UFR Sciences de l'homme et de
la société
Département des sciences de l'éducation

Master 1 Sciences de l'Éducation FOAD
Dossier Exploratoire de Recherche

Le rire !!

Est-il une source de dynamique pour une équipe de soignants de maison de retraite ?

VAN DEN BEDEM
Bérangère
N° 21101376

JUIN 2012

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS....3
INTRODUCTION....4
1. Contextualisation de la recherche....6
1.1 Qui sommes-nous ?....6
1.2 Pourquoi nous interroger ?....7
2. Le rire....10
2.1 A propos du rire....10
2.2 Les effets du rire....11
2.2.1 Les effets sociologiques....11
2.2.2 Les effets psychologiques....11
2.2.3 Les effets physiologiques et physiques....12
3. La dynamique d'équipe....14
3.1 A propos de la dynamique d'équipe....14
3.2 La dynamique d'une équipe de soignants en maison de retraite....15
4. Méthodologie de la recherche....18
4.1 Notre choix de méthode....18
4.2 L'observation participante....20
4.2.1 Analyse des résultats....23
4.3 L'entretien directif....26
4.3.1 Grille d'entretien....27
4.3.2 Analyse de contenu....28
5. Interprétation....34
5.1 Les données recueillies....34
5.2 Les hypothèses....35
6. Perspectives....37
6.1 Propositions....37
6.2 Le jeu de rôle....38
CONCLUSION....39
BIBLIOGRAPHIE et SITOGRAPHIE....41
ANNEXES....43

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier sincèrement :

- Mr Antoine AGRAZ, mon tuteur, qui, par son suivi et ses remarques, a su me guider et me motiver.

- Serge, qui a été un soutien inestimable pour les moments de découragement et qui par son angélique patience et ses connaissances en informatique, a beaucoup aidé la novice que je suis en ce domaine.

- Mes collègues de travail, toujours prêtes pour de nouvelles aventures en équipe !

INTRODUCTION

Être soignant en maison de retraite implique être confronté au quotidien à la vieillesse, la maladie, la mort. Ces états de fait demandent des efforts psychologiques et cognitifs auxquels se rajoutent les efforts physiques dus aux nombreuses manipulations et aux mobilisations des personnes âgées, aux multiples déplacements au sein de l'établissement, et à la charge de travail. Cette dernière augmente de jour en jour, étant donné que les personnes âgées accueillies dans les EHPAD[1] sont de plus en plus dépendantes. Le tout s'investit dans un contexte social où la profession de soignant en maison de retraite est peu valorisée.

L'accumulation des toutes ces demandes épuisent rapidement le soignant, alors que celui-ci est conscient de son rôle primordial pour le bien-être des personnes âgées. Face à la mort qui : *« a toujours été pour l'homme un objet de répulsion »*[2] au vieillissement que l'individu cherche à repousser à tout prix (chirurgie esthétique, pilules miraculeuses, DHEA[3]...) et à la maladie qui fait résonner le mot souffrance, le soignant doit au travers de son travail quotidien faire entrer la vie.
Nous nous sommes alors demandé comment dynamiser une équipe de soignants dans un contexte qui rassemble tout ce que l'individu refuse. Mais comment la dynamiser, au quotidien ? Trouver un moyen d'amoindrir le stress qui s'installe au fil de la journée en conséquence de la pénibilité physique et psychologique de la profession.

Ce questionnement n'est pas anodin, nous travaillons depuis 23 ans dans une maison de retraite au poste de Maîtresse de maison. Nous vivons chaque jour ce stress qui ronge le personnel en perpétuel conflit entre ses aspirations personnelles et la charge de travail qui ne permet aucunement d'être en accord avec lui-même. Alors comment pourrions-nous réguler ces conflits ?

Nous avons remarqué dans nos pratiques quotidiennes, qu'un sourire, un éclat de rires, un peu d'humour a toujours des répercussions positives sur l'atmosphère général. Évoluer dans une maison de retraite, engendre de nombreuses situations cocasses ! Alors pourquoi ne pas en rire ?!... *« L'humour est une forme d'esprit qui cherche à mettre en valeur avec drôlerie le caractère ridicule, insolite ou absurde de certains aspects de la réalité, qui dissimule sous un air sérieux une raillerie caustique...C'est un langage, un moyen d'expression, il est porteur de messages. »*[4]

1 EHPAD, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
2 KÜBLER-ROSS E.(1969). *Les derniers instants de la vie*. (Labor et Fidès, 1996) p.10
3 DHEA, déhydroépiandrostérone, androgène réputé pour ses effets antivieillissement, d'où son autre nom « hormone de jouvence »
4 BECK D. et FONTANA M. (2008). « La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs », dans *Médecine & Hygiène/Revue internationale de soins palliatifs*, vol.23

remarquent Danielle BECK et Michelle FONTANA dans leur article *« La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs »*.

Nous aborderons le rôle psychologique, sociologique et physiologique du rire, au travers de recherches documentaires et littéraires. Et nous poursuivrons en nous intéressant aux impacts psychosociaux de la dynamique d'une équipe de soignants. Nous irons dans une maison de retraite auprès de soignants observer si le rire y a une place et si oui : laquelle ? Nous nous entretiendrons avec ses salariés.

1. Contextualisation de la recherche

1.1 Qui sommes-nous ?

En 1989, une maison de retraite ouvre ses portes à Albi (81, Tarn) avec une quarantaine de résidents répartis dans trois unités de vie, et nous faisons nos premiers pas dans cet univers en tant que maîtresse de maison. Cette fonction de maîtresse de maison s'est inspirée des « cantous » qui sont des petites unités de vie où la maîtresse de maison est la référente, la coordinatrice, l'animatrice, la gestionnaire du quotidien des personnes âgées plus ou moins dépendantes.

Les exigences financières et de sécurité imposent un agrandissement de l'établissement qui aujourd'hui héberge plus de soixante dix personnes âgées. Et enfin, en 2001, la signature de la convention tripartite change totalement la nomenclature de cette maison de retraite. Cette réforme se traduit par la mise en place, dans chaque établissement concerné, de trois tarifs : hébergement, soins et dépendances. La convention tripartite est un document, comprenant et détaillant toutes ces modalités, signée entre les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et les organismes tels que : le Conseil Général, la DDASS[5], l'ARS[6]...

L'introduction de soignants, transfor.me le poste de maîtresse de maison en aide-soignant, et le soin dans son sens médical prend une place prépondérante : la vieillesse devient une maladie...alors que KÜBLER-ROSS E. considère la mort comme la « *dernière étape de la croissance* »[7]. Il s'en suit une transformation du personnel qui s'est mis à muter, à tourner, que des quantités de stagiaires envahissent l'établissement, en reconversion professionnelle, car le secteur s'ouvre à des créations d'emplois. Seulement on ne parle plus de qualité, mais de rendement, les personnes âgées ne sont plus des résidents mais des clients, qui sont de plus en plus dépendants et demandent de plus en plus de contraintes aux soignants qui s'épuisent très vite ! En effet, comment peut-on lier les financements et la qualité des prestations fournies dans un contexte budgétaire restreint avec un nouvel outil pour mesurer la charge en soins : la coupe PATHOS[8] ? Le PATHOS[9] est un outil qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la poly-pathologie des personnes âgées. Seulement les projets d'établissement et les objectifs de la

5 DDASS, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
6 ARS, Agence Régionale de Santé
7 KÜBLER-ROSS E. (1975). *La mort, dernière étape de la croissance*. Paris, POCKET.
8 Le modèle PATHOS est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées qui a été élaboré en partenariat avec le service médical de la C.N.A.M..
9 PREVOST P. (2006), AGGIR et PATHOS dans la planification gériatrique, *La revue gériatrique*, tome n°31 http://www.sngc.org

convention tripartite doivent être en lien perpétuel, et ce n'est pas toujours le cas. Les exigences, dues à l'augmentation de la dépendance des personnes accueillies en maison de retraite et la prise en charge de personnes démentes, demandent une nouvelle adaptation aux besoins et des pratiques professionnelles en constante évolution. En bref, pour obtenir de nos partenaires les subventions nécessaires, l'EPHAD doit avoir des résidents très dépendants, et ce aux détriments du personnel à qui il est demandé d'être opérationnel malgré des besoins de plus en plus drastiques !

Tous ces changements font ainsi apparaître un essoufflement professionnel et des maltraitances et incivilités quotidiennes. Le personnel est régulièrement formé : aux maladies d'Alzheimer, aux manipulations, aux maltraitances, à la sécurité...Ces formations sont accueillies avec enthousiasme vu le besoin, mais lorsque nous nous retrouvons dans notre quotidien les exigences de nos pratiques de travail ne permettent pas toujours d'appliquer aux mieux nos apprentissages.

1.2 Pourquoi nous interroger ?

Et puis...lorsque Mme J. qui demande toujours de retourner chez sa mère , que nous lui répondons que sa mère est au ciel et qu'après un silence...elle nous regarde, et nous dit : « Non...ne me dites pas qu'elle a pris l'avion ! ». C'est alors qu'un éclat de rire fuse dans la pièce, la réplique de Mme J. fait rire le personnel et les résidents présents. Une sonnette se met à bipper, Mme B. nous appelle, elle est souillée et la salle de bain aussi, et nous nous mettons à rétablir la propreté du lieu et de la personne avec le sourire encore présent suite aux éclats de rire que Mme J. a suscités...

Ou encore Mme L. a disparu, nous la cherchons partout dans l'établissement, dans les environs...déjà une heure que nous tournons et puis...dans la chambre de Mme C. nous voyons Mme L. dans le lit en train de lire une revue et qui ravit de nous voir nous dit : « comment tu as fait pour me trouver ? »....Sa réplique a sûrement esquivé une remarque désobligeante due à notre recherche qui commençait à devenir angoissante !

Dans un article d'Infokara « *La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs* » Danielle BECK[10] écrit « *L'humour est une forme d'esprit qui cherche à mettre en valeur avec drôlerie le caractère ridicule, insolite ou absurde de certains aspects de la réalité, qui dissimule sous un air sérieux une raillerie caustique...C'est un langage, un moyen d'expression, il est porteur*

10 BECK D., *op.cit., cf.supra*

de messages. Il libère les tensions et préserve notre santé... ».

L'étude européenne PRESST-NEXT[11] (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) financée par la Commission européenne, concernant la situation de travail et de vie des personnels soignants ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur métier, nous explique que : « *L'efficacité des institutions sanitaires et sociales dépend fortement de la santé des équipes qui en assurent le fonctionnement en continu (arrêts maladie, risque d'erreurs, départs prématurés des soignants…). De plus, les directions de ces institutions se doivent d'assurer la promotion et le maintien de la santé de leurs salariés. C'est pourquoi il est nécessaire d'établir des données de référence pour élaborer des stratégies, des programmes et des instruments de mesure pour améliorer la santé des salariés du secteur de soins en construisant des partenariats entre différentes organisations, institutions, et les unités de soins elles-mêmes. »*

Le rire pourrait être une de ces stratégies !

Toutes ces recherches, nous invitent à réfléchir sur nos méthodes de travail, sur notre approche de la personne âgée. D'un côté l'institution nous demande du rendement : un maximum de toilettes en un minimum de temps (dans les écoles d'aides soignantes, on parle de 25 à 35 minutes pour une toilette, en pratique si nous avons 10 minutes, nous sommes ravies!!). Comment accepter ces conditions de travail peu confortables, sans sentiment de culpabilité ? Sans perdre l'estime de soi ?

La convention tripartite a permis certaines améliorations : un médecin coordonnateur, un psychologue, un infirmier référent, des projets de vie individualisés sont mis en place...Tout ceci n'est que ponctuel, et bien loin de la réalité quotidienne. La création d'une unité Alzheimer est préconisée, avec évidemment du personnel formé...Certaines EPHAD cherchant toujours des subventions, mettent en place cette unité, mais sans locaux adaptés, sans préparer les soignants à l'accueil de ses pathologies...

Entre charge de travail imposante, stress, désillusions...les soignants ne trouvent plus de ressources sur leur lieu de travail, et pourtant ils ont besoin de vitalité pour aborder tous les obstacles que leur position occasionnent, mais aussi pour faire rentrer la vie dans ses maisons de retraite que certains n'hésitent pas encore de nos jours à nommer des « mouroirs » !!

Nous nous sommes donc intéressée au rire : quel impact peut avoir le rire sur la dynamique

11 http://www.presst-next.com Le projet européen NEXT (QLK6-CT-2001-00475)

d'une équipe en maison de retraite ? Nous sommes même allée plus loin dans notre réflexion. Vus les exemples que nous avons décrits plus haut, nous nous sommes rendue compte que certaines situations « loufoques » dans lesquelles nous pouvons nous trouver, procurent des éclats de rires qui nous délassent, effacent un temps les difficultés, permettent de prendre du recul, nous rapprochent autant des collègues que des résidents car le rire n'a pas de barrière sociale...Le rire apporterait une dynamique libératrice de tension, et créatrice de liens sociaux.

Une petite étude du rire s'avère utile, au travers de laquelle nous réfléchirons sur ses effets et ses bénéfices. Nous soulignerons quelques théories de la dynamique de groupe pour trouver le lien entre le rire et cette dynamique. Ensuite, nous pourrons observer nos avancées sur le terrain : le rire a-t-il son « mot » à dire dans une équipe de soignants en maison de retraite ?

