectué au début de la carrière du soignant et après cinq ans d'expérience.

De plus, Barbier (2004) évoque que le burn-out touche plus précisément les personnes ayant choisi d'aider autrui et notamment les soignants car ils travaillent à proximité de la souffrance, de la maladie et de la mort. En ce sens, il pourrait être pertinent dans une prochaine étude d'étudier une éventuelle relation entre l'utilisation des mécanismes de défense et l'épuisement professionnel. En se référant aux résultats de cette étude, l'hypothèse pourrait être que le soignant qui a la connaissance de son fonctionnement psychique et qui utilise des défenses matures (Perry, 2009), cela pourrait ainsi lui permettre de prévenir le syndrome du burn-out au cours de sa carrière.

4.3 Pistes cliniques

Les mécanismes de défense sont donc des processus inconscients et inhérents aux individus. Cette étude démontre que la soignante est disposée à en mettre en place au cours de sa pratique. Toutefois, l'utilisation de ces processus entraîne à la fois des conséquences auprès du soignant, du soigné mais aussi au niveau de la relation soignant-soigné. En ce sens, cette étude pourrait permettre aux soignantes de pouvoir auto-observer leur propre fonctionnement psychique et émotionnel dans le cadre de leur travail auprès des personnes âgées et ainsi face aux problématiques du vieillissement dans le but de tendre vers une relation soignant-soigné de qualité. Par ailleurs, l'observation des résultats de ce travail de recherche, révèle qu'il paraît nécessaire pour le soignant d'identifier ses émotions, ses limites, ses ressources et d'avoir une connaissance de soi dans le but là aussi, d'avoir une relation avec le soigné de qualité et être en accord avec soi-même. En ce sens, cela suggère l'importance d'avoir recours à une démarche d'épanouissement personnel pour les soignants qui ont des interventions au niveau de la relation soignant-soigné, et ce, en amont ou dès le début de leur carrière, pour que les soignantes « novices » puissent réguler de manière plus efficiente leurs émotions. Cette meilleure connaissance de son fonctionnement psychique pourrait en cela permettre aux soignants d'avoir recours à des mécanismes de défense matures (Perry, 2009) pour tendre vers un mieux être au cours de leur pratique et éventuellement prévenir l'épuisement professionnel.

Aussi, il n'est pas facile d'être à l'écoute et présent dans la relation au soigné et à la fois être à l'écoute de soi-même et de ses émotions. Les résultats de cette étude montrent donc à quel point le soignant a besoin d'être également reconnu et entendu pour réussir à être entier dans la relation au soigné. Pour cela, des temps d'analyse des pratiques professionnelles, de supervision

d'équipe ou de groupe de parole devraient davantage être développés dans les institutions gériatriques, ce qui permettrait aux soignants d'avoir un espace de verbalisation et d'écoute face aux problématiques vécues dans leur travail.

Conclusion

Ce travail de recherche avait donc pour objectif de repérer les mécanismes de défense des aides-soignantes face aux angoisses que procurent les problématiques du vieillissement, ainsi que d'évaluer la valence émotionnelle du discours.

La comparaison entre les aides-soignantes « novices » et « expérimentées » dans cette étude a permis d'observer qu'au cours de sa carrière le profil psychique et émotionnel de l'aide-soignante semble évoluer. En effet, plus elle serait expérimentée, plus elle utiliserait un large panel de mécanismes de défense et pourrait avoir tendance à utiliser un mécanisme de défense mature, soit l'anticipation (Perry, 2009). L'utilisation de ce mécanisme de défense permettrait à la soignante de pouvoir davantage réguler ses émotions face aux effets du vieillissement.

Ce travail permet donc de montrer aux aides-soignantes et au personnel de soins en général, les répercussions qu'on leur fonctionnement inconscient dans la relation soignant-soigné. Accepter ses propres angoisses et ainsi comprendre son fonctionnement défensif permet d'instaurer une relation de confiance et de respect avec le patient âgé (Moley-Massol, 2007).

Enfin, cette étude indique qu'il est important pour le soignant d'identifier ses mécanismes de défense mis à l'œuvre pour réajuster sa pratique et ainsi assurer un accompagnement optimal et donner du sens à son travail. Il en va de fait, de l'épanouissement professionnel du soignant.

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anthony-Bergstone, C. R., Zarit, S. H., & Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and aging*, 3(3), 245.

Badey-Rodriguez, C. (2008). Familles et professionnels en gérontologie : quelles difficultés ? Quelle place pour chacun ? *Recherche en soins infirmiers*, 94(3), 70-79.

Barbier, D. (2004). Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *La presse Médicale*, 33(6), 394-399.

Bariéty, M., & Coury, C. (1963). *Histoire de la médecine*. Paris: Fayard.

Benner, P. (2003). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris: Elsevier Masson.

