

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

\*\*\*\*\*

Paix –Travail – patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES  
(CRFD) HUMAINES, SOCIALE ET  
EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
DOCTORALE EN SCIENCES EDUCATIVES  
ET INGENIERIE EDUCATIVE

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE L'EDUCATION  
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

\*\*\*\*\*

Peace -Work- Fatherland

\*\*\*\*\*

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF EDUCATION SCIENCES

\*\*\*\*\*

POST GRADUATE SCHOOL FOR HUMAN,  
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND  
TRAINING IN SCIENCE OF EDUCATION  
AND EDUCATIONAL ENGINEERING

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SPECIALIZE  
EDUCATION

**VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE ET SOINS PALLIATIFS CHEZ  
LES PERSONNES ÂGÉES : CAS DES PERSONNES ÂGÉES DU  
SERVICE DE GÉRIATRIE DE L'HÔPITAL CENTRAL DE  
YAOUNDÉ**

Mémoire soutenu publiquement le 20 Septembre 2024 en vue de l'obtention du diplôme  
de Master en Science de l'Education.

**Filière** : Education Spécialisée

**Option** : Handicap Mental, Habilités mentales et conseils

Par

**MATSOTSENG FOPA Emeline**

Matricule : 21V3500

Licenciée en Psychologie



**Membre Du Jury :**

**Président** : FOZING Innocent, Université de Yaoundé I , Professeur

**Rapporteur** : ONDOUA MBENGONO Laura Julienne, Université de Yaoundé I , Chargé de cours

**Membre** : MENGOUA Placide, Université de Yaoundé I , Chargé de cours



**SOMMAIRE**

DÉDICACE .....	iii
REMERCIEMENTS.....	ii
RÉSUMÉ .....	iv
ABSTRACT.....	ii
INTRODUCTION GENERALE .....	1
PARTIE I: CADRE THÉORIQUE DE L'ETUDE.....	3
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE DE L'ETUDE.....	4
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	21
CHAPITRE 3: INSERTION THÉORIQUE DE L'ETUDE .....	42
PARTIE II: CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....	52
CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE.....	54
CHAPITRE 5: PRESENTATION , ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS .....	71
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	93
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	i
ANNEXES .....	vii
TABLE DE MATIERES .....	xix

A MON FEU PÈRE

FOPA ABRAHAM

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire de recherche a été rendue possible grâce à un certain nombre de personnes à qui nous exprimons notre profonde gratitude ; particulièrement à :

- Dr ONDOUA MBENGONO Laura Julienne pour avoir dirigé ce travail de recherche ;
- Dr IGOUI MOUNANG Gilbert pour ses enseignements sur la recherche et son soutien tout au long du processus de la recherche ;
- Tous les enseignants du département d'éducation spécialisée de l'université de Yaoundé 1 pour tous les enseignements dispensés ;
- Tous les membres de ma famille pour leur soutien
- Tous mes camarades pour leur soutien.

## RÉSUMÉ

Cette étude intitulée : vieillissement pathologique et soins palliatifs chez les personnes âgées : cas des personnes âgées du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, se fonde sur le fait que, dans le vieillissement pathologique, les soins palliatifs ont pour finalité d'accompagner le malade chronique en toute dignité dans ses derniers moments de vie plutôt que de le laisser crever. Face à cette souffrance dans le processus d'accompagnement, les personnes âgées en gériatrie sont confrontées au problème de l'absence d'accompagnement adapté dans la prise en charge des personnes âgées. Ceci pourrait accroître le risque de désinvestissement des capacités à faire face au traumatisme. Elles se penchent sur les besoins psychosociaux qui, sont des indicateurs pouvant influencer significativement leur qualité de vie, pour une préparation vers la mort prochaine. Intéressés aux facteurs pouvant déterminer l'accompagnement en gériatrie, Masse & Meire (2012) met l'accent sur l'influence de biais dans l'évaluation diagnostique de la santé physique et mentale des personnes âgées. Il est question de la nécessité d'accompagnement psychosocial des aînés, influençant la fin de vie en gériatrie. De ceci, l'investigation sur la souffrance dans le processus d'accompagnement psychosocial des personnes âgées s'avère pertinente. Notre problème de recherche est le suivant : l'accompagnement psychosocial adapté aux personnes âgées en soins palliatifs. C'est ce qui nous conduit à la question de recherche suivante : comment les soins palliatifs facilitent-ils l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique ? En nous référant à ces travaux, nous avons l'hypothèse générale : les soins palliatifs facilitent l'accompagnement adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique ; dont l'objectif général est de montrer que les soins palliatifs peuvent faciliter l'accompagnement des personnes âgées. Pour pouvoir améliorer la qualité de vie et de booster leur capacité à faire face à leur situation. Pour y parvenir, nous avons utilisé la méthode clinique, notamment l'étude de cas. Les informations ont été collectées à l'aide des entretiens semi-directifs auprès de trois aînés hospitalisés au service de gériatrie. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats. Les résultats obtenus et interprétés à l'aide de la théorie de l'activité, montrent que, le besoin de vivre encore longtemps, de recouvrir la santé partielle (mental ou physique) et la qualité de vie était manifesté par tous les malades et même les proches aidants.

Mots-clés : vieillissement pathologique, soins palliatifs, personnes âgées

## ABSTRACT

This study, titled "Pathological Aging and Palliative Care among the Elderly: Case of Elderly Patients in the Geriatric Department of Yaoundé Central Hospital," is based on the fact that in pathological aging, palliative care aims to accompany chronic patients with dignity in their final moments of life rather than leaving them to suffer. Faced with this suffering in the accompaniment process, elderly patients in geriatrics face the problem of inadequate support in caring for the elderly. This could increase the risk of disinvestment in coping capacities. They focus on psychosocial needs, which are indicators that can significantly influence their quality of life, for preparation for impending death. Interested in factors determining geriatric accompaniment, Masse & Meire (2012) emphasize the influence of biases in the diagnostic assessment of the physical and mental health of the elderly. There is a need for psychosocial support for the elderly, influencing the end of life in geriatrics. Hence, investigating suffering in the psychosocial accompaniment process of the elderly is relevant. Our research problem is: adapted psychosocial support for elderly patients in palliative care. This leads us to the following research question: How do palliative care services facilitate adapted psychosocial support for elderly patients in pathological aging? Referring to these works, we have the general hypothesis: palliative care facilitates adapted support for elderly patients in pathological aging, with the overall objective of showing that palliative care can facilitate support for elderly patients to improve their quality of life and boost their capacity to cope with their situation. To achieve this, we used the clinical method, specifically case studies. Information was collected through semi-directed interviews with three hospitalized elderly patients in the geriatric department. Content analysis of interviews focusing on significant theme identification was used for result analysis. The results obtained and interpreted using activity theory show that the need to live longer, recover partial health (mental or physical), and quality of life was manifested by all patients and even caregivers.

Keywords: pathological aging, palliative care, elderly.

## INTRODUCTION GENERALE

La sénescence, ou « vieillissement biologique », peut être définie comme l'ensemble des processus biologiques associés à l'avancée en âge et entraînant un déclin des capacités d'adaptation de l'organisme face aux agressions extérieures Macia,(2013). En d'autres termes, le vieillissement est une étape de la vie qui constitue un processus normal ou pathologique de développement avec ses possibilités de croissance propre . Mieux encore, c'est le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être (OMS, 2015). Les aptitudes fonctionnelles sont des capacités qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'il juge valorisant. Une personne âgée quant à elle, est définie par l'OMS à partir de 60 ans. A partir 65ans, l'OMS parle de troisième âge et à partir de 75ans, de quatrième âge. En d'autres termes, le vieillissement est une étape de la vie qui constitue un processus normal ou pathologique de développement avec ses possibilités de croissance propre. En effet, la personne âgée est une personne bibliothèque chargée d'expérience qui lui ont permis de s'adapter au processus de vieillissement normal, pathologique ou réussi. Généralement, le vieillissement est manifesté par une crise identitaire, des dépressions, des phobies, même des confusions mentales et même une régression des capacités fonctionnelles, responsables d'un état de perte de capacité physique (corporelle), de vulnérabilité ou de fragilité et dans une certaine mesure, une incapacité impactée par le regard d'autrui, tandis que certaines personnes âgées parviennent à maintenir leurs capacités cognitives et fonctionnelles optimale. La vieillesse n'est donc pas une maladie , encore moins un handicap , mais constitue un espace favorable aux problèmes liés aux développements et au mal développement des maladies potentiellement chronique. Autrement dit, la vieillesse n'est pas un handicap, par contre le vieillissement en soi est un processus qui constitue une situation handicapante chez les personnes âgées où on note des vulnérabilités liées à la dégradation des capacités en matière de communication nécessitant des aidants pour un accompagnement multidimensionnel et pluridisciplinaire : c'est à partir de là qu'on parle de vieillissement pathologique et de soins palliatifs. Alors, le problème de notre étude est : l'accompagnement psychosocial adapté aux personnes âgées en soins palliatifs dans le processus de vieillissement pathologique. Selon le rapport mondial sur le vieillissement de septembre 2015, la majorité des populations peut espérer vivre jusqu'à 60 ans et au-delà. Combinée à une baisse marquée du taux de fécondité, l'augmentation de l'espérance de vie conduit à un vieillissement rapide des

populations partout dans le monde. Il s'agit là d'un profond bouleversement et ses répercussions sont considérables dans le cadre du vieillissement pathologique. Pour résoudre ce problème inscrit dans le vaste domaine de l'éducation spécialisée, plus précisément dans le champ du handicap mental, cette recherche qui s'intitule vieillissement pathologique et soins palliatifs chez les personnes âgées trouve sa raison d'être dans le souci de montrer que les soins palliatifs peuvent faciliter la prise en charge, mieux encore l'accompagnement adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique. A la base de cette recherche, se trouve une question principale qui se décline en ces termes : en quoi les soins palliatifs facilitent-ils l'accompagnement des personnes âgées dans le processus du vieillissement pathologique. En guise d'esquisse de réponse à cette interrogation, l'hypothèse générale est la suivante : les soins palliatifs facilitent l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus du vieillissement pathologique. La méthodologie de l'étude est essentiellement qualitative de type étude de cas. La méthode clinique utilise comme technique l'entretien semi-directif et avec pour outils le guide d'entretien. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs sera utilisée pour l'analyse des résultats. Les résultats obtenus et interprétés à l'aide d'une théorie explicative du phénomène à étudier. Ce mémoire est organisé en deux grandes parties comprenant chacune trois chapitres. La première intitulée cadre théorique comprend : la problématique, la revue de la littérature (le vieillissement et le vieillissement pathologique de la personne âgée en soins palliatifs vers à la mort) et l'insertion théorique de l'étude. La deuxième partie est intitulée cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend la méthodologie, la présentation des résultats et l'analyse, l'interprétation des résultats et la discussion.

**PARTIE 1: CADRE THÉORIQUE DE  
RECHERCHE**

# CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE DE L'ETUDE

## 1.1. Contexte et justification de l'étude

### 1.1.1. Contexte de l'étude

Le vieillissement et la vieillesse en éducation spécialisée, précisément en handicap (mental), sont considérés comme des étapes de l'existence difficiles à cerner, mettant en jeu des facteurs biophysologiques, psychologiques et sociaux qui modifient l'état de santé physique, le regard sur soi et celui d'autrui et la situation sociale (la cessation d'activité professionnelle dans les sociétés industrialisées) Zribi et Poupée-Fontaine (2011). Par ailleurs, ces auteurs désignent les éducateurs spécialisés comme des travailleurs sociaux qui interviennent auprès de publics très divers : handicapés, exclus sociaux, malades mentaux, toxicomanes etc. Ils exercent ainsi dans divers établissements pour enfants ou adultes handicapés (surtout mentaux) et au sein de service d'action éducative en milieu ouvert, dans les hôpitaux de jour.

Le rôle varie selon le type de population et d'institution. On comprend donc que l'éducation spécialisée est une méthode d'enseignement destinée aux personnes ayant des besoins spécifiques dont le but est de leur fournir une éducation adaptée à leurs besoins et différences propres. Ces types de besoins s'adressent notamment aux personnes atteintes soit aux troubles cognitifs, des troubles émotionnelles et comportementaux ayant des difficultés de communication, des handicaps psychiques et intellectuels. Ainsi, leur rôle de l'éducateur spécialisé varie selon le type de population et d'institutions. Et il s'intègre à une action thérapeutique menée par une équipe pluridisciplinaire, plus traditionnellement éducatif: apprentissage sensori-moteur et pratique, socialisation etc( Zribi, 2011).

Toutefois, le handicap est compris comme un terme générique englobant des difficultés de natures (tel le handicap mental, moteur...), de gravités (comme le handicap sévère, grave...), de configuration (sur handicap, Handicaps associés, poly handicap, pluri- ou multi handicap...) et de causes très diverses (organiques, psychologiques, socio-économiques et culturelles...). Bloch-Lainé en 1967 dira que les personnes en situation de handicap « sont inadaptées à la société dont ils font partie, les enfants, les adolescents et les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés, plus ou moins grandes, à être et à

agir comme les autres [...]. » Ils sont « handicapés parce qu'ils subissent, suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses (liés à leurs incapacités), des servitudes particulières, par rapport à la normale.

Quant au vieillissement et la vieillesse (deux notions non équivalentes), ils sont souvent représentés sous un angle déficitaire (et donc fataliste) alors qu'il s'agit d'un processus continu pour l'un (vieillissement) et une étape de la vie pour l'autre (vieillesse); cette dernière n'est d'ailleurs pas toujours accompagnée de maladies chroniques et n'équivaut pas mécaniquement à des situations de dépendance (ou de perte d'autonomie) ou tout du moins, pas aux mêmes âges et ni avec la même ampleur. C'est donc la dimension de relativité qu'il faut retenir, qu'il s'agisse des impacts du processus du vieillissement ou de l'entrée dans la vieillesse ; car « tout système conçu autour du mirage de la personne moyenne est voué à l'échec » (Rose, 2017).

De nombreuses fonctions corporelles commencent à se décliner progressivement au début de l'âge mûr. C'est ce qui explique qu'avec l'avancé en âge, les handicapés moteurs présentent une diminution des possibilités fonctionnelles et de l'autonomie (notamment pour les paraplégiques, les tétraplégiques, les hémiplégiques, les infirmités motrices cérébrale (Zribi, 2011). L'âge de 65 ans est ainsi considéré de manière classique comme le début de la vieillesse. Alors que l'organisation mondiale de la santé précise même que l'on commence à vieillir à partir de 60ans. Mais la raison est historique plutôt que biologique. Il y a de nombreuses années, l'âge de 65 ans a été choisi comme l'âge de la retraite en Allemagne, la première nation à établir un programme de retraite.

En 1965, aux États-Unis, l'âge de 65 ans a été défini comme l'âge d'éligibilité à l'assurance notamment à l'assurance Medicare. Cet âge est proche de l'âge réel de la retraite pour la plupart des personnes dans les sociétés économiquement avancées. Pour le comité national d'éthique sur le vieillissement en 2018, cet âge varie entre 50ans et 65ans au Cameroun. Et beaucoup continue de travailler dans le secteur informel. La réglementation mise en place par le ministère de la formation professionnelle et de la réforme administrative précise que l'âge de 60ans est défini pour le personnel de la fonction publique, catégorie " A " et 'B ' ou 55ans pour ceux de la catégorie ' C " et "D". Ainsi, ces âges font référence à une discipline qui s'intéresse à la vieillesse.

Branche de la médecine qui étudie le processus biologique du vieillissement et qui tente de résoudre les problèmes psychologiques, sociaux ou économiques des personnes âgées, la

gérontologie embrasse ainsi tout ce qui concerne la vieillesse. À la partie proprement médicale ou gériatrique, s'ajoutent des études sur le sort et le rôle du vieillard dans la société tel que : activité économique, sécurité sociale, vie individuelle, familiale ou collective, résidence, etc. (Hist. sc.,1957, p.16-19). Ce qui pourrait tuer les vieux, c'est le changement trop brusque d'habitude, de rythme et de cadre de vie. Là-dessus, tous les gérontologues (spécialistes du vieillissement) sont d'accord (L'Express, 24 mai 1965, p.74, col.2) ; et ces changements peuvent entraîner des conflits familiaux liés à l'isolement, source de troubles en général.

Toutefois, les informations recueillis auprès des personnes âgées dans le service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, au Cameroun sont utilisées pour les orientés vers le service social qui développe des stratégies et des programmes d'amélioration de la vie des personnes âgées abandonné.

Par ailleurs, le vieillissement de la population est un fait saillant du XXIème siècle. Si autrefois, il constituait une difficulté principalement dans les pays développés, aujourd'hui il prend de l'importance dans les pays en voie développement passant ainsi d'une question marginale à une préoccupation majeure, dont les effets profonds se font ressentir dans tous les aspects de la vie des individus, des collectivités et de la communauté internationale. D'après les statistiques des Nations Unies, le nombre des personnes âgées qui était de 600 millions en 2000 passera à 2 milliards en 2050. Dans la plupart des pays en développement, la proportion des personnes âgées actuellement évaluée à 6% atteindra 21% en 2050. Cette croissance démographique s'accompagne d'une précarisation de la situation des personnes âgées dans les pays en voie de développement.

Au Cameroun, est considéré comme vieux à partir de 60 ans (MINAS, 2016). Alors nous rappelons qu'être vieux n'est pas pathogène a priori. Ceci dit qu'on vieillit comme on a vécu et cela devient difficile lorsqu'on se retrouve dans le cadre du vieillissement pathologique (Ondoua, 2015). Djouda F. et Leumaleu-Noumbissi U. (2019) quant à eux considèrent la vieillesse comme un état de précarité auquel 77% de vieux, qui sont pour la plupart en zone rurale accède difficilement aux soins. Dans ce cas, la tendance demeure celle de couvrir les personnes âgées de la même manière qu'on protège les enfants, voire les handicapés limités dans les activités, non productif économiquement et par conséquent, dépendant dans la société qui est la sienne.

Cette protection, parfois à outrance, rappelle le malaise général qui règne concernant la vieillesse et le vieillissement, malaise qui est en partie attribuable à la pauvreté des

connaissances acquise dans ce domaine et même à la complexité de connaissances sur la prise en charge. Pourtant, la manière dont l'individu perçoit, mémorise, juge et agit sur son environnement (social, physique et biologique) et également sur son statut se présente sous un triple point de vue : sa connaissance, les influences réciproques entre soi et autrui et les interactions sociales. Chaque culture a donc sa particularité de percevoir la vieillesse et le vieillissement (normal, réussi ou pathologique). La plupart considère la vieillesse comme une période à laquelle la personne âgée devient « un peu nuisible, capricieuse et même exigeante » malgré le fait qu'elle représente le socle familial à honorer affectueusement et financièrement.

Or confronté au phénomène de vieillissement pathologique, le service de gériatrie à l'hôpital central de Yaoundé, au Cameroun est considéré comme un service d'accompagnement de soins palliatifs, et a ceci de particulier qu'il favorise l'observation, la compréhension, l'explication et voir la prédiction du ressenti du soignant en situation de soins, C'est pourquoi le professionnel en gériatrie, voire l'entourage se perçoivent comme un « dépanneur officiel » devant répondre à toutes les urgences.

## **1.2. Éléments du constat**

Actuellement, la littérature existante présente la plupart des problèmes de santé auxquels sont confrontées les personnes âgées comme liés aux maladies chroniques, et notamment aux maladies non transmissibles. La personne âgée arrive à un stade de sa vie où elle se retrouve comme, face à une période de compromis et de rencontres avec soi. La vieillesse est ainsi un stade de développement pendant laquelle la gérontologie l'aiderait aussi à questionner le processus du vieillissement dans ce qu'il y a de plus vivant et non seulement les pathologies qui découlent de cette évolution, de questionner également les enjeux de différentes pathologies en plus de ses origines. Nombreuses d'entre elles peuvent être prévenues ou retardées en adoptant des comportements sains et idéal pour chaque personne. D'autres problèmes de santé peuvent être traités efficacement, en particulier s'ils sont détectés suffisamment tôt. Et même pour des personnes avec des limitations fonctionnelles, un environnement favorable peut leur assurer une vie digne et un développement personnel continu. Pourtant un accompagnement en adéquation avec les réalités de la personne pourrait limiter certains problèmes. Les personnes âgées en situation de handicap d'après Guyot auraient des attentes et des besoins spécifiques, particulièrement en matière d'accompagnement social et d'activité. Accompagnement qui ne vise pas seulement la résolution des problèmes que peuvent vivre les personnes, mais le soutien de celle-ci dans la traversée de leur problème. C'est

le cœur de l'accompagnement en relation de soutien avec autrui en cheminement dans son projet d'être. Cependant, le monde est encore bien loin de cet idéal.

Une autre idée reçue largement répandue est le fait que les besoins croissants des personnes âgées vont entraîner une augmentation insoutenable des coûts de soins de santé. En réalité, la situation est beaucoup moins claire qu'il n'y paraît. Bien que le vieillissement soit généralement associé à de plus importants besoins en matière de santé, la relation tant avec l'utilisation des services de santé qu'avec les dépenses de santé est variable.

En fait dans certains pays à revenu élevé, les dépenses de santé par tête d'habitant diminuent considérablement après l'âge de 75 ans environ (alors que les dépenses pour les soins de longue durée augmentent) puisque, de plus en plus bon nombre de personnes atteignent un âge avancé. Le fait de permettre à ces personnes de vivre longtemps et en bonne santé pourrait par conséquent atténuer les pressions exercées sur l'inflation des coûts de santé. Or le lien entre l'âge et le coût des soins est également fortement influencé par le système de santé lui-même. Ceci est susceptible de refléter les différences entre les systèmes de prestations, de subventions, d'approches en matière de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, ainsi que les différences en termes de normes culturelles, en particulier à l'approche de la mort.

C'est donc à partir des statistiques des Nations Unies qu'on constate que le nombre des personnes âgées qui était de 600 million en 2000 passera à 2 milliards en 2050. Car dans la plupart des pays en voie de développement, la proportion des personnes âgées actuellement évaluée à 6% atteindra 21% en 2050. Cette croissance démographique s'accompagne d'une précarisation de la situation de vie des personnes âgées dans les pays en voie de développement. Tandis que dans la révision du nouveau rapport des Nations Unies portant sur les <<Perspectives de la population mondiale>> en 2012 montre plutôt que la population mondiale actuelle de 7,2 milliards quant à elle devrait augmenter de près d'un milliard de personnes au cours des douze prochaines années, pour atteindre 8,1 milliards en 2025 et 9,6 milliards en 2050. Ceci démontre à suffisance la nécessité de s'intéresser au vieillissement (normal ou pathologique) pour les années futures.

### **1.2.1. Constat empirique**

Une idée reçue largement répandue est le fait que les besoins croissants des personnes âgées vont entraîner une augmentation insoutenable des coûts de soins de santé pour leur

accompagnement. En réalité, la situation est beaucoup moins claire qu'il n'y paraît. Bien que le vieillissement soit généralement associé à de plus importants besoins en matière de santé.

Les systèmes de prestations, de subventions, d'approches en matière de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie (le service de gériatrie) ainsi que les différences en termes de normes culturelles, en particulier à l'approche de la mort sont interpellés dans le processus de la prise en charge des personnes âgées.

C'est ainsi que dans la vie quotidienne (en famille ou dans la société en général) et durant notre stage au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, nous avons observé les personnes âgées confrontées aux différents problèmes de santé liés au vieillissement, tels que les déficiences sensorielles (soit auditif, visuel et les pertes d'autonomie, perte de mémoire, d'appétit ...), les troubles cognitifs ou fonctionnels (l'arthrose), le diabète, les dépressions, le cancer etc.

D'après la littérature existante, la question du processus vieillissant est une question vieille d'environ deux décennies, contrairement à d'autres stades de développement comme l'enfance et l'adolescence, car l'intérêt qu'on accorde au vieillissement est venu bien après. Concernant l'étude qui est la nôtre, on se rend compte que si avant les personnes âgées bénéficiaient de signes de respect, de nos jours, on assiste à un certain bouleversement de valeur qui peuvent accentuer pour certains une pathologie d'ordre mental dans le cadre d'un vieillissement pathologique.

Il s'agit d'un vieillissement compliqué par l'apparition de certaines maladies ou troubles neurocognitif majeur comme celui de la maladie d'Alzheimer où on a des altérations physiologiques comme la dégénérescence neuromusculaire un peu plus élevée que dans le vieillissement normal. Ainsi, les représentations sociales de ces maladies, dans notre société camerounaise sont de plus en plus considérées comme une pathologie honteuse, nécessitant un accompagnement adapté à chaque cas.

Par rapport aux soins palliatifs, nous précisons d'abord que toutes les personnes en soins palliatifs ne sont pas uniquement des vieux, mais on peut y retrouver des enfants, adolescents ou des adultes. Pour une personne âgée douloureuse à travers le monde, la population des plus de 60 ans va doubler d'ici 2050. Du fait que les gens vivent plus longtemps, un plus grand nombre vont vivre avec et mourir de pathologies chroniques, de comorbidités, avec la fragilité comme la défaillance cardiaque ou rénale. De plus, les personnes âgées peuvent expérimenter

des stress psychologiques considérables comme dans la perte d'autonomie et le deuil. De ce fait, qu'est-ce que sont les soins palliatifs et leurs buts ?

Les soins palliatifs ont pour but de maintenir ou améliorer la qualité de vie et de soulager, grâce à une mise en évidence précoce, une évaluation détaillée, et un traitement des symptômes. Ils ne sont pas inhérents à l'âge, mais dans un cas particulier de personnes âgées, cela associe des soins médicaux gériatriques (absence de chronicité de la maladie) et palliatifs (présence absolue de maladies chroniques), se concentrant sur une évaluation complète afin d'intégrer des facteurs sociaux, spirituels et environnementaux. Ils nécessitent également une compréhension de la comorbidité, des prescriptions sûres et une approche multidisciplinaire pour un accompagnement adapté aux besoins de chaque patient.

Les soins palliatifs hiérarchisent aussi une bonne communication, la considération de l'autonomie, l'implication dans la prise de décision, et l'existence de dilemmes éthiques. Travailles-en plus avec les personnes âgées et leurs familles dans des cadres (maison, soins de longue durée, hospices, et hôpitaux) et au cours des transitions. On remarque que les professionnels de la santé ont tendance à se focaliser sur les problèmes physiques et leurs traitements.

Mais dans l'optique des soins palliatifs encore, les individus sont bien plus que des corps. Nos pensées, notre esprit et nos émotions sont partie intégrante de qui nous sommes, tout comme les familles et les communautés dont nous faisons partie. Ainsi, les problèmes auxquels sont confrontés les malades et leurs familles ne sont pas seulement d'ordre physique. Des questions d'ordre psychologique, social, économique et même spirituel sont tout aussi importantes que la maladie elle-même. Certains problèmes dans un domaine peuvent avoir un impact négatif sur d'autres problèmes. Par exemple la douleur est souvent plus sévère lorsque les gens sont angoissés ou déprimés. Ce n'est que lorsqu'on prend en compte tous les domaines que nous aidons la personne dans son intégralité. Il s'agit de l'approche holistique.

Imaginez une jeune mère d'enfants veuve et vivant dans un bidonville dont le mari est décédé. Elle a perdu du poids et elle a peur de mourir elle aussi. Elle a récemment développé une grosseur ulcéreuse et douloureuse sur une jambe, qui l'empêche de dormir. Certains jours, elle peut à peine se lever pour s'occuper de ses enfants et ses parents vivent loin au village et qui sont également souffrant. Son propriétaire réclame le loyer mais elle n'a aucun revenu depuis le décès de son mari. Les ragots des voisins disent que la famille est maudite.

Elle se demande s'ils n'ont pas raison car elle a prié pour avoir de l'aide, mais elle n'en a reçu aucune. Si vous étiez cette femme, quel serait votre état d'esprit ? C'est dans ce sens que nous pouvons imaginer que sa maladie n'est que l'un de ses nombreux problèmes. Elle doit surtout s'inquiéter de nourrir ses enfants, de savoir ce qui leur arrivera si elle meurt. Elle n'a aucun soutien financier, elle est isolée et elle se sent rejetée par Dieu. Alors Les soins palliatifs traitent les personnes plutôt que les maladies et cherchent à régler les problèmes qui inquiètent le plus le patient, mieux à l'accompagner. Car cette situation handicapante pour le sujet, nécessite un accompagnement à la fois psychologique, social, économique et médical.