2. Le rire

2.1 A propos du rire

« Le rire est le propre de l'homme » a dit Aristote, citation controversée aujourd'hui, mais nous la citons juste pour souligner cet intérêt de tout temps que l'homme a pour le rire. De nombreuses études ont été faites à ce sujet, qui ont démontré que ce rire ne pouvait être que bénéfique. Il est à consommer sans modération !....une dose le matin, une dose l'après-midi et une dose le soir !!

Du bouffon à Djamel, humoriste contemporain, récemment le film « Les intouchables », et son succès international, nous donnent la possibilité de rire de choses graves : ici, le handicap, ce qui nous amène à en conclure que l'on peut rire de tout, mais DESPROGES ajoute « mais pas avec tout le monde ». L'humour a donc un pouvoir certain !....puisque omniprésent.

Pour FREUD, le rire est un moyen d'atteindre une autre dimension de soi, et de satisfaire la notion de plaisir.

Le rire nous permet d'entrer en relation avec autrui, par contagion déjà...entendre quelqu'un rire aux éclats dessinera au moins un sourire sur notre visage. Cette relation se fera sans préjugés, car elle vient naturellement, le rire étant un comportement réflexe qui exprime le plus souvent un sentiment de joie. Une étude sur les centenaires de la fondation IPSEN[12] (créée sous l'égide de la fondation de France en 1983), menée dans les années 1990-2000 par le Dr Michel ALLARD nous explique que l'optimiste est un des critères de la longévité de ces personnes.

Nous constatons que le rire a des vertus non négligeables et tout a fait exploitables ! D'ailleurs les clowns d'hôpital ou les thérapies par le rire (la rigologie) en sont des exemples types : les bénéfices du rire sont aujourd'hui reconnus et pris en considération.

12 IPSEN, groupe biopharmaceutique de dimension mondiale

2.2 Les effets du rire

2.2.1 Les effets sociologiques

Le Dr ROD Martin donne au rire un rôle social : « *L'humour et le rire jouent un rôle social important. Ils permettent de créer des liens; ils favorisent les rapports entre les gens. Lorsque des groupes de gens rient ensemble, ils ont un sentiment de connectivité.* »[13]. Et BONARDI Christine dans un article du Journal des psychologues précise que c'est *« une clé positive pour résoudre les difficultés : on ne déploie pas pour se faire apprécier des autres, mais pour qu'il devienne vecteur d'un lien social »*[14].

Ce lien social que l'on retrouve dans de nombreuses œuvres littéraires philosophiques, sociologiques, psychologiques qui sont aujourd'hui des références telles : Jean-Jacques ROUSSEAU, *Du contrat social ;* Jacques LACAN, *Théorie des quatre discours ;* Émile DURKHEIM, *De la division du travail, Le suicide ;* Henri BERGSON, *Le rire,* est un concept essentiel de la sociologie. Il représente l'ensemble des relations des individus qui vivent dans un même groupe social. Ce lien est indispensable à l'intégration de l'individu dans son groupe, et lui offre une identité sociale. Le rire est ainsi un moyen d'aller vers l'autre.

Le rire souvent provoqué par des situations considérées comme particulières dans notre société , qui diffèrent suivant les cultures : ce qui nous fait rire peut ne faire aucunement réagir un inuit, engendre une interaction entre les individus

2.2.2 Les effets psychologiques

Deux articles des Revues.org, *En aparté avec les morts*[15] et *La gestion des émotions aux Pompes Funèbres, une compétence reconnue*[16], évoquent le rire comme un échappatoire. Le rire permet aux travailleurs dans les pompes funèbres de relativiser et de mettre une distance entre la situation et leurs émotions. Il est même souligné dans ces articles que les fous rires sont presque quotidiens. De quoi rient-ils ? : « *les bizarreries de certaines familles, les situations loufoques, les*

13 MARTIN R. *The Psychology of Humour: An Integrative Approach*
14 BONARDI C. (2009), L'humour : un kaléidoscope pour les sciences humaines, dans *Le journal des psychologues* n°269, p.22-26.
15 TROMPETTE P. et CAROLY S. (septembre 2004), En aparté avec les morts…Peur, larmes et rire au travail : les métiers du funéraire, Peurs et menaces, Revues.org n°43
16 BERNARD J. (septembre 2009), La gestion des émotions aux Pompes Funèbres, une compétence reconnue, *Revues.org* n°99

petits incidents, parfois invisibles aux non-initiés, mais qui n'auront pas échappé aux professionnels. ». Ce relativisme et cette distanciation, gérés par le collectif leur permet de garder une estime de soi. La distanciation relativise la situation et préserve d'une trop forte affection. LIGHEZZOLO et De TYCHEY présente l'humour comme un facteur de protection individuel « *l'humour qui métamorphose une situation, transforme une pesante tragédie en légère euphorie, permet de prendre de la distance, de moins se laisser entamer par l'épreuve »*[17].

2.2.3 Les effets physiologiques et physiques

Définition du rire dans le dictionnaire français Larousse :« *Manifester une gaieté soudaine par l'expression du visage et par certains mouvements de la bouche et des muscles faciaux, accompagnés d'expirations plus ou moins saccadées et bruyantes.* »

a) Au niveau musculaire

Lorsque nous rions une onde musculaire se propage. Au niveau du visage, les muscles se contractent en particulier les zygomatiques et le dilatateur des narines. Au niveau du ventre, les abdominaux sont tellement contractés que le ventre est massé, ce qui peut aussi créer un relâchement des sphincters et provoquer une énurésie (sensation plutôt désagréable, car très gênante!). Et enfin au niveau du dos et des jambes, les muscles se relâchent et la circulation sanguine s'accélère, tandis que le cœur se met à battre plus vite provoquant une dilatation des artères et par conséquent une sensation de bien-être. Le Dr Henri RUBINSTEIN, neurologue compare le rire à un jogging stationnaire.

b) Au niveau respiratoire

Le rire produit une séquence proche des respirations du yoga. Il associe une inspiration ample et brève, une pause respiratoire et une expiration longue et saccadée. Cette technique respiratoire permet de nettoyer l'organisme par l'oxygène. La valeur des échanges respiratoires peut atteindre le triple voire le quadruple de celle de l'état de repos, le sang est donc mieux oxygéné. De plus le rire nettoie et libère les voies aériennes.

17 LIGHEZZOLO J. et DE TYCHEY C. (2004), *La résilience*, Paris : In Press

c) *Au niveau neuro-hormonal*

Le rire augmente la synthèse d'hormones de la série des endorphines, qui ont une action antalgiques, diminuent l'anxiété et régularisent l'humeur.

d) *Effet du rire sur le stress*

En assurant une bonne oxygénation du sang, le rire favorise sa circulation. L'hypothalamus (à la base du cerveau) sécrète des endorphines, hormones à propriétés antalgiques qui réduisent les excès d'adrénaline et de cortisone générés par le stress. Cette sécrétion apaise le corps et apporte un bien être. Le rire permet aussi de se libérer d'un malaise ou d'une angoisse car il enlève les tensions du corps.

e) *Effet du rire sur le système immunitaire*

Le rire ferait chuter le niveau de cortisol, une hormone qui empêche le bon fonctionnement du système immunitaire. De plus, cela augmenterait le degré d'activité des lymphocytes T cytotoxiques. Ces derniers sont des cellules du système immunitaire qui reconnaissent et détruisent les cellules cancéreuses. Selon le Dr. Lee BERK[18] de l'université de Loma Linda (Californie, USA), le rire contribue à accroître le taux d'anticorps. Les chercheurs ont trouvé, qu'au terme d'une thérapie par le rire, il y a un accroissement d'anticorps (Immunoglobuline A) dans les muqueuses du nez et des voies respiratoires, ces anticorps reconnus pour leur capacité protectrice contre les virus, les bactéries et autres micro-organismes.

Maintenant que nous avons listé les effets du rire, nous devons déterminer ce qu'est une dynamique de groupe pour arriver à notre problématique : le rire peut-il avoir un impact sur cette dynamique ?

18 http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2008-04-07/les-bienfaits-du-rire-sur-diverses-hormones

3. La dynamique d'équipe

3.1 A propos de la dynamique d'équipe

Nous devons l'institutionnalisation de ce concept à LEWIN K., dans les années 1943-1945, aux USA ; avec le soutien de quelques disciples (comme LIPPITT, FESTINGER, FRENCH, pour ne citer que les plus célèbres), il créa un centre de recherche en dynamique des groupes au MIT (Massachusetts Institue of Technology), à Boston. Et c'est dans ce centre que les premières difficultés à travailler en équipe obligent les chercheurs à communiquer de façon plus « authentique ». Cette dynamique des groupes peut se diriger vers un idéal démocratique ou communautaire, une adaptation à la société existante, des objectifs révolutionnaires ou avoir une visée thérapeutique. Quelque soit son objectif, la dynamique de groupe est un processus de changement.

En ce qui concerne la recherche qui nous intéresse : l'impact du rire dans la dynamique d'équipe, nous considérerons le rire comme un déclencheur de processus de changement. Par ses effets sur le stress, ne pourrait-il pas s'apparenter à une « soupape de décompression » ? et par là même, à un moyen de changer d'attitude ? d'atténuer l'agressivité ? le « burn out » ?

En psychologie sociale, la notion de « groupe restreint » apparaît pour étudier cette dynamique interactive entre les différents membres d'un groupe. MUCCHIELLI[19] (1968) explique qu'un groupe sort du champ de la dynamique à partir du moment où son importance fait que les relations directes, de face à face, deviennent impossibles ou partielles. Et De VISSCHER[20] (1991) définit le groupe restreint comme *« un ensemble de personnes en nombre égal ou supérieur à cinq, effectivement rassemblées en même temps en un même lieu, ayant la possibilité de se percevoir, de communiquer et d'interagir, de façon directe et réciproque, partageant quelque expérience suffisamment significative et durable pour entamer un processus instituant et structurant et réaliser une certaine entitativité* (perception du groupe comme une unité) ». Et nous terminerons ce bref tour d'horizon de cette notion de groupe restreint avec SAINT-ARNAUD[21] qui parle de « participation » pour décrire l'ensemble des facteurs qui caractérisent le lien qui s'établit entre une personne et le reste du groupe. Parmi ces facteurs, le plus important pour lui est sans doute la

19 MUCCHIELLI R. (1992, 13ème édition). *La conduite de réunions*. Paris, PUF.
20 De VISSCHER. (1991). *Us, avatars et métamorphoses de la dynamique des groupes. Une brève histoire des groupes restreints.* Grenoble. Presses Universitaires de Grenoble.
21 SAINT-ARNAUD Y. (1989). *Les petits groupes. Participation et communication ».* Les Presses de l'Université de Montréal. Présenté par AUBRY J.-M. dans *Dynamique de groupe*, p. 89-95.

motivation des personnes ou leur aptitude à se sentir concernées par l'objet de la rencontre. C'est alors que MUCCHIELLI[22] définit une « équipe de travail » comme « *la convergence des efforts pour l'exécution d'une tâche qui deviendra alors l'œuvre commune* ».

SAINT-ARNAUD développe sa théorie du groupe optimal au travers de quatre principes de base, et nous retiendrons le quatrième qui se rapproche de notre recherche où il précise que l'harmonie du groupe se maintient grâce à un bon dosage des énergies disponibles et d'entretien et « *permet de lever ces obstacles ou de les atténuer à mesure qu'ils surgissent, et alimente un processus secondaire d'autorégulation.* »[23].

Comment cette dynamique évolue-t-elle en maison de retraite ?

3.2 La dynamique d'une équipe de soignants en maison de retraite

Comme nous l'avons déjà soulevé dans l'introduction, travailler en maison de retraite peut très vite dévier vers un avilissement, du à la fréquentation quotidienne de la vieillesse, la maladie, la mort, qui sont en contradiction avec ce que l'homme recherche : la jeunesse, le bien être et la vie ! Alors comment pouvons-nous optimiser cette dynamique chère à la cohésion d'une équipe de travail ? AUBRY J.M [24]considère trois niveaux d'activité pour qu'un groupe se mette en marche vers ses objectifs. Ces trois niveaux sont : le contenu, la procédure et le climat. Nous nous intéresserons ici au climat : « *L'interaction psychologique entre les membres est faite non seulement d'échanges et de discussions sur les plans rationnel et objectif, mais aussi d'actions et de réactions affectives et émotives qui influencent le climat du groupe.* » et il rajoute que :« *Pour parvenir à des décisions productives, le groupe réaliste doit tenir compte de ces trois niveaux de fonctionnement. Il doit évidemment chercher à préciser ses objectifs le plus nettement possible, prendre le temps de définir clairement les méthodes qu'il entend suivre afin d'atteindre ses objectifs plus efficacement et demeurer attentif aux diverses réactions socioémotives dont l'impact peu s'avérer décisif dans la poursuite des objectifs communs* ».