Bernard, M. F. (2004). Prendre soin de nos aînés en fin de vie : à la recherche du sens. *Études sur la mort*, 126(2), 43-69.

Bernard, M., Stiefel, F., de Roten, Y., & Despland, J. N. (2010). Déplacement, rationalisation et intellectualisation : une évaluation des principaux mécanismes de défense des soignants en oncologie. *Psycho-Oncologie*, 4(1), 47-50.

Blais M.A., Conboy C.A., Wilcox N., & Norman D.K. (1996). An Empirical Study of the DSM-IV Defensive Functioning Scale in Personality Disordered Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 37(6), 435-440.

Bolly, C., Vanhalewyn, M., & Grandjean, V. (2004). *L'éthique en chemin. Démarche et créativité pour les soignants*. Paris : L'Harmattan.

Callahan, S., & Chabrol, H. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod.

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42.

Chahraoui, K., Bioy, A., Cras, E., Gilles, F., Laurent, A., Valache, B., & Quenot, J. P. (2011). Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 30(4), 342-348.

Causse, L. (2008). Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6(2), 85-105.

Colpé, D. (2007). La relation soignant-soigné devant le travail de l'âge : vieillir. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 257-270.

Cramer, P. (2006). *Protecting the self: Defense mechanisms in action*. New-York: Guilford Press.

Deboves, P. (2013). De la répulsion des soignants. *Oxymoron*, 4. Repéré à <http://revel.unice.fr/oxymoron/index.html?id=3464>

Delhaye, M. & Lotstra, F. (2007). Soignants... soignés, un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 49-59.

Diener, E. (1984). Le bien-être subjectif. *Bulletin de psychologie*, 95(3), 542.

Di Riso D., Colli A., Chessa D., Marogna C., Condino V., Lis A., & Mannarini, S. (2011). A supportive approach in psychodynamic-oriented psychotherapy. An empirically supported single case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 14(1), 49-89.

Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. California University Berkeley Operations Research Center.

Dubois, F., & Lebeer, G. (2018) Se gouverner : la hiérarchie interne des aides-soignantes gériatriques. In A. Anchisi & E. Gagnon (Ed.), *Aides-soignantes et autres funambules du soin* (pp. 33-50). Québec : PUL.

Dujarier, M. (2002). Comprendre l'inacceptable : le cas de la maltraitance en gériatrie. *Revue internationale de psychosociologie*, 8(19), 111-124.

Fondation Nationale de Gérontologie. (2007). *La charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante*. Repéré à <https://www.famidac.fr/?Charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-dependante>

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42.

Freud, A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris : Presses Universitaires de France.

Gaucher, J., Anaut, M., & Ploton, L. (2001). « Vulnerabilization and vulnerability of caregivers of an older person with dementia », International association of gerontology, XVIIth World Congress of Gerontology, Vancouver, 1-6 Juillet 2001.

Gaucher, J., Ribes, G., & Ploton, L. (2003). Les vulnérabilisations en miroir, professionnels/familles dans l'accompagnement des personnes âgées. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 31(2), 148-164.

Gibowski, C. (2012). Vécu institutionnel en ehpad : une place pour chacun, chacun à sa place. *Cliniques*, 3(1), 84-95.

Heslon, C. (1992). L'âge du gérontologue. *Psychologues et psychologie*, 108, 10-11.

Ionescu, S., Jacquet, M., & Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense : Théorie et clinique*. Paris : Nathan Université.

Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J. P. (2003). *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala.

Kaës, R. (1987). Réalité psychique et souffrance des institutions. In R. Kaës, E. Enriquez et al.

(Eds.), *L'institution et les institutions : Études psychanalytiques* (pp.1-46). Paris : Dunod.

Klein, M. (1978). *Envie et gratitude*, Paris : Gallimard.

Kristeva, J. (1980). *Powers of horror: An Essay on Abjection*. Paris : Éditions du Seuil.

Laconi, S., Cailhol, L., Pourcel, L., Thalamas, C., Lapeyre-Mestre, M., & Chabrol, H. (2015). Relation entre mécanismes de défense et alliance thérapeutique. *L'Encéphale*, 41(5), 429-434.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.

Manoukian, A. (2012). *Les soignants et les personnes âgées : une approche psychosociale*. Paris: Lamarre.

Miranda, B., & Louzã, M. R. (2015). The physician's quality of life: Relationship with ego defense mechanisms and object relations. *Comprehensive psychiatry*, 63, 22-29.

Moley-Massol, I. (2007). La souffrance des soignants et leurs mécanismes de défense. *La Lettre du rhumatologue*, (337), 8-9.

Molinier, P. (2010). Apprendre des aides-soignantes. *Gérontologie et société*, 33(2), 133-144.