D'après la fondation Probitas, les soins palliatifs au Cameroun sont un besoin nécessaire mais demeure loin d'être développé. Pourtant ils concernent la vie tout autant que la mort. On se rend compte que de nombreuses personnes pensent que les soins palliatifs consistent seulement à prendre soin de quelqu'un dans les derniers jours de la vie. Pourtant, il s'agit en fait de soulager les souffrances et d'améliorer la qualité de la vie depuis le moment où une personne découvre qu'elle est atteinte d'une maladie incurable. Ainsi, l'objectif des soins palliatifs n'est pas de rallonger ou de raccourcir la vie, mais d'améliorer la qualité de la vie pour le reste de la vie, qu'il s'agisse de jours, de mois ou d'années et que l'individu soit aussi serein, paisible et positif que possible, conduisant à pouvoir mourir « avec dignité » M. castra (2003). C'est dire que les soins palliatifs n'ont pas pour vocation de redonner la santé initiale, mais aident vers la mort. Or les patients sont conscients que nous sommes dans le cadre de l'accompagnement c'est à dire aider la personne à faire face à sa situation, attendant mort prochaine.

Cependant, la vieillesse n'est pas un trouble ou une pathologie mais plutôt une période qui fragilise l'individu et par conséquent ouvre la porte à d'autres pathologies en plus des comorbidités. Elle est alors perçue comme une situation handicapante due à la perte partielle ou totale de l'autonomie du sujet, notamment les personnes âgées. Le processus d'accompagnement ou de prise en charge en situation de clinique éducative, dans la partie pratique intègre les atteintes corporelles chez les personnes âgées amputées (Joachen Banindjel, 2015 p23).

### **1.2.2. Le constat théorique**

Actuellement, la littérature disponible fait état de ce que durant le vieillissement la résilience est une construction relativement ancienne dans le domaine de la psychologie. Sachant que la nécessité de se pencher sur la question du vieillissement désigne de façon

globale l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques. Ce vieillissement va ainsi impliquer une construction subjective et singulière aux plans culturels et affectifs. La résilience quant à elle représenterait l'adaptation positive de la personne malgré l'adversité et dans des situations de menace face aux différentes situations traumatisante. L'être vieillissant est donc confronté à des pertes plurielles, et il se voit contraint d'exister sous le signe de la soustraction (Blanché. 2007, p14), perte des aptitudes physiques, perte du rôle professionnel ou économique, du rôle social et même du rôle d'éducateur.

Au Cameroun notamment, l'effectif de personnes âgées augmente rapidement. Les données du 3e recensement général de la population et de l'habitat soulignent que les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 5,5 %, soit 1 067 336 habitants (Bucrep, 2010). Les cas de terrain montrent qu'au sein des familles rurales, les handicaps qui rendent difficile le quotidien sanitaire de ces personnes âgées sont pluriels. Alors que 77,2 % d'entre elles vivent en milieu rural, les conditions sanitaires et de vie y sont particulièrement éprouvantes (Djouda et Leumaleu-Noumbissie, 2019). Pour leur encadrement sanitaire, certes certains bénéficient de solidarités familiales importantes mais la plupart, pour des raisons géographiques, économiques ou socio-culturelles, connaissent de véritables difficultés quant à leur accessibilité aux soins de santé modernes de qualité (OMS, 1989). Tandis que Gustave M. (2022) Souligne que le taux de vieillissement de la population du Cameroun est de 5% avec des pics à 12% dans certaines régions. Ce vieillissement pourrait connaître une augmentation d'ici les 5-10 prochaines années et représentera un véritable problème de santé publique pour un pays dit en voie de développement.

Au stade de la vieillesse, la résilience présente une particularité importante, puisqu'il s'agit d'une période caractérisée par plusieurs événements critiques et d'adversités génératrices de stress tels que : le décès des êtres chers, les limitations physiques, sensorielles et financières, l'isolement, la perte d'autonomie, le déclin du statut professionnel et la diminution fonctionnelle. C'est pourquoi toutes situations de perte ne sont plus à restaurer, mais plutôt d'amener la personne âgée dans le processus d'acceptation de son statut face à l'impossibilité d'être restaurer : à l'exemple des personnes âgées atteint de pathologies chronique et les personnes amputé. Malgré cela, de nombreuses personnes âgées s'adaptent à ces conditions sans montrer de baisse de bien-être et de satisfaction à l'égard de la vie. « La capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative » (Cylunik, 1999, p.10).

La "vieillesse" a également pour certains auteurs un sens du vieillissement avec des pathologies coexistantes (Johnson, 2001, p.55) ; Elle est souvent interprétée comme une étape d'évolution, déterminée par des pertes ou des perturbations des systèmes moteur et sensoriel, et non comme une étape authentique du développement humain. Cette période d'âge est formellement de 65 ans (OMS, 2015), associée à l'événement de la retraite professionnelle. Actuellement, on peut entendre une quatrième période de la vie pour désigner les personnes de plus de 80 ans et les recherches ont révélé deux conditions qui caractérisent la résilience des personnes âgées : la présence d'un résultat positif et favorable concernant le processus de vieillissement et la capacité de gestion constructive d'événements critiques de la vie (Zambianchi et Bitti, 2012).

Outre ces deux aspects classiques de la résilience, à savoir la restauration du fonctionnement normal après un traumatisme et la préservation de celui-ci malgré les circonstances défavorables actuelles, un troisième aspect pour le troisième âge est décrit comme "une gestion des pertes". Particulièrement à un âge avancé avec une comptabilisation de plus en plus négative des pertes que des profits, il s'agit donc d'investir moins les ressources disponibles pour les processus de croissance, mais de plus en plus pour les processus d'ajustement aux pertes. De ce fait, les personnes âgées reconnaissent et élaborent des stratégies actives pour gérer les pertes et les conceptualiser de manière à adopter une perception du vieillissement qui maximise ce qu'elles peuvent faire plutôt que ce qu'elles ne peuvent pas (Von Faber et Van Der Geest, 2010, p.34). Ceci dit qu'elles ne sont pas dupes de chacune des situations, mais reconnaissent par conséquent qu'il n'y aura plus de restauration, mais plutôt s'adapter pour pouvoir initier un nouvel apprentissage.

Selon Joseph et Linley, la résilience des personnes âgées est associée de manière significative à l'optimisme, aux émotions positives et à l'existence d'un réseau de soutien social (Joseph et Linley, 2006, p.1042) bien solide. D'autres caractéristiques internes, telles que l'estime de soi et l'efficacité personnelle, jouent également un rôle protecteur pour les personnes âgées (Hardy et al, 2004, p.257). La réalisation d'activités diversifiées, la capacité de rompre avec certaines routines, le maintien et la création de nouveaux amis dans une communauté, la confiance en soi, la spiritualité, la transcendance et le système de croyance sont également des facteurs importants de la résilience chez les personnes âgées (Reis et Menezes, 2017, p. 765)

Il est donc important de souligner que la résilience chez les personnes âgées dépend dans une large mesure des réserves émotionnelles, cognitives et sociales qui se manifestent par

la motivation (projet de vie), la satisfaction de la vie, l'estime de soi, l'initiative et l'auto-efficacité, tout ce qui conduit à une adaptation réussie. Lorsque le sujet ne parvient pas à maîtriser son corps et à s'adapter à son environnement, il se rend compte qu'il est différent des autres et commence à se poser des questions sur la nature de son corps d'où la question du handicap, dû parfois à la précarité des conditions de vie quotidienne, la vulnérabilité sanitaire des âgés au Cameroun notamment en milieu rural.

Toutefois, nous notons que le concept de résilience vise à pouvoir maintenir l'attachement des vieux à la vie face à la certitude d'une mort imminente. Il s'agit d'améliorer les derniers moments de vie et d'accompagner la personne âgée dans le processus de mort. Et dans le cadre de l'éducation spécialisée option handicap mental, il question d'étudier les troubles cognitifs et comportementaux en s'appuyant sur l'accompagnement psychosocial. Le vieillissement pathologique de nos jours est de plus en plus grandissant. Pour Daneault, 2007, les services de santé et la médecine dans le domaine médical se penche davantage sur la prise en charge des personnes vieillissantes atteintes de troubles.

Ces troubles occasionnés par leur maladie, les patients font état de ceux engendré par leur passage dans le milieu médical (Lussier et Daneault, 2005). Ainsi les soignants parfois submergés, sont eux même aux prises avec la souffrance, face à celle des patients. Les soignants perçoivent donc leur limite et même leur incapacité à pouvoir répondre efficacement aux besoins de soutien ou demandes des patients. Tandis que les patients, notamment les personnes âgées ayant des syndromes gériatriques, dans leur situation de souffrance manifestent significativement le besoin d'accompagnement médical, psychologique et sociales au quotidien. Or pour Jean Foucart (2008/1, p113), l'accompagnement se généralise dans nos sociétés et envahi de multiples domaines de la vie sociale tel l'hôpital, les soins palliatifs etc.

### **1.3. Objet de l'étude et intérêts**

La présente étude a pour objet l'éducation spécialisée, qui exerce son activité dans le domaine de trois spécialités (champ), qui sont ; le handicap physique, le handicap mental et le handicap social. Nous constatons que ces trois spécialités qui sont des champs pour l'éducation spécialisée, sont des objets d'études en eux-mêmes et possèdent à leurs tour leurs champs, leurs domaine et étendu circonscrit dans lequel ils effectueront leurs recherches.

Le handicap mental, se traduit par un trouble intellectuel et cognitif qui se caractérise par des déficiences importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et même de décision. Il est alors considéré comme un champ pour l'éducation spécialisée, dont l'objet

de cette étude est celui de proposer une gestion cohérente des questions liées aux techniques d'accompagnement des personnes âgées qui se retrouvent soit dans les services publics, privés ou bien dans le cadre familial ou en soins palliatifs. Elle établit d'abord une typologie complète sur les problèmes rencontrés. Elle fait ensuite une évaluation des besoins particuliers des personnes âgées en fonction de leur vécu, en vue d'améliorer leur qualité de vie et de booster leur résilience.

Sur le plan social, notre recherche contribue premièrement à devoir prendre en considération des facteurs de risques psychosociaux chez la personne âgée dans l'accompagnement en gériatrie. Ceci dans le but de comprendre le besoin et la situation des vieux afin d'envisager des pistes de réflexions, de mieux adaptées et leur permettant d'affronter leurs situations.

D'autre part, l'évolution récente montre que l'accompagnement de fin de vie ccupe de plus en plus le professionnel soignant, sachant que les thèmes de la douleur / souffrance et des soins palliatifs sont les plus traité lors des débats. Nécessitant un accompagnement psychosocial adapté auprès de personnes âgées.

Une prise en charge cohérente et organisée des derniers jours de la vie, une prise en charge médicale mais aussi psychologique, sociale et relationnelle.

Cette réflexion mentionnée plus haut, sur l'attitude des professionnels en gériatrie dans le cadre du travail d'accompagnement sur autrui permettraient de redessiner une pratique qui, avec ses outils propres, apporterait une contribution essentielle dans le champ de l'accompagnement de la personne âgée

Sur le plan personnel, au cours de ma formation, nous avons rencontré plusieurs professionnels de santé et des personnes âgées confrontée à diverses pathologies nécessitant une prise en charge adaptée à leur situation. Toutes ces rencontres m'ont permis à la fois d'avoir une certaine maturité dans les interactions en tant que chercheur et avec autrui.

Au fur et à mesure de notre formation et des lectures, je me suis progressivement rendu compte de l'importance que prenait la part du relationnelle. Dans cette étude, qui est axée sur l'accompagnement des âgées en gériatrie, nous nous sommes rendu compte que la mise en place de la relation d'aide ne s'improvisait pas mais qu'elle représente plutôt un élément important dans le travail d'accompagnement et fait partie intégrante de la prise en soin (médicale, psychologique et sociale) de la personne âgée hospitalisée.

#### **1.4. Formulation et position du problème**

Avec l'âge, les altérations cognitives sont relativement normales et touchent une large partie de la population vieillissante sans qu'elles revêtent nécessairement une dimension pathologique. Cependant, ceci s'inscrit dans le processus normal qui renvoie à l'affaiblissement moral des personnes âgées. Les capacités de la personne âgée diminuent considérablement. Pourtant certains facteurs doivent nous alerter. C'est alors que la préoccupation des personnes âgées qui ont perdu leur autonomie ou pas est considéré comme un problème à la fois social et mental très préoccupant dans le monde entier en général. Cette réalité n'a pas de frontières aujourd'hui. Elle a subi des mutations diverses et s'est davantage complexifiée. La grande interrogation de tous les pays concernant les techniques d'accompagnement reste la stratégie la plus efficace par rapport aux personnes âgées dans leur processus de remédiation. Par contre, les États ont élaboré et appliqué des stratégies, ont fait des efforts pour pouvoir mettre en place des services tels que les maisons de retraite et particulièrement les services de gériatrie à l'hôpital central de Yaoundé, au Cameroun en occurrence, mais le constat reste le même : les moyens financiers et un accompagnement insuffisant pour assurer la prise en charge des personnes âgées demeurent inquiétant.

Face au problème d'accompagnement psychosocial adapté aux personnes âgées (dans la souffrance) en soins palliatifs, Daneault en 2007 précise que le domaine médical se penche davantage sur la prise en charge des troubles par les services de santé et la médecine. Ces troubles, davantage occasionné par certaines maladies, les patients quant à eux font état de ceux engendré par leur passage dans le milieu médical (Lussier et Daneault, 2005). Les soignants sont parfois eux-mêmes aux prises avec la souffrance, face à celle des patients et perçoivent leur incapacité à pouvoir répondre efficacement aux besoins et demandes des vieux et se sentent parfois submergé. Baudry en 2006 disait, qu'il est plus susceptible pour les âgées en soins palliatifs, de vivre des situations de troubles ou de déficiences, malgré la grande part d'attention qui leur sont portée en fin de vie depuis l'avènement des soins palliatifs.

Or nous avons remarqué que dans la vie quotidienne (en famille ou dans la société en générale) et durant notre stage au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, la plupart de personnes âgées sont constamment confronté aux différents problèmes de santé liés au vieillissement tels que les troubles cognitifs et comportementaux dont les déficiences sensorielles ( qui peuvent être auditif, visuel, et même les pertes d'appétit), l'arthrose, le diabète, les troubles dépressif ou démentiels d'où le problème du manque d'accompagnement adapté

des personnes âgées en fin de vie et en soins palliatifs. Certaines pathologies cognitives sont parfois dû aux conflits familiaux (ou avec les aidants), soit l'isolement entraînant le repli sur soi ou alors dû au fait que le renouvellement de cellules ralenti avec l'âge. Ainsi, les conséquences telles que les altérations qui entraînent les pertes de mémoire par exemple, nécessitant un accompagnement à la fois médical et psychosocial adapté.

De plus, nous avons observé que les personnes âgées en soins palliatifs ont du mal à admettre leur situation. Et avec ces difficultés, la prise en charge était également difficile. Alors, malgré le fait que le trouble est donc un phénomène complexe, voire difficile à cerner, parce que la personne âgée peut être atteinte de plusieurs pathologies à la fois, dû à plusieurs situations choquantes, nous nous demandons si le counseling ou un accompagnement adéquat à ce stade sur le plan psychosocial pourrait amener la personne âgée à accepter sa situation sachant qu'elle ne guérira pas et de pouvoir se préparer à avoir une mort paisible et imminente.

#### **1.4.1. Question de recherche principale**

Considérant la problématique ci-haut nous avons formulé la question principale de recherche suivante : En quoi les soins palliatifs facilitent-ils l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique ? De cette question de recherche principale découlent plusieurs questions spécifiques.

##### **1.4.1.1. Question de recherche spécifique**

**Qs1** : En quoi les soins médicaux facilitent-ils l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique ?

**Qs2** : En quoi les soins nutritionnels facilitent-ils l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique ?

**Qs3** : En quoi les soins affectifs facilitent-ils l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique

En d'autres termes, nous voulons savoir comment l'ensemble des soins qui accompagnent les personnes âgées et qui visent le réconfort déterminent-t-ils l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées résilient dans le processus de vieillissement pathologique.

#### **1.4.2 Hypothèse générale**

Les soins palliatifs facilitent significativement l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique

#### **1.4.2.1. Hypothèse spécifique**

Hs1 : les soins médicaux facilitent l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique

Hs2 : les soins nutritionnels facilitent l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique

Hs3 : les soins affectifs facilitent l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique

En d'autres termes, Les soins palliatifs jouent un rôle crucial dans l'accompagnement psychosocial des personnes âgées confrontées à un vieillissement pathologique. Ils visent à soulager la souffrance physique tout en prenant en compte les dimensions psychologiques, sociales et spirituelles de la maladie.

### **1.6. Objectif général de recherches**

L'objectif de notre étude est de montrer que les soins palliatifs peuvent faciliter significativement l'accompagnement psychosocial des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique.

#### **1.6.1. Objectifs spécifiques**

**Os1** : montrer que les soins médicaux facilitent l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique.

**Os2** : montrer que les soins nutritionnels facilitent l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique.

**Os3** : montrer que les soins affectifs facilitent l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique.

### **1.7. But et pertinence de l'étude**

La pertinence fait référence à la qualité d'un problème scientifique qui repose sur des arguments, un raisonnement cohérent, bref de « bonnes raisons ». Elle peut s'entendre comme l'apport que l'étude d'un fait mental et social donné ajoute à la science. De ce fait, elle se doit d'être en congruence avec des objectifs poursuivis.

Le choix de ce thème de recherche vise à vérifier le lien entre les soins palliatifs et la résilience des personnes âgées du service de gériatrie de l'Hôpital Central de Yaoundé au Cameroun. C'est montrer comment les soins palliatifs boostent la capacité des personnes âgées en gériatrie à travers un accompagnement psychosocial adapté aux besoins de chacun et leur permettent de faire face aux traumatismes rencontrés ; de comprendre les stratégies d'accompagnement du personnel de ce service afin d'en proposer d'autres techniques d'accompagnement adaptés aux besoins de chacune d'entre elles en tant que professionnel d'éducation spécialisée en handicap mental. Ceci selon les cas de déficit et d'incapacité, booster ou restaurer en la personne la ferme assurance selon laquelle, peu importe ce qu'elle traverse, les soins palliatifs l'aideront ou l'accompagneront à passer le reste de la vie avec dignité pour pouvoir l'acheminer à une bonne mort. Il s'agit également de préserver au mieux pour certains, l'autonomie des personnes âgées en leur apportant tout le soutien possible jusqu'à la fin de la vie.

### **1.8. Intérêt de l'étude**

L'intérêt scientifique peut s'entendre comme l'apport que l'étude d'une situation donnée ajoute à la science. Dans ce cas, l'intérêt scientifique de ce travail repose sur le fait qu'il se veut une contribution à la problématique portant sur l'accompagnement de la situation handicapologique des personnes âgées.

Étant étudiante en éducation spécialisée, nous nous intéressons au handicap mental et voulons montrer que l'accompagnement dans la souffrance ou face à la souffrance peut être une thématique essentiellement capitale dans notre champ d'étude qui est l'éducation spécialisée. Montrer également comment l'éducation spécialisée peut nous aider à améliorer tout, du moins le quotidien des vieux, et spécifiquement en soins palliatifs.

La présente étude entend se focaliser en plus sur l'accompagnement des personnes âgées dans leur famille respective ou en institution. Cette situation fait ressortir la nécessité de s'interroger sur la prise en charge des différents troubles touchant les vieux, la qualité de vie et les stratégies d'accompagnement pouvant favoriser leur bien-être jusqu'à la fin de la vie. Cette étude se donne pour ambition de déceler les difficultés liées aux soins palliatifs, à la qualité de vie, et à l'accompagnement des personnes âgées en institution gériatrique de l'hôpital central de Yaoundé Cameroun ou dans les familles.

Ce travail servira en plus de fondement à la construction multidimensionnelle de techniques d'accompagnement des personnes âgées par les professionnels de santé mentale.

Cette étude se donne enfin pour ambition de contribuer à l'avancer de la science, et surtout en Science sociale et éducatif.

### **1.9. Délimitation de l'étude**

Délimiter une étude c'est en préciser le champ d'investigation ainsi que sa temporalité, ces deux éléments autrement indispensables à sa contextualisation. Nous allons donc doter la présente étude d'une double délimitation spatio-temporelle afin de lui rendre toute la pertinence scientifique qui lui est requise. C'est pour ce faire que nous avons retenu le service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé comme notre champ d'investigation à raison de l'importance du nombre de cas rencontré sur les lieux.

Tout travail scientifique exige l'usage d'une démarche méthodologique qui puisse permettre au chercheur de collecter ; d'interpréter et d'analyser les données qu'il aura à recueillir.

Sur le plan conceptuel, nous allons travailler sur le vieillissement pathologique et les soins palliatifs qui font référence à la résilience chez les personnes âgées en plus des techniques d'accompagnement.

Sur le plan géographique, notre champ d'étude est à Yaoundé, au Cameroun et plus précisément au service de gériatrie de l'hôpital central.

Dans ce chapitre il était question de montrer la problématique de notre recherche, pour cela nous avons dans un premier temps présenter le contexte et la justification de notre étude en suite les éléments du constant et dans un second temps nous avons également présenté la formulation et position du problème et en enfin la pertinence, but et la délimitation de l'étude.

## CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

### INTRODUCTION

Ce chapitre présentera d'abord un aperçu de la recherche documentaire. Encore appelée la revue de la littérature ou recension des écrits, elle renvoie à une liste des principales sources théoriques et empiriques des publications de recherche qui rendent compte de ce qui est connu ou inconnu sur le sujet de recherche en particulier. 1(Fortin, 2016, p.75). Ou alors un processus scientifique qui consiste à consulter des livres, des revues spécialisées et des actes de colloques scientifiques traitant du thème5 abordé dans le projet de recherche, (Nkoum, 2015, p.46).

Nous avons effectué ces différentes consultations sur les vieillissements pathologiques et les soins palliatifs des personnes âgées face à la souffrance en gériatrie et sur l'accompagnement psychosocial de la personne âgée en soins palliatifs. Il nous revient donc de présenter dans ce chapitre, ces différents résultats qui décrivent l'état actuel de connaissances, mettre en relief les textes étudiés les uns par rapport aux autres et les situer dans la problématique générale et qui permettra de relever les lacunes et indiquer brièvement la contribution de l'étude à l'avancement des connaissances dans le domaine.

#### 2.1. Définitions des concepts clés de l'étude.

- **Soins palliatifs**

Le dictionnaire Robert définit les soins palliatifs comme des soins qui atténuent les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause. Mieux encore, ce sont des soins donnés à des malades incurables et aussi à des personnes en fin de vie. En fait, ces soins palliatifs se réfèrent à la notion de temps long auquel l'individu peut encore vivre malgré la chronicité de sa maladie ; tandis que la notion de fin de vie fait référence à l'immédiateté de l'action ou du vécu de l'individu.

L'OMS en 2020 définissait les soins palliatifs quant à elle comme une approche qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles.

Dans le cas du vieillissement pathologique, les soins palliatifs visent, le confort de la personne âgée, considérée comme étant dans une situation de handicap (mental, physique ou

sociale), c'est ici que l'éducation spécialisée trouve alors toute sa place : celui d'accompagner au quotidien l'individu dans sa situation.

- **Résilience**

Le dictionnaire Larousse définit la résilience comme la caractéristique mécanique définissant la résistance aux chocs d'un matériau. La résilience est un phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique de manière à ne pas, ou plus, vivre dans le malheur et à se reconstruire d'une façon socialement acceptable.

Tomkiewicz (2001 : 156) cité par Michel Van Hooland (2011, p12) propose une définition de la résilience en termes de santé : « est résilient, celui qui, malgré les adversités, atteint un état de santé défini par l'OMS, comme un état de bien-être physique, psychologique et social... »

En psychologie de la santé, elle est comprise comme une aptitude, une force de résistance d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit de circonstances traumatiques. Mieux, c'est la capacité pour un individu à faire face aux différentes situations quotidiennes et traumatisantes.

- **Vieillesse**

Il est compris comme une étape de l'existence difficile à cerner, mettant en jeu des facteurs biophysiques, psychologiques et sociales qui modifient l'état de santé physique, le regard sur soi et celui d'autrui et la situation sociale (la cessation d'activité professionnelle dans les sociétés industrialisées).

C'est une question actuelle pour l'ensemble de la population, elle l'est aussi pour les personnes handicapées, aussi bien en ce qui concerne l'espérance de vie et les effets du vieillissement que les réponses à apporter. Il est impossible d'affirmer que le vieillissement des personnes handicapées soit spécifique, du fait de la grande hétérogénéité de cette population quant à l'origine, la nature et l'importance de ses difficultés. On peut cependant noter que l'espérance de vie s'allonge considérablement pour les handicapés mentaux (Zribi, Sarfaty 2012). Nous entendons par là que le vieillissement est un processus normal qui se caractérise par un déclin progressif et mesuré de toutes les fonctions corporelles et cérébrales.

Le vieillissement confronte l'individu « à la perte d'objet, la perte de fonctions et la perte de soi » Ferry et Legoues, 2008 cités par Carole Fantini Hauwel et all. C'est ainsi qu'il nécessite de faire le deuil au risque de compromettre la résilience du sujet face aux situations prochaines.

Le vieillissement normal, parfois appelé "sénescence", implique des changements physiologiques universels qui affectent toutes les personnes âgées. Ces changements incluent des modifications comme la perte d'élasticité de la peau et un léger déclin fonctionnel. Bien que ces transformations soient attendues, elles peuvent être influencées par des facteurs externes et internes, et certaines peuvent être atténuées par des comportements proactifs, comme une bonne hygiène dentaire ou une activité physique régulière.

Le concept de vieillissement réussi quant à lui, est popularisé par Rowe et Kahn, se distingue en mettant l'accent sur trois dimensions interconnectées : l'absence de maladies, un bon niveau de fonctionnement physique et cognitif, et un engagement social actif. Ce modèle souligne que le vieillissement réussi est multidimensionnel et hétérogène, reflétant les expériences individuelles variées. Il inclut également des facteurs psychosociaux qui peuvent influencer la perception et l'expérience du vieillissement.

En résumé, le vieillissement normal est une évolution inévitable avec des impacts physiologiques, tandis que le vieillissement réussi représente un idéal où l'individu maintient sa santé physique et sociale malgré l'âge.

### **Vieillessement pathologique**

Pour Morée en 2008, le vieillissement pathologique correspond à un état dans lequel les facultés physiques et psychiques d'une personne ne sont plus optimales. Dans ce type de situation, on retrouve une ou plusieurs pathologies, avec une atteinte au niveau physique et/ou psychique.

Il s'agit d'un vieillissement un peu compliqué par l'apparition d'une maladie ou de troubles neurocognitif majeure comme celui du cas de la maladie d'Alzheimer où on a des altérations physiologiques. Il se manifeste généralement par des apparitions précoces d'un état de dépendance physique ou cognitive.

Chez Trivalle, C. (2014) le vieillissement pathologique, c'est le vieillissement avec justement différentes pathologies qui s'accumulent au cours du temps et qui vont entraîner une dépendance, qui est due à l'apparition d'une maladie potentiellement incurable.

## 2.2. sur le Vieillissement pathologique

La revue de la littérature sur le vieillissement pathologique révèle une compréhension croissante des défis associés à l'âge et aborde les différents aspects du vieillissement et du vieillissement pathologique chez les personnes âgées en mettant en lumière les principales pathologies qui les affectent et les conséquences de ces maladies sur leur qualité de vie. Les différentes recherches et études menées dans ce domaine mettent en évidence l'importance d'un accompagnement psychosocial adapté et personnalisé pour assurer le bien-être des personnes âgées en soins palliatifs.

Le vieillissement pathologique se caractérise par l'accumulation de diverses pathologies qui entraînent une dépendance fonctionnelle. Contrairement à la notion de vieillissement normal, ce type de vieillissement est souvent associé à des maladies chroniques telles que l'arthrose, les maladies cardiovasculaires ou la maladie d'Alzheimer, qui affectent directement la qualité de vie et l'autonomie des individus âgés.

Pour Bjornsson et Stéfansson (2013), les facteurs de risque pour le vieillissement pathologique incluent :

-Habitudes de vie : Le tabagisme et une activité physique insuffisante sont des contributeurs majeurs aux maladies chroniques. Fumer est un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies chroniques liées à l'âge comme les maladies cardiovasculaires et respiratoires.

-Sédentarité : Un manque d'activité physique régulière augmente les risques d'ostéoporose, de sarcopénie (perte de masse musculaire) et de fragilité.

-Dénutrition : Une nutrition inadaptée, souvent associée au vieillissement, peut favoriser la fragilité.

-Déficits sensoriels : Des problèmes de vision et d'audition non corrigés compromettent la mobilité et les interactions sociales chez les personnes âgées.

-Événements de vie : Le stress lié à la retraite, la perte d'êtres chers et l'isolement social augmentent la vulnérabilité physique et psychologique.

Nombreux sont des facteurs de risque non modifiables comme l'âge avancé auquel le risque de maladies chroniques et de dépendance augmente avec l'âge.

Le sexe féminin : Les femmes ont un risque plus élevé de certaines pathologies liées à l'âge comme l'ostéoporose. Tandis que les antécédents familiaux telle une prédisposition génétique peut augmenter la susceptibilité à certaines maladies neurodégénératives.