Maintenant nous pouvons souligner une autre approche de la dynamique de groupe, une approche clinique d'inspiration psychanalytique où ANZIEU[25] donne une autre définition de cette

22 MUCCHIELLI R. *op.cit., cf.supra*
23 SAINT-ARNAUD Y. (1989). *Les petits groupes. Participation et communication* ». Les Presses de l'Université de Montréal.
24 AUBRY J.M. (2005), *Dynamique des groupes*, Les Éditions de l'Homme, Québec. p.49
25 ANZIEU & MARTIN (1982), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF.

dynamique « *rendre les membres d'un groupe sensibles à l'articulation ou aux conflits de leurs fantasmes, soit pour les en dégager, soit pour qu'ils puissent y puiser des ressources psychologiques inconscientes transférables dans une entreprise commune* ». Les psychanalystes de groupe soulignent que la participation à la tâche ne signifie pas pour autant coopération et cohésion du groupe. Cette cohésion est la résultante de toutes les forces qui agissent sur les membres, pour qu'ils restent dans le groupe. Les facteurs de cohésion socio-affectifs sont les motivations, plus ou moins avouées, qui varient d'un individu à l'autre. Et ces motivations permettent d'expliquer les comportements individuels dans le groupe.

Nous sommes sensible à cette conception du groupe en vu de ce conflit interne que les soignants en maison de retraite gèrent quotidiennement : conflit entre les exigences professionnelles et leurs valeurs, conflit occasionnant une démotivation, une défaillance de l'estime de soi. Chaque jour, nous devons faire en sorte de respecter les quatorze besoins fondamentaux élaborés par MASLOW[26] A. dans sa pyramide, pour chacun des résidents. Avec ceci et prenant en compte la constante augmentation des tâches , le temps accordé à chacun des résidents permet au personnel de s'attarder seulement sur les deux premiers niveaux de cette pyramide : les besoins physiologiques et les besoins de sécurité. Les trois autres niveaux : besoins d'appartenance et affectifs, estime et accomplissement personnel sont laissés de côté...C'est ainsi que va se développer chez ces soignants, un sentiment d' « inachevé » qui va se transformer en stress, opprimant les gestes du quotidien. Comment allons nous expliquer à M. S., qui vient de perdre sa femme et nous reçoit ce matin les yeux pleins de larmes, que nous n'avons pas le temps matériel de nous asseoir auprès de lui quelques instants, parce que de nombreux résidents nous attendent pour la toilette, et que le temps passé à effectuer toutes ces toilettes est minuté... ?! Et comment ne pas s'irriter auprès de Mme C., diagnostiquée Alzheimer, qui ne veut jamais se lever parce qu'elle n'apprécie pas d'être bousculée au réveil ?!...mais toujours ce temps compté...pour ne pas dire presque chronométré...ouf !!...Nous avons besoin d' air !!...De cet oxygène qu'un bon éclat de rires pourrait nous offrir !

Effectivement comment dynamiser une équipe qui évolue dans l'ambiguïté d'une prise en charge du résident « humaine » et des conditions de travail peut appropriées ? LITIM et KOSTULSKI[27] précisent que la maltraitance est un « *phénomène collectif et organisationnel, et non*

26 MASLOW A. (1943), *A Theory of Human Motivation*, La pyramide des besoins.
27 LITIM & KOSTULSKI (2006), *Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie*, dans « Nouvelle revue de psychosociologie », n°1,p.51.

un comportement de malveillance individuel. Plus encore, si les patients sont maltraités, c'est avant tout parce qu'on maltraite le métier ». Nous voyons bien combien il est compliqué pour un soignant de se positionner entre son rôle de « prendre soin » et ce que sa hiérarchie lui impose. Cette hiérarchie, en prise avec les restrictions budgétaires de plus en plus drastiques depuis la crise financière, semble à mille lieues de la réalité du terrain. Ces deux auteurs, précédemment cités, rajoutent dans leur article « *la prescription organisationnelle, portée par l'encadrement direct du service, reste bien vivante. La transmission n'est donc pas celle du métier, mais celle d'une conformité du geste professionnel aux injonctions de l'organisation, laissant à chacun le risque de courir vers un délitement du sens de son travail »*[28].

Comment le soignant peut-il se défendre des effets pervers de cette demande ?

28 LITIM & KOSTULSKI, op.cit., cf.supra

4. Méthodologie de la recherche

4.1 Notre choix de méthode

Nous ne pensions pas qu'introduire la notion de rire dans une maison de retraite s'avérerait aussi ardu ! Le rire ne semble pas assez pris au sérieux. A priori, cela paraît compréhensif, et pourtant vu tous les bénéfices que nous pouvons en tirer : le rire devrait être une priorité dans nos établissements !...d'autant qu'il ne coûterait pas un centime ! Comment peut-on refuser du bien être gratuit ?!!

Notre problématique s'attache a analyser ici : **l'impact du rire sur la dynamique d'une équipe de soignants en maison de retraite**. Et à travers de cette problématique, nous formulons les deux hypothèses suivantes :

- **Hypothèse 1 :** nous postulons que le rire peut dynamiser une équipe, par sa fonction de créateur de lien sociaux, de rapprochement des membres du groupe, de vecteur « *de réactions affectives et émotives qui influencent le climat du groupe.* »[29] (AUBRY).
- **Hypothèses 2 :** le rire par ses effets psychologiques, sociologiques et physiologiques bénéfiques, qui impulse cette dynamique, va par conséquence favoriser l'esquive de certaines maltraitances quotidiennes, d'incivilités, faites auprès des personnes âgées.

Pour acheminer notre recherche, nous avons opté pour une démarche en deux temps :

- une observation participante
- cinq entretiens directifs

Dans la première étape, nous souhaitons suivre une aide-soignante durant sa journée, où elle effectue différentes actions auprès des résidents. Nous avons choisi l'observation participante, car elle nous permet d'être au cœur de cette activité, de s'intégrer à l'environnement tout en observant l'attitude des acteurs. Ainsi, nous cherchons le rire...Est-il présent ? Pourquoi ? Quels éléments déclencheurs ? Quelles conséquences ?

« *Percevoir la dynamique des groupes exige, une décentration et une objectivité de la part de l'observateur* » précise MUCHIELLI[30] et détermine quelques règles principales, telles :

29 AUBRY J.M,
30 MUCHIELLI R. (1986), *La dynamique des groupes*, Les éditions ESF, Paris, p.21-22

- « *Ne pas se laisser absorber ou fasciner par le sens immédiat du contenu.*
- *Ne pas s'impliquer personnellement*
- *Ne pas interpréter ce qui se passe, ne pas se « projeter » sur le groupe*
- *Se décentrer*
- *Être vigilant et « présent » intégralement à ce qui se passe ici et maintenant*
- *Faire preuve d'empathie* »

Nous essaierons de les prendre en compte. Cependant ce qui nous paraît le plus aléatoire, est de ne pas influencer les observés. Alors nous avons choisi de présenter à nos collègues la dynamique de groupe comme le but de notre recherche sans mentionner le rire, qui fera son apparition lors des entretiens. Ce choix délibéré s'impose pour éviter tout emploi abusif de l'humour, pour être pris au sérieux par nos collègues sur un thème qui pourrait ne pas l'être.

Au cours de la deuxième étape, nous rencontrerons les soignants que nous avons observés, pour échanger avec eux sur le rire et sa place au sein de leur travail. Ces rencontres s'apparentent à un entretien directif. Ce type d'entretien ressemble au questionnaire, avec des questions ouvertes, mais orales. GHIGLIONE et MATALON le définissent comme *« un ensemble de questions ouvertes, standardisées et posées dans un ordre immuable à l'ensemble des enquêtés. Ces questions supposent de leur part des réponses relativement courtes et précises, à des questions non ambiguës. »*[31].

La pratique de l'entretien directif nous a paru plus sécurisante, vue notre position dans l'établissement. En effet, comme nous l'avons précisé dans notre présentation, cela fait 23 ans que nous travaillons dans cette maison de retraite (depuis sa création), de plus nous sommes déléguée syndicale et déléguée du personnel très active. Afin de prendre en compte au mieux l'influence de nos relations avec les salariés, le choix de l'entretien directif s'est imposé à nous, comme celui d'un cadre assez stricte, pour éviter que nos rencontres ne soient trop biaisées par notre position de soignant et nos engagements sociaux auprès des salariés, et que nos entretiens ne se transforment en bavardage entre amies.

Le choix de la directivité nous permet d'une part de définir clairement notre outil, et d'autre part de le contrôler, en même temps que notre neutralité verbale. De plus les réponses obtenues doivent être précises et comparables. La directivité nous réconforte ici en ce qui concerne la validité des informations recueillies, en raison de l'ordre et de la standardisation des questions.

31 GHIGLIONE et MATALON (1991). *Les enquêtes sociologiques, théories et pratique.* Armand Colin, p.79

Pour mener à bien et avec le plus de neutralité possible nos entretiens nous nous appuierons sur PORTER et sa classification des attitudes de l'enquêteur qui doivent faciliter le discours libre de l'enquêté :

- attitude de décision
- attitude de compassion
- attitude d'enquête
- attitude d'évaluation
- attitude d'interprétation
- attitude de support
- attitude de compréhension

« *Toutes ces attitudes entraînent une modification du discours spontané de l'interviewé dans le sens d'un blocage, d'un refus de poursuivre.* »[32]

A ce jour, nous avons déjà pris contact avec trois maisons de retraite. Le rendez-vous avec la direction se passe très bien, le sujet emballe !....et puis quelques jours avant notre stage, la direction nous téléphone pour s'excuser : trop d'absentéisme, pas envie de rire …. !!!....et c'est là que nous nous exclamons que le rire n'est pas pris au sérieux !!!

En définitif, le temps passant, la date butoir de l'envoi de notre travail avançant, nous nous trouvons dans une impasse. Le seul moyen, le plus rapide, est donc de faire notre enquête sur notre propre lieu de travail, sachant que les résultats manqueront d'objectivité puisque nous avons déjà intégré le rire dans nos pratiques quotidiennes. Aussi, lorsque nous analyserons nos résultats, nous n'oublierons pas ce biais : la relation entre l'enquêteur et l'enquêté influencée par la promiscuité des deux intéressés.

4.2 L'observation participante

Il s'agit d'une « *recherche caractérisée par une période d'interactions sociales entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers. Au cours de cette période des données sont systématiquement collectées (…). Les observateurs s'immergent personnellement dans la vie des*

32 PORTER (2009), cité dans les cours du SED de Licence de psychologie de l'Université de Toulouse le Mirail, par MARTINOT C.

gens. Ils partagent leurs expériences »[33]. LAPASSADE[34] distingue deux catégories d'observateur : l'observateur participant externe et l'observateur participant interne (O.P.I.), nous sommes ce dernier. *« L'O.P.I. est un chercheur qui est d'abord « acteur » dans un groupe où il a déjà sa place, dans un milieu qu'il va ensuite étudier ou dans une institution où il exerce une fonction...,l'O.P.I. part d'un rôle permanent et statutaire d'acteur et il lui faut, à partir de là, accéder au rôle de chercheur. »*[35]

Cette observation fut réalisée durant nos propres heures de travail auprès des soignants qui ont accepté de participer à l'entretien (se reporter au tableau de présentation des aides-soignants enquêtés p.18), sur une journée complète, car nous travaillons sur une amplitude de 12 heures, de 7h45 à 19h45. Nous avons précisé à nos collègues que nous faisions une enquête sur la dynamique d'équipe, en omettant volontairement de préciser le rôle du rire, pour éviter toute influence à ce sujet, par exemple : rire dans le seul but de satisfaire notre recherche.

Nous avons construit une grille d'observation en rapport avec nos hypothèses où sont listés certains comportements, afin de les quantifier et de les qualifier suivant ce que nous avons observé.

33 BOGDAN et TAYLOR (1975), cités par LAPASSADE G.(1996), *Les microsociologies,* Ed Economica, p.45
34 LAPASSADE G. (1996), *Les microsociologies,* Ed Economica, p.48
35 LAPASSADE G., op.cit., p.49

	A1			A2			A3			A4			A5		
comportement	Ma	Mi	Soir	Ma	Mi	Soir	Ma	Mi	Soir	Ma	Mi	Soir	Ma	Mi	Soir
Rire en interaction avec un résident	xxx xx x x	xxx xxx	x	xxx xx xx	xx xx	x xxx	xx	x x x	x	x x x	x x	x	xx	xx xxx	xx
Total	7	6	1	7	4	4	2	3	1	3	2	1	2	5	2
Total dans la journée	14			15			6			6			9		
Rire en interaction avec un collègue	xxx xx xxx	xx x x	x	xxx xxxx xxx	xx xx x	x x x	x x x x	x x x x	x	xx xx xx	xx xxxx x	xx	xx xx x	xx xx	xx xx
Total	8	4	1	10	5	3	4	4	1	6	7	2	5	4	4
Total dans la journée	13			18			9			15			13		
s'énerver	x	x								x x		x x			
Total	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0
Total dans la journée	2			0			0			4			0		
s'impatienter	x		x	x			x		x	xx xx	xx	xx xx	x		x
Total	1	0	1	1	0	0	1	0	1	4	2	4	1	0	1
Total dans la journée	2			1			2			10			2		

Légende : A1,A2...A5 : aides-soignantes observées
- Ma : matin ; Mi : midi
- x : apparition du comportement
- Total : nombre de fois où le comportement étudié est apparu

Tableau 1: Grille d'observation des comportements sur une journée

4.2.1 Analyse des résultats

a) Le rire

Nous voyons que le rire tient sa place. Toutes les occasions sont bonnes pour s'offrir une rigolade !