Mora, G. (2006). *Jusqu'au terme de l'existence : approches de la vieillesse et de la fin de vie*. Paris : Vuibert.

Organisation Mondiale de la Santé (2017). *La démence, Aide-mémoire n°362*. Repéré à www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/

Perry, J.C. (1990). *The Defense Mechanisms Rating Scales* (5th ed.). MA: Harvard School of Medicine.

Perry, J. C., Guelfi, J. D., & Despland, J. N. (2009). *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*. Paris : Elsevier Masson.

Piolat, A., & Bannour, R. (2009). EMOTAIX : un scenario de Tropes pour l'identification automatisée du lexique émotionnel et affectif. *L'Année psychologique*, 109(4), 655-698.

Ploton, L. (1990). *La personne âgée*. Lyon : Chronique sociale.

Richard, M. S. (2013). *Soigner la relation en fin de vie : familles, malades, soignants*. Paris : Dunod.

Ricoeur, P. (1991). Le juste entre le légal et le bon. *Esprit* (1940-), 5-21.

Rispail, D. (2002). *Mieux se connaître pour mieux soigner : une approche du développement personnel en soins infirmiers*. Paris : Elsevier Masson.

Ruszniewski, M. (1988). Le soutien des soignants en cancérologie. *La revue du praticien*, (14), 2-7.

Ruszniewski, M. (2014). Les mécanismes de défense. In D. Jacquemin & D. de Broucker (Eds.), *Manuel de soins palliatifs* (pp. 543-551). Paris: Dunod.

Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The gerontologist*, 35(6), 771-791.

Soultanian, C., Dardennes, R., Mouchabac, S., & Guelfi, J. D. (2005). L'évaluation normalisée et clinique des mécanismes de défense : revue critique de 6 outils quantitatifs. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 792-801.

Soum-Pouyalet, F. (2006). Le risque émotionnel en cancérologie. Problématiques de la communication dans les rapports entre soignants et soignés. *Face à face. Regards sur la santé*, (8).

Timmermann, M., Naziri, D., & Etienne, A. M. (2009). Defence mechanisms and coping strategies among caregivers in palliative care units. *Journal of Palliative Care*, 25(3), 181.

Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), 107-118.

Vaillant G.E., Drake R.E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to Axis II Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 42(6), 517-601.

Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43(8), 786-794.

Vaillant, G. (1992). *Ego Mechanisms of Defense: A guide for Clinicians and Researchers*. Washington: American Psychiatric Press.

Vaillant, G. E. (1993). *The wisdom of the ego*. Harvard University Press.

Vaillant G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55(1), 89-98.

Winnicott D. W. (1963). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

Table des annexes

Annexe 1. Grille d'entretien.....	I-II
Annexe 2. Fiche d'évaluation des mécanismes de défense (DMRS)	III
Annexe 3. Fiche de dépouillement (EMOTAIX)	IV
Annexe 4. Formulaire d'information	V
Annexe 5. Formulaire de consentement.....	VI
Annexe 6. Analyse de la valence émotionnelle du discours (EMOTAIX) soignantes « expérimentées ».....	VII
Annexe 7. Analyse de la valence émotionnelle du discours (EMOTAIX) soignantes « novices »	VIII

Table des tableaux

Tableau 1. Test <i>U</i> de Mann-Whitney pour les variables socioprofessionnelles.....	IX
Tableau 2. Statistiques descriptives. Moyenne et écart type pour les variables socioprofessionnelles	IX
Tableau 3. Statistiques descriptives variables socioprofessionnelles	IX
Tableau 4. Moyenne et écart type pour les mécanismes de défense (échantillon total)	X
Tableau 5. Tableau du nombre de mécanismes de défense des soignantes « novices »	XI
Tableau 6. Tableau du nombre de mécanisme de défense des soignantes « expérimentées »	XII