Bienque le vieillissement soit un processus universel, certains facteurs comportementaux et environnementaux modifiables influencent grandement la trajectoire du vieillissement. Une approche préventive ciblant ces facteurs de risque modifiables est cruciale pour promouvoir un vieillissement en bonne santé et prévenir la dépendance.

Pour atténuer les effets du vieillissement pathologique, il est crucial d'adopter des stratégies préventives. Cela inclut :

- Prévention primaire : Éviter les comportements à risque comme le tabagisme.
- Prévention secondaire : Dépistage précoce des maladies.
- Prévention tertiaire : Gestion des complications des maladies existantes.

le vieillissement pathologique est donc un processus complexe influencé par divers facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux, nécessitant une approche multidimensionnelle pour sa gestion (Morée, 2008), soulignant l'impact du vieillissement sur la santé. Le rapport Vieillissement et maladies chroniques sur le profil des aînés canadiens souligne l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques chez les personnes de 65 ans et plus, notamment l'hypertension (47%) et l'arthrite (27%). Pour cela, environ 71% des aînés de 65 à 74 ans souffrent d'au moins une maladie chronique, un chiffre qui atteint 80% chez ceux de 75 à 84 ans. Une approche préventive est essentielle pour gérer ces conditions, en tenant compte des facteurs socioéconomiques et des déterminants de la santé.

Pour Tison (2023), nous rencontrons dans la réalité plusieurs catégories de personnes âgées. D'après Rowe et Khan, on peut distinguer 3 types de vieillissement : vieillissement normal, pathologique, et réussi.

Le vieillissement normal (environ 50 % de la population âgée), ou vieillissement usuel, correspond à ce qui a été décrit précédemment concernant les effets du vieillissement organique. Il se définit par la présence d'atteintes physiologiques liées à l'âge, telles que l'hypertension artérielle, l'arthrose, l'ostéoporose, etc., mais qui n'ont pas d'impact sur l'autonomie du sujet âgé. Ici, la qualité de vie n'est pas entravée.

Le vieillissement pathologique (environ 25 % de la population âgée) apparaît quand les personnes âgées sont sévèrement malades, handicapées par les effets des pathologies avec des

conséquences sur le plan de leur autonomie (chez l'Alzheimer par exemple). Ils vivent donc avec une qualité de vie plutôt basse.

Le vieillissement réussi (environ 25 % de la population âgée), ou vieillissement optimal, correspond aux sujets sans pathologie ou avec un déficit physiologique minime, présentant des capacités à pouvoir s'adapter aux effets néfastes du vieillissement, pouvant compenser les déficits (dans l'utilisation des technologies nouvelles par exemple), optimisant les fonctions (dans la pratique d'activités physiques et intellectuelles par exemple). On peut observer dans cette catégorie de population, des individus qui vont même parfois s'améliorer en vieillissant.

Les recherches de cette dernière décennie témoignent de l'intérêt croissant pour la capacité de l'individu à se projeter dans le futur et à imaginer/prévoir des événements dans un futur personnel. Différentes théories ont été proposées pour essayer d'expliquer les mécanismes cognitifs sous-jacents à cette capacité. Dans cet article, nous nous intéressons à la capacité de prospection épisodique dans le vieillissement cognitif normal et pathologique en particulier dans la maladie d'Alzheimer et la démence sémantique.

Nous discuterons ensuite le rôle des représentations sémantiques personnelles en fonction de la distance temporelle dans la projection épisodique en proposant un nouveau modèle qui postule l'intervention de deux processus, la continuité phénoménologique ou la continuité sémantique en fonction de la distance temporelle de prospection ou de récupération

Corte et Piolino (2016) quant à eux, aborderaient les différences entre le vieillissement normal et pathologique, en se concentrant sur les maladies neurodégénératives.

Le vieillissement des vaisseaux sanguins recouvre un ensemble d'événements touchant aussi bien les cellules que la matrice extracellulaire de la paroi vasculaire. Le vieillissement normal est associé à des processus dégénératifs multiples, tels que : rigidification artérielle liée à la fragmentation des fibres élastiques et l'accumulation de collagènes pariétaux, pontage progressif des fibres de collagène et dérégulation de la vasomotricité liée à un dysfonctionnement des cellules musculaires lisses ou endothéliales. Le vieillissement pathologique,

Cette idée commune du vieillissement accéléré doit être cependant sérieusement critiquée en fonction des cas. La souffrance et la douleur chronique peuvent être la cause, plus que le handicap lui-même, de ce vieillissement précoce, qui serait alors plus contextuel que biologique, ce qu'a démontré la spectaculaire augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées depuis une quarantaine d'années. Les «régressions» constatées peuvent être par exemple des crises de désadaptation liées à une prise en soins inadaptée aux changements résultant d'une avancée en âge qui n'est pas pour autant un vieillissement physiologique

accélééré (voir à ce sujet P. Gabbai, «Longévité et avance en âge des personnes handicapées mentales et physiques», *Gérontologie et société*, n 110, septembre, 2004, p. 47-73).

Examiner la prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées par An et (2011) souligne ainsi l'impact du vieillissement sur la santé.

Concernant le « Vieillissement cognitif normal et pathologique », Salomon (2014) aborde les différences entre le vieillissement normal et pathologique, en se concentrant sur les maladies neurodégénératives. Car Collette et Salomon (2014) diront que la compréhension des processus cognitifs altérés par le vieillissement normal et pathologique a bien progressé ces dernières années. Ainsi, l'identification des facteurs devrait permettre de mettre en place un programme d'intervention permettant aux personnes vieillissantes de mener une vie épanouissante et autonome le plus longtemps possible. Par conséquent, les conclusions qui pourront être tirées de ces travaux auront des répercussions indéniables à la fois au niveau individuel (sur l'optimisation de la qualité de vie des seniors) et sociétal. Donc la compréhension des processus cognitifs altérés par le vieillissement normal et pathologique a bien progressé ces dernières années par la faite qu'il affecte la communication, le langage et les aspects fonct

### **2.2.1 Impact du vieillissement pathologique sur la qualité de vie des personnes âgées**

Le vieillissement pathologique est une condition où le processus de vieillissement normal est compliqué par des maladies chroniques ou des troubles mentaux. Cela peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des personnes âgées, particulièrement celles en soins palliatifs.

Au Cameroun, cette question est d'une importance cruciale compte tenu de l'augmentation de la population âgée et de la prévalence des maladies chroniques. Ekoe Tetanye (2015) explore la prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées et leur impact sur la qualité de vie. Le vieillissement pathologique est souvent associé à des maladies comme Alzheimer ou Parkinson, a un impact significatif sur la qualité de vie des personnes âgées. Ce type de vieillissement se distingue du vieillissement normal par des changements plus graves qui affectent non seulement les capacités physiques et cognitives, mais aussi l'autonomie et le bien-être psychologique. Les effets du vieillissement pathologique sont :

- Perte d'autonomie : Les maladies neurodégénératives entraînent une dépendance accrue, nécessitant souvent une aide pour les activités quotidiennes.

-Santé mentale : Le vieillissement pathologique est lié à des troubles tels que la dépression et l'anxiété, qui peuvent diminuer le bien-être émotionnel et la satisfaction de vie.

-Relations sociales : L'isolement social et la perte de relations significatives peuvent également survenir, aggravant la perception de la qualité de vie.

Évaluation multidimensionnelle : La qualité de vie est un concept complexe qui englobe des dimensions physiques, psychologiques et sociales. Les professionnels de santé doivent évaluer ces dimensions pour adapter les soins.

Les défis spécifiques des soins palliatifs pour les personnes âgées, notamment en termes de gestion de la douleur et de soutien psychologique. Ngatchou D (2018). A son tour, Nsangou (2020) va plutôt se concentrer sur les aspects psychosociaux du vieillissement et leur influence sur la qualité de vie des personnes âgées en soins palliatifs et examiner les infrastructures de soins de santé et leur adéquation pour répondre aux besoins des âgées, particulièrement celles en soins palliatifs. (Fokunang, C. 2021).

Le vieillissement pathologique se caractérise par une interaction complexe entre le vieillissement normal et des conditions médicales chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, et les troubles cognitifs comme la démence. Ces conditions exacerbent les défis du vieillissement en affectant non seulement la santé physique mais aussi le bien-être psychologique et social des personnes âgées. Ekoe Tetanye (2015) souligne que la prévalence de ces maladies chroniques augmente avec l'âge, affectant de manière disproportionnée les personnes âgées au Cameroun. Cette situation est aggravée par l'accès limité aux soins de santé spécialisés et les ressources financières insuffisantes.

Son impact sur la qualité de vie des personnes âgées en soins palliatifs est influencé par plusieurs facteurs, dont la gestion de la douleur, le soutien psychologique, et l'accès aux services de santé. Toutefois, la gestion de la douleur dans les soins palliatifs demeure capitale. Car la douleur chronique, souvent sous-traitée, peut considérablement diminuer la qualité de vie des personnes âgées. Les soins palliatifs au Cameroun doivent donc intégrer des stratégies efficaces de gestion de la douleur pour améliorer le confort des patients. Ngatchou D (2018). L'importance du soutien psychologique pour les personnes âgées en soins palliatifs. La dépression et l'anxiété sont courantes chez les personnes âgées souffrant de maladies

chroniques. Nsangou souligne la nécessité de programmes de soutien psychologique adaptés pour aider ces patients à faire face aux défis émotionnels liés à leur condition.

Le vieillissement pathologique a un impact profond sur la qualité de vie des personnes âgées en soins palliatifs au Cameroun. Les travaux de chercheurs comme Ekoe Tetanye, Ngatchou Djomo Sylvie, Nsangou Elodie, et Fokunang Charles mettent en lumière les défis et proposent des solutions pour améliorer la prise en charge de ces patients. En adoptant une approche intégrée qui combine la gestion de la douleur, le soutien psychologique, et l'amélioration des infrastructures de soins de santé. Il est possible d'améliorer significativement la qualité de vie des personnes âgées en soins palliatifs au Cameroun. En somme, le vieillissement pathologique entraîne une détérioration significative de la qualité de vie, soulignant ainsi l'importance d'une approche holistique dans les soins (soins palliatifs) notamment aux personnes âgées.

Les recherches antérieures sur le vieillissement pathologique se concentrent sur l'interaction entre le vieillissement normal et les maladies chroniques, telles que la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson, qui accélèrent le déclin fonctionnel et cognitif.

.Des études longitudinales, comme celle du projet PAQUID, ont permis de distinguer les différents types de déclin cognitif.

Les approches ou des modèles théoriques souligneront à leur l'importance des facteurs environnementaux et comportementaux dans le processus de vieillissement et la prévention des maladies.

### **2.3.LES SOINS PALIATIFS**

Rhodes-Kropf et al., 2005) définit les soins palliatifs comme étant une approche qui améliore la qualité de vie des patients ... et de leurs familles qui sont confrontés à des problèmes associés à une maladie potentiellement mortelle. Ainsi, Les soint palliatifs ont pour objectif d'aider à préserver la qualité de vie des patients atteints d'une maladie grave, potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de toute souffrance, qu'elle soit physique, psychologique , existentielle ou spirituelle.

De plus compris comme un segment contestataire de la biomédecine moderne (Moulin, 2000), le mouvement des soins palliatifs constitue actuellement un « paradigme global » de prise en charge du mourir, de la mort et du deuil, proposant simultanément une approche holistique du malade, un modèle d'organisation des soins, une éthique alternative et un projet

politique dont l'ensemble fusionne en une synthèse inédite. Aussi, l'impact grandissant des soins palliatifs en France mérite que l'on retrace l'historique de leur institutionnalisation et que l'on mette au jour les fondements idéologiques (clinique, humaniste, herméneutique et chrétien) de leur doctrine. Ainsi définis, les soins palliatifs incarnent à nos yeux un mouvement paradoxal de médicalisation du mourir contemporain.

C'est ainsi que Les soins palliatifs font aujourd'hui partie du mandat social confié à la médecine: les patients y ont droit et les professionnels ont à s'y former. Cette nouvelle édition du Manuel de soins palliatifs, remaniée en sa quasi-totalité, veut rencontrer ce défi de formation, tant pour les professionnels que les accompagnants bénévoles de plus en plus nombreux. S'inscrivant dans la dynamique des diplômes universitaires et inter universitaires de soins palliatifs et d'accompagnement .

Le but est d'offrir les indispensables connaissances thérapeutiques pour une prise en charge du patient, quelle que soit sa pathologie et son âge mais également quel que soit le lieu où il se trouve rencontré: unité de soins palliatifs, lit identifié, domicile. Il offre également les principaux points d'appui à une connaissance psychique, sociale et spirituelle du patient et de son entourage en vue d'un accompagnement de qualité. Soucieux de la multiplicité des acteurs dans la prise en charge palliative, il s'intéresse particulièrement à la dimension pluridisciplinaire des soins palliatifs et à ce que cette dernière requiert comme point de vigilance, tant dans la formation que le vécu des équipes. Attentif aux évolutions législatives-particulièrement la loi relative aux droits des patients (2002) et celle relative à la fin de vie (Léonetti 2005)-, cette nouvelle édition envisage la question éthique dans une dimension davantage transversale, sans négliger d'insister plus particulièrement sur les processus décisionnels, l'importance de la décision collégiale et de considérer de nouveaux lieux et pathologies où les soins palliatifs ont peut-être à soutenir la sollicitation éthique (services d'urgence et de réanimation, prise en charge ou accompagnement de patients âgés et/ou chroniques, le handicap, etc).

Les soins palliatifs en gériatrie constituent incontestablement un défi pour les années à venir. Ce défi ne tient pas aux soins palliatifs gériatriques en eux-mêmes, mais bien plutôt à tout un contexte : éthique ; organisationnel ; démographique ; et pour finir, économique.

Non, le défi ne tient pas aux soins palliatifs gériatriques en eux-mêmes. Ils ont certes leurs caractéristiques, leurs difficultés, leurs spécificités qui sont aujourd'hui bien connues de

tous ceux qui en assument la pratique clinique au quotidien. Les soins palliatifs sont issus, on le sait, de la cancérologie terminale à l'origine. Pour nous être justement inspirés des sources cancérologiques anglosaxonnes et canadiennes au début de notre expérience gériatrique en 1980, nous pouvons témoigner du travail d'adaptation que nous avons dû réaliser pour répondre aux besoins des malades très âgés en fin de vie. C'est au cours de ce nécessaire ajustement de nos pratiques que nous avons pu identifier un certain nombre de spécificités gériatriques des soins palliatifs.

**Voici très brièvement les principales :**

- Les difficultés d'identification et d'évaluation de la douleur qui peuvent entraver sa prise en charge efficace...
- Les problèmes de communication qui viennent modifier la relation d'accompagnement et l'évaluation des symptômes...
- Les modifications de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamique des médicaments liés à l'âge qui doivent obligatoirement être prises en compte dans le maniement des thérapeutes. Il faut ajouter :
- L'hétérogénéité extrême des tranches d'âge élevées qui exige une grande souplesse d'adaptation des soignants pour prendre en charge des situations palliatives gériatriques d'une très grande diversité.
- Le polymorphisme de la constellation familiale du malade âgé qui peut être absente ou présente, lointaine ou proche, nombreuse ou au contraire très réduite, mais qui est souvent elle-même âgée, parfois malade et déjà épuisée.
- Et enfin la durée de certains accompagnements gériatriques qui paraît pénible à ceux qui n'y ont pas encore donné du sens.

Toutes ces spécificités et ces difficultés sont réelles. Mais les équipes gériatriques, habituées qu'elles sont à accompagner la fin de la vie de malades très âgés de façon répétée, font progressivement l'apprentissage théorique, et surtout pratique, qui leur permet de faire face aux situations sans trop de difficultés, sous réserve qu'elles travaillent dans de bonnes conditions, (effectifs de personnel adaptés, formation spécifique et soutien institutionnel) bien entendu.

C'est en tout cas le sentiment que nous avons dégagé de la pratique que nous avons partagée pendant plus de 20 ans avec toute une équipe de soignants.

Les soins palliatifs en gériatrie représentent incontestablement un défi pour les années à venir. Ce défi ne tient pas aux soins palliatifs en eux mêmes, mais bien plutôt au contexte éthique, organisationnel, démographique et économique qui les entoure. Confrontés à la multiplicité de ces défis, devons-nous rester résolument optimistes à la lumière des pratiques de soins palliatifs gériatriques efficaces qui se maintiennent en dépit de toutes les difficultés ? Ou devenir au contraire pessimistes en considérant que nous sommes confrontés à des forces beaucoup plus puissantes que celle de notre expérience de soignants ? Le défi démographique, ce véritable « boom des mourants âgés » que nous allons connaître dans la première partie du XXI<sup>e</sup> siècle nous contraindra peut-être à relever tous les autres défis, pour donner leur véritable place aux soins palliatifs gériatriques.

Toutefois, l'accompagnement et l'éducation des personnes âgées en soins palliatifs est essentielle pour améliorer leur qualité de vie et celle de leurs proches. Il est crucial de surmonter les défis et de fournir une éducation adaptée et accessible à tous en tenant compte de la souffrance de chaque patient.

### **2.3.1. Le phénomène de la souffrance en soins palliatifs**

Emmanuelle le gilloots (2006) dans son article sur souffrance et douleur parle de la souffrance comme faisant partie des domaines d'expérience où il est trompeur de se représenter séparément le vécu corporel et le vécu psychique, quel que soit celui que la personne met en avant dans sa plainte et sa de d'aide. Cet état de mal-être suscite un intérêt particulier en soins palliatifs.

Alors, Travelbee en 1971 dans son ouvrage sur les aspects interpersonnels des sciences infirmières considère que la personne ressent de la souffrance lorsqu'elle vit des expériences comme par exemple le fait d'être confronté à la maladie, la douleur physique ou mentale, des pertes, la mort. Une affirmation montrant que toute situation humaine présente une possibilité de souffrir. Cette souffrance peut être physique morale ou psychologique ainsi refaire carte source de souffrances : les souffrances physiques socio-culturel, spirituel et psychologique. La souffrance selon elle est un sentiment de déplaisir qui va du simple inconfort transitoire mental, physique ou spirituelle à l'angoisse extrême et au-delà de l'angoisse, peut atteindre la phrase maligne du désespoir et la phase terminale de l'abandon de la vie. Pourtant, sa définition pose

en outre le problème de ces nombreux rapports avec d'autres concepts tels que la douleur, la détresse, la peur et la dépression.

Ainsi la souffrance physique est reliée à la douleur. Chapman et Gavrin (1993) opposé une explication psychologique ou similarité entre la douleur et la souffrance selon ses chercheurs les mêmes mécanismes du système nerveux central sont impliqués à la fois dans le phénomène de la douleur et de la souffrance, causant ainsi un déséquilibre biologique et une difficulté à identifier la différence entre les deux phénomènes. Ainsi la personne malade et amener à confondre ces deux phénomènes. Pourtant toute personne qui se plaint de douleur doit considérer que la souffrance a des composants reliés à l'anxiété, à la dépression et à la fatigue montagne physique ou même psychologique en plus de la maladie et de la manifestation de cette dernière.

Concernant les souffrances psychosociales et socioculturelles, celles-ci font référence ressources reliées aux relations interpersonnelles et au rôle sociaux que le malade est appelé à jouer. Elles sont reliées au sentiment de regret et d'échec face à une situation irréversible aux sentiments de culpabilité, de honte, de détresse, de dépendance permanent, de la mort. Watson (1985) relient ce type de souffrance au besoin d'actualisation de soi par lequel la personne prend le contrôle de sa vie. Les souffrances mentales et /ou psychologiques finalement, sont attribuées aux émotions et au monde extérieur de la personne (Travelbee, 1971).

De ce fait, il existe plusieurs façons de souffrir et selon Sigrisdur-Halldorsdottir (1999), la souffrance se cache derrière trois grandes recommandations. Ces recommandations touchent la relation entre la personne souffrante et son entourage et l'accompagnateur qui doit briser le silence qui entoure les moments de souffrance, trouver une signification particulière à ce moment précis et ouvrir son cœur à la personne souffrante dans le but de la soulager. Cet auteur va même jusqu'à prétendre que la meilleure façon de comprendre la souffrance chez celui qui la vit est d'abord de faire une réflexion sur ses propres souffrances et d'identifier sa propre méthode pour les atténuer.

Et de cette façon, notre vision de la souffrance permet une plus grande ouverture aux souffrances des autres et modifier ainsi notre façon de les aider et de le soigner.

Comme les réflexions que la souffrance suscite en nous sont souvent source de changement positif dans notre vie quotidienne et donne un nouveau sens à la perception de la vie et d'une mort imminente, surtout chez les personnes en phase terminale. Charmaz (1999) à

travers la rétention de différentes narrations de personnes vivant la souffrance à travers une maladie chronique, a fait une analyse qui lui a permis de mettre en lumière la relation entre la souffrance et la construction du moi. Il considère alors que la souffrance est d'abord physique et provient davantage d'un malaise, d'un inconfort, de la douleur, et de l'agonie du corps toutefois pour Johnson 1991, la souffrance dépasse l'émergence du corps et la réponse psychologique qui s'en suit. La souffrance amènerait à travers son contrôle la séparation du corps et de l'esprit. C'est ainsi que Chamarz (1999) précise que la souffrance pose plusieurs problèmes existentiels sur sa propre identité, sur des regrets du passé et sur la raison de son existence.

### **2.3.2 Les troubles neurocognitif et souffrance en soins palliatifs**

Le concept de trouble neurocognitif en soins palliatifs évoque chez chaque individu de la souffrance, la douleur et même la mort inéluctable. Ainsi la souffrance des patients atteints de maladies chroniques et des malades en fin de vie évoque le plus souvent le problème de la complexité de la situation. Il est donc nécessaire d'avoir une assistance particulière, marquée une écoute active et réelle. La personne souffrante pourra modifier la perception de soi, favorable à la résilience.

Dans ce cas, le malade se sent encore unique, accepté sans réticence, malgré ses dégradations (Schaerer, coll., 1986). Il se sent encore aimer et important pour son entourage. Pour une personne par exemple atteinte d'un cancer en phase terminale, la souffrance vient de différents facteurs associés aux répercussions de la maladie comme la douleur et la dépression, mais également associés à la peur de la mort (Cherny, Coyle et Foley, 1994). Cependant, une grande difficulté réside dans la verbalisation de ce mal-être, sachant que la souffrance est une expérience négative et difficile à vivre.

### **2.3.3 Les troubles neurocognitifs et les soins palliatifs**

Les troubles neurocognitifs en soins palliatifs et le traumatisme sont deux phénomènes distincts. Si le trouble neurocognitif cognitif chez les âgées en soins palliatifs est une expérience douloureuse et considérée comme une déchéance, le traumatisme est comme une blessure psychique survenue au cours de la survenue d'une maladie incurable et insupportable. Il est donc évident que l'individu soit traumatisé à ce stade de sa vie.

Suivant le processus du vieillissement pathologique, la chronicité de la maladie conduit nécessairement aux soins palliatifs, compte tenu des souffrances vécues par les malades. C'est pourquoi certains précurseurs et fondateurs comme le psychiatre Kubler-Ross (1975) et le

médecin Saunders (1999), ce sont laissés interpellés par la nécessité d'écouter et d'aider les mourants ; ceci dans le but de maintenir de façon optimale la qualité de la vie et le soulagement de la souffrance physique, psychosociale et existentielle des personnes en fin de vie (organisation mondiale de la santé, 1990) afin de transmettre ses désirs et ses dernières volontés.

Apporter un soutien psychologique, social et même spirituel aux malades rêver alors une importance fondamentalement capitale. Le rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS), portant sur les soins palliatifs produits par le Programme québécois de lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux en 1990, déclare que les soins palliatifs sont une affirmation de la vie et que la mort est une évolution normale de l'existence. À cet effet l'OMS considère que le but principal de soins palliatifs est de calmer la douleur et les symptômes. Il intègre de ce fait le soutien psychosocial apporter aux malades, les aidant ainsi à mener jusqu'à la fin de leur vie (une vie aussi active que possible).

Autrement dit, les soins palliatifs pour les personnes âgées sont une approche globale qui vise à soulager la douleur, à améliorer la qualité de vie et à soutenir le bien-être émotionnel, spirituel et social des personnes âgées en fin de vie ou atteintes de maladies graves et incurables. Les soins palliatifs pour les personnes âgées sont basés sur une approche holistique qui prend en compte les besoins physiques, psychologiques et spirituels de la personne.

Toutefois, les soins palliatifs ont des objectifs pour les personnes âgées, ceux de soulager la douleur et les autres symptômes, d'améliorer la qualité de vie, de faciliter la communication et les prises de décisions partagées, de soutenir les proches et les aidants, et de permettre à la personne âgée de vivre sa fin de vie dans la dignité et le confort.

Les soins palliatifs pour les personnes âgées comprennent généralement une équipe multidisciplinaire composée de professionnels de la santé, tels que des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychologues et des conseillers spirituels. Cette équipe travaille en étroite collaboration avec la personne âgée, sa famille et ses proches pour élaborer un plan de soins personnalisé ou adapté qui répond aux besoins et aux préférences de la personne.

Il est important de souligner que les soins palliatifs pour les personnes âgées ne se limitent pas à la fin de vie, mais peuvent être bénéfiques à tout stade de la maladie grave ou chronique. Ils sont conçus pour offrir un soutien continu et adapté aux besoins changeants de la personne âgée et de ses proches tout au long de la maladie.

Les soins palliatifs donc sont des soins administrés en fin de vie lorsque le traitement curatif non plus d'effet sur les malades. Les soins prodigués sont rentrés sur l'individu, sur sa qualité de vie, le soulagement de la douleur et sur son ajustement émotionnel et spirituel face à la mort (Faucault, 1995). L'individu doit faire face à sa mort prochaine et au préalable, un accompagnement pourra le soutenir afin de soulager les symptômes physiques et mentaux. La relation de caring entre la personne atteinte en phase terminale par exemple, entre le patient et le personnel soignant peut et mettre l'expression de sentiments d'affirmation de soi en tant que mourant, des sentiments de contrôle sur le temps qu'il reste et de confort (Ôhlen, Bengtsson, Skott et Segeste, 2002).

Un caring va donc découler d'une alliance thérapeutique Trans personnelle, le maintien d'un espoir réaliste et un soutien apporté au souffrant ainsi qu'à ses aidants dans leur cheminement personnel (Faucault, 1995). D'après les recherches de Chapman en 1993 sur la souffrance et sa relation avec la douleur, les soins palliatifs ont pour objectif premier de contrôler la douleur et la souffrance associée aux malades incurables et en plus de maintenir la qualité de vie du patient.

D'autre part, les croyances en soins palliatifs présentent une influence capitale à la fois pour les malades et le personnel soignant. Ses croyances et l'accompagnement ont une profonde influence sur la qualité de soins fournis et sur les réponses des malades dans sa situation. Ainsi, Kemp en 1997 a décrit dans sa recherche sur le malade en fin de vie, les croyances qui ont un effet positif sur ses derniers. Parmi ces différentes croyances, on note le soulagement de la souffrance qui selon lui est aussi le but des soins palliatifs.

Il insiste sur le fait que le soignant cherche intentionnellement et spécifiquement à soulager la souffrance physique, psychologique et spirituelle qui accompagne le cheminement vers la mort. De ce fait, cet auteur déclare que soulager la souffrance nécessite de la part du soignant d'être compétent et actif contrairement à laisser mourir de façon passif ces malades, par l'administration massive d'analgésiques. Toutefois, Kemp précise que les soins palliatifs n'aident pas vraiment à soulager voire éviter la souffrance, qu'elle soit psychique, physique et/ou spirituelle. Il est donc indispensable pour le personnel soignant de se comporter de la façon la plus adéquate que possible en présence de personnes qui souffrent.

Contrôler la souffrance en soins palliatifs exige de s'exprimer par des soins à prodiguer autant à la famille qu'à la personne atteinte de maladie chronique en phase terminale et en fin de vie. Selon Whedon (2002), le but principal des soins palliatifs est le soulagement de la

souffrance et tout autre symptôme, à la fois psychologique, sociale ou spirituel. Le contrôle de la douleur doit apparaître dans tous le processus d'accompagnement de la maladie comme celui du cancer par exemple. Alors la souffrance est une expérience subjective et holistique vécu par le patient (Gregory, 1994). Les soins palliatifs permettent donc à l'équipe médicale pluridisciplinaire d'assister et d'accompagner le malade en fin de vie et en phase terminale en étant une présence importante durant cette période difficile.

## **2.4. LE TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT**

### **2.4.1. Le professionnel en gériatrie**

Nombreux théoriciens de l'accompagnement ont apporté leurs contributions à l'accompagnement des personnes âgées, notamment :

1. Erik Erikson : Théorie des stades du développement (1950), où il montre l'importance de l'intégration et de l'acceptation de soi-même et de sa vie.
2. Carl Rogers : Théorie de l'empathie et de la congruence (1951), avec l'importance de l'empathie et de la compréhension dans la relation d'accompagnement.
3. Maslow : Théorie des besoins humains (1943) , car pour lui, il est importance de satisfaire les besoins fondamentaux pour atteindre l'autonomie et la réalisation de soi.