« Rire en interaction avec un résident » arrive souvent au cours d'une toilette le matin. Les résidents ayant la maladie d'Alzheimer, ou une pathologie apparentée, donnent au soignant de nombreuses occasions de rire, les comportements, les échanges verbaux apparaissent parfois tellement incongrus que le soignant ne peut qu'en rire. Par contre nous avons remarqué que les rires s'amenuisent au cours de la matinée, le temps prend le dessus, alors le soignant se met à courir après ce temps qu'il doit maîtriser : tous les résidents doivent être prêts pour le repas de midi ! Le rire peut se transformer en sourire, mais la réalité matérielle estompe l'enthousiasme.

« Rire en interaction avec un collègue » : les toilettes qui demandent de lourdes mobilisations s'effectuent à deux soignants au cours desquelles la complicité s'impose très vite à eux. C'est alors que, un savon qui glisse, un pull enfilé à l'envers, un mot qui écorche un autre...suffisent à déclencher quelques rires. Les repas de midi et du soir, les goûters où les soignants travaillent en collaboration, sont aussi des moments où les rires peuvent fuser. En bref, lorsque des soignants se retrouvent pour accomplir une quelconque action, ces moments leur accordent une détente partagée...ou ils en profitent pour oublier quelques instants, les désagréments de certaines tâches...Celles-ci réalisées en équipe s'effectuent à moindre coût, c'est à dire moins d'épuisement psychologique et/ou physique.

Ici nous notons aussi que le rire est de moins en moins présent au cours de la journée. Même entre collègues, le soir, les rires ne ressemblent pas à ceux du matin...une certaine tension se dégage, les rires sont plus des sourires, plus ou moins crispés...La fin de la journée pointe...

b) La dynamique d'équipe

Au travers de l'étude du comportement : « Rire en interaction avec un collègue », nous notons que le rire est beaucoup plus présent lorsque le travail s'effectue en équipe (à deux ou plus). Cette complicité apparaît comme un moyen d'échapper à la routine, à cette vision de la dégradation de l'être humain côtoyée quotidiennement. Cet échappatoire semble nécessaire pour maintenir un certain équilibre affectif. Le soignant doit se détacher pour ne pas se laisser envahir par des

émotions qui troubleraient son équilibre psychologique. Le rire a cette capacité de faire abstraction de l'environnement : celui qui rit, laisse parler son corps sans tabou.

Nous avons utilisé le mot « complicité » pour expliquer ces fous rires qui éclatent entre soignants. Car nous avons pu observer que lorsque le rire se transforme en des rires, un lien se crée entre les différents acteurs. Effectivement les conventions s'oublient, il n'y a plus de hiérarchie (l'infirmière peut s'intégrer à ce divertissement), plus d'animosité entre collègues...une communication intrinsèque s'établit. De plus, cette communication « joyeuse » transforme l'atmosphère : en quelques minutes tout semble s'apaiser, les tensions disparaissent.

Nous voulons rajouter qu'aucun de ces rires observés ne nous a paru mal placés, ridicules ou moqueurs. Et bien souvent, pour ne pas dire à chaque fois, au rire du personnel soignant s'en suit le rire des résidents.

Durant la journée, deux flashs réunissent tous les acteurs professionnels : les aides-soignants, les aides-médico-psychologiques, l'infirmière, l'infirmière référente, la psychologue et le médecin coordonnateur (une fois par semaine pour ces deux derniers), le premier à 7h45 avec l'équipe de nuit et le second à 14h15. Au cours de ces flashs, nous entendons parfois quelques rires, car il arrive que certains nous racontent les exploits d'un résident, et les tensions s'amoindrissent. Si rien de particulier n'est relevé, ces flashs peuvent se transformer en exutoire régénérateur. Nous retrouvons ce besoin de partager en équipe...

Le métier de soignant ne s'imagine pas en individuel. « Prendre soin de » quelqu'un ne peut s'effectuer seul, « prendre soin de » est l'apanage d'un ensemble d'acteurs. Et c'est ce tout qui apporte tous les éléments nécessaires à une bonne prise en charge, c'est à dire une prise en charge complète de la personne âgée. Et si nous voulons que cette prise en charge s'avère la plus humaine possible, il faut d'abord que les soignants travaillent dans des conditions les plus humaines possible !

c) Le stress

Les comportements qui donnent des signes d'énervement ou d'impatience ne sont pas relevés à l'excès par les soignants que nous avons observés, sauf pour A4., qui reconnaît ne pas être dans son élément : travailler auprès de personnes âgées n'a pas été un choix pour elle, mais c'est plutôt imposé à elle. L'impatience est plus accentuée que l'énervement, bien que l'énervement fait parfois suite à l'impatience, si celle-ci n'est pas résolue assez rapidement. Par exemple : raccompagner une résidente qui marche difficilement avec un déambulateur jusqu'à sa chambre, pour la coucher, sachant que nous sommes déjà en retard et que les autres résidents sauront nous le reprocher. Et

pourtant, nous remarquons aussi que A4 peut rire durant sa journée, beaucoup plus avec ses collègues qu'avec les résidents...Nous pourrions en déduire, suite aux effets du rire sur le stress qu'heureusement que A4 rit. Grâce au rire, A4 sécrète des endorphines, hormones aux vertus antalgiques et atténue son excès d'adrénaline et de cortisone. Pouvons-nous imaginer quelles conséquences auraient une journée sans rire pour A4. … et les résidents ?!

En résumé, nous pouvons alléguer :

- une réelle présence du rire dans le quotidien des aides-soignantes observées, surtout lorsqu'une autre personne entre en jeu : un collègue ou un résident. Le lien social apparaît grâce au rire, car il ouvre la communication.
- Le rire disparaît au fil de la journée. Les tâches quotidiennes traduisent une certaine routine, qui transforme le soignant en « automate ». Cependant, cette automatisme déshumanise les relations.
- Les signes d'impatience ou d'énervement ne sont pas excessifs. D'ailleurs nous avons remarqué que souvent ces comportements sont relativisés par l'environnement, si cet environnement est joyeux. Un exemple semble approprié pour nous expliquer : c'est le dîner, Mme B. ne veut pas manger sa soupe, et A4 commence à s'impatienter, Mme B. refuse d'ouvrir la bouche, A4 s'énerve après elle et essaie d'introduire la cuillère contre son gré...et puis Mme B. éternue !....et A4 se retrouve couverte de vermicelles....toute la table se met à rire, et par ricochet Mme B. rit, puis toute la salle à manger rit...A4 ne peut que rire à son tour !!...Néanmoins, l'événement ne s'arrête pas là : Mme B. se met à manger sa soupe !
  L'effet apaisant du rire se démontre ici : A4 s'est détendue, et Mme B. a retrouvé l'appétit.

L'observation participante nous permet de quantifier ou du moins de systématiser certains comportements au cours d'une journée. Donc nous avons rangé dans un système préétabli de catégories issues de nos hypothèses de travail, les comportements qui nous intéressent, ayant pour unité leur apparition. Dans notre tableau nous pouvons ainsi calculer leur fréquence. Ces catégories sont :

- rire : avec deux propositions, en interaction avec un résident ou avec un collègue
- s'énerver
- s'impatienter

Pour MASSONNAT (1992), « *l'observation centrée sur un objet commence à l'initiative de quelqu'un qui va dégager un objet d'étude. Après quelques séquences d'observation globale, non*

focalisées, il précisera la nature du phénomène observé et les questions qu'il se pose »[36]. L'observation va nous permettre de recueillir des informations sur les comportements non verbaux des soignants, et d'appréhender une réalité vécue, que nous compléterons avec les entretiens où la parole sera donnée et où nous intégrerons le rire, ici dissimulé intentionnellement. L'observation se présente comme une enquête exploratoire pour la mise en place des entretiens.

Suite à cette observation, nous allons rencontrer tour à tour les cinq soignantes qui ont accepté de participer à notre recherche, pour l'entretien directif où nous aborderons la notion du rire au travail.

4.3 L'entretien directif

L'organisation de ces entretiens fut ardue !...Le mois de mai pointe son nez, de nombreux salariés prennent des congés, et de nombreux autres sont en maladie (constat récurent dans nos établissements). Nous décidons donc de faire ces entretiens chez nous, suivant les disponibilités de chacune. Nous craignions au départ que tout ceci ne soit pas pris très au sérieux : le thème, notre relation professionnelle...Mais les cinq soignantes (aides-soignantes ou aides-médico-psychologiques) qui ont participé à notre enquête, en ont accepté les règles, et les entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes.

Une grille d'entretien a été construite au préalable, où les questions suivent une logique en rapport avec nos thèmes de recherche.

Lorsque nous avons recueilli toutes les données de chaque entretien : données écrites (prise de notes), avec quelques annotations ajoutées dès la fin de la rencontre sur les différents comportements et attitudes des enquêtées qui nous ont paru importants à souligner, nous en avons analysé le contenu. Cette analyse de contenu garde comme ligne directive nos hypothèses sur le rire : une dynamique d'équipe et qui par ses effets sur le stress, les muscles, la respiration...permet au personnel soignant de décompresser et par là même d'éviter des maltraitances quotidiennes faites aux personnes âgées, dues souvent à ce stress envahissant.

36 BLANCHET A., GHIGLIONE R., MASSONNAT J., TROGNON A., (1992), *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Dunod. cité dans Scouarnec Aline, « L'observation des métiers : définition, méthodologie et "actionnabilité" en GRH », *Management & Avenir*, 2004/1 n° 1, p. 23-42. DOI : 10.3917/mav.001.0023.

4.3.1 Grille d'entretien

1. Qu'est-ce qui te fait rire ?
2. Ris-tu souvent ?
3. T'arrive-t-il de rire au travail ?
4. De quoi ris-tu au travail ? Qu'est-ce qui te fait rire au travail ?
5. T'arrive-t-il souvent de rire au travail ?
6. Trouves-tu gênant de rire au travail ?
7. As-tu une anecdote à nous raconter qui t'as beaucoup fait rire (au travail) ?
8. Penses-tu qu'une journée (au travail) sans rire est morose ?
9. Aimerais-tu rire plus souvent (au travail) ? Pourquoi ? Comment ?
10. Y a-t-il des moments dans la journée « au travail » où tu te sens plus « énervée » ?
11. Qu'est-ce qui te stresse le plus au travail ?
12. Comment gères-tu ce stress ?
13. Qu'est-ce qui pourrait faire glisser un soignant vers la maltraitance, à ton avis ?
14. As-tu des propositions à faire pour gérer au mieux cette maltraitance (au quotidien) ?

	A1	A2	A3	A4	A5
Sexe F/M	F	F	F	F	F
âge	53ans	44ans	26ans	47ans	34ans
Années d'expériences en maison de retraite	21ans	7ans	7ans	5ans	10ans

Légende :
F: féminin
A1, A2...A5 : aides-soignantes observées, et interviewées

Tableau 2: Présentation des aides-soignantes enquêtées

4.3.2 Analyse de contenu

Les conditions de passation de nos entretiens n'étant pas optimales, nous avons insisté sur la durée de l'entretien, qui nous a permis de donner un cadre, pour contrebalancer : le lieu et nos relations presque amicales. Les thèmes que nous souhaitons aborder sont : le rire, la dynamique d'équipe et la maltraitance.

a) Le rire

Le rire est unanimement approuvé par nos interlocutrices !

Que ce soit dans le privé :

A2 : « *Je ris d'une situation comique , de moi...* »

A1 : *« Je peux rire de tout, on en hérite du rire, mon père est un mariole.....les comiques me font rire même lorsqu'ils abordent des thèmes graves. »*

A3 : *« Je ris des blagues de mon mari, de ma fille...surtout des trucs qui tournent autour de ma famille, des choses simples. »*

A5 : *« je ris de tout et de rien ! J'aime parler de tout et de rien, et en rire. »*

Que ce soit dans le travail :

A3 : *« Les collègues me font rire, ou quand un résident atteint de la maladie d'Alzheimer dit des trucs qui ne tiennent pas debout... »*

A1 : *« Les personnes âgées me font rire, les situations me font rire »*

A2 : *« Certaines situations avec les résidents me font rire. Je ris souvent, c'est ma nature. »*

A5 : *« Au travail...certains résidents, certains collègues me font rire....comme ils peuvent me faire pleurer.... »*

Nous voyons bien que le comique naît souvent d'une situation particulière créée par les résidents(A3,A1,A2,A5), ou ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ou ceux qui tout simplement ont un certain sens de l'humour. BERGSON s'est demandé pourquoi et de quoi les humains rient et il nous explique que le comique naît d'une sorte d'anormalité du corps humain : par exemple si quelqu'un trébuche, faute d'avoir su éviter un obstacle, *« Il n'y a pas de comique en dehors de ce qui est proprement humain. »*[37]. La maison de retraite grouille d'anormalités du corps humain, alors

37 BERGSON H., (1940), *Le rire. Essai sur la signification du comique*, Paris PUF, p.2

il est facile d'en rire et nos interviewées en usent !