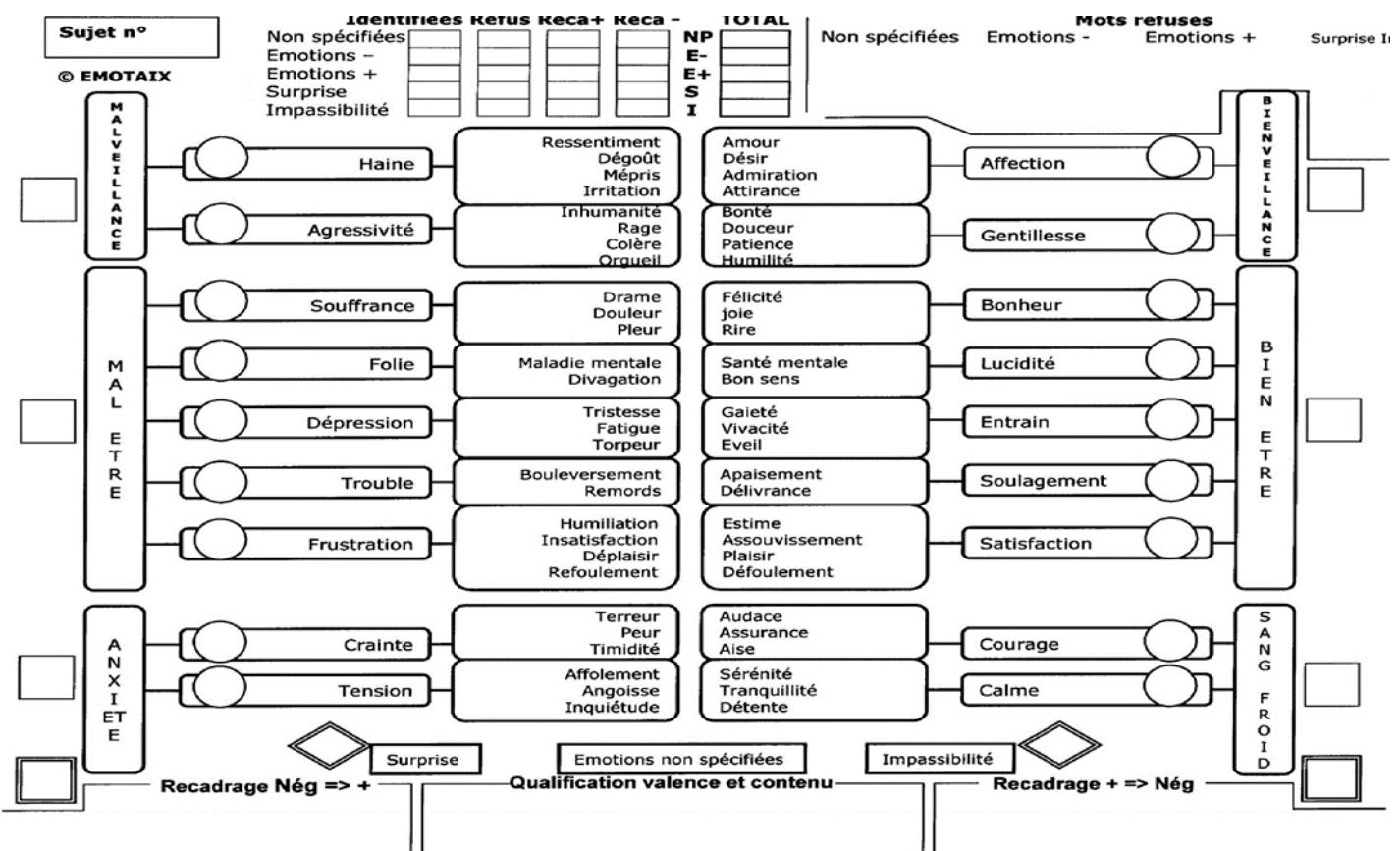
Annexes

Annexe 1. Grille d'entretien

Thématiques	Questions centrales	Sous-questions
Représentations Sur le vieillissement	<ul style="list-style-type: none"> - Vous êtes-vous orientés volontairement vers le travail en gérontologie ? - Qu'est-ce que le vieillissement évoque pour vous ? - Avez-vous des représentations plutôt positives ou négatives du vieillissement ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Si oui, pourquoi ? - Si non, Pourquoi ?
Vieillissement pathologique	<ul style="list-style-type: none"> - Y êtes-vous fréquemment confrontés lors de votre activité professionnelle ? <ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>Aspects de conscience :</u> - A quoi renvoie le vieillissement pathologique pour vous ? - Avez-vous des difficultés dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, notamment par rapport aux troubles mnésiques ? ◆ <u>Aspect d'autonomie/physique/comportement :</u> - Face aux troubles du comportement : - Que ressentez-vous face aux troubles du comportement ? - Comment ajustez-vous face aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives ? (Relais par des collègues, mise à distance ou pas d'angoisses particulières ...) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Image du sujet dément ? - Si oui : la fréquence et la difficulté de la prise en charge sont-elles trop compliquées à supporter, ou vous convient-elle ? ➤ Quelle prise en charge lors du soin ? ➤ Qu'est-ce que vous faites ? ➤ Que ressentez-vous ?