Dans le cadre de l'éducation pour l'accompagnement telle:

1. La formation en gériatrie : il faut comprendre les spécificités du vieillissement et des besoins des personnes âgées.
2. La formation en soins palliatifs : Comprendre ici les principes des soins palliatifs et l'accompagnement des personnes en fin de vie.
3. La formation en psychologie : Comprendre les aspects psychologiques du vieillissement et de la vulnérabilité.
4. La Formation en communication : Développer les compétences en communication pour accompagner les personnes âgées.

Et pour aider à vivre la fin de vie, nous avons :

1. Le soutien émotionnel : Écouter, comprendre et accompagner les personnes âgées dans leur processus de deuil et de réflexion.

2. Le soutien pratique : Aider aux tâches quotidiennes, aux soins personnels et aux activités.
3. Le soutien spirituel : Respecter et accompagner les croyances et les valeurs spirituelles des personnes âgées.
4. \*Soutien médical : Collaborer avec les professionnels de santé pour garantir des soins adaptés.

Pour les situations de santé et de vulnérabilité comme :

1. La démence : Adaptation des stratégies d'accompagnement pour répondre aux besoins spécifiques.
2. Les maladies chroniques : Gestion des symptômes et des traitements pour améliorer la qualité de vie.
3. La perte d'autonomie : Soutien pour maintenir l'autonomie et la dignité.
4. L'isolement social : Création de liens sociaux pour réduire l'isolement.

Ces théoriciens de l'accompagnement des personnes âgées montrent ainsi quelle éducation donner aux personnes âgées, comment les aider à vivre leur fin de vie, mêlé à tous les différentes situations de santé et leur vulnérabilité.

Toutefois le vieillissement de la population est un phénomène mondial qui s'accompagne d'une augmentation des maladies liées à l'âge, telles que les maladies neurodégénératives (comme la maladie d'Alzheimer), les maladies cardiovasculaires et certains cancers. Ces maladies peuvent entraîner un vieillissement pathologique, caractérisé par une perte de capacités physiques et cognitives, une dépendance accrue et une diminution de la qualité de vie, qui nécessite un travail d'accompagnement adapté à chaque cas.

Les soins palliatifs sont une approche globale qui vise à soulager les symptômes et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies graves, incurables, en phase avancée ou en fin de vie. Les soins palliatifs sont particulièrement importants pour les personnes âgées, qui sont souvent confrontées à des maladies chroniques et débilitantes.

Alors, accompagner les personnes gravement malades quels que soient leur âge, leur situation physique, psychologique ou sociale, financière quel que soit l'endroit où elles se trouvent fait référence à préserver la meilleure qualité de vie que possible. Ceci permet aux

âgées de vivre plus longtemps possible de manière autonome et satisfaisante, malgré leur état de santé car ils n'ignorent pas la chronicité de leurs maladies. À travers le modèle de la prise en charge et l'acharnement médical, la gériatrie est adaptée à ce modèle et tient compte de caractéristiques propre au problème de santé de chacun de ses patients.

Les personnes âgées se diffèrent d'un à l'autre par leur comportement face à la souffrance. De ce fait, le traitement des patients gériatriques nécessite une approche plus large et impliquant plusieurs prestataires de soins tels que les médecins généralistes, les gériatres, les psychologues et handicapologues, les infirmiers gérontologues, aide-soignante, les assistants sociaux, les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, les médecins de famille et selon la particularité de cas les gérontopsychiatries et logopèdes etc, qui travaillent en collaboration. Cette approche pluridisciplinaire nécessite autant que possible, d'abord accompagner la personne âgée dans sa singularité, sa globalité et la totalité de sa situation. Toutefois, il serait donc inévitable de constater que certains partenaires travaillant pour l'accompagnement du malade, le font en parallèle et parfois sans collaboration. Pourtant la collaboration de professionnels vise à atteindre les objectifs de l'équipe pour le bien-être du malade. C'est alors dans ce sens que l'interdisciplinarité est caractérisée par une grande interactivité et une véritable dynamique de groupe (Le médecin du Québec, 2008).

Leur rôle et responsabilités diverses sont principalement les suivants :

**Prise en charge globale :** Le gériatre évalue l'état de santé des patients âgés en tenant compte des aspects médicaux, psychologiques et sociaux. Il élabore des plans de soins personnalisés pour maintenir ou restaurer l'autonomie des seniors.

**Coordination des soins :** Il joue un rôle clé dans la coordination entre les différents professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues) pour assurer une approche multidisciplinaire.

**Conseil aux familles :** Le gériatre aide les familles à naviguer dans le système de soins, en leur proposant des solutions adaptées, que ce soit pour un maintien à domicile ou un placement en établissement spécialisé comme les EHPAD

#### **2.4.2. L'accompagnement psychosocial**

L'accompagnement psychosocial est un ensemble d'actions visant à répondre aux besoins psychologiques et sociaux des individus, des familles et des communautés( Francesco b,

Statut économique et participation sociale : effets sur la qualité de vie des personnes âgées fragilisées

Une étude transversale en Italie et en Grèce

Par Francesco Barbabella et al , 2019). Il est particulièrement crucial dans les contextes de crise, comme après des catastrophes ou des conflits, où les personnes peuvent souffrir de traumatismes émotionnels et sociaux.

Pour le même auteur, les composantes de l'accompagnement psychosocial:

✓Psychoéducation : Informer les individus sur la reconnaissance des signes de détresse et les comportements à adopter pour gérer leur situation.

✓Écoute active : Permettre aux personnes touchées d'exprimer leurs préoccupations, ce qui aide à réduire l'anxiété et à renforcer leur sentiment d'autonomie.

✓Activités créatives et récréatives : Offrir des espaces sûrs pour le jeu et l'apprentissage, particulièrement pour les enfants, afin de favoriser leur développement.

✓Renforcement des liens sociaux : Encourager la communication et le soutien entre les membres de la communauté pour restaurer la cohésion sociale.

✓Formation et supervision : Former des intervenants locaux pour qu'ils puissent offrir un soutien adéquat et adapté aux besoins spécifiques des populations touchées.

Pour Jean Foucart (2008) dans son article sur Accompagnement et transaction, l'accompagnement se généralise dans nos sociétés et envahi de multiples domaines de la vie sociale tels le travail social, l'éducation, l'hôpital, les soins palliatifs etc. Dans le cadre de l'accompagnement psychosociale des soins palliatifs et gériatriques, le processus de l'accompagnement comprend trois grandes phases dont l'évaluation des besoins de la personne, l'établissement de priorités d'intervention à court et à long terme et enfin l'intervention proprement dite (Anthony et Liberman, 1992). Les objectifs d'intervention en conformité avec les valeurs fournies en réadaptation psychosociale doivent être individualisé, atteignable, centrer sur les besoins et les objectifs de la personne idéalement mesurable et limitée dans le temps (Caldwellet Woods, 2000).

Pour le même auteur, l'accompagnement est ainsi un palliatif. Le soutien apporté aux patients a la vertu de calmer, de soulager momentanément. Dans le cadre médical, on parle de

l'accompagnement aux soins palliatifs ou des malades chroniques. Ceci implique l'intervention multidisciplinaire et multidimensionnelle auprès du malade.

En ce qui concerne la psychoéducation et ses changements dans le processus d'accompagnement, on note que la psychoéducation « actuelle 2017 » se pratique dans plusieurs types de milieux, entre autres : le milieu scolaire, Centre jeunesse, Centre de santé et de services sociaux, organismes communautaires, et autres. Elle intervient auprès de multiples clientèles, de la petite enfance aux personnes âgées, et développe une expertise également variée telles que les troubles de comportement extériorisés ou intériorisés, déficience intellectuelle, Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), et autres. Elle collabore et partage l'intervention avec les autres professionnels en éducation, santé ou en psychosocial (enseignant, psychologue, travailleur social, éducateur spécialisé, ergothérapeute, etc.).

Le problème lié au rôle-conseil du psychoéducateur : le rôle-conseil est proche du concept d'accompagnement qu'on retrouve dans les écrits scientifiques et professionnels et qui peut englober les rôles de coaching ou de mentorat (Foucart, 2008,p.113). Précisons ici que l'exercice du rôle-conseil existe depuis que la psychoéducation existe et que ce rôle est exercé par plusieurs autres professions (psychologie, professionnels de la santé, éducateur physique, physiothérapeute, ergothérapeute, conseiller pédagogique en éducation, etc.

Tout ceci, ayant comme finalité le « bien-être » d'une clientèle en difficulté comme les personnes âgées en fin de vie.

Actuellement, un véritable accompagnement adapté commence par : un changement de regard, de représentation et des adaptations de l'environnement pour obtenir le bénéfice à la fois pour le résident, pour les personnes âgées atteinte de troubles neurocognitifs et /ou comportemental et enfin pour les professionnels pluridisciplinaires.

L'accompagnement psychosocial joue un rôle clé dans la restauration de l'indépendance économique et sociale, contribuant ainsi à une vie plus digne et équilibrée après des événements traumatiques, Francesco (2019).

## **CHAPITRE 3: INSERTION THÉORIQUE DE L'ETUDE**

Cette partie de notre travail est consacré aux théories explicatives de notre objet d'étude qui est Le handicap mental. Il est alors considéré comme un champ pour l'éducation spécialisée, dont l'objet de cette étude est celui de proposer une gestion cohérente des questions liée aux techniques d'accompagnement psychosocial des personnes âgées.

Le phénomène principal étudié est le vécu des soins palliatifs des âgées en soins palliatifs gériatriques, sa résilience face à sa souffrance et le processus d'accompagnement pluridisciplinaire et particulièrement, l'accompagnement psychosocial des personnes âgées. Dans ce chapitre, nous présenterons quelques théories qui se réfèrent à l'approche psychosociale dans le processus d'accompagnement telles que :la théorie de l'activité et les modèles théoriques comme le modèle biomédical et le modèle psychosocial. Nous allons montrer comment les pathologies telles les troubles neurocognitifs et comportementaux dans la souffrance entravent les ressources individuelles à booster ses capacités pouvant faire face à la maladie, dans le l'accompagnement psychosocial et qui conduit ainsi à la situation de handicap pour la personne âgée.

### **3.1. LA THÉORIE DE L'ACTIVITÉ**

La théorie de l'activité est issue des travaux (de la psychologie du développement et de la psychologie sociale), a été développée par le psychologue russe Lev Vygotsky en 1934 (Engestrôm, 1999, p.3). Cette théorie met en avant l'importance de l'activité humaine dans le développement de l'individu.

Dans le cadre des soins palliatifs chez les personnes âgées, cette théorie peut être appliquée pour favoriser le bien-être, le confort et la qualité de vie des patients en fin de vie. En réaction à la théorie behavioriste, notamment aux recherches de pavlov, que vygotski développe son approche dite historico-culturelle, centrée sur les apports de la culture, l'interaction sociale et la dimension historique du développement mental (Ivic, 2000, p.2). La principale contribution de vygotski porte sur la médiation. A l'action du stimulus-réponse issue du behaviorisme, Vygotski ajoute un intermédiaire : <<entre le stimulus vers lequel est dirigé

le comportement et la réaction du sujet s'intercale un nouveau membre intermédiaire, ce qui donne à toute l'opération un caractère d'acte médiatisé >> (Vygotski, 1960/2014, p. 245).

Pour Charlot 1997, p.63, parler de la théorie d'activité plutôt que de la pratique ou du travail démontre la proximité existante entre ces trois concepts qui sont parfois considéré comme interchangeable dans le langage courant. Malgré sa marque de distinction, le concept de travail porte l'attention sur la dépense d'énergie, travail lié à la notion de souffrance. Le concept de pratique quant à elle, à une action finalisée et contextualisée, continuellement à certaines variations (Charlot, 1997, p.63). Soulignons ainsi qu'il s'agit de l'activité d'un sujet donné. Charlot, 1997, p.63 conclut donc qu'il ne faut oublier que cette activité se déploie dans un monde et qu'elle suppose donc du travail et des pratiques bien connues.

Portant sur l'accompagnement psychosocial de la personne âgée, notre étude est donc tournée vers les activités d'accompagnement, c'est-à-dire faisant partie du travail d'un intervenant réalisant une pratique. C'est dans ce sillage que nous concevons l'activité du professionnel en gériatrie au regard de la théorie de l'activité. Lev Vygotsky, dans ses nombreux travaux ont donné naissance à différentes écoles, courants (Daniellou et Rabardel, 2005) et modèles de l'activité (Engeström, 2000) » (Derujinsky-Laguecir, Kern et Lorino, 2011, p. 114). Ainsi, « L'idée centrale consiste à se focaliser sur l'action pratique et sur les conséquences réelles de l'action humaine » (Engeström, 2011, p. 171).

De cette manière, la théorie de l'activité observe les perturbations et les contre parties qui découlent de la situation dans un contexte donné, comme la force de développement de l'activité. L'individu, étant un acteur, mobilise ses ressources dans l'environnement où il agit. Il agit à partir de ces données (forces de développement de l'activité) pour mener à bien son activité sur et dans la situation. Engeström propose à cet effet trois caractéristiques de la théorie de l'activité :

- « je pense en premier lieu au principe fondamental consistant à focaliser l'étude sur l'objet même de l'activité » (Engeström, 2011, p. 171) ; basé sur des intermédiaires connus et les facteurs qui jouent le rôle de la médiation.

- « [...] il consiste ici à distinguer les notions d'action et d'activité : les systèmes d'activités ne sont pas juste des actions individuelles, mais ils constituent bien plus qu'un système. Dans ce sens, ils doivent être appréhendés comme des systèmes complexes de médiations interpersonnelles ou socioculturelles, qui sont par nature collectives. » (Engeström,

2011, p.171) ; une Précision de cette nuance entre activité et action : « Activité et action consiste à : la distinction et la dialectique entre ces deux notions sont telles que : d'une part, toute nouvelle activité ne peut émerger que quand un individu s'engage dans une nouvelle forme d'action ; mais d'autre part, les actions ne peuvent généralement être comprises et expliquées sans la mise en perspective de la totalité du système d'activité. » (Engeström, 2011, p. 171).

- [...] pour ce qui est du rôle des contradictions dans l'Histoire et l'évolution, une fois de plus, les contradictions sont communément mentionnées et habituellement traitées comme des problématiques importantes. Mais elles sont rarement vues comme constituant la logique fondamentale du développement. Le développement ne peut se réaliser qu'à travers des contradictions et leur résolution. Il n'est pas suffisant de dire : « Ici se situe le problème », ou bien : « On constate un paradoxe, appelons-le contradiction. » (Engeström, 2011, p. 172).

Tout de même que l'action individuelle dans les systèmes d'activités propres au collectif qu'ils constituent, ces systèmes d'activités sont construits pour dépasser des situations s'opposant aux traitements routiniers. L'activité et l'acteur doivent de ce fait s'ajuster progressivement à la situation et constituent ainsi des savoirs de la pratique. Toutefois, notons que la théorie de l'activité repose essentiellement sur le rôle social, et particulièrement en termes d'interactions positives constante sur une personne.

Communément, les relations interpersonnelles peuvent rester peu formalisées d'où l'appellation de « rôles informels ». Par la théorie de l'activité, nous supposons que l'acte d'évaluer ne se limite pas à l'usage de l'outil d'évaluation. Mais nous concevons que l'usage et l'intelligence de l'usage par l'acteur en activité dans une situation requiert parfois d'accomplir plusieurs types d'évaluation.

En outre, soulignons également la distinction entre les notions d'action individuelle et d'activité collective, sachant qu'elle est partagée au sein d'un groupe professionnel. L'activité en général, particulièrement professionnelle, est routinière, mais la situation peut venir perturber cette routine. Les perturbations se conduiraient alors comme force de développement. Elles apparaissent de l'écart entre l'attendu, dont le prescrit, le possible, le probable et la réalité de la situation, créant par le même fait un espace ouvert à l'évolution en termes d'adaptation et d'adaptabilité social pour comprendre l'accompagnement de la personne âgée, dans le contexte de soins palliatifs.

En effet, le contexte révélerait dans ce cas, le caractère psychosocial de l'accompagnement. En nous intéressant de façon minutieuse, il en ressort deux notions essentielles dont le rôle et les interactions.

- En ce qui concerne le rôle, c'est le « type de comportement adopté par un individu suivant un ensemble de normes sociales en réponses à des attentes d'autrui dans un milieu donné » Fischer (1999). Il découle donc de normes sociales, mais chacun va jouer son rôle à sa façon, sans influencer l'autre ;

- pour les interactions : ce sont les règles qui structurent l'interaction dans un certain contexte. Ils permettent à chacun une « ritualisation des échanges dont une des fonctions importantes est (...) de sauver la face en présence d'autrui » Fischer (1999) ;

La théorie de l'activité vise ainsi la compréhension des phénomènes liés au vieillissement à partir d'un modèle du fonctionnement psychosocial médiatisé. Lesdits phénomènes en phase palliative rendraient l'accompagnement de la personne âgée encore et surtout plus complexe.

Le processus de l'accompagnement psychosociale comprend trois grandes phases : l'évaluation des besoins de la personne (âgée), l'établissement de priorités d'intervention à court, moyen et à long termes et l'intervention proprement dite (Anthony et Liberman, 1992). Les objectifs d'intervention, conformément aux valeurs prônées en réadaptation psychosociale doivent être individualisés, adaptés, atteignables et centrés sur les besoins ainsi que le bien-être de la personne âgée accompagnée.

De plus, les objectifs de la personne âgée sont généralement mesurables et limités dans le temps (Caldwell et Woods, (1976). Trois niveaux des activités sont donc proposés (l'évaluation, la planification et l'intervention) dont les frontières seraient parfois mouvantes :

- Les opérations, qui sont la base et correspondent à des actions dont la production a été automatisée à force d'exécution continues. Dans le cadre de la prise en charge de gériatrie, les opérations à mener (administration du médicament, hygiène corporelle, éducation thérapeutique, observation des traitements, suivi des situations chroniques, accompagnement, éducation de la famille et des aidants etc.) sont devenu une routine quotidienne du soignant. Cependant, l'une des opérations pourrait se montrer comme source de nouvelles conceptualisations de l'accompagnement psychosocial dans des situations inhabituelles.

- Les actions secondent les opérations, et relèvent d'une mise en relation des acquis dont fait usage le professionnel face à des situations données (telles la mort ou la fin de vie) et répondent à un but précis et conscient : le maintien de l'autonomie chez la personne âgée.

- Les activités qui englobent opérations et actions dans des contextes spécifiques pour répondre, à des motifs visés de l'accompagnement plus vastes. La prise en charge psychosociale est la relation d'aide, visant l'amélioration de la qualité de vie et le maintien de l'équilibre chez la personne âgée basée sur l'écoute. La prise en charge psychosociale est un élément central de la prise en charge globale de la personne âgée.

Dans l'accompagnement, le professionnel est en relation avec la personne âgée et cette relation est médiatisée par des règles de l'institution hospitalière, ainsi qu'une visée vers laquelle il tend et qu'il réalise au moyen d'outils spécifique. Dans ce modèle d'accompagnement, plus d'une série de contradictions, voir tensions s'observent, résultant de la situation de soin entre l'institution, le(s) soignant et la personne âgée ; car la situation de soin en elle-même est chargée d'une lourde charge émotionnelle. La contradiction qui ressort de ce modèle d'accompagnement réside dans les différents pôles en présence (institution-soignant-personne âgée. Dans l'accompagnement de la personne âgée l'institution hospitalière impose au soignant, un mode de pensée, de comportement affectif et d'action face aux soins palliatifs dans le contexte de fin de vie.

Des perturbations en phase d'accompagnement de la personne âgée peuvent surgir. Ces perturbations vont s'appesantir au niveau des opérations à mener (administration du médicament, hygiène corporelle, éducation thérapeutique, suivi des situations chroniques, accompagnement, éducation de la famille et des aidants etc.) ; c'est à ce niveau que s'observe des manquements, des égarements dans les attitudes ; Affectant à la fois les performances et les compétences du professionnel au niveau de ses savoirs (savoirs, savoir-être et savoir-faire) face à la mort imminente. Ceci déstabilise ainsi le travail d'accompagnement de la personne âgée et de son entourage. Nous rappelons ainsi que la théorie de l'activité est un cadre théorique qui, met en avant l'importance des activités significative dans la vie quotidienne des personnes, en particulier celle des personnes âgées. Cette théorie met l'accent sur le fait que de rester actif (mentalement, physiquement et socialement) peut contribuer à maintenir la santé et le bien être des personnes âgées en soins palliatifs.

Dans le cadre des soins palliatifs pour les personnes âgées, l'application de la théorie de l'activité peut jouer un rôle important dans le processus d'accompagnement des personnes âgées.

Quelques donc quelques façons dont la théorie de l'activité peut être liée au vieillissement pathologique en soins palliatifs :

✓ Maintenir la qualité de vie : il s'agit d'encourager les personnes âgées en soins palliatifs à participer à des activités qui leur sont significatives. Ceci en améliorant leur qualité de vie quotidienne, même en fin de vie.

✓ Créer des liens sociaux : Les activités sociales encouragent l'interaction avec d'autres patients et membres de la famille ou des professionnels de santé peuvent créer des liens et à favoriser un sentiment de communautés et de soutien.

✓ Faire des stimulations cognitives et émotionnelles : les activités peuvent aider à stimuler la cognition et les émotions des personnes âgées, ce qui peut être bénéfique pour leur bien être global.

✓ Réduire l'isolement par le maintien d'une certaine activité pouvant aider soit, à prévenir l'isolement social qui est le plus souvent rencontré par les personnes âgées en soins palliatifs.

Intégrer la théorie de l'activité dans le processus d'accompagnement des personnes âgées en soins palliatifs permet aux professionnels de la santé de pouvoir contribuer à améliorer la qualité de vie et le bien être des patients, en particulier dans des circonstances difficiles. Il est donc important d'adapter et de personnaliser les activités en fonction des besoins, préférences et des capacités de chaque personne et en tenir compte de leurs désirs uniques.

La théorie de l'activité souligne en plus que les activités proposées aux personnes âgées en fin de vie doivent être significatives, adaptées à leurs besoins et préférences, et contribuer à maintenir leur autonomie et leur dignité en fin de vie. Elle met en avant l'importance de l'interaction sociale, de l'engagement dans des activités stimulantes et enrichissantes telle les balades.

Elle souligne que l'engagement dans des activités enrichissantes, pouvant contribuer à maintenir le sens de l'identité, l'estime de soi et la dignité des personnes âgées en soins palliatifs. Elle met également en avant l'importance de l'environnement social et de soutien dans lequel ces activités sont proposées (environnement familial ou professionnel).

### 3.2 LE MODELE BIOMEDICAL

La population mondiale vieillit rapidement au fil du temps, et le Cameroun n'échappe pas à cette tendance. Avec cette évolution démographique, il devient crucial d'aborder les besoins spécifiques des personnes âgées, notamment en matière de soins de santé. Alors le modèle biomédical est un cadre dominant en médecine qui se concentre sur les aspects biologiques des maladies. Il considère la santé comme l'absence de maladie, de douleur ou d'anomalies biologiques, et la maladie comme un dysfonctionnement organique à traiter par des interventions.

Suivant la théorie de l'activité de Vygotski dans le processus d'accompagnement des âgées, le modèle biomédical joue un rôle fondamental dans l'accompagnement des personnes âgées, permettant de répondre à leurs besoins médicaux tout en améliorant leur qualité de vie. Le modèle biomédical vise à comprendre et à traiter les causes physiques de la souffrance grâce à l'utilisation de technologies médicales avancées et de médicaments.

Divers auteurs et chercheurs camerounais ont contribué à ce domaine en examinant et en développant des stratégies de soins appropriées pour cette population : nombreux auteurs, notamment camerounais ont exploré l'approche biomédicale dans l'accompagnement des personnes âgées. Parmi eux, les travaux de Dr. Jules Tchamabo et Dr. Marie Claire Njoya se démarquent. Leurs recherches se concentrent sur les aspects cliniques et thérapeutiques des soins gériatriques, ainsi que sur la mise en œuvre de politiques de santé adaptées aux personnes âgées. En 2018, Dr. Jules Tchamabo est reconnu pour ses recherches sur les maladies chroniques affectant les personnes âgées au Cameroun. Il a publié plusieurs articles sur la gestion de maladies telles que l'hypertension, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Dans son étude de 2018, il a examiné l'efficacité des programmes de dépistage et de traitement de l'hypertension chez les personnes âgées, soulignant l'importance d'une approche intégrée qui combine traitement médical et éducation sur les modes de vie sains. Alors, l'approche biomédicale est, de par sa capacité à gérer efficacement la douleur et les symptômes associés aux maladies chroniques avantageux. Les médicaments (opioïdes), par exemple, sont couramment utilisés pour soulager la douleur sévère, permettant ainsi aux patients de vivre plus confortablement et améliorer la qualité de vie. L'approche biomédicale contribue également à améliorer la qualité de vie des patients en soins palliatifs. Les interventions médicales peuvent également prolonger la vie des patients en retardant la progression rapide des maladies, en plus du soutien psychologique et émotionnel : Bien que l'approche biomédicale soit principalement

axée sur les aspects physiques des soins, elle intègre également des éléments de soutien psychologique et émotionnel. Les professionnels de santé peuvent prescrire des médicaments pour traiter l'anxiété et la dépression, contribuant ainsi au bien-être mental des patients en soins palliatifs gériatrique.

Njoya (2020) quant à elle a axé ses recherches sur l'accès aux soins de santé pour les personnes âgées dans les zones rurales du Cameroun. Dans sa publication de 2020, elle analyse les obstacles structurels et économiques qui entravent l'accès aux soins pour les personnes âgées et propose des solutions pour améliorer la couverture médicale dans ces régions. Ses travaux mettent en évidence la nécessité de renforcer les infrastructures de santé et de former davantage de professionnels de santé spécialisés en gériatrie.

Ainsi dans la pratique, l'approche biomédicale dans l'accompagnement des personnes âgées se base sur une prise en charge holistique des besoins de santé. Elle inclut non seulement le traitement des maladies aiguës et chroniques, mais aussi la prévention et la promotion de la santé. Au Cameroun, cette approche est mise en œuvre à travers plusieurs initiatives. Les centres de santé et les hôpitaux jouent un rôle central dans l'approche biomédicale. Ils fournissent des soins spécialisés en gériatrie, notamment la gestion des maladies chroniques, les soins palliatifs, et la rééducation. Les travaux de Tchamabo (2018) montrent que les hôpitaux qui ont intégré des unités gériatriques voient une amélioration significative de la qualité de vie des patients âgés.

Pour atteindre les personnes âgées vivant dans des zones reculées, les programmes communautaires sont donc nécessaires. Ces programmes incluent des campagnes de sensibilisation sur les maladies chroniques et des cliniques mobiles pour fournir des soins de base. Les recherches de Njoya (2020) soulignent aussi l'impact positif de ces initiatives sur l'accès aux soins de santé pour les personnes âgées.

Cependant, plusieurs défis subsistent dans l'accompagnement des personnes âgées au Cameroun (comme dans le service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé). Les infrastructures de santé sont souvent insuffisantes, et il existe une pénurie de professionnels de santé formés en gériatrie. De plus, les barrières culturelles et économiques peuvent limiter l'accès aux soins.

L'approche biomédicale se concentre sur l'utilisation de médicaments et de technologies pour gérer les symptômes physiques et psychologiques des patients, cette approche est souvent

intégrée dans les soins palliatifs pour offrir un soutien médical et thérapeutique spécialisé. Ainsi, l'approche biomédicale dans l'accompagnement des personnes âgées au Cameroun est une composante vitale pour assurer leur bien-être et leur qualité de vie et une certaine sérénité vers la mort. Les contributions de chercheurs Tchamabo (2018) et Njoya (2020) sont essentielles pour comprendre et améliorer les soins gériatriques. En dépit des défis, les efforts continus pour renforcer les infrastructures de santé, former du personnel médical spécialisé et sensibiliser la population sont des étapes cruciales vers un avenir où les personnes âgées peuvent vivre avec dignité, attendant une mort imminente.

Bien que l'approche biomédicale soit essentielle dans l'accompagnement des personnes âgées en soins palliatifs, une approche intégrée et multidisciplinaire est nécessaire pour répondre aux besoins complexes de ces patients.

### **3.3 LE MODELE PSYCHOSOCIAL**

Souvent désigné comme modèle biopsychosocial, il a été introduit par le médecin psychiatre George L. Engel dans les années 1980. Ce cadre théorique vise à comprendre la santé et la maladie en intégrant trois dimensions interconnectées : les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux Anne berquin, 2010. Ceci en mettant en exergue un certain nombre de principes tels:

.Interconnexion des Facteurs : Contrairement au modèle biomédical qui isole les aspects biologiques, le modèle biopsychosocial souligne que la santé est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques (comme les émotions et les comportements) et sociaux (comme les relations et le contexte socio-économique) .