Le sérieux du rire est malgré tout souligné, chacune garde une certaine réserve sur l'approche du rire au travail. Effectivement, elles ne veulent pas que nous croyons qu'elles se servent des résidents pour les ridiculiser :

A2 : *« des situations avec les résidents me font rire, mais sans me moquer »... « Je ris déjà suffisamment comme ça, sinon je passerais pour une fille légère, non professionnelle »*

A1 : *« les personnes âgées me font rire, et je n'ai jamais l'impression de m'en moquer »... « tu ne peux pas rire de tout avec tout le monde : par exemple, tu ne peux pas rire de la religion avec une sœur »*

A3 : *« il ne me semble pas qu'on rit beaucoup au travail, on est sérieux » « ce n'est pas gênant de rire au travail, mais il faut voir le contexte, si c'est pour se moquer d'un résident, non, il faut savoir respecter le résident »*

A4 : *« Je ris pour des événements qui ne sont pas risibles, on en rit mais ce n'est pas rigolo. »*

A5 : *« Ça dépend de la situation dans laquelle tu te trouves. Quand il y a un décès, je me dis que ce n'est plus une personne, et je peux rire pendant la toilette mortuaire* (une toilette mortuaire se fait à deux soignants), *mais devant la famille je sais me tenir. »…. « C'est pas grave si je ne ris pas une journée, mais si c'est tous les jours que je ne ris pas, là c'est grave ».* BECK[38] D. parle « *de protection contre les blessures personnelles,...il* (l'humour plutôt « noir ») *permet d'adoucir les souffrances, l'angoisse lors de pertes répétées.....L'humour permet de se relier .».* La réponse de A5 sur le rire durant la toilette mortuaire pourrait en choquer plus d'un, et pourtant cet humour n'est pas un manque de sérieux. Les propos de A5 peuvent aussi être entendus comme un moyen de ressouder des liens entre les membres de l'équipe, et dans cette situation (la toilette mortuaire) les soignants ont plus que besoin de ce lien social pour se protéger d'émotions trop envahissantes, telles sa propre mort ou celle d'un proche.

b) La dynamique d'équipe

Lorsque nous prenons en considération l'équipe de soignants, nous remarquons que la relation avec les collègues est un enjeu primordial pour garder un certain équilibre dans les tâches journalières. A1 nous dit : *« l'établissement peut être facteur de maltraitance envers le personnel,*

38 BECK D., *op.cit., cf.supra*

qui va la reporter sur les personnes âgées ». Et il y a le problème des salariés qui sont là parce qu'il faut travailler, et *qui n'ont pas leur place dans ce milieu, des personnes qui font ce travail sans s'y impliquer. C'est fatiguant d'essayer de régler les rapports entre collègues surtout avec ceux qui « se moquent des vieux !!! » (*une pointe de colère fait monter le son) »...Alors que rire avec ses collègues est vivifiant !

BERGSON écrit *« On ne goûterait pas le comique si l'on se sentait isolé. Il semble que le rire ait besoin d'un écho. »*[39]. Rire avec les collègues, *« Parfois, ceux sont les collègues qui font rire »* (A3, A5), signifie être ensemble, et être ensemble alimente la dynamique dans le groupe. *« Le rire doit répondre à certaines exigences de la vie en commun. Le rire doit avoir une signification sociale. »*[40] *ajoute* BERGSON

Quand nous arrivons à évoquer le stress, des soupirs se font entendre, des yeux se lèvent au ciel ! Le stress se ressent dans notre profession, et nos enquêtées sont conscientes des méfaits qu'il peut engendrer sur le bon déroulement de leurs pratiques. Ce stress est généré par :

A3 : *« ...manque de temps pour faire mon travail correctement ».* La réalité du terrain s'éloigne de la demande de la hiérarchie : le conflit interne s'amorce.

A1 : *« ...ne pas me sentir à la hauteur, quand je suis débordée, si je ne contrôle pas la situation, des imprévus (manque de personnel, malaise d'un résident...) qui vont remettre en cause l'organisation de mon travail. Si je ne maîtrise plus la situation, je m'énerve. ».* L'estime de soi de A1 se détériore dans certaines circonstances.

A5 : *« Quand on ne s'écoute pas , que tout le monde parle en même temps et qu'on se s'entend pas, au flash...ou quand tu fais des grands discours qui ne servent à rien : les transmissions où personne ne s'écoute !!! »*

A4 : *« je suis souvent énervée, impatiente...et ce sont les vieux qui me stressent !!! ».* MUCCHIELLI[41] indique que tout groupe possède sept caractéristiques psychologiques fondamentales. A4 est orpheline de certaines : « *l'existence d'émotions et de sentiments collectifs communs, l'établissement d'un équilibre interne et d'un système de relations stables avec l'environnement, l'existence de buts collectifs communs. ».* Ainsi pour elle, faire partie du groupe n'est pas acquis, et le conflit non réglé engendre son énervement et son impatience.

39 BERGSON H., *op.cit., cf.supra*, p.4
40 BERGSON H., *op.cit., cf.supra*, p.6
41 MUCCHIELLI R., (1995), *La dynamique des groupes*, ESF Editions, Paris, 14ème édition, p 104.

Cependant, nous constatons que chacune essaie de gérer son stress, comme il peut, ou « fait avec »..

A2 : *« quand je suis débordée, j'ai du mal à gérer, je respire...il faut que je me calme.... »*

A3 : *« je souffle un bon coup, j'arrive à relativiser »*

A1 : *« des fois on gère, on relativise, et des fois je ne gère pas. Je n'arrive pas à relativiser et je ne suis pas bien. Alors je pense à moi, à ma famille, je fais abstraction du travail. Ma famille m'aide beaucoup. J'arrive comme ça aujourd'hui, mais c'est avec l'âge que j'ai appris. »*

A4 : *« pour ne plus être stressée !!...il faut aller travailler ailleurs, pas avec les personnes âgées !! »*

Les réponses aux questions sur la maltraitance nous ramènent aussi à la dynamique d'équipe.

A3 : *« le fait de ne pas pouvoir faire une action seule »*

A5 : *« l'entente entre collègue » « travailler en équipe, c'est essentiel »*. La thème de l'interactivité se manifeste ici. La viabilité d'un groupe dépend largement de l'interactivité de chacun des membres face au projet commun d'une part, et d'autre part, elle dépend de l'interactivité de chacun des membres à l'égard des autres, puis de l'engagement individuel manifesté pour le groupe ou pour le projet.

A1 : *« l'important est d'en parler en équipe »*

Cette dynamique nous rappelle ce que SAINT-ARNAUD exprime dans sa théorie du groupe optimal qui *« permet de lever ces obstacles ou de les atténuer à mesure qu'ils surgissent, et alimente un processus secondaire d'autorégulation. »*[42] . L'importance donnée à l'équipe, surtout dans les moments difficiles montre bien ce rôle d'autorégulation dont nous parle SAINT-ARNAUD (cité plus haut, dans le chapitre sur la dynamique d'une équipe de soignants en maison de retraite). C'est l'équipe qui va m'aider si je n'y arrive pas toute seule. C'est l'équipe qui va atténuer mon malaise dans certaines situations. La nécessité de cette dynamique n'est plus à démontrer ici, les enquêtées nous l'ont suffisamment exprimé.

c) La maltraitance

Notre question : « Qu'est-ce qui pourrait faire glisser un soignant vers la maltraitance, à ton avis ? », n'a choqué, ni même interpellé aucune des aides-soignantes interrogées. Cette maltraitance

42 SAINT-ARNAUD Y. *op.cit., cf.supra*

existe, elles savent pourquoi, et elles nous le disent :

A4 : *« l'épuisement psychique »*

A1 : *« La routine. Si tu n'es pas bien en toi. On peut devenir maltraitant avec cette haine des difficultés du boulot que l'on va reporter sur les vieux, sans s'en rendre compte. Ou alors des gens qui s'occupent des vieux parce que c'est leur gagne pain, mais peu importe les vieux ! On fait payer aux vieux notre mal être, on ne voit plus l'être humain en face de nous. ».* La motivation dans le travail intéresse A1, cette motivation que ANZIEU considère comme un des facteur de cohésion socio-affectifs. *« On peut devenir maltraitant malgré nous. On nous demande du rendement, on ne peut pas faire autrement, alors on obéit pour ne pas perdre de plumes.... »*...elle se tait...et elle recommence... *« Mettre quelqu'un en maison de retraite est une forme de maltraitance, on enferme quelqu'un ! La contention est une maltraitance, il faut savoir s'en servir, mais pas en abuser ! ».* Nous sentons qu'elle parle avec ses « tripes », elle gesticule beaucoup, le sujet la touche...

A3 : *« le manque de temps, le fait d'aimer ou pas son métier, le fait de ne pas pouvoir faire une action seule, le manque de personnel... »* et elle soupire beaucoup tout en parlant. En faisant allusion au « *fait d'aimer ou pas son métier »*, A3 remet en cause la cohésion du groupe. Cette cohésion maintient uni l'ensemble des membres du groupe vers l'accomplissement de la tâche fixée et empêche sa désintégration. Elle traduit la volonté de ses membres à appartenir au groupe et à y participer activement.

A2 : *« Le manque de temps, la négligence. Quand je ne peux pas faire mon travail correctement je suis frustrée. »*

A5 : *« Il y a beaucoup de choses qui peuvent nous amener à la maltraitance,surtout si on cumule toutes ces choses : la charge de travail, le stress, l'agressivité du résident...une mauvaise entente avec les collègues, pas d'aide pour les manipulations ou pour des situations critiques, la fatigue... »*

Parler de maltraitance hérisse toujours un peu les poils, car elle rode sournoisement dans les couloirs de nos établissements. Tous les soignants en sont conscients, et en leur âme et conscience, font ce qu'ils peuvent avec les moyens dont ils disposent. Ont-elles des propositions à nous faire ?

A2 : *« Je n'ai pas de solutions...*silence...et le ton change, il devient plus grave... *récemment je suis partie d'une maison de retraite où je faisais des remplacements de temps en temps depuis un an et demi. Je suis partie parce que je ne pouvais plus supporter certaines maltraitances...alors j'ai fui !!!*....Elle nous questionne alors sur son positionnement, doit-elle dénoncer ce qu'elle a vu ?.

A1 : *« On a beau faire des formations sur la maltraitance, qui te recalent, mais le mieux est de s'en rendre compte. Ma maltraitance je la connais, si je ne gère pas, je me tais...*silence*...une fois je me suis sentie très maltraitante vis à vis d'une résidente, alors j'ai passé la main. Je suis allée voir la psychologue, qui m'a beaucoup aidée. L'important est d'en parler en équipe. Un résident peut me maltraiter, et j'ai du mal à l'accepter...Il faut vraiment être costaud pour résister dans notre métier. Nous faisons de la maltraitance à des personnes qui sont vulnérables, c'est facile. Mais l'établissement peut être facteur de maltraitance, envers le personnel qui va le reporter sur les résidents. ».* La hiérarchie maltraite le soignant qui peut maltraiter le résident, qui lui aussi peut maltraiter le soignant. A1 nous fait part de sa crainte d'une telle triangulation.

A4 : *« allez travailler ailleurs !!! pas avec les personnes âgées !!! »*

A3 : *« Avoir plus de temps, une meilleure organisation, être écouté par la direction, écouter les résidents... »*...Sa réponse est grave, mais désabusée...

A5 : *« Moins de charge de travail, des collègues qui savent travailler en équipe. Travailler en équipe c'est essentiel ! »*...Elle s'énerve, bouge sur sa chaise.

Un soignant, dont la fonction est le bien être de la personne, ne peut que s'indigner, s'énerver, lorsqu'il parle de maltraitance. La maltraitance ne devrait pas exister. Un soignant n'est pas maltraitant puisque son rôle est de « prendre soin de ». Cependant, il peut le devenir suite à un ensemble de situations qui, accumulées, le dépassent et il perd tout contrôle...surtout sa propre maîtrise.

Un article édité suite aux résultats de l'enquête européenne Presst-Next « Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins »[43] précise que *« Le travail d'équipe nécessite du temps, et la transmission orale joue un rôle central. Mais loin d'être un temps improductif, ce temps pour constituer des "collectifs de travail" soudés limite les erreurs, permet la cohérence des soins, l'entraide et réduit la fréquence des épisodes violents. Ceci est fondamental dans toutes les spécialités. ».* Nous revenons à la notion d'équipe, à sa dynamique qui permet au soignant de donner du sens à son travail, d'avoir un projet en commun, et de se souder pour le mettre en œuvre malgré les aléas de la pratique.

43 http://www.presst-next.fr/pdf/LPM611%20Violence%20Presse%20m%e9dicale.pdf

5. Interprétation

5.1 Les données recueillies

Si nous essayons de quantifier les résultats de nos observations, nous remarquons que :

- A2 rit le plus (33 fois dans la journée), et c'est elle qui s'énerve le moins (1 fois dans la journée). Cette soignante corrobore totalement nos hypothèses : elle rit beaucoup, et ne présente pour ainsi aucun signe d'énervement !
- A3 rit 15 fois et A5, 22 fois dans la journée, et toutes deux ne se sont énervées que deux fois.
- A1 rit 27 fois et s'énerve 4 fois.
- A4 rit 21 fois, mais s'impatiente et s'énerve 14 fois dans la journée.