Maladie organique	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous déjà été confrontés à une personne atteinte de maladie physique/organique grave lors de votre activité professionnelle ? - Qu'éprouvez-vous face à une personne âgée atteinte d'une maladie potentiellement grave ? - Pensez-vous que votre prise en charge (« émotionnelle ») est différente avec quelqu'un qui a une maladie grave ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Si oui : votre prise en charge et votre regard sont-ils différents ?
Mort	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous déjà été confrontés à la mort d'une personne âgée que vous preniez en charge lors de votre activité ? - Est-ce que la mort vous renvoie des choses qui vous font peur ? - Avez-vous déjà découvert une personne décédée lors de votre activité professionnelle ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Si oui : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Quelle a été votre réaction ? ➤ Qu'avez-vous ressenti face à cela ? ➤ Après l'annonce de la mort de quelqu'un que vous preniez en charge, cela s'en est-il ressenti dans l'accompagnement avec les autres résidents ? ➤ Et dans votre vie personnelle ? - Si non : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Est-ce que la mort prochaine de quelqu'un vous angoisse ?
Vécu personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Au vieillissement ? - Avez-vous été confronté à la mort ? - Aux maladies neurodégénératives ? - Maladie physique ? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que ressentez-vous face à cela, est-ce difficile à vivre pour vous ? - Si oui : <ul style="list-style-type: none"> Avez-vous l'impression d'avoir plus de difficultés dans votre travail à faire face aux maladies neurodégénératives/morts/Maladie physique depuis que vous avez rencontré cela dans votre vie personnelle ?

Annexe 3. Fiche de dépouillement (EMOTAIX)



Annexe 4. Formulaire d'information

Formulaire d'information



Titre du projet de recherche :

Relation soignant-soigné en contexte gérontologique : quel vécu des aides-soignantes ?

Personnes responsables du projet :

Le mémoire est réalisé par Mlle Loren Arnaud dans le cadre du Master de Psychologie du vieillissement normal et pathologique à l'Université d'Angers, sous la direction de Mme Catherine Potard.

Objectif du projet de recherche :

Connaître le vécu des aides-soignants dans leur relation avec le soigné en contexte gérontologique.

Nature de la participation :

Votre participation à ce projet sera requise pour un entretien d'environ 45 minutes. Il aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous serez sollicitées sur votre vécu professionnel et vos interactions avec les personnes âgées dans ce contexte. Cet entretien sera enregistré sur bande audio. Votre participation repose sur du volontariat, par conséquent vous pourrez arrêter à tout moment l'entretien si vous en éprouvez le besoin.

Confidentialité :

Lors de votre participation à ce projet de recherche, l'étudiante psychologue recueillera les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis et demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez pas identifié(e) par votre nom et prénom et aucun signe distinctif ne sera divulgué.

Fait le :

À :

Signature du participant :

Signature du responsable de l'étude :

Annexe 5. Formulaire de consentement

Formulaire de consentement libre et éclairé



Je soussigné(e) Mme/Mr déclare accepter librement et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : Relation soignant-soigné en contexte gérontologique : quel vécu des aides-soignantes ? et d'être enregistré(e) sous forme audio durant l'entretien.

Cette recherche est sous la direction de Mme Catherine Potard et est réalisée par Mlle Loren Arnaud, étudiante en Master 2 Psychologie du vieillissement normal et pathologique à l'Université d'Angers.