.Approche Holistique : Ce modèle propose une vision plus complète de l'individu, reconnaissant que les symptômes physiques peuvent avoir des origines psychologiques ou sociales. Par exemple, des douleurs chroniques peuvent être exacerbées par des facteurs émotionnels ou environnementaux .

.Importance du Contexte : Il prend en compte l'environnement dans lequel une personne vit, y compris les inégalités sociales et les conditions de vie, qui peuvent affecter la santé mentale et physique .

L'approche psychosociale dans l'accompagnement des personnes âgées met l'accent sur les aspects sociaux et psychologiques de la vieillesse. Voici quelques auteurs et leurs

contributions notables dans ce domaine, spécifiquement au Cameroun : Tamambang explore les divers défis psychosociaux auxquels sont confrontées les personnes âgées au Cameroun, y compris la solitude, l'isolement social et les maladies mentales.

Fonchingong Charles dans sa publication sur le *Coping Strategies of the Elderly in Cameroon : A Social Work Perspective*, précise que cette étude se concentre sur les stratégies d'adaptation des personnes âgées face aux défis sociaux et psychologiques, en mettant l'accent sur le rôle des travailleurs sociaux dans l'accompagnement des seniors.

Tangwa quant à lui discute des considérations éthiques dans l'accompagnement des personnes âgées, soulignant l'importance de l'inclusion sociale et de la dignité dans le traitement des aînés.

Monebenimp examine dans l'une de ses publications (*Social Support Systems and the Elderly in Cameroon*) les systèmes de soutien social disponibles pour les personnes âgées et leur impact sur la qualité de vie et le bien-être psychologique.

L'accompagnement des personnes âgées au Cameroun requiert une approche holistique qui intègre à la fois les aspects médicaux et psychosociaux. Les défis psychosociaux incluent la solitude, l'isolement, les maladies mentales et la perte de statut social, qui peuvent tous affecter négativement la qualité de vie des personnes âgées.

L'approche psychosociale vise à aborder ces défis en tenant compte des interactions entre les aspects psychologiques (comme les émotions, les pensées, et le comportement) et les aspects sociaux (comme les relations, les rôles sociaux, et la culture). En intégrant ces dimensions, les intervenants peuvent offrir un soutien plus complet et personnalisé aux personnes âgées.

Dans une contribution notable, Tamambang souligne que les défis psychosociaux des personnes âgées au Cameroun incluent la solitude et l'isolement social. Les changements dans la structure familiale, tels que la migration des jeunes vers les villes ou à l'étranger, laissent souvent les personnes âgées sans soutien familial immédiat. Cela peut mener à une détérioration de la santé mentale et physique. Tamambang plaide pour des interventions communautaires visant à renforcer les liens sociaux et à offrir des activités récréatives pour les personnes âgées. Fonchingong Charles viendra explorer les stratégies d'adaptation des personnes âgées face à ces défis. Son travail montre que le soutien des pairs et l'implication dans des activités communautaires peuvent améliorer le bien-être psychologique des personnes

âgées. Les travailleurs sociaux jouent un rôle crucial en facilitant l'accès à ces ressources et en offrant un soutien émotionnel.

Mettre en lumière les considérations éthiques dans l'accompagnement des personnes âgées, en insistant sur le respect de leur dignité et de leur autonomie. Il soutient que les politiques et les pratiques doivent être développées pour garantir que les personnes âgées reçoivent un traitement équitable et respectueux, en accord avec les valeurs culturelles locales. Tandis que Monebenimp François examine les systèmes de soutien social et leur impact sur la qualité de vie des personnes âgées. Son analyse montre que les réseaux de soutien familial et communautaire sont essentiels pour le bien-être psychologique des personnes âgées. Il recommande le renforcement de ces réseaux à travers des politiques publiques et des initiatives communautaires.

L'approche psychosociale est essentielle pour un accompagnement complet des personnes âgées au Cameroun. En intégrant les dimensions psychologiques et sociales, les intervenants peuvent mieux répondre aux besoins des personnes âgées, améliorer leur qualité de vie et garantir qu'elles vieillissent dans la dignité et le respect. Les travaux de Nde Charles Tamambang, Fonchingong Charles, Tangwa Godfrey B., et Monebenimp François fournissent des bases solides pour le développement de pratiques et de politiques efficaces dans ce domaine.

En résumé, le modèle biopsychosocial est un outil essentiel pour les professionnels de la santé, car il encourage une approche multidisciplinaire dans le traitement des maladies et favorise une meilleure compréhension des patients en tant qu'êtres humains complexes.

**PARTIE 2: CADRE METHODOLOGIQUE  
ET OPERATOIRE**

## **CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE**

Cette partie de notre travail portera sur la présentation et la justification du lieu de l'étude, des participants, de la méthode de recherche, la technique de collecte de données, de l'outil de collecte des informations et enfin la technique d'analyse des résultats. Toutefois, il nous revient de rappeler en quelques mots la problématique de notre étude, avant de débiter la présentation justificative de la démarche méthodologique.



## **4.1 HYPOTHESE DE RECHERCHE**

C'est une réponse provisoire à ces questions de recherche. Elles s'inscrivent comme des suppositions avancées pour conduire notre étude et sont en congruence aussi bien avec nos questions de recherche qu'avec les objectifs poursuivis : Les soins palliatifs facilitent significativement l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique.

### **4.1.1. Hypothèse spécifique**

Nos hypothèses spécifiques découlent de l'opérationnalisation de notre variable indépendante et dépendante, et sont libellées ainsi qu'il suit :

Hs1 : les soins médicaux facilitent l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique

Hs2 : les soins nutritionnels facilitent l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique

Hs3 : les soins affectifs facilitent l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées dans le processus de vieillissement pathologique

En d'autres termes, Les soins palliatifs jouent un rôle crucial dans l'accompagnement psychosocial des personnes âgées confrontées à un vieillissement pathologique. Ils visent à soulager la souffrance physique tout en prenant en compte les dimensions psychologiques, sociales et spirituelles de la maladie.

## **4.2. SITE DE L'ETUDE**

C'est un espace qui environne la recherche et le site précis où nous faisons la collecte d'informations. Autrement dit, le site de l'étude est le contexte spacial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005). Cette étude s'est effectuée à l'enceinte de l'hôpital central de Yaoundé ainsi que la collecte des informations, qui s'est faite plus précisément dans le service de gériatrie du dit hôpital.

### **4.2.1. Justificatif du choix du lieu de l'étude : service de gériatrie**

Dans leur état de vieillesse, les personnes âgées perçoivent la dégradation (physique, sensorielle, cérébrale et les difficultés motrices) comme une incapacité fonctionnelle. Ainsi,

les vieux sont conscients des modifications morphologiques et des difficultés à maintenir des capacités d'indépendance. Alors ce service a été choisi pour cette étude pour différentes raisons :

D'abord parce que le service accueille uniquement les personnes âgées, ayant un état de fragilité avancé.

Ensuite, le service prend en soins les personnes âgées dans la globalité. Le personnel est aussi un repère de proximité capital pour les soins quotidiens et la traversée des crises, en plus des liens profonds tissés mutuellement avec le patient. Cette situation permet au chercheur de d'observer le professionnel en situation de soin et l'accompagnement dans la souffrance.

#### **4.2.2. Présentation de l'hôpital central de Yaoundé**

L'Hôpital central de Yaoundé (HCY) est une formation sanitaire publique de 2e catégorie qui voit le jour en 1933. Simon Pierre Tchoungui, ancien premier ministre de l'Est Cameroun, est celui qui a été surintendant médical de l'hôpital en 1960 avant d'être nommé ministre de la Santé en 1961. L'hôpital est à l'origine un établissement de jour. Il subit plusieurs changements structurels et propose désormais des soins 24h/24 et 7j/7. Sa gestion est assurée par le Comité de Gestion (COGE). Et il a une capacité de d'accueil de 650 lits, emploie 627 personnels de corps différents pour la prise en soins des bénéficiaires. Le traitement du VIH/SIDA est l'un des principaux programmes, l'hôpital de jour suivant environ 12 000 personnes vivant avec le VIH et 3 600 sous traitement ARV. L'hôpital est l'un des deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, l'autre étant le CHU de Yaoundé. Chaque année, l'hôpital effectue plus de 300 interventions chirurgicales et assiste des milliers de naissances.

L'hôpital possède le centre de traumatologie le plus fréquenté de la ville. Une étude des dossiers d'admission en 2007 a montré un total de 6 274 patients traumatisés admis aux urgences. Parmi eux, 71 % étaient des hommes, avec un âge moyen de 29 ans. 60% des blessures étaient dues à des accidents de la circulation. Concernant sa situation géographique, l'HCY est situé au quartier Centre-Ville, rue 2.008 derrière le CENAME (Centre National d'Approvisionnement en médicaments essentiels), non loin du camp sic message, dans l'arrondissement de Yaoundé 1. C'est un hôpital dont sa situation géographique est un atout majeur et de la disponibilité du personnel médical 24/24.

#### **4.2.3. Présentation du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé**

Dans ce service de gériatrie, nous avons plusieurs catégories concernant le personnel soignant. Ainsi l'équipe est constituée de :

- Deux médecins gériatre,
- Deux médecins généralistes,
- Un major du service,
- Quelques infirmières spécialisées en gérontologie,
- Des infirmiers,
- Des AVS (auxiliaires de vie sociale)
- Plusieurs autres stagiaires de perfectionnement en gérontologie et des AVS.

S'agissant des patients, nous avons les personnes âgées de 65 ans et les personnes très âgées de plus de 75ans. Or l'âge n'est pas le seul critère définissant les patients gériatriques mais il serait également défini par la coexistence de certaines caractéristiques, formant un profil bien particulier :

- Souffrir d'une maladie grave et ayant des comorbidités
- Prendre plusieurs médicaments simultanément
- Avoir besoin d'aide pour des activités quotidiennes
- Avoir perdu l'autonomie fonctionnelle
- Être à risque de pouvoir présenter des difficultés mentales et sociales.

Ces différentes caractéristiques exposent les vieux à l'apparition de certains problèmes particuliers tels que des escarres, l'incontinence, la dénutrition, les troubles de mémoire et même la déshydratation continue.

### **4.3. PROCÉDURE ET CRITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE.**

Notre étude porte sur les failles de l'accompagnement psychosocial chez les âgées face à la souffrance. Nos participants proviennent donc des cas rencontrés au service de gériatrie. Pour faire partie de notre étude, ils doivent être soumis à certaines conditions : ce sont les critères de sélection selon une procédure rigoureuse.

#### **4.3.1. Critères de sélection**

Nos participants, pour être sélectionné doivent être soumis aux critères d'inclusion et d'exclusion qui suivent :

##### **4.3.1.1. Critères d'inclusion**

Pour faire partie de cette étude, il faut :

- ✓ Une personne âgée ayant été interné au service de gériatrie
- ✓ Une personne âgée, ayant des caractéristiques qui forme un profil gériatrique.
- ✓ Être âgé entre 65 et 90 ans.

#### **4.3.1.2. Critères d'exclusion**

Dans notre étude, nous avons exclu certaines personnes âgées rencontrer en gériatrie. Ceci concerne les patients gériatriques présents dans le service pour honorer leur rendez-vous.

Dans notre étude, nous avons exclu toutes personnes âgées entre 65 ans et 90 ans qui ne remplissent pas tous les critères d'inclusions c'est-à-dire :

- ✓ Être âgé moins de 65 ans
- ✓ Être une personne âgée n'ayant pas des caractéristiques qui forme un profil gériatrique.
- ✓ Être une personne âgée entre 65 et 90 ans mais n'ayant pas été admis au service gériatrie.

#### **4.3.2. PROCEDURE DE SELECTION DES PARTICIPANTS**

Pour être participant de cette étude, nous avons opté pour un échantillonnage par choix raisonné. Cette technique d'échantillonnage consistait à constituer un échantillon sur la base d'un certain nombre de caractéristiques qui permettent à notre recherche de mieux cerner le phénomène qui est la faille de l'accompagnement psychosocial des âgées face à leurs souffrances en soins palliatifs gériatrique. Ces patients sont regroupés sur la base des caractéristiques normales : les personnes âgées ayant un profil gériatrique.

#### **4.3.3. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS**

Dans cette section, nous devons présenter les caractéristiques des différents participants de notre étude. Alors, accompagner les personnes âgées avec le personnel soignant en gériatrie favorise une certaine connaissance du mental et compréhension de l'environnement social du patient qui souffre, puis le handicap est facilement remarqué chez la personne.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Participants/ Caractéristiques	Papa Ndongo	Papa Djock	Mama Cécile
Profession	Enseignant	Cultivateur	Ménagère
Statut matrimonial	Marié	Divorcé	Veuve
Nombre d'enfants	03	05	06
Âge	88 ans	65ans	75 ans
Genre	M	M	F

#### 4.4. TYPES DE RECHERCHE

En science et notamment, dans les sciences humaines et sociales, il existe plusieurs types de recherche. On peut ainsi citer la recherche expérimentale, descriptive, etc. Chacune d'elles obéit à une logique scientifique qui nécessite parfois des aménagements méthodologiques selon la spécificité du type de recherche. C'est en obéissant à ces préceptes méthodologiques que nous disons de notre recherche qu'elle est une étude exploratoire de nature descriptive ; Car, dans la recherche descriptive qualitative, le chercheur peut partir de l'observation d'un phénomène dans son milieu naturel et utiliser la description dans un contexte interprétatif pour en faire ressortir les dimensions et l'importance (Fortin 2010, p.17).

Descriptif dans la mesure où elle cherche à expliquer le lien entre le vieillissement pathologique et les soins palliatifs des âgées dans le processus d'accompagnement en gériatrie.

Le paradigme descriptif privilégie exclusivement l'explication factorielle c'est-à-dire qu'il a pour seul but de mettre en évidence les facteurs qui expliquent le phénomène. Il implique l'utilisation de la méthode d'observation où on met en place des plans afin d'examiner le changement d'une situation à expliquer (variable dépendante) lorsqu'on soumet une (des) autre(s) variable(s) à des variations (variables) indépendante(s). Au regard de ce qui peut être descriptif, force est donnée de constater que cette étude se veut qualitative de par la nature de ses variables de recherche.

## **4.5. MÉTHODE DE RECHERCHE**

Pour Nkoum, 2015, p.59, le terme Méthode vient du grec « methodos » qui signifie « route, voie, direction qui mène à un but ». C'est donc le chemin tracé à l'avance pour se diriger vers un but, pour atteindre un objectif bien précis. Le chemin que nous avons choisi pour l'atteinte de l'objectif de cette étude est la méthode clinique.

### **4.5.1. Méthode clinique**

La méthode clinique est le recueil de plusieurs faits par le biais de l'observation, entretien et analyse des productions du sujet. Ceci pour comprendre la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation (Pédinielli, 1999). Nous avons choisi la méthode clinique dans cette étude pour la simple raison qu'elle est une démarche qui se définit par une prise en compte de la singularité et de la totalité de la situation.

Et dans notre recherche, nous envisageons élucider la singularité du professionnel en gériatrie et la totalité de la personne âgée dans l'accompagnement de la personne âgée, comme situation de traumatisme. Cela est plus faisable avec la méthode clinique dans un contexte précis. Afin de pouvoir recueillir les données souhaitées. C'est pourquoi la méthode clinique utilise comme technique l'étude de cas.

### **4.5.2. L'étude de cas.**

Considéré comme une méthode de recherche (méthode clinique), l'étude de cas est celle appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, que ces derniers soient individuels, de groupe ou d'une organisation (Woodside & Wilson, 2003). En ce qui concerne la description, nous notons qu'elle répond aux questions qui, quoi, quand et comment (Eisenhardt, 1989 ; Kidder, 1982) ; l'explication vise à éclairer le pourquoi des choses ; la prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements ; enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements qui apparaissent dans un cas individuel (Hersen & Barlow, 1976 ; Woodside & Wilson, 2003).

L'étude de cas est un moyen permettant au chercheur de comprendre le comportement, les modes de pensée et d'action du sujet qui s'y prête, l'étude de cas des grandes forces, qui sont bien sûr de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte, d'offrir la possibilité de développer des paramètres historiques, d'assurer une forte validité interne,

c'est-à-dire que les phénomènes relevés sont des représentations authentiques de la réalité étudiée.

Toutefois, l'étude de cas, comme méthode de recherche comporte aussi des limites dont il faut toujours être conscient quand on l'utilise. Elle est premièrement coûteuse en temps, que ça soit pour le chercheur que pour les participants. Ensuite, la validité externe de ses résultats pose problème parce qu'une étude de cas peut être difficilement reproduite par un autre chercheur. Finalement, elle présente des lacunes importantes quant à la généralisation des résultats obtenus. Notre étude opte pour l'étude de cas puisqu'elle s'intéresse au comment, mieux encore aux processus mentaux et comportementaux, aux modes de pensée et d'actions pouvant aboutir au traumatisme chez les personnes âgées en soins palliatifs gériatriques.

L'étude de cas dans cette recherche nous permet de rendre compte des situations de handicap, notamment le vieillissement pathologique en contexte de soins palliatifs. En vue de mieux comprendre la prise en charge psychosocial et mentale chez les personnes âgées.

#### **4.6. TECHNIQUE ET OUTILS DE COLLECTE : le guide d'entretien**

Il s'agit pour nous ici, de procéder à la situation de collecte de données. Et pour ce faire, nous avons fait usage de l'entretien clinique de recherche dans sa variante semi-directive comme technique de collecte de l'information. Car l'entretien semi-directif est une méthode de collecte de données qualitative qui offre plusieurs avantages. Voici quelques raisons pour lesquelles choisir l'entretien semi-directif :

1. Flexibilité : L'entretien semi-directif permet de modifier l'ordre des questions ou d'ajouter de nouvelles questions en fonction des réponses du participant.

2. Ouverture : Cette méthode permet aux participants de partager leurs expériences et leurs pensées de manière ouverte et détaillée.

3. Interaction : L'entretien semi-directif favorise l'interaction entre le chercheur et le participant, ce qui peut renforcer la qualité des données collectées.

4. Contextualisation : Les entretiens semi-directifs permettent de comprendre le contexte dans lequel les participants vivent et travaillent.

5. Richesse des données : Les entretiens semi-directifs fournissent des données riches et détaillées qui peuvent être analysées de manière thématique ou par contenu.

- . Adaptabilité : Cette méthode convient à diverses populations et contextes de recherche.
- . Élicitation d'informations inattendues : L'entretien semi-directif peut révéler des informations inattendues ou des perspectives nouvelles.
- . Possibilité de clarifier les réponses : Le chercheur peut demander des clarifications ou des précisions sur les réponses du participant.

Cependant, il est important de noter que l'entretien semi-directif présente également des limites, telles que :

- La subjectivité du chercheur
- La possibilité de biais d'interprétation
- La nécessité de compétences en entretien et en écoute active
- La durée et la complexité de l'analyse des données

L'entretien semi-directif est une méthode appropriée pour collecter des données qualitatives riches et détaillées, notamment dans les études exploratoires, les études de cas ou les recherches sur les expériences personnelles.

Ce type d'entretien est précisément réalisé à travers un guide d'entretien, qui est l'outil favorisant la collecte de données. Il est donc question de présenter la technique à savoir l'entretien semi-directif et son outil de collecte de données qui est le guide d'entretien.

#### **4.6.1. Technique de collecte : Entretien semi-directif**

Pour Savoie-Zajc (2000), l'entrevue semi-dirigée se définit comme : « L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. À travers cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewer » (p. 296). L'entrevue semi-dirigée a ainsi pour objectif de savoir ce que la personne pense et de connaître les sentiments, les idées et les intentions (Deslauriers, 1991 ; Mayer, Ouellet, St-Jacques & Turcotte, 2000).

Le déroulement de l'entretien suit les étapes suivantes :

1. Accueil et présentation
2. Explication des objectifs et de la méthode
3. Consentement éclairé (signature du formulaire de consentement)
4. Début de l'entretien : questions introductives pour créer une atmosphère détendue
5. Poser les questions de la grille d'entretien, en laissant liberté aux participants de partager leurs expériences
6. Écoute active : prendre des notes, reformuler les réponses pour clarification
7. Exploration des thèmes émergents : poser des questions supplémentaires pour approfondir les réponses
8. Clôture de l'entretien : remercier le participant, vérifier si toutes les questions ont été abordées

L'entrevue en recherche qualitative permettra de fournir un encadrement à l'intérieur duquel, le professionnel en gériatrie a la possibilité d'exprimer sa compréhension des événements (traumatisant) dans ses propres termes (Deslauriers, 1991). Ainsi, ce type de collecte d'information est une stratégie efficace pour plusieurs raisons. Tout d'abord de permettre de recueillir de l'information approfondie en lien avec le sens, le processus et les pratiques par rapport à la prise en charge psychosocial et mentale chez les personnes âgées.

Ensuite, lorsque la taille de l'échantillon est petite, lorsque nous avons à notre disposition le temps et le budget nécessaires à la réalisation des entrevues, lorsque l'on veut effectuer une recherche auprès de personnes pouvant difficilement s'exprimer autrement qu'oralement et finalement, lorsqu'on possède le savoir-faire et le savoir être requis, ce type d'entrevue s'avère efficace (Mayer, Ouellet, St-Jacques & Turcotte, 2000).

#### **4.6.2. Outil de collecte de données : le guide d'entretien**

Le guide d'entretien est donc un support pour l'enquêteur, qui répertorie les thèmes qui devront être abordés au cours de la discussion. Il est défini comme un « ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet & Gotman 1992, p. 61). Il se présente comme « une restructuration de la conduite de l'entretien et la traduction des hypothèses (...) » (Blanchet, 1985). Il fournit

un cadre général de déroulement de l'entretien, une exposition ordonnée des sujets ou thèmes à aborder et une suggestion des techniques de relance ou d'approfondissement à utiliser.

Il est structuré en parties : une introduction, la partie identification des enquêtés, la partie concernant la présentation du cadre et les parties concernant les thèmes relevant des hypothèses de recherche. Il comporte aussi une série de questions qui devront être couverts pendant l'entretien.

Dans l'entretien semi-directif, le guide d'entretien est établi sous la forme de thèmes et d'indicateurs (sous-thèmes) qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire (Fernandez & Catteeuw, 2001). Ce guide est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

En définitive, notre guide d'entretien (en annexe) a donc été structuré de la manière suivante :

- Préambule
- Identification du participant
- Histoire du participant
- ✓ Le thème 1 : le vieillissement pathologique
- Sous thème 1 : la situation d'accompagnement
- ✓ Le thème 2 : les soins palliatifs en gériatrie
- Sous thème 1 : les soins médicaux face à la souffrance
- Sous thème 2 : les soins nutritionnels par rapport aux soins
- Sous thème 3 : les soins affectifs face à une mort imminente

C'est sur la base de ce guide d'entretien que nos entretiens se sont déroulés.

#### **4.7. DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNEES**

Les entretiens se sont déroulés au sein de l'hôpital central de Yaoundé, précisément dans le service de gériatrie. Les participants étaient tous volontaires à participer à l'étude. Au cours des entretiens, nous avons débuté par des consignes qui, d'après Gighlione & Blanchet (1991), sont les actes directeurs qui initient le discours sur un thème donné. Dans la suite des

entretiens, nous avons effectués des relances pour recentrer le discours afin d'obtenir de la part des participantes des éclaircissements sur les différents thèmes abordés.

De manière concrète, après notre présentation et celle de l'étude, nous avons initié les entretiens avec les participants de la manière suivante : « merci d'avoir accepté de participer à notre étude. Après que je vous ai donné tous les renseignements dont vous aviez besoin et expliqué les risques et les bénéfices de votre participation à cette recherche ». Chaque entretien s'est tenu au sein du service de gériatrie.

La plage horaire choisie pour mon intervention était chaque fois après l'administration des soins, sur un créneau horaire de 9h30 à 12h. A chacune de mes interventions, j'ai pu rencontrer une personne âgée, ce qui m'a permis d'avoir rapidement mes 3 entretiens, que j'ai pu effectuer sur le mois de Mars 2023. La phase du pré-entretien qui constitue le préambule, commençait par une présentation. Nous nous présentons au participant en lui disant qui nous sommes, ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons. Dans la suite, nous lui exposons l'objet de l'entretien, son utilisation et l'importance des informations que nous voulons recueillir, puis, lorsque le sujet se montrait d'accord de participer à l'étude, nous demandons l'autorisation d'enregistrer l'entretien avec un magnétophone.

Nous prenons également les notes en rapport dans le silence du participant (leurs mouvements et gestes importants) ainsi que la durée du silence.

Lorsque les conditions de recueil des informations sont établies, nous abordons la question de la durée de l'entretien. Lors de la construction de nos entretiens, il nous a semblé important que ceux-ci ne durent pas plus de 30 à 40 minutes. Toutefois dans un souci de respect du temps de repos du patient, nous leurs avisons au départ de la durée. Ainsi le temps dédié à l'entretien était annoncé au participant et repréciser. Au cours de l'entretien proprement dit, nous avons présenté aux participants des questions portant sur : le vieillissement pathologique et les soins palliatifs au sein du service de gériatrie, ses capacités de pouvoir faire face aux troubles et leur prise en charge psychosocial et mentale.

A la fin de chaque entretien, nous prenons le temps de remercier le participant pour sa bonne volonté, sa disponibilité et d'ouverture d'esprit. Après tous ces entretiens, nous avons donc obtenu des informations qu'il fallait par ailleurs analyser. Toutefois, l'analyse de ces résultats devait se faire selon une technique bien précise.

#### **4.8. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES A LA COLLECTE DES INFORMATIONS**

Lors de la collecte des données de notre étude, plusieurs difficultés d'accessibilité ont été rencontrées pour certains notamment le rejet des âgées, la multiplication des rendez-vous par plusieurs gardes malades pour enfin annuler catégoriquement. Et aucune n'a été rencontrée chez d'autres pour mener ces entretiens, si ce n'est le fait que nous avons eu à rencontrer les participants de cette étude plusieurs fois, à cause du fait que les aidants devaient interrompre l'entretien pour mettre à l'aise le patient. Selon Giordano (2003), rencontrer les participants plusieurs fois procure aux participants la possibilité de réfléchir et de se préparer pour le prochain entretien. Cela constitue le seul aspect que nous avons rencontré lors de la collecte des informations.

#### **4.9. TECHNIQUE D'ANALYSE : analyse de contenu**

Les différentes articulations qui constituaient nos instruments de collecte de informations nous ont permis au moment du dépouillement d'avoir recours à une analyse qualitative. Ce qui nous a donné l'occasion pour ce qui est de cette analyse, de délaissier les calculs et de nous orienter vers une analyse psychologique des observations recueillies. Grâce à elle nous nous sommes intéressées à certains cas ou indices qui nous ont permis d'évaluer certains phénomènes non moins négligeables.

Pour analyser les données qualitatives de cette étude, nous avons eu recours à l'analyse de contenu : c'est une méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible. Pour Berelson (1952), elle se définit comme En d'autres termes, c'est « *une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication* » Berelson (1952).

Bardin (1977, p.43), soutient que « l'analyse de contenu est un ensemble de techniques d'analyse des communications ». Pour lui, la procédure comprend généralement : la transformation d'un discours oral en texte, puis la construction d'un instrument d'analyse pour étudier la signification des propos.

##### **4.9.1. Analyse de contenu**

Le choix d'une technique spécifique et le sens de l'interprétation repose à la fois sur la nature du document, les questions qui structurent la recherche ainsi que sur les fondements épistémologiques qui animent le chercheur. Par ailleurs, l'analyse de contenu est une technique

de traitement de données préexistantes par recensement, classification et quantification des traits d'un corpus. Pour ce qui relève de cette étude, nous avons procédé en trois étapes essentielles : la retranscription des données, le codage des informations et le traitement des données. Banindjel, 2023.

Avant de commencer l'analyse, la première étape fait l'inventaire des informations recueillies et les met en forme par écrit. Ce texte (appelé verbatim) représente les données brutes de l'enquête. La retranscription organise le matériel d'enquête sous un format directement accessible à l'analyse. Plutôt que de traiter directement des enregistrements audio ou vidéo, il est préférable de les mettre à plat par écrit pour en faciliter la lecture et en avoir une trace fidèle.

Les données qualitatives se présentent sous la forme de textes (de mots, phrases, expression du langage, ou d'informations symboliques (gestes, ton de la voix, impressions...)). Elles peuvent correspondre à une retranscription d'une interview, à des notes d'observations sur le terrain, à des documents écrits de nature diverse (récits, compte-rendu, réponses à des questions).