Ces résultats ne nous permettent nullement de confirmer nos hypothèses, mais rien ne les infirme non plus. Effectivement, nous ne pouvons affirmer que le rire a un impact bénéfique sur une équipe de soignant en maison de retraite, vu le déroulement de notre étude. Déjà trop de biais handicapent la relation enquêteur/enquêté : la relation, le lieu de travail, le lieu de passation des entretiens et l'échantillonnage pauvre. Cependant vu nos résultats, nous notons d'ors et déjà que les soignantes observées et interrogées sont des personnes qui rient facilement, et que les signes d'irritations sont peu fréquents, sauf pour A4. De plus nous pouvons suggérer que si A1 et A4, les soignantes qui ont le plus de signes d'énervement, pourraient devenir beaucoup plus irritables si elles ne riaient pas autant.

Au travers de nos observations, le rire participe à la vie quotidienne, toutes les situations ridicules générées par certains résidents (surtout ceux atteints de la maladie d'Alzheimer) prêtent à rire, et le personnel ne s'en prive pas. Certaines actions, ou remarques de soignants peuvent aussi déclencher l'hilarité, qui, ici, presque à chaque fois s'accompagnent du rire des résidents, par contagion. Donc, le rire s'entend dans nos couloirs !...De plus nous avons même souligné qu'il pouvait atténuer des tensions (A4 faisant manger la soupe à Mme B., cité plus haut).

Le travail en équipe est primordial dans nos établissements, et une demande des soignants. Nous retrouvons la notion d' « équipe de travail » de MUCCHIELLI[44] : « *la convergence des efforts*

44 MUCCHIELLI S., *op.cit., cf.supra*

pour l'exécution d'une tâche qui deviendra alors l'œuvre commune ». La nécessité de cette convergence des efforts est indéniable : pour la manutention qui demande d'énormes efforts physiques, pour donner un sens à leurs actions, pour se détacher et ainsi se protéger affectivement . « *L'œuvre commune* » rassemble les différents acteurs, et humanise le travail de chacun. Un soignant, dont la fonction est le bien être de la personne, ne peut que s'indigner, s'énerver, lorsqu'il parle de maltraitance. La maltraitance ne devrait pas exister. Un soignant n'est pas maltraitant puisque son rôle est de « prendre soin de ». Cependant, il peut le devenir suite à un ensemble de situations qui, accumulées, le dépassent et il perd tout contrôle...surtout sa propre maîtrise (A3, A5).

Lorsque nous avons demandé à chacune de nos interlocutrices de nous raconter une anecdote, l'enthousiasme s'est invité à chaque fois ! Pas besoin de réfléchir, l'histoire qui a fait rire émerge sans effort. Et cette histoire se raconte dans des éclats de rire : celui de l'enquêté et celui de l'enquêteur ! Cette attitude commune nous renvoie à ce que nous disions dans notre introduction : « Évoluer dans une maison de retraite, engendre de nombreuses situations cocasses ! Alors pourquoi ne pas en rire ? », nous remarquons que les soignants en rient, et peuvent en rire encore lorsqu'ils se remémorent l'événement. Quand les soignantes interrogées nous ont raconté ces situations, certaines se sont même levées de leur chaise pour les mimer.

5.2 Les hypothèses

Nous arrivons ainsi à nos suggestions : le rire peut dynamiser au quotidien une équipe de soignants dans une maison de retraite, tout en atténuant le stress par ses effets bénéfiques listés plus haut et par ricochet éviter certaines maltraitances. Sont-elles réalistes ? Sont-elles réalisables ?

La signification sociale de BERGSON[45] est représentative. Nous pouvons comparer la maison de retraite à une micro société, où le rire a son sens, comme dans toute société, même si il peut avoir des connotations différentes suivant les cultures : ce qui nous fait rire, ne fera pas forcément rire un Amérindien. Donc, rire dans nos établissements est réalisable et réaliste : ce n'est pas parce que la mort, la maladie, la vieillesse habitent la maison de retraite, que nous devons en oublier la vie et le rire apporte cette vie. Le rire réveille nos muscles, nous aide à mieux respirer, apaise nos tensions (A4)...le rire est contagieux, un moyen de communication (A1), un créateur de lien...Nous nous devons de l'entretenir, pour le bien-être de tous !

45 BERGSON H. (1940), *Le rire*. Essai sur la signification du comique, Paris PUF.

Nous ne pouvons omettre les réflexions de A4, qui évolue dans un environnement qui ne lui convient pas, et d'ailleurs nous avons relevé de nombreux signes d'impatience et d'énervement chez elle. Et elle nous parle d'« *épuisement psychique* ». Nous voyons bien que le mal être du soignant peut avoir des conséquences dramatiques sur les résidents, mais aussi sur lui-même...Pourtant A4 rit souvent au cours de sa journée, par contre le rire est beaucoup plus pointé en interaction avec un collègue (15 fois dans la journée) qu'avec un résident (6 fois dans la journée). Ici la dynamique de l'équipe protège quelque peu son malaise, le rire entre collègue l'encourage à continuer à moindre mal, dirons-nous. Et encore, le rire la sauve, comme nous l'avons noté lorsqu'elle faisait manger Mme B. Nous voulons rajouter que la perte ou la diminution de la motivation d'un ou de plusieurs membres du groupe peut être un obstacle à la dynamique du groupe. Le groupe, au travers du rire, impulse de l'énergie à A4, et ce lien la maintient au sein du groupe.

A1 répond à la question « Penses-tu qu'une journée (au travail) sans rire est morose ? » par une exclamation : « *c'est mortel !!* ». Une telle exclamation dans un contexte où la mort reste présente prend toute sa signification. Le soignant rit pour ne pas perdre la vie qui est en lui, cette vie qui l'anime et qu'il veut faire partager avec les personnes âgées qui eux voient la leur disparaître petit à petit. Tous les résidents sont conscients d'habiter leur dernière demeure. Lorsque un décès est annoncé, il y a toujours quelqu'un pour faire cette réflexion : « *le prochain, c'est moi...* ». Où est la vie ?

Compte tenu de nos résultats, confirmer nos hypothèses, demande beaucoup plus de rigueur. Cependant, toutes les données recueillies ne nous autorisent pas non plus de les infirmer. C'est pourquoi, nous proposons un approfondissement de notre problématique, qui nous paraît tout à fait fiable.

6. Perspectives

6.1 Propositions

L'observation participante et les différents entretiens nous montrent que le rire a bien sa place en maison de retraite. Nous rions et nous avons besoin de rire. Nous avons aussi remarqué que la présence du rire s'éteint au cours de la journée, et que les signes de stress (énervement, impatience) apparaissent surtout en cette période. Alors nous nous sommes demandée comment réagir face à ce constat. Pourquoi ne pas mettre en place au sein de la structure des « ateliers » de jeux de rôle où les soignants pourraient jouer les situations dites « ridicules » pour en rire et faire rire ? Tout comme nos enquêtées l'ont fait lorsqu'elles se sont levées pour mimer l'anecdote que nous leur avons demandé de nous raconter, et ce comportement n'a fait que nous conforter dans notre proposition de jeux de rôle. L'idéal serait d'accorder dix minutes de son temps de travail à une séance de rigolade, entre collègues, au travers des événements de la journée qui ont porté à rire ou à sourire, ceci au milieu de la journée, pour maintenir une certaine harmonie, que nous avons vu se dégrader, au cours des nos investigations, en fin de journée. Le soignant détendu, pourrait terminer sa journée, à moindre coût, moral, car en ce qui concerne les manutentions, le matériel adéquate est indispensable, mais l'entraide est toujours la bienvenue aussi !

Il serait vraiment intéressant d'observer le comportement des soignants dans une maison de retraite au cours d'une journée, comme nous l'avons fait pour cette étude (mais dans de meilleures conditions, c'est à dire en dehors de nos propres heures de travail). Ensuite, créer un « atelier » jeux de rôles, et l'observation serait renouvelée pour relever si il y a des changements au niveau des comportements d'énervement, d'impatience, d'agressivité, voire de maltraitance. Nous avons choisi de mettre le mot « atelier » entre guillemets, car nous voyons aussi très bien ces petits jeux de rôles très informels, durant la pause, en buvant un café...Pourquoi un animateur ne serait-il pas choisi, au sein de l'équipe pour stimuler la créativité des soignants, et les inciter à décompresser ?

Des propositions, des interrogations... mais nous pensons qu'il est important et essentiel d'apporter des solutions aux soignants qui deviennent des victimes du « Turn over » et du « Burn out ». Les discours politiques sur la dignité et le respect de la personne âgée ne sont qu'utopies où les acteurs (les soignants) ne se retrouvent pas quand ils sont sur le terrain !

6.2 Le jeu de rôle

Le concept du jeu de rôle est apparu avec MORENO J. L., sociologue et amateur de théâtre. Il a découvert en 1928, l'effet *cathartique*[46] que peut avoir ces jeux. Nous traduisons : que ces jeux de rôle « purgeraient » les soignants de leurs tensions. Le jeu de rôle a aussi l'avantage de ne nécessité aucun matériel (donc aucune obligation économique), de plus à propos de notre étude, les scénarios sont écrits par les situations, ce sont des psychodrames, auxquels des règles sont définies. Les jeux de rôles sont utilisés comme une technique pédagogique, pour former à la communication. Nous voulons lui redonner son sens premier : le théâtre, jouer un rôle. Le soignant joue un rôle, au travers duquel, il va rire avec tous les effets bénéfiques que nous connaissons, faire rire par contagion, se sentir reconnu par son groupe, communiquer...Impensable de refuser toute cette richesse !

Voilà comment nous imaginons atténuer le stress d'une équipe de soignants en maison de retraite, et éviter de sombrer dans une maltraitance morale et psychologique, ou due à des négligences actives (enfermement) ou passives (absence d'aide à l'alimentation), ou des violations des droits civiques (atteintes aux libertés et droits fondamentaux des personnes)...

46 Catharsis : Aristote "*effet de purgation des passions*" produit sur les spectateurs par une représentation dramatique.

CONCLUSION

Le groupe disparaît soit par « autolyse » (autodestruction), par manque d'énergie, soit par mutation (transformation ou diversification). Certains obstacles à la dynamique sont :

a) La perte ou la diminution de la motivation d'un ou de plusieurs membres du groupe (perte de l'énergie...)

b) L'absence d'évaluation des actions ou du projet (auto-évaluation)

c) L'exclusion, officielle ou non, d'un ou plusieurs membres constitue un poison plus ou moins latent pour la vie du groupe et cela quelque soit le motif de la décision d'exclusion. Cette exclusion peut engendrer dans le groupe un déséquilibre, cependant les éléments perturbateurs, agitateurs, bavards et autres, ont aussi du point de vue de la dynamique, leurs rôles vitaux et stabilisateurs au sein du groupe, quoi que « éléments négatifs ».

Si nous reprenons ces points dans notre contexte de recherche :

a) La perte ou la diminution de la motivation dans notre secteur érode notre quotidien : les tâches de plus en plus lourdes, la routine, la perte de l'estime de soi due au conflit entre la demande de l'institution et la réalité du terrain, fréquenter la mort, la maladie, la vieillesse...

b) Les transmissions se font de plus en plus par voie virtuelle : un logiciel « net-soins », les flashs et réunions inter-professions sont amenés à disparaître. La rencontre, l'échange entre soignant perdent de leur humanité.

c) Si nous considérons A4, comme un élément perturbateur (elle fait partie de ces personnes qui n'aiment pas leur travail, dont nous parlent A1 et A3, et qui les gènent), ne peut elle aussi être une dynamique pour les autres membres ?...par exemple : en redoublant de vigilance, en l'accompagnant plus particulièrement....

Notre étude sur le rire à l'aide d'une observation participante et d'entretiens directifs, nous oriente vers une proposition de dynamisme. Assurément nos investigations nous ont permis de constater que par le rire de nombreuses situations se dédramatisent et un lien social se créent entre tous les acteurs (soignants et résidents). Plusieurs biais mis en exergue au cours de notre recherche ont certainement influencé nos résultats, malgré tout nous prenons très au sérieux nos hypothèses : le rire peut dynamiser une équipe de soignants en maison de retraite, et éviter par répercussion des maltraitances. Nous avons constaté que le rire se mêle au quotidien sans a priori, et que la

dynamique d'équipe est une condition *sine qua non* pour travailler en accord avec la demande et la pratique, sans « se détruire » émotionnellement.

Donc notre problématique n'attend qu'à être approfondie, pour pouvoir être validée.

- Les conditions d'observation doivent être exécutées en dehors des heures de travail, pour plus de disponibilités.
- Les entretiens doivent se dérouler dans un environnement beaucoup plus neutre.
- Mise en place de jeux de rôles
- Reprendre les entretiens, à visée plutôt semi-directive, pour permettre à l'enquêté de s'exprimer plus librement et vérifier la fiabilité de nos investigations.