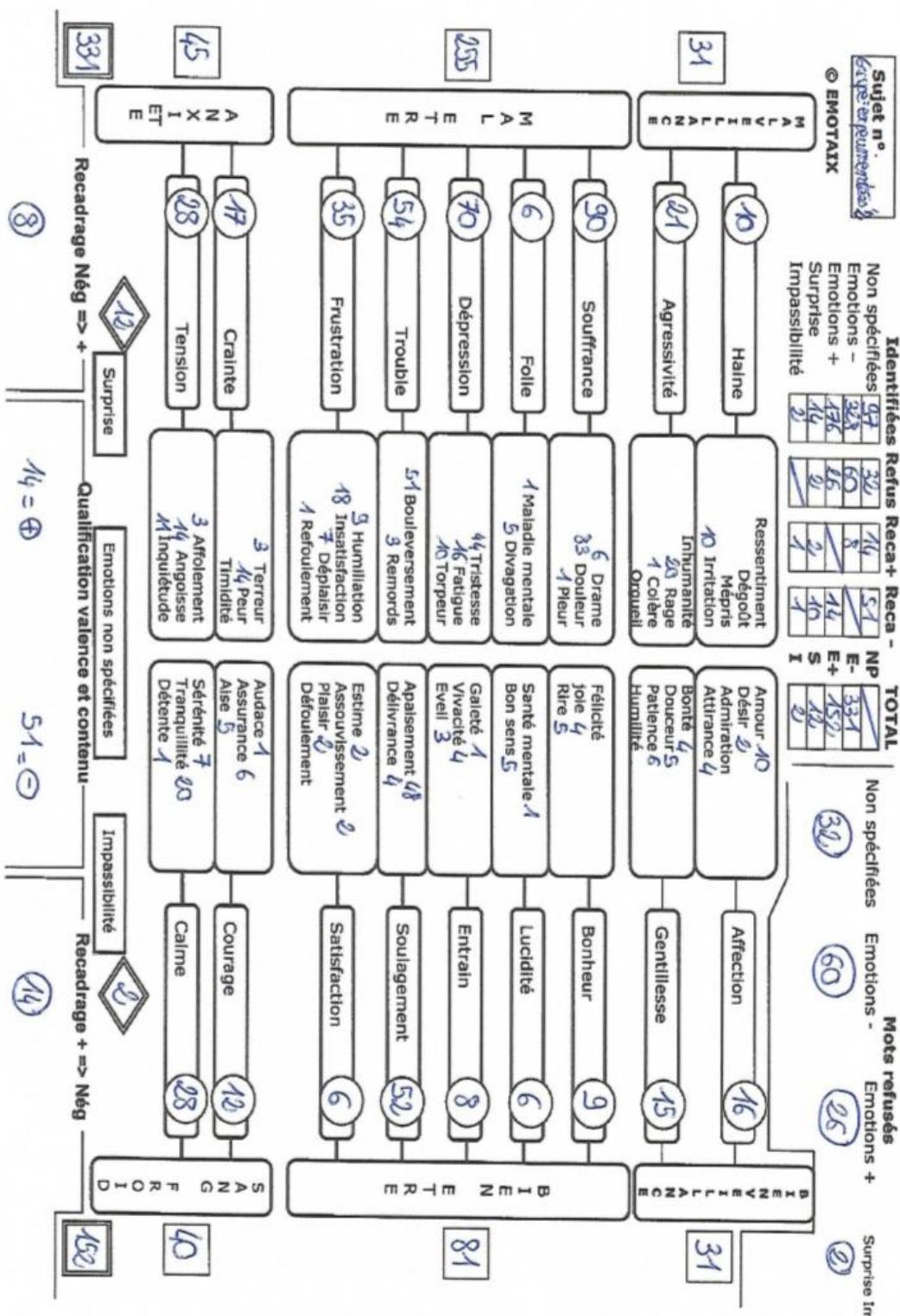
Fait le :

À :

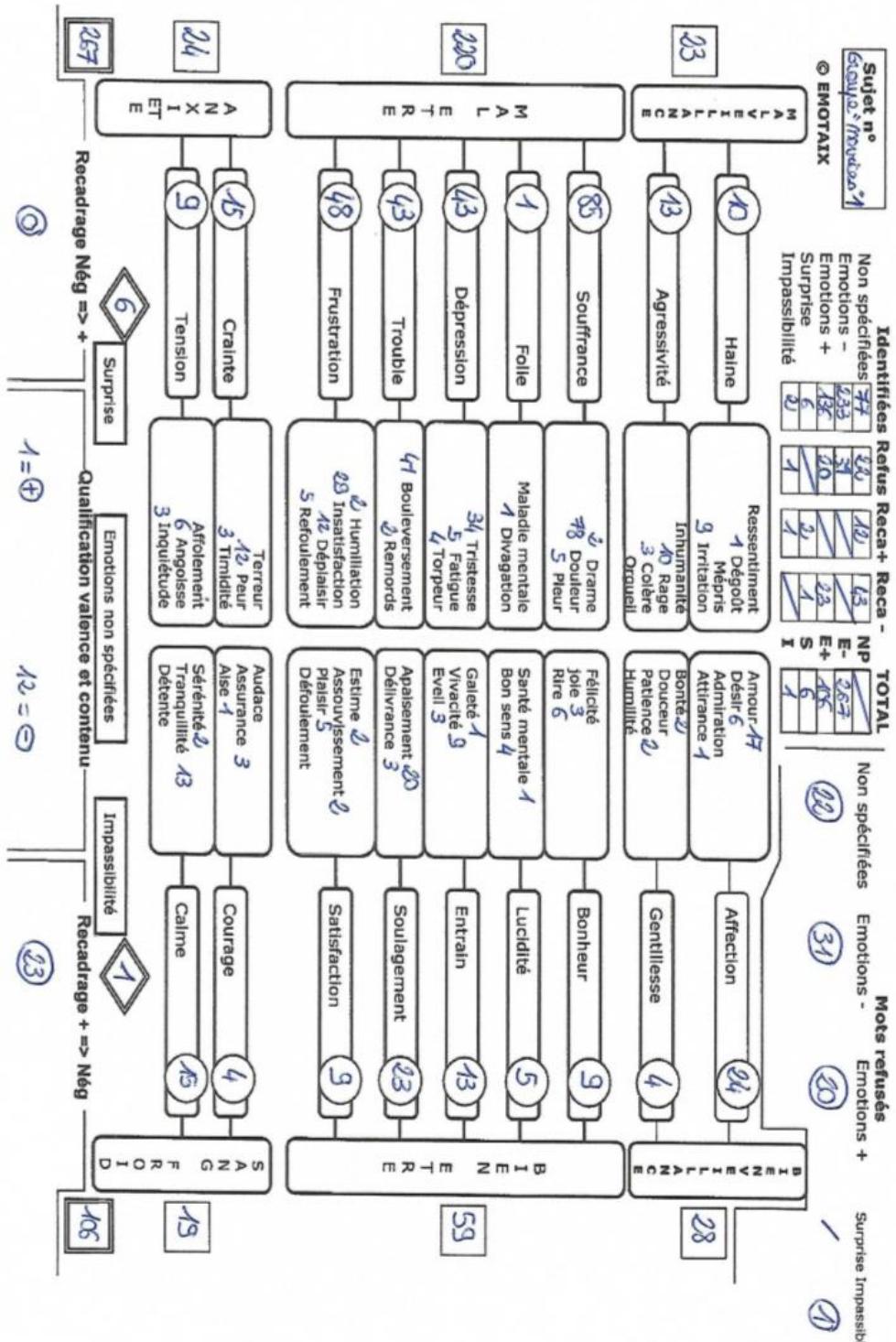
Signature du participant :