#### **4.9.2. Analyse thématique**

Pour Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, (1996, p.215), l'analyse thématique, est « *une recherche méthodologique des unités de sens par l'intermédiaire des propos tenus par les narrateurs relativement à des thèmes* ». Cette analyse thématique permet l'analyse qualitative des données recueillies.

L'analyse thématique est centrée sur les notions ou thèmes évoqués à propos d'un objet d'étude. Pour Muchielli (1996), l'analyse de contenu thématique est la plus simple des analyses de contenu. Elle consiste à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets. Elle est donc la première forme de catégorisation impliquée dans un corpus. En résumé, l'analyse thématique est assez simple dans son principe et implique de procéder à une catégorisation dont l'unité de base est le thème et les sous thèmes. Elle a pour objectif la recherche de catégories dans un discours ou un texte qui correspond à la réorganisation sous forme résumée de ce qui est dit.

L'analyse thématique commence par la retranscription des entretiens. Cette retranscription est intégrale et permet d'éviter d'écarter trop vite de l'analyse les parties de

l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse.

À chaque unité de discours est affecté un mot ou groupe de mots susceptible de résumer le thème sélectionné. Cet étiquetage sert de base à la grille d'analyse utilisée ensuite. L'analyse flottante permettra de construire à posteriori un modèle. Dans l'analyse flottante, chaque entretien isolément fait l'objet d'une lecture suivie où tout est susceptible de faire sens.

Élaboration de la grille d'analyse de contenu. Une fois les thèmes identifiés, il s'agit de les organiser en sous-groupes, puis de positionner ces sous-groupes, les uns par rapport aux autres en introduisant une certaine logique. Une grille générale est donc réalisée à partir du premier entretien. Pour vérifier la stabilité et la pertinence de cette grille, on essaie de l'appliquer à un deuxième, puis un troisième élément du corpus. On apporte alors les modifications nécessaires. Durant cette phase, on note tous les nouveaux thèmes susceptibles d'apparaître ;

Application de la grille d'analyse à l'ensemble du corpus. Il s'agit de dupliquer la grille de façon à procéder à l'analyse du corpus restant. Durant cette phase, il se peut qu'on repositionne les catégories les unes par rapport aux autres. L'inventaire et la hiérarchisation des thèmes pertinents conduit à établir une grille d'analyse sous forme d'un code dont l'emploi paraît laisser une part relativement importante à la subjectivité du codeur ;

Analyse verticale ou synthèse individuelle. La grille d'analyse est reproduite en autant d'éléments du corpus. Pour chaque entretien, on incorpore sous chaque thème de la grille le ou les extraits, citations correspondantes ou bien on rédige un résumé de cette portion de texte. La grille devient alors un cahier d'analyse de contenu. À partir de là, une analyse entretien par entretien des différents thèmes est possible. Ceci pour analyser, comprendre la pensée du sujet, son organisation, sa structure et comprendre comment se sont construites les idées de manière singulière.

Une analyse horizontale ou transversale. Il s'agit de la dernière phase de l'analyse thématique qui consiste à rassembler les cahiers d'analyse individuelle en une analyse de l'ensemble du corpus. Plus le corpus est important, plus cette phase est délicate et implique de travailler lentement et rigoureusement. L'objectif est de regrouper toutes les citations ou les résumés de l'ensemble du corpus pour chacun des thèmes. C'est à ce stade qu'intervient la « quantification de l'analyse ». On comptabilise le nombre de points de vue similaires et on les

regroupe en un même thème. Il s'agit ici pour un thème donné d'analyser ce qui est commun, ce qui est différent entre les entretiens.

Pour faciliter l'analyse on peut évoquer les thèmes par ordre d'importance : le premier thème est celui qui est le plus consensuel, etc. On repère les thèmes majoritaires et minoritaires. Des auteurs proposent des règles d'énumération qui correspondent à la manière de compter les informations.

#### **4.10. CONSIDERATIONS ÉTHIQUES**

En sciences humaines et sociales, la recherche porte sur des êtres humains, avec tout ce que cela peut comporter d'incidence sur leur vie, leurs droits et leur dignité. Pour ce faire, nous avons tenu au respect de certaines dispositions qui règlementent notre action sur le terrain. Alors, toute recherche a toujours des règles éthiques et déontologiques à respecter et à annoncer aux enquêtés. Avant de collecter les données, nous avons expliqué aux participants qui faisaient l'objet de notre étude, le but de notre enquête en mettant l'accent sur l'anonymat de personnes enquêtées en vue de garantir les résultats de notre étude. En outre, nous avons fait l'engagement de leur communiquer éventuellement les résultats de l'enquête après la soutenance de ce mémoire.

Ce qui vient d'être dit peut aussi se résumer dans certains principes fondamentaux qui ont guidé le rapport de la chercheuse aux participants. En nous référant à Van Der Maren (1999), nous pouvons en identifier trois qui ont vraiment été indispensables :

- ✓ Le consentement libre et éclairé ;
- ✓ Le respect de la dignité du participant ;
- ✓ Le respect de la vie privée du sujet et de la confidentialité.

En effet, les personnes rencontrées ont participé à cette étude sur une base volontaire. Elles ont consenti librement et de façon éclairée à participer à notre étude. À cet effet, elles ont été informées des buts de la recherche, de la confidentialité des informations recueillies, de la participation volontaire à l'étude, de l'absence de préjudice si elles décidaient de ne pas participer, des avantages et des inconvénients de leur participation ainsi que de la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude sans aucun préjudice.

## **CHAPITRE 5: PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

La première partie de ce chapitre porte sur la présentation et l'analyse des résultats de notre étude. Ainsi, il sera question de faire une analyse de l'accompagnement psychosocial et mentale des personnes âgées face à leurs souffrances en soins palliatifs. Il est structuré ainsi qu'il suit : la présentation des entretiens de chaque participants, l'analyse des entretiens et la structuration de l'analyse thématique. Ensuite par : la situation d'accompagnement des vieux dans la souffrance face à leurs mort prochaine et l'implication du chercheur au cours de la collecte de données. Et la deuxième partie est basé sur l'interprétation et la discussion des résultats obtenus après l'analyse. Ici, le chercheur doit dégager la signification des résultats obtenus, tirer des conclusions, évaluer les implications et formuler les recommandations pour de nouvelles recherches futures (Fortin,2005). Pour y arriver, nous avons cette partie en quatre sections : la première porte sur la synthèse des résultats, la deuxième est centrée sur la lecture de ces données à partir des théories retenues, la troisième sur la discussion des résultats et en dernier ressort la quatrième section porte sur les éventuelles implications et perspectives de cette recherche.

### **5.1. PRESENTATION DES RÉSULTATS DES PARTICIPANTS**

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre 4, nous avons trois participants que nous avons nommé papa Ndongo Claude, papa Djock et mama Cécile. Cette première partie consiste donc à la présentation des résultats de chaque entretien auprès de ces participants.

- Entretien avec le participant 1 : papa Ndongo Claude
- présentation:

Papa Claude est un enseignant retraité depuis quelques années ; il est âgé de 88ans, marié et père de 3 enfants. Il est diagnostiqué d'Alzheimer, il est interné au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé afin d'être mieux observé et suivie. Il présente d'autres comorbidités telles que la dénutrition et des insomnies nocturnes pour lesquelles il était venu consulter. Ses troubles de sommeil se manifestant par des confusions des heures de sommeil et de repas et accentuer par des oublis répétitifs. Après avoir résisté aux multiples pression qui lui ont été faites par ses proches à savoir sa femme et ses enfants, lui demandant de rencontrer un

médecin, il décide alors de se faire consulter par un médecin gériatre à l'hôpital central de Yaoundé. Il le fait parce qu'il juge que cela pose de plus en plus un problème avec lui et sa femme. Il pense que ses troubles proviennent de la sédentarité depuis qu'il est en retraite. Toutes ses symptômes sont ainsi suivie médicalement.

- Aspect émotionnel du patient et la relation avec le professionnel soignant

L'expression émotionnelle chez papa Claude semble être moins manifeste et se limite seulement à sa femme. Il dit avoir l'impression d'être un enfant qui nécessite un accompagnement à tout moment.

La plupart de ses émotions se produisent lorsqu'il est censé répondre aux préoccupations de son entourage (familles), qui lui mettent la pression du fait qu'il ne veut pas consulter . Or actuellement hospitalisé, il semble plutôt triste et désespéré du fait qu'il n'est plus capable de s'assumer tout seul malgré les multiples contacts avec le professionnel de santé.

En ce qui concerne la relation avec les personnes de son entourage, le personnel soignant et lui même, ceux-ci l'assiste continuellement à suivre son traitement .

- Aspect cognitif dans l'accompagnement

La formation académique et la profession d'enseignant de papa Claude semblent avoir une grande influence sur son système de croyance personnel. Les années d'exercice de sa fonction d'enseignant lui ont beaucoup appris en ce qui concerne la mémoire. Selon lui, c'est la raison pour laquelle il a de la peine à accepter sa situation : l'oubli et le trouble du sommeil surviennent et disparaissent aussi progressivement.

La pensée automatique la plus récurrente chez lui est un questionnement, celui de savoir pourquoi est-ce que tous ses troubles ne sont pas tous totale Il pense que l'oublie est en relation avec le fait qu'il souffre d'insomnie : « quand je retrouve le sommeil là vers 4 heures et demi 5heures», il pense que c'est un phénomène naturel et normal.

On note aussi chez lui une incertitude plus ou moins masquée ( par le silence) en ce qui concerne ses convictions quant aux connaissances qu'il a de sa situation et manifeste le besoin d'être accompagné afin de recouvrir sa santé ( partielle ou totale).

- Entretien avec le articipant 2 : mama Cécile

- Présentation :

la veuve mama Cécile est une ménagère de 75 ans, ayant plusieurs enfants. Elle se retrouve à la gériatrie avec plusieurs pathologies diagnostiquées telles que l'hypertension et l'accident vasculo-cérébral révélé par son dossier médical, en plus des escarres. Toutefois, elle est suivie médicalement.

- Aspect émotionnel du patient et la relation avec le professionnel soignant

L'expression émotionnelle chez mama Cécile est beaucoup plus manifeste et ne se limite pas en aucun cas sur sa maladie. Elle exprime aussi ses peines et besoins à tous sans réserve pour solliciter le soutien de tous.

En ce qui concerne la relation avec les personnes de son entourage, le personnel soignant et lui-même, nous notons que chacun l'encourage à suivre son traitement avec beaucoup de patience.

- Aspect cognitif dans l'accompagnement

Elle ne néglige aucun détail parvenu à sa connaissance. Elle exprime ses désirs profonds quant à sa santé qu'à la situation de sa famille. Elle pense à ses problèmes familiaux à résoudre absolument et rétablir la paix afin d'attendre la mort prochaine.

- Entretien avec le participant 3 : papa Djock

- Présentation:

papa Djock est un cultivateur de 65 ans divorcé ayant plus de ses 5 enfants. En phase critique de sa maladie, il révèle avoir eu un autre enfant méconnu par sa famille. Il est touché par une insuffisance rénale, l'arthrose et présente une dénutrition. Il est hospitalisé au service de gériatrie où il espère améliorer son état de santé.

- Aspect émotionnel du patient et la relation avec le professionnel soignant

Papa Djock est attristé par sa santé précaire. Il constate également le désespoir chez son entourage.

- Aspect cognitif dans l'accompagnement

Il prend en compte tous les instructions qu'il reçoit malgré tout et se souvient des bons moments passés avec ses amis. C'est à cela qu'il nourrit l'espoir d'une amélioration de son état de santé.

## **5.2. ANALYSE DES RÉSULTATS**

### **5.2.1. Analyse des entretiens**

Nous analysons le comportement du patient pendant l'entretien : il manifeste au départ de la fatigue et la tristesse, par la suite demande de s'adosser pour se détendre., manifeste et exprime ses désirs profonds quant à sa situation qu'avec les différents intervenants aux soins.

Des silences ont été enregistrées. Pendant ce temps, le patient avait la tête baissée pour celui qui était assis et les deux autres allongés, regardait le plafond quelques secondes avant de prendre la parole.

### **5.2.2. Structuration de l'analyse thématique des entretiens**

Dans cette partie, nous regroupons les thèmes ainsi qu'il suit :

- ✓ Le lien étroit entre les deux parties (le malade et le professionnel médical)  
D'où « les situations de soins palliatifs auprès des âgées, mêlé de leur représentation et de la réalité du sujet » ; « de la perte totale ou partielle de l'autonomie, remarqué chez la personne âgée vers la situation du handicap : d'où les manifestations de la personne âgée. »
- ✓ L'accompagnement de la personne souffrante face à une mort proche :  
« l'accompagnement des proches, par les professionnels en fin de vie » en plus de la pluralité des soins palliatifs dans la prise en charge multidimensionnelle.
- ✓ L'écart ou bien la proximité du malade, vis à vis du système d'accompagnement mis en place. Ainsi, qu'en est-il de la situation de prise en charge psychosocial ?

Dans le cadre des soins palliatifs, l'analyse du vieillissement pathologique révèle un processus complexe influencé par divers facteurs à la fois biologique ou psychologique. Toutefois nous notons que l'accompagnement des personnes âgées suivant le processus du vieillissement pathologique est un processus multidimensionnel où les aspects biologiques, psychologiques et physiologiques interagissent pour façonner l'expérience de vie et améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

## **5.3. LA SITUATION D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES EN RELATION AVEC LE PROFESSIONNEL**

Mieux appréhender cette situation d'accompagnement des personnes âgées en soins palliatifs nécessite de la situer dans un contexte bien précis : le cas de la gériatrie, comme lieu par excellence la prise en charge où elle prend forme et évolue progressivement. Pour ce qui

est de l'étude de la relation, il serait donc primordial de prendre en compte le contexte dans lequel elle prend forme ; ceci démontre le caractère social de la relation.

Dans cette étude, Fischer (1999) insiste sur le rôle : c'est le « type de comportement adopté par un individu suivant un ensemble de normes sociales en réponses à des attentes d'autrui dans un milieu donné » Fischer (1999). Il découle donc de normes sociales, mais chacun va jouer son rôle à sa façon ; ainsi, le soignant accompagne la personne âgée dans sa globalité malgré ses limites.

Par ailleurs, notons que les relations stratégiques permettent de comprendre que dans une dynamique d'échange interactionniste, l'individu doit assurer un contrôle. Autrement dit, si la relation est faite de codes, de normes sociales, l'individu ne pourra jamais parvenir à la détermination. Il lui reste constamment une marge de manœuvres à accomplir à partir de ses habiletés.

### **5.3.1. Représentations de la réalité face aux situations de soins des vieux en gériatrie**

Travailler avec les personnes âgées accompagner des proches aidants, quel que soit l'endroit d'exercice (en famille ou en hébergement...) reste complexe car la prise en charge de la personne âgée reste globalisante dans la mesure où il reste palliatif. Les représentations négatives s'ajoutent à cela comme : Le travail coûteux, lourd et répétitif. Une perte des connaissances acquises, une confrontation complexe et compliquée avec le vieillissement due à ses conséquences (perte d'autonomie, perte des facultés mentales, dégradation des capacités en matière de mémorisation, de communication ou de langage...). Ce qui pourrait avoir un effet projectif redouté.

Si le fait, d'être vieux, malade et dépendant fait référence à des périodes de perte et de rupture successive tels que la perte du statut social lorsqu'il est retraité, à des modifications corporelles, à la baisse des performances physiques et intellectuelles alors les personnes âgées constituent le groupe de personnes vulnérable ; et sont donc par conséquent des personnes à besoin spécifique.

Toutefois, nous remarquons qu'être soignant en gériatrie, reste tout de même méconnu, incompris, peu et/ou pas valorisé. En ce sens, le manque de motivation tiendrait certainement à la pénibilité, au manque de personnel, aux moyens insuffisants, à la moindre prévalence de technicité dans les pratiques, à une image dévalorisante de la vieillesse et par là même des

soignants qui assurent sa prise en charge et enfin, avec l'omniprésence de la mort (qui ne semble pas systématiquement revêtir le caractère imminent et donc crée des rapports d'attachement aux personnes résidentes).

En gériatrie, la perspective d'une prise en charge continue et globale s'appuie toujours sur le renforcement de l'autonomie (et sa préservation), une communication verbale et non verbale au centre de la relation de prise en charge, l'implication des familles (avec leurs histoires ou leurs réalités) dans le but de donner du sens à une pratique si singulière et porteuse du respect des personnes et de leurs valeurs.

Dans le discours des patients et gardes malades, nous constatons que cette volonté est bel et bien manifestée à leur égard. Le réseau familial fait partie importante dans la prise en charge des personnes âgées. Le professionnel en gériatrie conserve une démarche globale lorsqu'il / elle rentre dans le processus d'accompagnement par les soins, tient en plus compte de toutes petites entités biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de la personne âgée dont il / elle s'occupe, ceci pouvant booster ses capacités à pouvoir faire face à son traumatisme. Cette logique est retrouvée chez Ndongo et Djock lorsqu'il évoquaient le fait de connaître et de comprendre leur situation pour pouvoir la surmonter.

Pour ce qui est de la prise en charge psychosocial et/ou mentale, sa dimension psychologique, sociale, culturelle et même anthropologique sont prises en compte. La complexité de la prise en charge /soin gériatrique réside ainsi et essentiellement dans le fait que les soins sont à la fois des soins préventifs, curatifs, palliatifs, d'accompagnement et sont reliés à la chronicité et à la santé psychique. Cette prise en charge intègre à la fois des soins de base et à la fois des soins spécialisés. De plus, l'accompagnement des personnes âgées dépendantes conduit les familles et les professionnels à bâtir un partenariat de soins.

A entendre Djock et ses gardes malades : « Pour nous il n'y a pas de difficulté de prendre en soin médicaux le malade, mais si la famille ne coopère pas peut être dans l'achat des médicaments nous sommes coincés par ce que nous n'allons pas nous mettre à la place de la famille à ce moment-là » A sa suite, Gicgantest « cette relation structure le contexte d'accompagnement hum »

Au regard de tout ceci, nous disons qu'en phase de soins palliatifs la prise en charge des personnes âgées constitue en elle-même une situation particulière induisant des facteurs de stress spécifiques et des situations de dissonances émotionnelles et cognitives pouvant dégrader

la résilience des âgées et générer l'abandon du malade à lui-même, voire accusé le malade ou scamer de l'hôpital.

### **5.3.2. De la perte identitaire à la situation du handicap chez les personnes âgées**

La personne âgée est soumise à de nombreuses pertes, son vieillissement s'inscrit dans son corps. C'est donc cette masse corporelle qui devient alors le centre de la problématique identitaire. Ces pertes normales et surtout pathologique, qui augmentent avec l'âge, détériorent l'image que la personne a d'elle-même et diminue progressivement l'estime de soi.

La personne âgée, en perte d'autonomie, a souvent peu d'estime de soi, se sent inutile, infantile, embarrassante et se perçoit comme une charge pour leur famille et/ou pour la société. Notons qu'elle est consciente de ces modifications, de ces changements qui s'opèrent chez elle. Toutefois, c'est le caractère pathologique qui aggrave cette situation.

La personne âgée n'est aucunement pas porteuse d'un handicap, mais plutôt en situation du handicap. Dans cette perspective, le handicap se conçoit donc comme une conséquence du vieillissement (normal et/ ou pathologique), non pas en termes de caractéristiques individuelles mais aussi en termes de produit social. Dans cette approche du handicap, l'accent est beaucoup plus mis sur le fonctionnement d'une personne au sein du système dans lequel il appartient (la famille, la société, la culture, l'institution...). L'institution hospitalière présente quant à lui tous les atouts nécessaires qui peuvent entraver l'épanouissement de la personne âgée. Ceci dans la mesure où, (disait Djock, Cécile et leur famille) le patient et ses aidants sont constamment acculé de facture à payer : preuve suffisante qu'ils sont davantage considéré comme des clients dont ils doivent à tous les niveaux remplir les caisses de l'institution. C'est ainsi qu'ils se demande :<< à quel moment la situation de vulnérabilité des personnes âgées doit être valoriser>>.

### **5.4. L'ACCOMPAGNEMENT FACE À UNE MORT PROCHAINE DES VIEUX**

De manière répétitive, les situations de soins palliatifs gériatriques, de fin de vie et de mort peuvent entraîner une souffrance familiale conduisant à l'épuisement du malade. Dans le domaine de la santé, les personnes âgées et particulièrement dans le secteur de la gériatrie, sont le plus souvent confronté à leurs troubles sans pour autant y être préparé psychologiquement. C'est pourquoi le professionnel ne montre aucune émotion, mais plutôt être impassible. En théorie l'idéal dans les prises en soins palliatifs serait que le professionnel en gériatrie ne

montre pas ses émotions et qu'il ne se laisse pas submerger par celles-ci, afin d'éviter certains glissements vers le côté familial. Toutefois, nous remarquons chez le patient une certaine lueur d'espoir, lui permettant à son tour de rassurer la famille.

Toutefois, l'accompagnement psychosocial des personnes âgées en soins palliatifs est essentiel pour améliorer leur qualité de vie et celle de leurs proches. Les soins palliatifs visent à soulager la douleur et à traiter les symptômes physiques, tout en intégrant un soutien psychologique, social et spirituel.

Quant aux apports, les psychologues apportent une aide précieuse en répondant aux souffrances psychiques des patients et de leurs familles. Ils sont formés pour écouter et soutenir les émotions complexes qui émergent en fin de vie. Les travailleurs sociaux jouent également un rôle crucial, intervenant auprès de la cellule familiale pour offrir un soutien systémique et individuel, facilitant ainsi le processus de deuil.

L'approche des soins palliatifs est donc holistique, prenant en compte les dimensions physiques, psychologiques et sociales. Cela inclut la gestion des angoisses, des questions spirituelles et des difficultés relationnelles, souvent exacerbées par la maladie terminale. L'objectif est de respecter la dignité du patient tout en maintenant une communication ouverte avec ses proches.

L'accompagnement psychosocial des personnes âgées en soins palliatifs est essentiellement pour amélioration de la qualité de vie et celle de leurs proches. Les soins palliatifs visent à soulager la douleur et à traiter les symptômes physiques, tout en intégrant un soutien psychologique, social et spirituel. Ainsi, le rôle des Psychologues et Travailleurs Sociaux sont tel que, ces derniers apportent une aide précieuse en répondant aux souffrances psychiques des patients et de leurs familles. Ils sont formés pour écouter et soutenir les émotions complexes qui émergent en fin de vie. Les travailleurs sociaux jouent également un rôle crucial, intervenant auprès de la cellule familiale pour offrir un soutien systémique et individuel, facilitant ainsi le processus de deuil.

Par ailleurs l'approche des soins palliatifs est holistique, prenant en compte les dimensions physiques, psychologiques et sociales. Cela inclut la gestion des angoisses, des questions spirituelles et des difficultés relationnelles, souvent exacerbées par la maladie terminale. L'objectif est de respecter la dignité du patient tout en maintenant une communication ouverte avec ses proches.

L'accompagnement psychosocial en soins palliatifs est fondamental pour aider les personnes âgées à vivre leurs derniers moments dans la dignité et le confort.

Pour ce qui est de L'accompagnement nutritionnel des personnes âgées en soins palliatifs est un aspect essentiel de leur prise en charge, visant à assurer leur confort et à répondre à leurs besoins spécifiques.

Les soins palliatifs reconnaissent que la nutrition et l'hydratation doivent être adaptées selon l'état de santé du patient. Dans cette phase, il est fréquent que les patients éprouvent une diminution de l'appétit, voire une anorexie, rendant l'alimentation orale souvent inappropriée. Environ 25 % des patients peuvent souffrir d'anorexie, tandis que la cachexie touche 50 à 80 % des personnes en soins palliatifs.

Dans l'approche Éthique en soins palliatifs, l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles peut être envisagé lorsque ces interventions sont jugées plus nuisibles que bénéfiques. Les décisions doivent être prises au cas par cas, en tenant compte des souhaits du patient et des bénéfices attendus pour son confort: des soins de bouche et une hydratation orale par petites quantités peuvent soulager la sensation de soif sans recourir à des méthodes invasives. Il est crucial de maintenir une approche centrée sur le patient, respectant ses préférences et ses besoins.

#### **5.4.1. La neutralité du professionnel dans la prise en charge**

La neutralité émotionnelle se maintient à travers la manière dont le soignant évoque sa vision des situations vécues et aussi sa remarque. Il fait usage d'expression proche de la neutralité, ce qui renforce davantage le choix des termes ou expressions qu'il emploie. La personne âgée quant à elle est plus sereine face à sa situation critique. Pour le soignant, c'est une manière d'apporter des informations tout en restant neutre, sans porter de jugement, pouvant là à déstabiliser. Au cours de nos entretiens, les participants ont évoqué des termes ou expressions masquant leur ressenti

#### **5.4.2. La proximité des vieux au professionnel en gériatrie**

Proximité et distance En gériatrie, le professionnel est confronté au vieillissement et à la mort des personnes âgées. Chose certaine est que, mort et vieillesse sont étroitement associées dans les représentations et dans les faits. Pour Bourdonnais et Ducharme (2010), les soignants sont influencés par les valeurs dominantes de notre société qui peuvent apparaître en totale contradiction avec les besoins et les capacités des personnes âgées (notamment les plus

vulnérables). Tout d'abord la peur de la mort qui prévaut en Occident peut conduire à éviter tout contact avec les individus qui nous rappellent notre propre finitude, ce qui est paradoxal dans un contexte de prise en charge croissante d'une population vieillissante. Deuxièmement, les normes de productivité et d'indépendance qui gouvernent les décisions politiques et l'organisation du travail s'accommodent mal à des situations de déchéance et de handicap. Les professionnels de la santé sont encouragés à être toujours plus efficaces, car quotidiennement confrontés à la lenteur, au déclin, à la mort de leurs patients âgés. Aux vues ou en regard de ces idéaux sociaux, les personnes âgées vulnérables et fragilisées (par des déficiences psychique, physiques ou cognitives) sont stigmatisées et la dévalorisation dont elles font l'objet touche en retour les personnes qui leur prodiguent aide et soins (aidants familiaux et professionnels). Au fil du temps, nous observons la montée d'une « vague de peur du vieillissement marchant de pair avec la gérontophobie ». Qui est une attitude destructrice à l'égard de la personne âgée. C'est un ensemble de croyances ou d'opinions qu'on attribue de manière généralisée à l'ensemble des personnes âgées, indépendamment de leurs caractéristiques individuelles. « Le vieillard réactive chez chacun de nous une angoisse profonde ; il devient le terrain où nous rencontrons la mort, pour lui livrer un combat très inégal et si nous parvenons parfois à la repousser, elle finit toujours par achever son œuvre d'anéantissement. » (Paychère, 1984). Il faut ainsi une bonne connaissance de soi pour pouvoir comprendre ce que vit le patient pour pouvoir l'aider. La personne âgée reste déstabilisée par sa situation, est aussi en souffrance par ce qu'il reçoit de l'autre un questionnement mêlé d'agressivité et de peur venant des autres. Confrontés à sa propre chute vers la mort, nous remarquons un sentiment de culpabilité qui explique notre désespoir, mais aussi notre besoin de fuite. Ceci les places dans une position de demande de soutien. Ndongo s'exprime : « le service de gériatrie est un service de soin complexes, ce qui fait que la collaboration est très importante dans la mesure où s'en sortir seul n'est pas chose toujours facile donc la collaboration est un pilier dans les soins en gériatrie. Pour ma part à partir de là il y a l'accompagnement, malgré le fait qu'il a des limites, à prendre en considération ». Pour Prayez (2003) « Il s'agit d'être présent à ce que le patient exprime puis de reconnaître ce qui se passe en soi. »

## **5.5. ANALYSE ET L'IMPLICATION DU CHERCHEUR LORS DE LA COLLECTE D'INFORMATION**

Compte tenu du fait que dans les recherches en science, notamment en science du comportement, les résultats auxquels le chercheur aboutit sont imprégnés de sa subjectivité car selon Devereux (2012), les données des sciences du comportement provoquent de l'angoisse chez le chercheur. Cette angoisse est provoquée par les rapports qui existent entre l'observateur (chercheur) et les observés (participants). Devereux (2012), prône la prise en considération des rapports entre l'observateur et l'observé car la présence de l'observateur a un impact sur l'observé et celle de l'observé a également un impact sur l'observateur. Le rapport existant entre les deux protagonistes provoque des perturbations dans la perception et l'interprétation des données car la perception d'un phénomène est influencée par la personnalité du chercheur qui peut constituer un biais lors de l'observation et de l'interprétation des données. Ces rapports provoquent des réactions de type contre-transfert qui peut provoquer des perturbations dans la perception et l'interprétation des données. La donnée la plus cruciale de toutes les sciences humaines et sociales est le contre-transfert et le chercheur doit faire une analyse minutieuse de ses réactions afin de mieux se comprendre et avoir une meilleure connaissance de son objet d'étude car son analyse est scientifiquement plus productive en données sur la nature humaine (Devereux 2012 P, 15-16). En tant que chercheur dans clinique du handicap, nous n'avons eu des réactions d'angoisses tout au long de la collecte des informations car la rencontre clinique est une situation caractérisée par la rencontre de deux subjectivités (subjectivité de l'observateur et celle de l'observer) qui donne naissance à une intersubjectivité inhérente à la situation.