Et nous terminerons par un extrait de l'article de BECK D. et FONTANA M. « La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs »[47], que nous avons découvert au cours de nos recherches documentaires et dans lequel nous nous sommes complètement retrouvée. Le dernier paragraphe « *Expériences et jeux de rôle* », correspond à nos hypothèses : « *...nous avons proposé au groupe de travailler ensemble de façon plus pratique, ludique et dynamique : constitution de plusieurs groupes de 2 à 5 personnes ; chacun réfléchit pendant 10 minutes à une situation vécue dans leur maison où l'humour était au rendez-vous et la joue devant le reste du groupe ! Tout le monde a participé avec bonne humeur. Cette réflexion commune a réactivé beaucoup de souvenirs, le groupe s'est réinstallé et beaucoup ont raconté des moments d'humour passés avec les patients.* »

47 BECK D. et FONTANA M., *op.cit., cf.supra*

BIBLIOGRAPHIE et SITOGRAPHIE

a) Bibliographie

ANZIEU & MARTIN (1982), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF.

AUBRY J.M. (2005), *Dynamique des groupes*, Les Éditions de l'Homme, Québec

BECK D. et FONTANA M. (2008), La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs , dans *Médecine et Hygiène/Revue internationale de soins palliatifs*, vol.23.

BERGSON H. (1940), *Le rire*. Essai sur la signification du comique, Paris PUF.

BERNARD J. (2009), La gestion des émotions aux Pompes Funèbres : une compétences reconnues, dans *Revues.org*, n°99.

BLANCHET A. et Al. (1985), *L'entretien dans les sciences sociales*, Paris, Dunod.

BLANCHET A., GHIGLIONE R., MASSONNAT J., TROGNON A., (1992), *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Paris, Dunod.

BOGDAN R. et TAYLOR S.J. (1975), *Introduction to Qualitative Research Methods. A Phenomenological Approach to the Social Sciences*, New York, John Wiley and Sons.

BONARDI C. (2009), L'humour, un kaléidoscope pour les sciences humaines, dans *Le journal des psychologues*, n°269.

DE VISSCHER (1991), *Us, avatars et métamorphoses de la dynamique des groupes. Une brève histoire des groupes restreints.* Grenoble PUG.

GHIGLIONE et MATALON (1991). *Les enquêtes sociologiques, théories et pratique.* Armand Colin.

KÜBLER-ROSS E. (1975), *La vieillesse, dernière étape de la croissance*, Paris Pocket.

KÜBLER-ROSS E. (1969), *Les derniers instants de la vie*, (Labor et Fidès, 1996)

LAPASSADE G. (1996), *Les microsociologies*, Ed Economica

LIGHEZZOLO J. et DE TYCHEY C. (2004), *La résilience*, Paris In Press.

LITIM et KOSTULSKI (2006), *Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie*, dans Nouvelle revue de psychologie, n°1

MARTIN R.( ), *The Psychology of Humour: An Integrative Approach*,

MASLOW A. *(1943), A Theory of Human Motivation, La pyramide des besoins.*

MUCCHIELLI R. (1992, 13ème édition), *La conduite de réunions,* Paris PUF.

MUCCHIELLI R. (1986), *La dynamique des groupes*, Les éditions ESF, Paris.

PORTER (2009), cité dans les cours du SED de Licence de psychologie de l'Université de Toulouse le Mirail, par MARTINOT C.

QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. (1995), *Manuel de recherche en Sciences Sociales,*Paris : Dunod

SAINT-ARNAUD Y. (1989), *Les petits groupes. Participation et communication »*, Les Presses de l'Université de Montréal.

TROMPETTE P. et CAROLY S. (septembre 2004), En aparté avec les morts...Peurs, larmes et rire au travail : les métiers du funéraire, Peurs et menaces, dans *Revues.org* n°43.

b) Sitographie

Ces sites ont été consultés durant la période de décembre 2011 et mai 2012.

http://www.presst-next.com Le projet européen NEXT (QLK6-CT-2001-00475)

http://www.presst-next.fr/pdf/LPM611%20Violence%20Presse%20m%e9dicale.pdf

http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2008-04-07/les-bienfaits-du-rire-sur-diverses-hormones

PREVOST P. (2006), AGGIR et PATHOS dans la planification gériatrique, *La revue gériatrique*, tome n°31 http://www.sngc.org

ANNEXES

Annexe 1 : entretien A1

Sexe : féminin
Âge : 53
Années d'expérience en maison de retraite : 21 ans

1. **Qu'est-ce qui te fait rire ?**
   Je peux rire de tout...le rire m'aide à me détendre. C'est la vie qui me fait rire, les comiques qui parlent des choses de la vie, même les thèmes graves. Il faut un clown en toi, sinon tu ne t'en sors pas ! Beaucoup de joie dans le discours, sourires
2. **Ris-tu souvent ?**
   *Oui, de tout, rire facile, on en hérite du rire, mon père est un mariole, il rit de tout, il est Alzheimer et il continue à avoir un grand sens de l'humour. Ça fait pas sérieux de rire, mais ce n'est pas ma vision. Ça m'aide parfois, mais il faut faire attention...*silence...
   Le rire c'est vital !! si tu ne ris pas tu meurs ! Beaucoup de joie dans le discours
3. **T'arrive-t-il de rire au travail ?**
   Oh oui beaucoup ! Heureusement, sinon tu es foutue !! c'est la mort ! Réponse rapide, presque instinctive, dit avec le sourire et un ton grave.
4. **De quoi ris-tu au travail ? Qu'est-ce qui te fait rire au travail ?** Silence, yeux au ciel,
   *Les personnes âgées, les situations me font rire, et je n'ai jamais l'impression de m'en moquer...*silence avec un sourire...
   Le matin quand je rentre dans la chambre, je peux dire : « tiens aujourd'hui il pleut, mais je vous amène mon sourire. »
   Le rire est un moyen de communication, cela permet de rentrer en contact. Tu ne peux pas rire avec tout le monde, de tout avec tout le monde. Exemple : de la religion avec une sœur. Les personnes âgées ont ri dans leur vie, alors pourquoi ne pas les faire rire encore ?!
5. **T'arrive-t-il souvent de rire au travail ?**
   *Oui, heureusement, de rire !!!!!! En ce moment, je ris plus avec les résidents qu'avec les collègues. J'ai besoin de rire. J'aime le matin quand je rentre dans les chambres, rire, ouvrir les portes pour que le rire circule, la bonne humeur doit circuler dans la maison. Le rire , c'est du bruit dans la maison!!...la maison se réveille !...*des grands gestes accompagnent les paroles.
   Je trouve triste les gens qui ne rient pas au travail. Il faut arrêter de se prendre un peu trop au sérieux.
   Le rire permet d'affronter le quotidien.
6. **Trouves-tu gênant de rire au travail ?**
   Question non posée .
7. **As-tu une anecdote à nous raconter qui t'as beaucoup fait rire (au travail) ?**
   Le matin quand je vais chez Mme T. avec l'agent de service pour lui porter le petit-déjeuner, je sais que cela va sentir très mauvais, je dis : « allez on se met en apnée... » je ris avec l'agent de service. Je pourrais me mettre en colère parce que dans sa chambre ça pue énormément...alors je rentre en riant et on oublie l'odeur on la supporte sans m'en moquer, et sans dire « ça pue chez vous ! »...tu comprends ce que je veux dire ? J'ai compris, je l'ai rassurée.
8. **Penses-tu qu'une journée sans rire est morose ?**
   C'est mortel !! c'est très rare que je passe une journée sans rire !
9. **Aimerais-tu rire plus souvent ? Pourquoi ? Comment ?**
   J'ai ma dose de rire au travail ! J'arrive encore à rire à la maison après...
10. **Y a-t-il des moments dans la journée où tu te sens plus « énervée » ?**

sévérité dans le regard, silence
*oui. Le plus en fin de journée, je ressens un changement à ce niveau, je ris moins...Le matin si il arrive quelque chose, j'affronte, mais le soir, la fatigue pèse, tu n'as plus le punch et le temps...*nous faisons des journées de 12 heures pour ainsi avoir un suivi sur la journée du résident.

11. **Qu'est-ce qui te stresse le plus au travail ?**
Rapport avec les collègues, qui n'ont pas leur place dans ce milieu, des personnes qui font ce travail sans s'y impliquer. C'est fatiguant d'essayer de régler les rapports entre collègues surtout avec ceux qui « se moquent des vieux » ! colère.
12. **Comment gères-tu ce stress ?**
Des fois on gère, on relativise, et des fois je ne gère pas, je n'arrive pas à relativiser et je ne suis pas bien. Alors je pense à moi, à ma famille, je fais abstraction du travail, et je parle beaucoup de ma famille, on dit qu'il ne faut pas parler de sa vie privée, mais moi c'est ce qui me construit, je me dis que je ne suis pas si malheureuse que ça et ça va s'arranger. Aujourd'hui, je ne parle pas de mon travail à mon mari, je le garde quelques jours, et quand je lui raconte j'en parle en le dédramatisant, comme je me suis posée, je retourne à la relativité. Ma famille m'aide beaucoup. J'arrive comme ça aujourd'hui, mais c'est avec l'âge que j'ai appris. L'intimité se dévoile...
13. **Qu'est-ce qui pourrait faire glisser un soignant vers la maltraitance, à ton avis ?**
La routine. Si tu n'es pas bien en toi. On peut devenir maltraitant avec cette haine des difficultés du boulot que l'on va reporter sur les vieux, sans s'en rendre compte. Ou alors des gens qui s'occupent des vieux, parce que c'est leur gagne pain, mais peu importe les vieux ! On fait payer aux vieux notre mal être, on ne voit plus l'être humain en face de nous. On peut devenir maltraitant malgré nous. On nous demande du rendement, on ne peut pas faire autrement, alors on obéit pour ne pas perdre de plumes !
Mettre quelqu'un en maison de retraite est une forme de maltraitance, on enferme quelqu'un ! La contention est une maltraitance, il faut savoir s'en servir, mais pas en abuser.
A1 s'est levée de sa chaise, puis s'est rassise...Elle parle beaucoup de ce problème, cite des exemples de signes de maltraitance qu'elle a rencontrés.
14. **As-tu des propositions à faire pour gérer au mieux cette maltraitance (au quotidien) ?**
Souvent je peux me remettre en question. On a beau faire des formations sur la maltraitance, qui te recale par rapport à ce fait, mais le mieux est de s'en rendre en compte. Ma maltraitance je la connais. si je ne gère pas la maltraitance, je me tais.
Une fois je me suis sentie très maltraitante vis à vis d'une résidente, alors j'ai passé la main, je suis allée voir la psychologue, qui m'a beaucoup aidée. L'important est d'en parler en équipe. Un résident peut me maltraiter, et j'ai du mal à l'accepter.
« ne fait pas à autrui ce que tu ne veux pas qu'on te fasse à toi même ». Il faut vraiment être costaud pour résister dans notre métier.
Nous faisons de la maltraitance à des personnes qui sont vulnérables, c'est facile. Mais l'établissement peut être facteur de maltraitance, envers le personnel qui va reporter sur les vieux.

Annexe 2 : entretien A2

Sexe : féminin
Âge : 44
Années d'expérience en maison de retraite : 7

1. **Qu'est-ce qui te fait rire ?** Elle réfléchit, lève les yeux au ciel...met un certain temps à répondre, nous répétons.
   C'est compliqué, moi je ris souvent, je ris d'une situation comique, je ris de moi.
2. **Ris-tu souvent ?** Réponse immédiate, au contraire de la première.
   Oui . Même dans des situations difficiles je ris souvent, je ne me prends pas la tête !
3. **T'arrive-t-il de rire au travail ?**
   Oui ! Réponse directe sans commentaires
4. **De quoi ris-tu au travail ? Qu'est-ce qui te fait rire au travail ?.**
   Des situations avec les résidents me font rire, mais sans se moquer. Un echec de la personne âgée, je peux le tourner à la rigolade, pour éviter de l'angoisse de la part de la personne âgée. Je ris aussi avec les collègues.
5. **T'arrive-t-il souvent de rire au travail ?**
   Je ris souvent, c'est dans ma nature, pour détendre l'atmosphère, avec les résidents, les collègues (pendant la pause, le repas...).
6. **Trouves-tu gênant de rire au travail ?**
   Hésitation...*Ben non !!* …elle nous regarde, comme si la réponse était la mauvaise, du moins pas celle que nous devions attendre. Nous acquiesçons des yeux, elle continue. *Heureusement que je ris au travail, je ris dans ma vie privée, si je ne ris pas au travail, cela voudrait dire que je ne suis pas bien au travail!*
7. **As-tu une anecdote à nous raconter qui t'as beaucoup fait rire (au travail) ?**
   Mme N. perd sa couche en se levant, je lui dis « vous êtes comme Madona, vous perdez la culotte », elle me répond : « oui, mais la mienne n'intéresse pas grand monde, personne ne va se battre pour la récupérer ». Je ne pensais pas qu'elle connaissait l'histoire de la culotte de Madona !...et nous rions !
8. **Penses-tu qu'une journée sans rire est morose ?**
   cf. question 6
9. **Aimerais-tu rire plus souvent ? Pourquoi ? Comment ?**
   Silence...
   Ben non...je ris déjà suffisamment, sinon je passerais pour une fille légère, non professionnelle.
10. **Y a-t-il des moments dans la journée où tu te sens plus « énervée » ?**
    oui, si je ne contrôle pas la situation , des imprévus (manque de personnel, un malaise...) qui remet en cause l'organisation de mon travail, je peux paniquer. Je ne maîtrise plus la situation , alors je m'énerve.
    Ou si quelqu'un me critique, je n'aime pas ça, soit c'est injustifié, soit je ne me sens pas à la hauteur. Je me remets en question.
    Si j'ai une remarque à faire à un collègue, je serai énervée tant que je ne lui aurais pas dit. Gravité dans la réponse, un problème qui gène, commence à rentrer dans des détails de différents avec certains collègues. Nous revenons à notre thème.
11. **Qu'est-ce qui te stresse le plus au travail ?**
    Ne pas me sentir à la hauteur, je stresse. Face à une situation je fais ça, et si ça ne marche pas, je suis perdue !
12. **Comment gères-tu ce stress ?**

Soupir...silence...tripote les livres qui se trouvent sur la table...
Quand je suis débordée, j'ai du mal à gérer, je respire....il faut que je me calme.