Signature du responsable de l'étude :

Annexe 6. Analyse de la valence émotionnelle du discours (EMOTAIx) soignantes « expérimentées »



Annexe 7. Analyse de la valence émotionnelle du discours (EMOTAIx) soignantes « novices »



Tableaux

Tableau 1. Test *U* de Mann-Whitney pour les variables socioprofessionnelles

	Âge	Années d'expérience	Temps entretien
<i>U</i> Mann-Whitney	5.500	0.000	9.000
Significativité	.142	.009	.465

Tableau 2. Statistiques descriptives. Moyenne et écart type pour les variables socioprofessionnelles

Groupes		Moyenne	Ecart type	Erreur type moyenne
Age	Novice	26.20	6.34	2.84
	Expert	39.20	14.08	6.30
Années d'expérience	Novice	0.98	0.72	0.32
	Expert	10.40	7.27	3.25
Temps entretien	Novice	22.52	7.58	3.39
	Expert	24.86	5.32	2.38

Tableau 3. Statistiques descriptives variables socioprofessionnelles

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Âge	20.0	59.0	32.70	12.37
Années d'expérience	.42	23.00	5.69	6.95
Temps entretien	13.58	32.35	23.69	6.30

Tableau 4. Moyenne, écart-type pour les mécanismes de défense (échantillon total)

	Statistiques descriptives			
	Minimum	Maximum	Moyenne	ET
Affiliation	1.0	2.0	1.50	0.53
Altruisme	0.0	3.0	0.50	1.08
Anticipation	0.0	6.0	0.90	1.91
Affirmation	0.0	10.0	4.00	3.37
Introspection	0.0	8.0	1.20	2.49
Sublimation	0.0	0.0	0.00	0.00
Répression	1.0	3.0	2.00	0.94
Mature	3.0	19.0	10.10	5.09
Intellectualisation	0.0	9.0	3.10	2.42
Annulation rétroactive	0.0	2.0	0.30	0.67
Obsessionnelle	0.0	9.0	3.40	2.41
Refoulement	0.0	1.0	0.20	0.42
Formation réactionnelle	0.0	1.0	0.10	0.32
Déplacement	0.0	2.0	0.50	0.85
Autres névrotiques	0.0	3.0	0.80	1.03
Omnipotence	0.0	5.0	1.30	1.83
Idéalisation de l'objet	0.0	1.0	0.10	0.32
Dévalorisation objet	0.0	4.0	1.10	1.20
Narcissique	0.0	9.0	2.50	2.68
Déni névrotique	0.0	2.0	0.40	0.70
Projection	0.0	6.0	2.40	1.90
Rationalisation	0.0	4.0	1.30	1.34
Désaveu	1.0	8.0	4.10	2.08
Clivage représentations d'objet	0.0	6.0	1.90	1.91
Identification projective	0.0	2.0	0.70	0.82
Borderline	0.0	8.0	2.60	2.27
Passage à l'acte	0.0	2.0	0.20	0.63
Agressivité passive	0.0	1.0	0.10	0.32
Hypocondrie	0.0	1.0	0.10	0.32
Agir	0.0	2.0	0.40	0.70
Total des MdD	15.0	32.0	23.90	5.17
Total pondéré	64.0	166.0	124.00	29.51
SDG	4.26	6.16	5.18	0.68

Tableau 5. Tableau du nombre de mécanismes de défense des soignantes « novices »