Tout au long de la collecte des informations, nous avons constamment cette impression soi de « mal faire » ou « d'en faire trop ». Mieux encore, que notre manière de travailler sur le terrain n'était pas bonne et que les données collectées ne vont pas dans le sens de notre hypothèse générale.

Nous venons de présenter dans cette partie, les résultats que nous avons obtenus lors de la collecte des informations ainsi que les analyses de ces résultats. Ces informations ont été acquises essentiellement à travers les discours des participants. Dans le but de mieux appréhender le phénomène que nous étudions, selon l'approche théorique sur laquelle on s'appuie nous allons interpréter et discuter ces résultats dans le chapitre suivant.

## 5.6. SYNTHÈSE DES RESULTATS

Ici, les résultats obtenus ont fait l'objet du chapitre précédent de notre étude. Ils proviennent des informations recueillies auprès de trois personnes âgées hospitalisées au service de gériatrie, à l'hôpital central de Yaoundé. Il s'agit de deux hommes (l'un est un enseignant retraité et l'autre est un cultivateur) et une femme (une ménagère). L'analyse thématique que nous avons effectuée a fait ressortir deux thèmes principaux dont le vieillissement pathologique (vieillir avec la maladie) et les soins palliatifs en gériatrie. Le vieillissement pathologique est analysé au niveau des situations de prise en charge. En ce qui concerne les soins palliatifs en gériatrie, la situation de soins auprès de la personne âgée est comprise avec les soins médicaux, nutritionnels et affectifs face à leurs états chroniques. Ainsi donc, il en ressort que l'accompagnement de la personne âgée est complexe dû au fait qu'il est global et globalisant. A cela s'ajoute une image négative portée par des représentations comme la charge de travail complexe et répétitive, une confrontation compliquée avec le vieillissement dû à ses conséquences (perte d'autonomie, perte des facultés mentales ou cognitives, dégradation des capacités en matière de communication...) entraînant celle-ci à une situation de handicap. Tout ceci rend la prise en charge complexe. Toutefois, nous remarquons que l'accompagnement de la personne âgée et ses aidants demeure capital dans la mesure où les proches de celle-ci (Cécile) déclarent leur besoin de soutien continu en ces termes : « nous savons que maman souffre beaucoup et ça nous affecte énormément. C'est pourquoi votre soutien et vos encouragements nous aident à croire que sa santé va s'améliorer, qu'elle pourra encore vivre un plus longtemps, malgré ces maladies qui la fatiguent ». Dans ce sens, l'empathie se rapporte à la confiance en rapport au personnel qui se trouve face à la personne âgée, vulnérable et pathologique. De ce fait, le personnel soignant doit être attentif et faire un effort de compréhension des ressentis de la personne âgée sans toutefois montrer, soit un état affectif ou d'attrait personnel, soit un état de répugnance, répulsion ou de dégoût (sympathie, antipathie).

Pour terminer, l'accompagnement de la personne âgée, lui permet de faire face à de nombreuses pertes, voire à une mort paisible. Pour la personne âgée, précisons que ces pertes s'amplifient avec l'âge, agressent l'image que la personne a d'elle-même et l'estime de soi se retrouve à son tour altérée et naît dès lors la sensation d'inutilité, de charge pour la famille ou la société ; Ce qui est encore plus intéressant de cette situation est que la personne âgée est consciente de toutes ces modifications qui s'opèrent chez elle, en plus de l'importance d'un accompagnement pluriel, parce qu'elle ne parvient plus à réaliser toutes seules certaines de ses

activités quotidiennes : c'est ce que nous appelons « situation de handicap » dans la mesure où , selon l' OMS (2015) l'individu connaît des restrictions et des limitations, ainsi que des désavantages dans la réalisation des tâches sociales. Alors le discours des participants révèle quelques éléments de particulier dont la relation soignant/soigné se maintient sur un support qui n'est que la relation d'aide, qui a pour visée le maintien de l'autonomie chez la personne âgée dépendante. Cette relation d'aide à la personne âgée est visible sur plusieurs plans, à savoir :

Le plan cognitif : étayer par le mode de pensée

Le plan comportemental : le mode d'action, l'envahissement dans la pensée de l'évènement traumatique.

Pour mieux accompagner la personne âgée et lui permettre de mieux vivre avec ses problèmes pour une meilleure qualité de vie, le professionnel de santé prévoit à l'avance que, les modes de pensée, les expériences, le savoir être et faire sont à modifier. Car le vieillissement et particulièrement le vieillissement pathologique, la fin de vie et de mort place le soignant, la personne âgée et son entourage dans une situation inconfortable voire décourageante à tous. La personne âgée en question, pour pouvoir surmonter cette situation critique a tout simplement besoin d'être accompagné (par les professionnels de la santé et par sa famille).

En gériatrie, la prise en charge est palliative ; ainsi, la proximité (médical et affective) du professionnel de santé et des aidants implique un soutien particulier à la personne âgée afin qu'elle parvienne à faire face à la souffrance dont elle est confrontée. C'est pourquoi la dépendance des vieux en fin de vie et en soins palliatifs constitue un facteur sensible à manipuler. Le professionnel de santé qui, est en contact permanent avec la souffrance face à la mort, accompagne les vieux autant que possible. Tandis que les proches du patient se familiarise avec la maladie et les autres sujets accompagnateurs, malgré cela, nul ne peut réellement efficace la douleur et la tristesse résultante de toute ses pathologies. Même s'il s'agit d'un contexte traumatisant, il revient tout de même au patient de pouvoir maintenir l'équilibre entre le soutien du professionnel et celui de ses propres aidants.

## **5.7. INTERPRETATION DES RESULTATS**

A ce niveau de notre étude, nous interprétons les résultats de l'étude au regard de la théorie de l'activité associé au modèle biomédical et psychosocial. La théorie de l'activité est convoquée pour l'exploration de l'accompagnement psychosocial en tant qu'une activité. Et le modèle biomédical pour appréhender le phénomène chronique et traumatogène, susceptibles

de modifier considérablement la perception et capacité du sujet face à sa propre situation par rapport au regard d'autrui. D'où la nécessité d'une bonne prise en charge en gériatrie face à la souffrance et face à une mort imminente du patient, ce qui est donc l'objectif de notre étude.

Interprétation des résultats :

- L' aspects émotionnels:

- Papa Claude éprouve des émotions négatives (tristesse, désespoir) en raison de sa perte d'autonomie et de son incapacité à s'assumer seul.

- Il ressent une pression de la part de son entourage, ce qui accentue son stress et son anxiété.

- Sa relation avec sa femme est étroite, mais il semble avoir des difficultés à exprimer ses émotions à d'autres personnes.

- L'Aspects cognitifs:

- La formation académique et la profession d'enseignant de Papa Claude influencent sa perception de sa situation : il a du mal à accepter sa perte de mémoire et de contrôle.

- Il présente des pensées automatiques négatives (questionnement, incertitude) concernant sa situation.

- Il cherche à comprendre les causes de ses troubles (insomnie, oubli) et manifeste un besoin d'accompagnement pour recouvrer sa santé.

- L'Aspects relationnels:

- Papa Claude bénéficie d'un soutien continu de la part de son entourage et du personnel soignant.

- Il semble avoir des difficultés à accepter son état de dépendance et à faire confiance aux autres pour l'aider.

Papa Claude présente des besoins émotionnels, cognitifs et relationnels importants en raison de sa maladie d'Alzheimer et de ses comorbidités.

- Il nécessite un accompagnement personnalisé pour gérer ses émotions négatives, améliorer sa compréhension de sa situation et renforcer son autonomie.

- Le personnel soignant devrait prendre en compte ses besoins spécifiques et adapter son accompagnement en conséquence.

Concernant Mama Cécile, en ce qui concerne l'aspect émotionnel :

- l'expression émotionnelle est manifeste et ouverte
- le besoin de soutien et d'encouragement est également manifeste.
- et la préoccupation pour sa famille et sa santé

\_ Pour l'aspect cognitif :

- Elle a conscience de ses problèmes de santé et familiaux
- Le désir de résoudre les conflits familiaux avant de partir
- La capacité à exprimer ses besoins et désirs

\_ Relation avec le personnel soignant :

- Bonne relation basée sur la confiance et la patience

Quant à Papa Djock, l'aspect émotionnel est :

- La tristesse et le désespoir face à sa santé précaire
- La préoccupation pour son entourage
- Le sentiment de solitude et d'abandon

\_ l'aspect cognitif :

- Il a la capacité à prendre en compte les instructions médicales
- il a le souvenir des bons moments passés avec ses amis
- L'espoir d'amélioration de son état de santé

\_ la relation avec le personnel soignant :

- Le besoin de soutien et d'encouragement.

Tous ces participants présentent des besoins émotionnels et cognitifs importants, la relation avec le personnel soignant est cruciale pour leur bien-être, les participants ont besoin de soutien et d'encouragement pour faire face à leurs problèmes de santé et familiaux.

L'accompagnement de la personne âgée doit être considéré comme un processus complexe qui implique des aspects biomédicaux, psychosociaux et éducatifs. La relation soignant/soigné est cruciale pour la prise en charge efficace de la personne âgée, et l'accompagnement doit être personnalisé et adapté aux besoins spécifiques de chaque personne âgée.

Donc, le vieillissement pathologique est un phénomène multidimensionnel qui nécessite une approche intégrée pour optimiser le bien-être des personnes âgées. Mais comme l'a souligné Ondoua (2015), l'on vieillit comme on a vécu. Ceci implique de prévenir le vieillissement pathologique et d'adopter un mode de vie sain dès le plus jeune âge. Cela inclut une alimentation équilibrée, l'exercice régulier, l'évitement du tabac et une surveillance médicale proactive pour détecter et traiter les maladies précocement. Les interventions doivent être holistiques, intégrant des aspects médicaux, psychologiques et sociaux pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

## **5.8. APPLICATION DE LA THÉORIE DE L'ACTIVITÉ À L'EXPLORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET LES MODÈLES THÉORIQUES**

Une activité est faite d'un sujet et d'un objet interagissant à travers un outil matériel ou mental (artéfacts), Engeström (2001) dans la théorie de l'activité (Vygotski, 1978 [1934]). Un sujet renvoi à une personne, un groupe de personne ou une collectivité orientée dans une activité. L'objet est manipulé par le sujet et motive l'activité en lui donnant ainsi une orientation claire et précise.

Instruments techniques sont faits pour manipuler les objets physiques et les instruments psychologiques (langage, mode de pensée, mode d'action, culture, etc.) sont utilisés pour influencer d'autre personnes ou soi-même. Vygotski tente ainsi de réduire la séparation entre l'individu et la structure sociale. Suite à cela, il propose d'étudier les individus à travers leurs médiations culturelles (autrement dit, l'influence de la société) et la société à travers l'agentivité des individus qui se déploie grâce à leur production et l'usage d'artéfacts. Toutefois, selon Engeström (2001), l'individu reste l'unité d'analyse de ce modèle. La théorie de l'activité

dite de la seconde génération se poursuit autour de Leontiev (1984) et différencie l'action individuelle de l'action collective. Selon Engeström (2000, 2001), il parvient ainsi à dépasser la vision centrée sur l'individu (Kaptelinin, 2005) car si l'approche psychologique originale peut laisser croire que l'individu est toujours central, Leontiev (1978 [1975]) précise que l'activité individuelle doit toujours être prise en compte dans le cadre de relations sociales. La théorie de l'activité est alors prête pour envisager l'interaction, les échanges entre plusieurs systèmes d'activité, dont les objets font l'objet d'une négociation qui se produit par des tensions entre les systèmes. Elle s'intéresse donc aux contradictions systémiques (Engeström, 2001).

C'est de ces contradictions systémiques et systématique que prennent diverses formes de perturbation de l'activité en question impactant de ce fait la relation sociale, de ces conditions réunies de la situation d'activité, l'inconscient dans la pratique de la profession existe.

Pour comprendre, expliquer les causes de ces perturbations, Leontiev propose un modèle simplifier de l'activité sur trois niveaux : l'activité, l'action et l'opération. L'activité est liée au motif (le générateur de l'activité, sa finalité dont l'objet). Le motif, matériel ou idée, pensée, éveille et oriente vers le sujet l'activité en question. Il peut être donné dans la perception comme être imaginée. L'activité n'est observable qu'au travers des actions qui vise un objet ou objectif immédiat et qui la réalisent. Les actions lorsqu'elles se réalisent mettent au jour des résultats. Elles sont donc bien soumises à un ou des buts conscients sinon elles ne seraient pas clôturées. Les opérations (les modalités instrumentales d'exécution de l'activité) se rapportent aux conditions de l'agir. Cependant si le motif, et donc le but, ne change pas, il se peut que les conditions matérielles/psychologiques changent et bouleversent le contexte d'opérations. Cette idée met bien en évidence le caractère variable de l'action en fonction des conditions d'accès à l'agir dues aux objets de la situation.

Pour conclure, notons que la prise en compte du contexte dans la compréhension d'une activité est une caractéristique fondamentale de la théorie de l'activité. A la lumière de cette démarche de l'activité, nous tentons donc de mettre en surface « le processus de l'accompagnement psychosocial de la personne âgée en soins palliatifs et gériatriques » à travers les vieux qui ont participé à cette étude.

Nous faisons notre interprétation sous l'angle de la prise en charge psychosocial des personnes âgées en gériatrie, dont leurs pathologies est chronique et dont ils nécessitent une amélioration de leur quotidien.

## **5.9. DISCUSSION**

Dans cette partie, nous confrontons les résultats acquis dans cette étude avec la théorie de l'activité dans ce travail.

Une certaine corrélation apparaît au niveau de soins palliatifs et l'accompagnement des âgées. L'implication du professionnel de santé dans la prise en charge palliative permet aux personnes âgées d'être conscient de l'inéluctabilité de la mort.

Traiter à bien cette partie nous revient à dégager particulièrement certains éléments qui nous ont apparus comme des principales idées dans l'analyse des entretiens :

La situation de soin auprès des personnes âgées : entre représentation et Le plus souvent, il est reproché à la recherche qualitative l'impossibilité de généralisation des résultats obtenus.

La présente étude est concernée par cette impossibilité. Mais dans le cadre de cette recherche qui porte sur la compréhension du rôle que joue la souffrance dans la prise en charge des personnes âgées en gériatrie dans l'accompagnement (situation de soin) de la personne âgée. Nous cherchons à gagner en profondeur et non en extension. Mentionnons également que, pour ce qui est de l'étude de cas, le fait qu'elle soit une technique de recherche onéreuse en temps, tant pour le chercheur que pour les participants, elle est difficilement reproduite par un autre chercheur (Gagnon, 2012). Finalement, elle présente des lacunes importantes quant à la généralisation des résultats. En effet, il y a peu de chances d'avoir suffisamment d'études d'autres cas exactement comparables pour rendre les conclusions applicables à toute une population (Lecompte et Goetz, 1982 ; Lucas, 1974 ; McMillan et Schumacher, 1984 ; Whyte, 1963 ; Worthman et Roberts, 1982).

La spécificité, la particularité et la diversité favorisées par l'étude de cas ne font pas place à l'universalité (Flyvbjerg, 2011). D'une part, le fait de rechercher cette généralisation pourrait distraire le chercheur des éléments particulièrement nécessaires pour comprendre le cas lui-même (Stake, 1994).

Une autre limite liée à la technique d'analyse dont nous avons fait usage est la subjectivité de l'analyste car selon Gauthier (1992), les recherches qualitatives sont sous les

menaces du désir de plaire et le biais de l'analyste. Dans cette recherche, les participantes ont exprimé librement leurs pensées sur leur situation à la chronicité de l'état des patients et à la mort prochaine. Au cours des entretiens, il n'y avait ni bonne, ni mauvaise réponse.

En ce qui concerne le biais de celui qui fait l'analyse, Mayer & Ouellet (1991), rappellent ceci : on « doit compter avec les forces et les faiblesses du jugement humaine. En outre, chaque chercheur doit démontrer de la constance dans ses propres jugements ». Selon Giordano (2003), la nature orale de la narration peut également être une limite à ce type d'étude. Cette nature orale est concrètement le fait de la mémoire qui est sélective car on soulève l'argument parce qu'on craint une démarche réductrice de la réalité, laquelle risque de toujours déboucher sur des conclusions erronées. L'usage d'un guide d'entretien le plus exhaustif possible, est l'un des moyens prisés par le jeune chercheur pour pallier ce risque. Enfin, le passage de l'oral à l'écrit au moment de la transcription des récits peut également être considéré comme une réalité. Il est question d'éviter les pertes d'idées, mieux d'éviter d'introduire des biais dans le discours des participants. Au regard de ce qui précède, quel peut être leur implication dans notre recherche.

## **5.10. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE**

Les implications et les perspectives de cette étude sont multiples et peuvent se situer aussi bien sur le plan méthodologique, théorique que pratique.

### **5.10.1. Implications de l'étude**

Pendant longtemps, les familles se sont occupées de leurs vieux sans aides de la part de qui que ce soit, ou bien des services publics. Bien que la vieillesse soit un processus physiologique et non une maladie, le besoin d'aide, de soutien ou d'assistance commence à être une constance au fur et à mesure des pertes d'audition, de souplesse, d'équilibre etc et bien plus encore dans des situations de chronicité. La famille est la première à qui s'adressent les personnes âgées puisqu'elle a un rôle essentiel comme soutien. En tant que principal groupe social, la famille apparaît comme le meilleur refuge et support de base, et étant normalement le lieu privilégié de solidarité, d'accueil, et d'échange affectif et matériel. Avec l'évolution des sociétés, la famille a changé et ses habitudes quotidiennes ne laissent plus grande place aux âgées en leur sein, d'où la disparition de la révérence vis-à-vis de ceux-ci. La famille n'a plus de temps à leur accorder, leurs proches n'ont pas de disponibilité ni de place pour les accueillir, ni même pour leur rendre visite dans les institutions pour certains pourtant les anciens vont

jusqu'à les déculpabiliser, en justifiant que ce n'est pas par manque d'envie ou d'affection mais à cause de leur activité professionnelle très prenante...

Nous sommes dans une société exigeante, intolérante et égoïste où l'on considère qu'une personne reste jeune tant qu'elle est capable d'acquérir de nouvelles habitudes et de tolérer les contradictions... Certains de nos âgées fournissent des efforts surhumains pour se maintenir à la page et faire toujours partie intégrante de cette société dite moderne, nouvelle et fondée sur les droits de l'homme et le respect de l'être humain.

Alors pourquoi avons nous le sentiment que trop de « vieux » sont malheureux, isolés et abandonnés ? On oublie bien souvent que si nous en sommes là, si nous avons les connaissances et les bases à notre épanouissement, si nous avons pu accéder à des situations confortables, c'est aussi par leur éducation, leurs sacrifices, leur amour et tout ce que comporte la transmission des valeurs depuis des générations. Nous sommes le miroir de tout ce qu'ils nous ont légué.

Pour le personnel de la santé en particulier ceux qui exercent dans le pôle de gériatrie qui font dans l'accompagnement de la personne âgée, cette étude suscite l'importance de prendre en compte les phénomènes de souffrance dans l'accompagnement en soins palliatifs, de fin de vie et d'une mort prochaine, auxquelles ils sont confrontés, et qui semble être les facteurs de risques dans l'accompagnement psychosocial de la personne âgée. Un réaménagement mental et physique de cet environnement s'avère donc nécessaire pour permettre à la personne âgée de mieux vivre avec ses problèmes de santé et de vieillesse une meilleure qualité de vie vers ses derniers moments de vie. Dans cette optique les besoins de la population âgée sont un élément capital à prendre en considération et particulièrement dans la prestation des soins de santé.

Accompagner les personnes âgées commence par les amener à accepter leur situation et cela implique la mise en place de plusieurs stratégies, notamment en soins palliatifs telles :

√ Les méthodes d'éducation:

1. Les séances d'information individuelles ou en groupe
2. Des documents écrits ou visuels (brochures, vidéos, etc.)
3. Des ateliers pratiques (gestion de la douleur, etc.)

4. La formation des aidants
5. Les réunions de famille pour discuter des options de soins
6. L'utilisation de technologies (applications, sites web, etc.)

√ Les stratégies pédagogiques comme :

1. L'adaptation au niveau de compréhension
2. L'utilisation de langage simple et clair
3. Les exemples concrets et réels
4. L'interaction et discussion
5. L'évaluation des besoins et des connaissances.

√ Les acteurs impliqués:

1. Équipes de soins palliatifs
2. Médecins
3. Infirmiers
4. Travailleurs sociaux
5. Psychologues
6. Aidants familiaux

√ L'évaluation et suivi:

1. Évaluation des connaissances avant et après l'éducation
2. Suivi régulier pour renforcer les connaissances
3. Évaluation de la satisfaction des patients et des proches

√ Les défis et solutions:

1. Accès limité : utilisation de technologies pour atteindre les personnes isolées
2. Manque de ressources : partenariat avec des organisations de soutien

3. Barrières linguistiques : utilisation de traducteurs ou d'interprètes

4. Résistance au changement : approche progressive et empathique.

En adaptant ces stratégies à vos besoins spécifiques, vous pouvez offrir une éducation efficace et adaptée aux personnes âgées en soins palliatifs.

Dans le cadre des sciences de l'éducation, notamment l'éducation des personnes âgées en soins palliatifs, la transition est une intersection fertile qui permet de comprendre les besoins éducatifs spécifiques des personnes âgées et de développer des stratégies pédagogiques adaptées pour leur accompagnement à partir de :

1. La compréhension des processus cognitifs et émotionnels liés au vieillissement.

2. L'identification des besoins éducatifs spécifiques des personnes âgées (ex. : perte de mémoire, difficultés d'apprentissage).

3. Le développement de stratégies pédagogiques adaptées pour répondre à ces besoins.

4. L'intégration des connaissances en psychopathologie pour prévenir ou gérer les problèmes de santé mentale liés au vieillissement.

Au-delà de ces implications, notre étude mène sur plusieurs perspectives.

### **5.11. PERSPECTIVES FUTURES**

Pour aborder ce volet, il convient de rappeler que dans toute fonction de prise en charge et d'accompagnement, il en ressort le devoir de prendre soin de l'autre et de l'accompagner. En effet, entrer en relation avec celui qu'on accompagne nécessite d'instaurer un climat de confiance, d'être authentique, de disponibilité, d'assurer une présence bienveillante pour ensuite accueillir ses paroles, ses émotions et ses souffrances. Pourtant, il n'est toujours pas facile pour le professionnel en gériatrie de trouver la juste proximité avec la personne âgée. Il semble tout-à fait bien normal, face à des situations complexes et parfois douloureuses (fin de vie ou de mort) que le professionnel de santé soit touché, de douter de l'efficacité de ses actions, et ceci due au fait que la relation soignant/personne âgée est bien chargée de cette part d'affectivité. Plutôt que fuir devant la mort, la fin de vie, ne vaut-il pas mieux de chercher des solutions de soutien afin de rendre cette situation épanouissante ?

Il serait donc pertinent de s'intéresser aux émotions qui suscite en la peur des personnes âgées d'être rejeté dans sa vieillesse. Car ce n'est pas la personne âgée en elle-même qui fait problème mais plutôt l'image qu'elle nous renvoi, les émotions qu'elle dissipe cette sérénité, cette mort prochaine. L'urgence y est car plusieurs personnes âgées meurent tous les jours dans la douleur et l'indifférence. Des personnes qui aimeraient, sans doute, trouver plus de compétences et d'humanité, qui aimeraient être accompagnées. Alors, cette recherche aura pour objectif d'identifier la cause déstabilisante de l'activité d'accompagnement chez la personne âgée et ainsi envisagé une étude sur les stratégies d'adaptation utilisées par la personne âgée dans une société où la compétence et la performance dominant.

Outre ceci, Améliorer les infrastructures de santé et l'allocation de ressources adéquates sont cruciales. Il est nécessaire d'investir dans la formation du personnel médical spécialisé en soins gériatriques et de renforcer les équipements médicaux dans les centres de santé. Les travaux de Dr. Njoya (2018) suggèrent que des partenariats public-privé pourraient être une solution pour combler ces lacunes. Pour y parvenir efficacement, l'éducation et la sensibilisation jouent un rôle clé dans l'amélioration de la santé des personnes âgées. Les campagnes de prévention des maladies chroniques et les programmes éducatifs sur les modes de vie sains peuvent réduire la prévalence de ces maladies. Les recherches de Dr. Tchamabo montrent que l'éducation des patients et de leurs familles sur la gestion des maladies chroniques est essentielle pour améliorer les résultats de santé.

Pour améliorer l'accompagnement psychosocial des personnes âgées au Cameroun, plusieurs stratégies peuvent être mises en œuvre :

- Développement de Programmes Communautaires, car les communautés peuvent jouer un rôle clé en fournissant un soutien social et en créant un environnement inclusif pour les personnes âgées. Des initiatives communautaires peuvent également inclure des programmes de visite à domicile, des groupes de soutien, et des activités sociales pour réduire l'isolement et améliorer le bien-être psychologique des personnes âgées.
- Encourager la participation des personnes âgées à des activités communautaires pour réduire l'isolement social.

Former des Travailleurs Sociaux,

- Former les travailleurs sociaux aux spécificités des besoins psychosociaux des personnes âgées.

- Offrir des programmes de soutien aux familles pour les aider à mieux prendre en charge leurs membres âgés.
- Création de programmes éducatifs pour les personnes âgées (ex. : formation à la gestion du stress, à la mémoire).
- Développement de matériel pédagogique adapté pour les personnes âgées (ex. : livres, vidéos).
- Formation des professionnels de l'éducation et de la santé pour travailler avec les personnes âgées.
- Recherche sur l'efficacité des programmes éducatifs pour les personnes âgées.
- Sensibiliser le public et les décideurs politiques sur les défis psychosociaux des personnes âgées et plaider pour des politiques inclusives et respectueuses.

Tout ceci dans l'optique de développer de nouvelles stratégies d'adaptation et d'adaptabilité chez la personne âgée en fin de vie dans notre société camerounaise.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Intitulée « vieillissement pathologique et soins palliatifs chez les personnes âgées : Cas des personnes âgées du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé », notre étude a été abordée sous le sillage de l'éducation spécialisée, handicap mental, habilités mentales et conseil. Nous nous sommes interrogés sur la question de la souffrance des aînés dans le processus d'accompagnement psychosocial en soins palliatifs. Pour cela, nous avons opté pour les soins nutritionnels et culturels qui déterminent de manière significative l'équilibre et l'adaptation des personnes âgées. Et les soins affectifs pour une attention constante, ainsi les soins médicaux pour impacter sur l'accompagnement psychosocial chez les personnes âgées. Nous avons en plus fait le constat montrant que les travaux antérieurs (portant sur les approches psychologiques et /ou psychosociale) se sont intéressés sur les représentations et ont largement abordé la question du vieillissement et de vieillissement pathologique, sans toutefois établir de relation avec les soins palliatifs et la qualité de vie. C'est pour cela que la question de souffrance, dans le processus d'accompagnement demeure dans toutes situations humaines. D'où Emmanuelle le gillots (2006) parle de souffrance comme faisant partie des domaines d'expérience où il est trompeur de se représenter séparément le vécu corporel du vécu psychique quelques soit celui que la personne met en avant de ses plaintes. La souffrance en soins palliatifs nécessite la résilience des personnes âgées, non pas pour s'attendre à une restauration mais plutôt de pouvoir faire face à sa situation ; Et elle représente un danger pour la fin de vie des aînés. Le fait d'être conscient qu'on tend vers la mort génère des culpabilités susceptibles d'entraîner la personne au désespoir, mais aussi et surtout le besoin d'être bien entouré, voire bien accompagné par des professionnels multi-sectoriels. En somme, le fait d'être confronté au vieillissement pathologique en soins palliatifs suscite le besoin d'accompagnement psychosocial adapté. C'est dans ce contexte que nous nous sommes posé la question de recherche suivante : en quoi les soins palliatifs facilitent-ils l'accompagnement des personnes âgées dans le processus du vieillissement pathologique ? Le problème que nous avons posé dans cette étude était celui de l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées en soin paliatifs. Et en nous appuyant sur l'approche psychosocial, nous faisons l'hypothèse sur laquelle les soins palliatifs facilitent l'accompagnement adapté des personnes agées dans le processus de vieillissement pathologique. l'objectif de cette étude était de montrer que les soins palliatifs peuvent facilités l'accompagnement des personnes âgées.

Pour atteindre l'objectif de cette étude, nous avons fait usage de la méthode clinique. Nous nous sommes basés sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie à partir de sa capacité à pouvoir fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La recherche qualitative a été notre type de recherche qui étudie les phénomènes humains pour leur compréhension et explication. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons obtenu trois participants. Il s'agit de trois personnes âgées hospitalisées au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé.