13. **Qu'est-ce qui pourrait faire glisser un soignant vers la maltraitance, à ton avis ?**
Le manque de temps, la négligence. Quand je ne peux pas faire mon travail correctement, je suis frustrée.
14. **As-tu des propositions à faire pour gérer au mieux cette maltraitance (au quotidien) ?**
Je n'ai pas de solutions...récemment je suis partie d'une maison de retraite où je faisais des remplacements à cause de maltraitances que je n'ai pu supporter...donc j'ai fui !!!
Elle se questionne à propos de sa réaction de fuite...mal être par rapport à ce positionnement. Nous essayons de la rassurer.

Annexe 3 : entretien A3

Sexe : féminin
Âge : 26
Années d'expérience en maison de retraite : 7

1. **Qu'est-ce qui te fait rire ?**
   Les blagues, ma fille...surtout des trucs qui tournent autour de ma famille, des choses simples !
2. **Ris-tu souvent ?**
   Oui quand même je pense. Réponses 1 et 2 brèves, un peu de gène...est-ce le sujet où notre position d'enquêteur ?
3. **T'arrive-t-il de rire au travail ?**
   *Pfouuuuuuuuuu...*gros gros soupir qui mérite d'être notifié. *Il ne me semble pas, on est sérieux.*
4. **De quoi ris-tu au travail ? Qu'est-ce qui te fait rire au travail ?**
   Les collègues, ou quand un résident Alzheimer dit des trucs qui ne tiennent pas debout, le rire est plutôt intérieur
5. **T'arrive-t-il souvent de rire au travail ?**
   cf. question 3...*bof...surtout actuellement* (changement de l'organisation du travail, gros chantier qui ne ravit pas les soignants).
6. **Trouves-tu gênant de rire au travail ?**
   Non, mais il faut voir le contexte, si c'est pour se moquer d'un résident, non, il faut savoir respecter le résident.
   Avec les collègues, aux repas.(Journée de 12h, nous avons une demi heure pour manger ensemble)
7. **As-tu une anecdote à nous raconter qui t'as beaucoup fait rire (au travail) ?**
   Mme M. me raconte qu'elle avait eu un amoureux, pourquoi elle n'était pas restée avec au lieu d'être sœur, la façon dont elle m'a parlé de son choix, les mots employés m'ont fait beaucoup rire intérieurement
8. **Penses-tu qu'une journée sans rire est morose ?**
   oui
9. **Aimerais-tu rire plus souvent ? Pourquoi ? Comment ?**
   Oui, c'est bien de rire, réponses 8 et 9 timides et brèves, aucune remarque.
10. **Y a-t-il des moments dans la journée où tu te sens plus « énervée » ?**
    Question non posée
11. **Qu'est-ce qui te stresse le plus au travail ?**
    Manque de temps pour faire mon travail correctement.
12. **Comment gères-tu ce stress ?**
    Je souffle un bon coup, j'arrive à relativiser.
13. **Qu'est-ce qui pourrait faire glisser un soignant vers la maltraitance, à ton avis ?**
    Le manque de temps, le fait d'aimer ou pas son métier, le fait de ne pas pouvoir faire une action seule, le manque de personnel...
14. **As-tu des propositions à faire pour gérer au mieux cette maltraitance (au quotidien) ?**
    Avoir plus de temps, une meilleure organisation, être écouté par la direction, écouter les résidents... discours grave et sérieux pour les questions 13 et 14

Annexe 4 : entretien A4

Sexe : féminin
Âge : 47
Années d'expérience en maison de retraite : 4

1. **Qu'est-ce qui te fait rire ?**
   La « connerie » des gens... (rires)
2. **Ris-tu souvent ?**
   Non, pas vraiment
3. **T'arrive-t-il de rire au travail ?**
   C'est occasionnel,
4. **De quoi ris-tu au travail ? Qu'est-ce qui te fait rire au travail ?**
   Je ris pour des événements qui ne sont pas risibles, on en rit mais ce n'est pas rigolo
5. **T'arrive-t-il souvent de rire au travail ?**
   Question non posée
6. **Trouves-tu gênant de rire au travail ?**
   Ah non !!!!
7. **As-tu une anecdote à nous raconter qui t'as beaucoup fait rire (au travail) ?**
   Quand on a couché Mm R, on l'a mise sur le lève malade, ses jambes étaient coincées, on ne pouvait plus la mettre sur le lit, et on s'est mise à rire...pourtant ce n'était pas rigolo...mais la fatigue aidant, les nerfs ont craqués !
8. **Penses-tu qu'une journée sans rire est morose ?**
   Oh si quand même
9. **Aimerais-tu rire plus souvent ? Pourquoi ? Comment ?**
   Oui , mais rire pour des vraies choses, que cela vienne des tripes...En fait cela dépend de la collègue avec qui tu vas travailler...
10. **Y a-t-il des moments dans la journée où tu te sens plus « énervée » ?**
    rires !!! oui souvent, énervée, impatiente..
11. **Qu'est-ce qui te stresse le plus au travail ?**
    Les vieux !!
12. **Comment gères-tu ce stress ?**
    Je les recadre très souvent
13. **Qu'est-ce qui pourrait faire glisser un soignant vers la maltraitance, à ton avis ?**
    L'épuisement psychique
14. **As-tu des propositions à faire pour gérer au mieux cette maltraitance (au quotidien) ?**
    Aller travailler ailleurs , pas avec les personnes âgées !

Annexe 5 : entretien A5

Sexe : féminin
Âge : 34
Années d'expérience en maison de retraite : 10 ans

1. **Qu'est-ce qui te fait rire ?**
   Parler de tout et de rien
2. **Ris-tu souvent ?**
   Je peux rire toute la journée, j'aime parler de tout et de rien et en rire !
3. **T'arrive-t-il de rire au travail ?**
   Ça m'arrive...quand même...de pleurer ça m'arrive aussi ….
4. **De quoi ris-tu au travail ? Qu'est-ce qui te fait rire au travail ?**
   Certains résidents, certaines collègues
5. **T'arrive-t-il souvent de rire au travail ?**
   Dans une journée au moins une fois !!
6. **Trouves-tu gênant de rire au travail ?**
   Ça dépend de la situation dans laquelle tu te trouves. Quand il y a un décès, je me dis que ce n'est plus une personne, et je peux rire pendant la toilette mortuaire, mais devant la famille je sais me tenir.
7. **As-tu une anecdote à nous raconter qui t'as beaucoup fait rire (au travail) ?**
   Avec le réparateur de l'ascenseur...un résident faisait des câlins à une résidente....Mr L s'est mis à se masturber devant le réparateur qui a rigolé...et moi aussi...
8. **Penses-tu qu'une journée sans rire est morose ?**
   C'est pas grave si je ne ris pas une journée, mais si c'est tous les jours, là c'est grave. Mais je crois que je n'ai jamais passé une journée sans rire. Tu peux toujours rire avec un résident.
   Ce n'est pas parce que tu ne ris pas que tu es quelqu'un de désagréable !!!!
9. **Aimerais-tu rire plus souvent ? Pourquoi ? Comment ?**
   Je ris suffisamment au boulot....
10. **Y a-t-il des moments dans la journée où tu te sens plus « énervée » ?**
    cf question 11
11. **Qu'est-ce qui te stresse le plus au travail ?**
    Quand on ne s'écoute pas , que tout le monde parle et on se s'entend pas, au flash...ou quand tu fais des grands discours qui ne sert à rien. Les transmissions où personne ne s'écoute !!!
12. **Comment gères-tu ce stress ?**
    Je commence à déstresser en patientant, et si ça m'énerve trop...j'essaie de demander à passer à autre chose...
13. **Qu'est-ce qui pourrait faire glisser un soignant vers la maltraitance, à ton avis ?**
    Il y a beaucoup de choses : la charge de travail, le stress, l'agressivité du résident....tout ça cumulé...une mal entente avec les collègues,(pas d'aide pour le boulot), pas d'aide, la fatigue
14. **As-tu des propositions à faire pour gérer au mieux cette maltraitance (au quotidien) ?**
    Moins de charge de travail, des collègues qui savent travailler en équipe.
    Travailler en équipe c'est essentiel !

Annexe 6 : article médecine et hygiène

CAIRN.INFO
Chercher, repérer, avancer.

LA PLACE DE L'HUMOUR DANS LE CONTEXTE DES SOINS PALLIATIFS

Danielle Beck et Michelle Fontana

Médecine & Hygiène | *Revue internationale de soins palliatifs*

2008/4 - Vol. 23
pages 150 à 150

ISSN 1664-1531

Article disponible en ligne à l'adresse:

http://www.cairn.info/revue-infokara-2008-4-page-150.htm

Pour citer cet article :

Beck Danielle et Fontana Michelle, « La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs », *Revue internationale de soins palliatifs*, 2008/4 Vol. 23, p. 150-150. DOI : 10.3917/inka.084.0150

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.
© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Ateliers

La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs

Danielle Beck, Maison Rive-Neuve et **Michelle Fontana**, La Maison de Gardanne

Définition

« L'humour est une forme d'esprit qui cherche à mettre en valeur avec drôlerie le caractère ridicule, insolite ou absurde de certains aspects de la réalité, qui dissimule sous un air sérieux une raillerie caustique. Il est de forme différente suivant les cultures, les régions… humour anglais, juif, belge ! »

C'est un langage, un moyen d'expression, il est porteur de messages. Il libère les tensions et préserve notre santé, mais on ne peut pas rire de tout, pas n'importe comment, n'importe quand. Il peut être constructif ou destructif. Il peut blesser, offenser, ridiculiser.

On peut l'utiliser face à une situation stressante : « *L'humour est le mécanisme de défense le plus noble* » (S. Freud).

L'humour et la mort

Peut-on en rire ? Au premier abord on peut se dire que ce n'est pas compatible, que ça ne se fait pas ! Pour le grand public, travailler en soins palliatifs c'est sérieux… Et pourtant ! quand on travaille dans une unité de soins palliatifs, on s'occupe de la vie avant de s'occuper de la mort ! Et dans la vie il y a de l'humour, alors on peut s'en servir dans un service de soins palliatifs.

Ce n'est pas non plus si simple. En effet, il doit y avoir une relation de confiance avant de pouvoir intégrer l'humour de manière sécurisante dans les soins. L'humour ne peut être bénéfique que si l'on tient compte du style d'humour individuel du patient. L'humour se doit d'être subtil, il est à doser !

On ne peut pas se permettre de faire une blague de nous-mêmes sur les symptômes en rapport avec la maladie sauf si c'est le patient qui commence.

De plus on doit se sentir à l'aise pour pouvoir faire de l'humour, ce n'est pas donné à tout le monde.

L'humour comme antidote au stress

Il peut nous permettre de ne pas trop se prendre au sérieux et peut protéger des conflits.

Une étude a prouvé que les personnes qui ont le sens de l'humour auraient une créativité plus développée, une qualité de flexibilité et une meilleure capacité de résolution de problèmes.

Les soignants souvent confrontés à la mort utilisent fréquemment l'humour plutôt « noir ». C'est une forme de protection contre les blessures personnelles, il permet d'adoucir les souffrances, l'angoisse lors de pertes répétées.

L'humour permet de se relier. C'est une prévention du burnout.

L'humour n'est pas un manque de sérieux.

Expériences et jeux de rôle

Après cet aspect théorique, nous avons proposé au groupe de travailler ensemble de façon plus pratique, ludique et dynamique : constitution de plusieurs groupes de 2 à 5 personnes ; chacun réfléchit pendant 10 minutes à une situation vécue dans leur maison où l'humour était au rendez-vous et la joue devant le reste du groupe ! Tout le monde a participé avec bonne humeur. Cette réflexion commune a réactivé beaucoup de souvenirs, le groupe s'est réinstallé et beaucoup ont raconté des moments d'humour passés avec les patients.

Cet atelier a été très léger et agréable et a permis de démontrer et confirmer à quel point l'humour est présent dans nos maisons ; il est certainement l'un de nos précieux moyens de ressourcement et de ralliement… Et nous avons beaucoup ri !