Niveau défensif	Mécanismes de défense	Nombre de défenses mises en évidence	Total pondéré	Score défensif global (SDG)
7. Mature	Affiliation	8	110.8	5.268
	Altruisme	3		
	Affirmation de soi	19		
	Introspection	9		
	Répression	8		
	Sous total	47		
6.Obsessionnel	Intellectualisation	12	110.8	5.268
	Annulation	3		
	Sous total	15		
5. Autre névrotique	Refoulement	1	110.8	5.268
	Déplacement	3		
	Sous total	4		
4. Narcissique	Omnipotence	3	110.8	5.268
	Idéalisation	1		
	Dévalorisation	3		
	Sous total	7		
3. Désaveu	Déni	3	110.8	5.268
	Rationalisation	7		
	Projection	8		
	Sous total	18		
2. Borderline	Clivage	7	110.8	5.268
	Identification projective	4		
	Sous total	11		
1. Par l'agir	Agressivité passive	1	110.8	5.268
	Sous total	1		
	Total	103		

Tableau 6. Tableau du nombre de mécanismes de défense des soignantes « expérimentées »

Niveau défensif	Mécanismes de défense	Nombre de défenses mises en évidence	Total pondéré	Score défensif global (SDG)
7. Mature	Affiliation	7	137.2	5.096
	Altruisme	2		
	Anticipation	9		
	Affirmation de soi	21		
	Introspection	3		
	Répression	12		
	Sous total	54		
6. Obsessionnel	Intellectualisation	19		
	Sous total	19		
5. Autre névrotique	Refoulement	1		
	Formation réactionnelle	1		
	Déplacement	2		
	Sous total	4		
4. Narcissique	Omnipotence	10	137.2	5.096
	Dévalorisation	8		
	Sous total	18		
3. Désaveu	Déni	1		
	Projection	16		
	Rationalisation	6		
	Sous total	23		
2. Borderline	Clivage	12		
	Identification projective	3		
	Sous total	15		
1. Par l'agir	Passage à l'acte	2		
	Hypocondrie	1		
	Sous total	3		
	Total	136		

RÉSUMÉ

Dans la relation soignant-soigné se joue des processus psychiques qui entraînent la mise en place de mécanismes de défense (Ruszniecki, 1988, 2014). Cette recherche avait pour objectif de repérer les mécanismes de défense des aides-soignantes face aux angoisses que procurent les problématiques du vieillissement, ainsi que d'évaluer la valence émotionnelle du discours. Afin de vérifier les hypothèses, cinq aides-soignantes « novices » et cinq aides-soignantes « expérimentées » ont chacune été rencontré pour un entretien. Les mécanismes de défense (DMRS ; Perry, 2009), ainsi que la valence émotionnelle du discours (EMOTAIX ; Piolat & Bannour, 2009) ont été évalué pour toutes les participantes. L'analyse des résultats a mis en évidence une différence significative entre les moyennes d'utilisation des mécanismes de défense, soit que les soignantes « expérimentées » utiliseraient davantage de défenses que les soignantes « novices ». Les résultats révèlent également des corrélations significatives entre le nombre d'années d'expérience et les mécanismes de défense de l'anticipation, de l'hypocondrie ainsi que de la projection. Les résultats évoquent enfin, que les aides-soignantes « expérimentées » expriment dans leur discours davantage d'émotions négatives, mais également davantage d'émotions positives par rapport à celles des aides-soignantes « novices ». En revanche, elles évoquent davantage de sang-froid. Ce type d'étude permet de montrer aux soignants qu'accepter ses propres angoisses et ainsi comprendre son fonctionnement défensif, suscite l'instauration d'une relation de confiance et de respect avec le patient âgé (Moley-Massol, 2007).

Mots-clés : Mécanismes de défense, émotions, angoisses, soignantes, vieillissement

ABSTRACT

In the relationship between the caregiver and the patient is played with the psychical processes which induce the installation of the defense mechanisms (Ruszniecki, 1988, 2014). This research had for objective to identify the caregiver's defense mechanisms in the face of anxieties about the problems of aging, as well as to assess the emotional valence of speech. In order to verify the hypotheses, five « novice » caregivers and five experienced caregivers were each met for an interview. The defense mechanisms (DMRS ; Perry, 2009), as well as the emotional valence of speech (EMOTAIX ; Piolat & Bannour, 2009) were assessed for all participants. The analysis of the results showed a significant difference between the means of use of the defense mechanisms, that is to say the «experienced» caregivers would use more defenses than «novice» caregivers. The results also reveal significant correlations between the number of years of experience and the defense mechanisms of anticipation, hypochondria and projection. Finally, the results suggest that « experienced » caregivers express more negative emotions in their speech, but also more positive emotions compared to « novice » caregivers. On the other hand, they would use more self-control. This type of study makes it possible to show the caregivers that to accept their own anxieties and thus understand their defensive functioning, creates a relationship of trust and respect with the elderly patient (Moley-Massol, 2007).

Keywords : Defense mechanisms, emotions, anguish, caregivers, ageing