Après l'élaboration de notre guide d'entretien, nous avons eu un entretien avec chacun de ces aînés. La technique d'analyse de contenu des entretiens était axée sur le repérage des thèmes significatifs, et a été utilisée pour l'analyse des résultats. Il ressort des résultats que les soins nutritionnels et affectifs est du ressort d'un entourage contribuant à l'accompagnement psychosocial des personnes âgées, en plus des professionnels qui prennent en compte les besoins et désirs des personnes âgées. Ceci en vue de les accompagner jusqu'à la fin de vie. C'est pour cela que le professionnel prend soin des vieux qui souffrent avec toute l'attention possible qu'ils méritent. Ainsi, il questionne et observe les personnes âgées, les entend, les interroge, écoute leurs émotions, leur question, les douleurs pour tenter de soulager, satisfaire les besoins y afférant et les rendre plus confortable que possible : telles sont les exigences d'un accompagnement de qualité. Pour prétendre bien prendre soin des personnes âgées, il serait nécessaire d'établir un lien de proximité entre le professionnel de soin et celles-ci. Quant aux résultats de cette étude, ils ont été interprétés à travers la théorie de l'activité ainsi que le modèle biomédical et psychosocial. Dans le processus d'accompagnement, la théorie de l'activité envisage l'interaction ainsi que des échanges entre les deux protagonistes de l'activité (personnes âgées et accompagnateur), et dont les visées font l'objet d'une méditation qui se produit par l'expression des besoins des âgées dans la relation d'aide. Le modèle biomédical et psychosocial présente des contradictions. Il s'intéresse donc aux contradictions systémiques (Engeström, 2001) dans leur finalité pour les personnes âgées. Différentes formes de perturbations de l'activité qui découlent de ces contradictions, impacte la relation d'aide. Leontiev propose un modèle simplifié de l'activité sur trois niveaux (l'activité liée au motif orienté vers l'objet, ...) pour pouvoir comprendre et expliquer dans une certaine mesure les causes de perturbations, dans l'activité interactionniste. La situation de prise en charge est une relation d'aide au sein de laquelle le soignant est confronté à une double réalité, celle de la douleur, dont la souffrance que lui renvoie la situation de prise en soins des personnes âgées. Les résultats de cette étude accordent donc une pertinence clinique à notre hypothèse émise au départ. De ce fait, continuer à questionner la place de la souffrance dans l'accompagnement

des personnes âgées, une étude clinique objectivante est envisageable, mais en faisant place à un réaménagement de l'environnement d'accompagnement des personnes âgées. Cette étude suscite l'importance de prendre en compte les phénomènes de soins palliatifs en fin de vie dans le l'accompagnement des âgées en n fin de vie et face à une mort imminente auxquelles ils seront confrontés.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ancet, P (2011). vieillissement des personnes polyhandicapées: quelques enjeux éthiques, *Vieillir handicapé*, 197-215
- Antolín, Cristina et García, Rosario et Gutiérrez, Ana et Lyeb, Sidonie et Noah, Olivier. *GUIDE DE POCHE DE SOINS PALLIATIFS*, 2013, p. 11-15
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*.
- BREITENBACH, Nancy [et al.]. *Pouvons-nous vieillir ensemble ? Etude sur la cohabitation des personnes handicapées mentales vieillissantes dans les institutions pour personnes âgées*. Paris : Fondation de France, 1995. 80p
- Castra, M, organiser la fin de vie Dans *BIEN MOURIR* (2003) P123 à 186
- CCAH (Comité national de coordination de l'action en faveur des personnes handicapées) [et collab.]. *Les personnes handicapées vieillissantes*. Paris : L'Harmattan, 2001.
- Chamaz, K.(1999). *Stories of suffering : subjective tales and research narratives*, *Qualitative Health Research*, 10(3), 362-382.
- Chapman, C,R(1984). *New directions in the understanding and management of pain*. *Social Science and Medicine*,19, 1261-1277.
- Chapman, R., & Gravrin,J.(1993). *Suffering and its relationship to pain*, *Journal of Palliative Care*,9(2), 5-13.
- Cheney, N., Coyle, N.,& Foley, k.(1994). *Suffering in the advanced cancer patient: a définition and taxonomy*. *Journal of palliative Care*,10(2), 57-70.
- Collette F, Salmon E. (2014). *Les effets du vieillissement normal et pathologique sur la cognition*. *Revue Médicale de Liège*, 69 (5-6), 265-269.
- Comité national d'éthique sur le vieillissement, 2018, p34.
- Comité national d'éthique sur le vieillissement, 2018, p. 8-10, 30.
- Deslauriers J.-P. (Eds.), *Les méthodes de la recherche qualitative*. (p.207-225). Québec : Presses Universitaires du Québec.
- Djouda Feudjio, Leumaleu-Noumbissie: Dans *Gérontologie et société* 2019/1 (vol. 41 / n° 158), pages 41 à 55
- Djouda Feudjio, Leumaleu-Noumbissie : Dans *Gérontologie et société* 2019/1(vol.41// n° 158), pages 60 à 62

- Ducarroz M., & Chenaux P. (2012-2015). Fin de vie ; la peur de la mort des patients et le rôle infirmier. Mémoire de Master en sciences infirmières, Haute Ecole de Santé, Fribourg.
- Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu : notion et étapes.
- Enguerran Macia, (2013). Sénescence, vieillesse et vieillissement : des notions distinctes, p17 à 30
- Engeström Y. (2000). « From individual action to collective activity and back: developmental work research as an interventionist methodology » in Luff & al (Eds.), Workplace studies - recovering work practice and information system design. Cambridge: Press Syndicate of University.
- Engeström Y. (2001). Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. In Journal of Education and Work, 14(1), 133-156.
- Engeström, Y. (2011). Théorie de l'activité et management. Management & Avenir, 42(2), 170182.
- Engeström, Y. (2000). Activity theory as a framework for analysing and redesigning work. Ergonomics, 43(7), 960-974.
- Erikson, E. H. (1950). Childhood and Society.
- Feyereisen, P., & Hupet M. (2002). Les représentations sociales des compétences conversationnelles des personnes âgées et leurs effets sur la communication.
- Fernandez, L. (2001). La recherche en psychologie clinique. Paris : Nathan. Charlot, B. (1997). Du rapport au savoir, éléments pour une théorie. Paris : Anthropos.
- Fischer, G. N. (1999). Le concept de relation en psychologie sociale. Recherche en Soins Infirmiers. Mars, 56, 4-11.
- Fortin, M. F. (2005). Fondements et étapes du processus de la recherche. Québec : Chenelière éducation.
- Fortin, M. F. (2017). Fondements et étapes du processus de la recherche. Québec : Chenelière éducation, p7.
- Feyereisen P, Hupet M, eds. Parler et communiquer chez la personne âgée : psychologie du vieillissement cognitif. (p.13-31). Paris : PUF.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (Vol. 2e). Montréal, QC : Chenelière éducation
- Foucart, J ; Accompagnement et transaction : une modélisation théorique, DANS PENSÉE PLURIELLE 2008/1(n°17), p113 à 134
- Gagné, J.(2021), « SANTÉ MENTALE » ET VIEILLISSEMENT, UNE PERSPECTIVE Critique, p.34.

- Gérard, R, Les enjeux de la résilience chez les personnes 2014.
- GUYOT, Patrick. La vieillesse des personnes handicapées : Quelles politiques sociales ? Paris : CTNERHI / CREAL, 1993. 159p
- Gustave Mabiama, D. Adiego, P.-M. Preux , P. Fayemendy , J.-C. Desport, et al.  
Nutrition Clinique et Métabolisme, 2022, 36 (1), pp.S72
- Hummel, C. (2001). Représentations de la vieillesse chez des jeunes adultes et des octogénaires. *Gérontologie et Société*, 98, 239-51.
- Journals.Opens éditions.org : l'accompagnement
- Joachen B. corps et handicap : théorie et pratique. L'harmattan, 2021 p7, 25-52.
- Joachen B. corps et handicap : théorie et pratique. L'harmattan, 2021 p7, 9, 25, 52-65
- Kemp, C.(1997). Le malade en fin de vie, guide des soins palliatifs. Département de Boecl Université, Paris, Bruxelles.
- Kendler, KS et Parnas, J. (éd.). (2015). Problèmes philosophiques en psychiatrie : La nature et les sources du changement historique. III. Presse universitaire d'Oxford
- Leontiev, E. (2009 [1975]). Activity, consciousness, and personality. (Marie J. Hall, Trans.)
- Liotard, Baron, la place de l'éducateur spécialisé dans l'accompagnement geronto-éducatif des personnes déficientes intellectuelles âgées, Dans *Gérontologie et société* 2004/3(vol.27/N°110) p251 à 262
- Louis PLOTON, les faiblesses du vieillissement et ses forces, 2014/4(N°119), P28 à 34
- Mabiama, D. Adiego, P.-M. Preux , P. Fayemendy , J.-C. Desport, et al.  
Nutrition Clinique et Métabolisme, 2022, 36 (1), pp.S72
- Masse, M. et Meire, P. (2009). Faire face à la stigmatisation liée à l'âge : l'impact sur l'estime de soi et le rôle des stratégies de protection chez les personnes âgées. *J Nutr Health Aging*, 13 (Suppl.1), S185-6.
- Masse, M., & Meire, P. (2009). Facing age stigmatization: the impact on selfesteem and the role of protective strategies among older adults. *J Nutr Health Aging*, 13(Suppl. 1), S185-6.
- Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 674–694.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.15767>
- Michel castra, organiser la fin de vie Dans BIEN MOURIR (2003) P123 à 186
- Moliner, P., Ivan-Rey, M., & Vidal J. (2008). Trois approches psychosociales du vieillissement : identité, catégorisations et représentations sociales. *Psycho , Neuropsychiatrie Vieil.*, 6, 245-57.

- Moulin, P.(2000).Les soins palliatifs en France: un mouvement paradoxal de médicalisation du mourir contemporain, Cahiers internationaux de sociologie, 125-159
- Monfort, J.C. (1998). La psychogériatrie. Paris : PUF.
- Nkoum, B. A. (2015). Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle. Yaoundé : PUCAC.
- Nutrition Clinique et Métabolisme, 2022, 36 (1), pp.S72
- Olivier.GUIDE DE POCHE DE SOINS PALLIATIFS, 2013, p. 11-15
- OMS, 2015 : Rapport mondial sur le vieillissement et la santé
- Ondoua, L. J., & Govindama, Y. (2015). « La vieillesse dans un contexte migratoire : identité et subjectivité à l'épreuve du vieillissement et de la migration ». Psychologie clinique, 2 (40) 60-80.
- Organisation mondiale de la santé. (1990). Traitement de la douleur cancéreuse soins palliatifs. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1992). La classification CIM-10 des troubles mentaux et comportementaux : descriptions cliniques et lignes directrices diagnostiques.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). Atlas de la santé mentale 2011 : profil du Cameroun. Extrait de [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2011/cmr.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2011/cmr.pdf?ua=1)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013). Santé mentale des personnes âgées : fiche d'information. Extrait de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mentalhealth-of-older-adults>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). Stratégie mondiale et plan d'action de l'OMS sur le vieillissement et la santé. Extrait de <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Santé mentale en Afrique : défis et opportunités. OMS.
- Pezet, M, Mariko, Faury, G. (2009). Les fibres élastiques: un régulateur du vieillissement normal ou pathologique des vaisseaux sanguins élastiques , Médecine & Longévité 1 (2), 64-75
- Pillot, J. (2011). Le vécu social et psychologique de la mort aujourd'hui. Soins palliatifs : réflexions et pratique.

- Potvin, Un regard sur l'éducation, la psychoéducation et la recherche en psychoéducation. État actuel et quelques propositions pour l'avenir, 2017, p. 11
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2011). Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod.
- Rapport mondial sur le vieillissement, 2015
- Rouzel J., (2004). Le travail d'éducateur spécialisé. Éthique et pratique, Dunod, 2e édition, « Action sociale ».
- Revue Internationale de soins palliatifs 2016 ;31(3): 117-126
- ROBERT, Les soins palliatifs et d'accompagnement en HAD : un changement culturel à manager, 2002, p.29,34-35.
- Rogers, C. R. (1951). Client-Centered Therapy.
- Samba, 2016.Épidémiologie des démences en Afrique centrale : Mortalité et incidence en population congolaise, p.24, 25
- Savoie-Zajc, L. (2000). « L'entrevue semi-dirigée », dans B. Gauthier (dir), Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données. (p.263-285). Québec : 3e éd., Presses de l'Université du Québec.
- Sebag-Lanoë, R (2004)Soins palliatifs et gériatrie, un défi. 117 à 127
- Société française de gériatrie et de gérontologie (2019). Référentiel de compétences pour les professionnels de la gériatrie.
- Travelbee , J.(1971). Interpersonnel Aspect of Nursing. 2e Édition. Philadelphia : F.A.Davis.
- Tetanye, (2015). Aging and Chronic Diseases in Cameroon, 17-19.
- Tremblay, N (1991). Les mécanismes de la douleur. Soins,11(6), 169-177.
- Vial, M. (2005). Méthodologie clinique en sciences de l'éducation : posture du chercheur. Conférence au séminaire CREN, axe 3 Clinique de l'éducation et de la formation, Université de Nantes.
- Vygotsky, L. S. (1978 [1934].). Mind in society: the development of higher psychological processes. Cambridge: Harvard University Press.
- Vygotski, L. S. (1978). Mind in Society.
- World Health Organization (2018). Integrated Care for Older People.
- Zribi et Dominique Poupée-Fontaine. Dictionnaire Du Handicap, 7e édition, 2011.432p,433p.
- Zribi et Dominique Poupée-Fontaine. Dictionnaire Du Handicap, 7e édition, 2011, 7 à 13.

## ANNEXES

### ANNEXE 1

#### GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Éléments du discours	Thème principaux	Thème significatif	Unité de sens
	Soins palliatifs	Soins nutritionnels	L'alimentation saine, régime alimentaire adapté
Éléments verbaux		Accompagnement psychosocial	Écoute, visite, soutien, comprendre, présence, relation d'aide
		Soins médicaux	Proximité des soins, l'empathie, neutralité du soignants
	Vieillesse pathologique	Vieillesse psychologique	Perte de mémoire, oubli, confusion
		Vieillesse biologique	Incontinences, faiblesse musculaire, perte d'appétit
		Vieillesse physiologique	Fragilité musculaire, Couché

## ANNEXE 2

## Attestation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
\*\*\*\*\*  
Paix – Travail – Patrie  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTE DES SCIENCES DE  
L'EDUCATION  
\*\*\*\*\*  
DEPARTEMENT D'EDUCATION  
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON  
\*\*\*\*\*  
Peace – Work – Fatherland  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTY OF EDUCATION  
\*\*\*\*\*  
DEPARTMENT OF SPECIALIZED  
EDUCATION

Le Doyen

The Dean

N°...../23/UYI/FSE/VDSSE

### AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur BELA Cyrille Bienvenu, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiante **MATSOTENG FOPA Emeline**, Matricule 21V3500 est inscrite en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, filière : *EDUCATION SPECIALISEE*, Option : *HANDICAP MENTAL*.

L'intéressée doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Elle travaille sous la direction du **Dr ONDOUA Laura**. Son sujet est intitulé : « *Vécu des soins palliatifs et résilience chez la personne âgée* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir la recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le 2 JAN 2023 .....

Pour le Doyen et par ordre



### ANNEXE 3

#### GUIDE D'ENTRETIEN

Préambule Bonjour, Je suis étudiante en éducation spécialisée à la faculté des sciences de l'éducation de l'université de Yaoundé I. Je mène une étude sur le vieillissement pathologique et les soins palliatifs dans le processus d'accompagnement des personnes âgées

. Je m'intéresse à l'accompagnement psychosocial adapté des personnes âgées face à la souffrance en soins palliatifs dans leur processus de vieillissement pathologique afin de décrire le besoin des âgées dans leur processus d'accompagnement, et ainsi concrétiser cette étude à travers une modélisation.

J'ai souhaité recueillir votre avis à ce sujet via un entretien.

Est-ce que cela vous dérange si j'enregistre l'entretien afin que je puisse effectuer la retranscription ? Cet entretien, a un seul but de recherche et restera anonyme et confidentiel.

#### IDENTIFICATION

Identifiant :

Nom :

Profession :

Statut matrimonial :

Nombre d'enfants :

Âge :

Genre :

Thème 1 : vieillissement pathologique

- Sous thème 1 : la situation de prise en charge

Thème 2 : les soins palliatifs en gériatrie

- Sous thème 1 : les soins médicaux face à la souffrance
- Sous thème 2 : les soins nutritionnels par rapport aux soins
- Sous thème 3 : les soins affectifs face à une mort imminente

## ANNEXE 4

CORPUS DES ENTRETIENS AVEC LES PERSONNES ÂGÉES DU SERVICE  
DE GERIATRIE DE L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE

(1) PREMIER ENTRETIEN : avec papa Ndongo Claude.

Cet entretien a eu lieu dans le service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, à 10h30 minutes. Sa durée est de 31min

Étudiante : Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Maintenant que vous connaissez qui nous sommes et quel est l'objectif de notre recherche, nous souhaitons que vous commenciez par faire une présentation de vous.

Ndongo : je suis , je suis Claude et je suis retraité depuis quelques années ;

Étudiante: comment allez vous papa Ndongo ?

Ndongo : ça ne va pas ma fille. Je n'ai pas bien dormi la nuit, c'est tout à l'heure que je vais un peu dormi et j'ai aussi mal au dos. Parfois je perds le contrôle avec une fatigue persistante et qui m'empêche de faire des mouvements comme avant , à la maison. Vraiment je me retrouve plus. Et c'est difficile . Je ne peux plus quitter la maison toute seule de peur d'oublier le chemin de retour. Tout le monde me force à manger , à finir mon plat alors que je n'ai plus envie de manger.

Étudiante : peux tu nous raconter une brève histoire de votre maladie jusqu'à présent ?

NDongo : depuis un temps j'oublie beaucoup et j'ai du mal à m'endormir longtemps la nuit depuis que je suis à la maison. Actuellement hospitalisé, il n'y a pas une grande différence. La nuit, il faut passer du temps avec mon épouse avant qu'elle s'endorme. Ici à l'hôpital les moustiques quant à eux entrent si on ouvre la porte. Je ne peux pas bien dormir avec ces nuisibles malgré le fait que j'ai un moustiquaire.

Etudiante : peux tu nous parler de l'évolution de votre maladie jusqu'à présent ?

Ndongo : c'est vrai que j'oubliais pas beaucoup, parfois ma femme me disait que je confonds beaucoup de choses à la maison et qu'un jour, j'ai totalement oublié le chemin de retour à la maison après une sortie. Alors dernièrement, ma femme a appelé mon fils pour qu'on vienne à l'hôpital. C'est vrai que je pouvais parfois oublier les heures de sommeil sans que cela ne soit un véritable problème. Mais c'est ma femme qui dit ceci: j'oublie l'heure du coucher et qu'il est l'heure de dormir. Elle me demande de manger à ses heures même au moment où je n'ai pas faim.

Étudiante : comment vivez vous au quotidien avec la maladie ?

Ndongo : j'allais bien , je vis normalement malgré quelques maux de tête au réveil. Je passe beaucoup de temps à la maison puisque je n'enseigne plus. Je suis un retraité ma fille.

Étudiante : Papa Ndongo es tu satisfait des soins qui visent le confort des malades donc ils sont atteints des maladies qui ne peuvent plus être guéri?

Ndongo : quel soins ?

Étudiante : es tu satisfait des soins médicaux et de l'accompagnement que vous recevez ?

Ndongo : je suis un peu satisfait, les médecins étaient là tout à l'heure. Il y'a une légère amélioration et j'espère que c'est progressif. Ils font l'essentiel pour que j'aie mieux. Les infirmières et les autres vont passer au moment venu pour vérifier si je prends les médicaments. Chacun d'eux se soucie à ce que j'aie mieux. Mais ils insistent avec la nourriture comme si j'étais un enfant.

Étudiante : comment faites vous face à votre situation ?

Ndongo : la présence et les encouragements de ma femme m'aide beaucoup. Votre soutien aussi. Mes enfants m'appellent aussi chaque fois.

Étudiante : comment se comporte les membres de votre famille envers toi et comment te sens-tu ?

Ndongo : ma femme est là, heureusement . Elle est compréhensive . elle n'a pas changé et elle se comporte aussi bien. Mes enfants appellent pour prendre des nouvelles.

Étudiante : et comment te sens-tu avec eux ?

Ndongo : je me sens bien avec ma femme. Nous n'habitons pas avec nos enfants. Ils viennent parfois le weekend et repartent .

Étudiante : quel attitude présente tes amis et connaissances par rapport à ta maladie ?  
Apprecies tu leur compagnie ?

Ndongo : je ne sais pas : nous sommes régulièrement à la maison et ne rendons pas visite. Juste les salutations avec les voisins.

Étudiante: quel est votre vision de la vie face à votre condition actuelle

Ndongo : juste que tout peut arriver . On tombe malade et l'essentiel c'est de pouvoir se rétablir ou bien voir quelques améliorations.

Étudiante : merci papa Ndongo d'avoir répondu à toutes nos questions

## (2)DEUXIÈME ENTRETIEN: avec maman Cécile

L'entretien avec maman Cécile Ndié a eu lieu dans le service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, à 10h h 30 minutes. Sa durée est de 35 min

Étudiante : Merci d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé. Maintenant que vous connaissez qui nous sommes et quel est l'objectif de notre recherche, nous souhaitons que vous commenciez par faire une brève présentation de vous.

Cécile : je suis maman Cécile, Ndié Cécile.

Étudiante: Mama Cécile comment allez vous ce matin ?

Cécile : je vais toujours mal avec des blessures qui s'aggravent chaque jour.

Étudiante : mama, peux tu nous raconter une brève histoire de votre maladie jusqu'à présent ?

Cécile : la tension a commencé après le décès de mon feu mari avec les problèmes dans la famille. Je faisais mes petites activités malgré tout. Dernièrement j'ai eu un paludisme qui m'a beaucoup menacé . Jusqu'à ce que ma santé s'aggrave. Et je ne sais plus comment je me suis retrouvée à l'hôpital.

Etudiante : Et comment votre maladie a évolué jusqu'à présent ?

Cécile : ma fille j'ai dit que j'avais la tension bien avant d'arriver à l'hôpital et je vivais avec sans problème puisque je suis allée à l'hôpital. Les docteurs me disaient d'acheter mes médicaments. J'ai envoyé mon fils acheter et c'est ce que je prends chaque fois que ça finit. Chaque fois que les problèmes se soulèvent, ma tension d'augmente. Je n'ai plus eu d'autres problèmes de santé en dehors de la tension.

Étudiante : comment vivez vous au quotidien avec la maladie ?

Cécile : comme d'habitude avec mes enfants et je continue à prendre mes médicaments . Je fais mes travaux sans problème.

Étudiante : mama Cécile es tu satisfait des soins qui visent le confort des patients atteints des maladies qui ne peuvent plus être guéri?

Cécile : c'est grâce à tout votre équipe et les produits que je reçois que je peux bien causer avec vous ma fille. Ça n'allait pas. Je suis un peu contente parce que ça promet. Mais le paludisme me fatigue toujours, le pied paralysé. Voilà les blessures qui sortent déjà partout parce que je passe tout le temps coucher.

Étudiante : es tu satisfait des soins médicaux et de l'accompagnement que vous recevez ?

Cécile : on est satisfait quand on est guéri ma fille. Maintenant que je suis encore couchée j'ai besoin de vous encouragements. Cela m'aide à croire que je vais aller mieux et rentrer chez moi. Mes petits enfants vont dire que grand mère ne rentre plus ? Celle qui est allé en mariage sans me dire qui m'inquiète. Jusqu'à présent je n'ai plus jamais vu.

Étudiante : comment faites vous face à votre situation ?

Cécile : je veux m'en sortir et je vais sortir de cette hôpital. Je suis fière de vous voir chaque jour. Voir comment tous les médecins et vous tous, vous venez chaque matin, venir me soigner. Vraiment je vous remercie tous . Vous me fortifier beaucoup. Mais dites moi aussi quand ça ira. Je suis toujours allongée. Je ne sais pas si je j'avance ou pas avec cette maladie. je sais que d'autres gens dans cette famille crée des problèmes pour me voir enterrer. Dite aussi à mes enfants, surtout ma fille là (la première fille) de se soucier de ma santé. Elle doit aussi m'aider à résoudre tous ces problèmes avec la grande famille.

Étudiante : comment se comporte les membres de votre famille envers toi et comment te sens-tu ?

Cécile : mes enfants sont là. C'est ma première fille qui est là, sa sœur va venir. Ils se comporte un peu bien. Même comme ils vont aussi me gronder là. Oui je n'ai pas de force comme eux. Et elle ne veulent plus que je parle de mes problèmes de terre alors que je dois résoudre tous mes problèmes. On ne sait jamais quand la mort viendra. Sinon elles prennent soin de moi.

Étudiante : et comment te sens-tu avec eux ?

Cécile : je me sens bien avec tout le monde. Seulement que je devenu immobile . Et Il y'a seulement une seule que je veux les voir et les réconcilier avec les autres .

Étudiante : quel attitude présente tes amis et connaissances par rapport à ta maladie ? Apprécies tu leur compagnie ?

Cécile : certains viennent me rendre visite. Je suis reconnaissante parce que se sont déplacés jusqu'ici me regarder.

Étudiante: quel est votre vision de la vie face à votre condition actuelle

Cécile : ma fille ça veut dire quoi, je n'ai pas bien compris

Étudiante : comment voyez-vous la vie dans votre état

Cécile : je dois vivre longtemps pour voir mes enfants et petits enfants grandir dans l'unité. Et vous devez nous soutenir chaque jour parce que nous sommes déjà vieille et malade. Alors je vais réconcilier ceux qui ont des problèmes entre eux. Vraiment à cette âge, je souhaite la bonne santé et la paix à tous, même à vous .

Étudiante : mama Cécile, merci d'avoir répondu à toutes nos questions

(3)TROISIÈME ENTRETIEN: avec papa Djock

Avec papa Djock, cet entretien a eu lieu dans le service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, à 10h h 30 minutes. Sa durée est de 34 min

Étudiante : Merci d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé. Maintenant que vous connaissez qui nous sommes et quel est l'objectif de notre recherche, nous souhaitons que vous commenciez par faire une brève présentation de vous.

Djock: je suis papa Djock. Cultivateur et père de famille

Étudiante: comment allez vous ce matin papa Djock ?

Djock : je ne vais pas bien. C'est pour cela que je suis hospitalisé ici

Étudiante : peux tu nous raconter une brève histoire de votre maladie jusqu'à présent ?

Djock : je vivais toujours de mes plantations. Alors chaque fois que je finissais mes travaux, je prenais des produits qui vont m'aider à chasser la fatigue et soulager mes douleurs. Une fois je suis allée à l'hôpital et j'ai découvert que j'avais l'arthrose, mais ce n'était pas aussi grave comme aujourd'hui. Avec la fièvre je me retrouve cette fois ci à l'hôpital. Après les consultations et les examens, on me dit que j'ai l'arthrose. Chose que je redoutais. L'insuffisance rénale s'ajoute aussi. Je me retrouve aux urgences puis en gériatrie où nous sommes actuellement.

Etudiante : peux tu nous parler de l'évolution de votre maladie jusqu'à présent ?

Djock : je ne peux pas vous dire comment ma maladie a commencé et évolué jusqu'à ce moment. Je sais juste que je prenais quelques remèdes quand j'avais mal à la main ou au pied lors de mes travaux.

Étudiante : comment vivez vous au quotidien avec la maladie ?

Djock : je vivais normalement sans prendre cette situation comme un grand problème. J'allais toujours au champs de temps à autre. Mais depuis plus d'un an déjà que avec mon âge, je ne travaille plus comme avant. J'ai des gars qui me font la grande partie de mes travaux et récoltes.

Étudiante : Papa Djock , es- tu satisfait des soins qui visent le confort des malades donc ils atteints des maladies qui ne peuvent plus être guéri?

Djock : non. Je ne suis pas satisfaite parce que je ne retrouve pas la santé totale.

Étudiante : es tu satisfait des soins médicaux et de l'accompagnement que vous recevez ?

Djock : pour les soins médicaux, je peux dire que les médecins font leur travail. Mais ça ne va pas vraiment. Ils sont là chaque fois pour tout faire comme il peuvent. Moi je suis

toujours là sans changement, fatigué et je suis toujours malade. Aucun soutien pour nous, pas moyen de se distraire malgré son état de santé.

Étudiante : comment faites vous face à votre situation ?

Djock : ma fille je vous assure que c'est difficile à ce stade. La famille est dépassée et je n'ai même plus la possibilité de me déplacer facilement . Chacun me dit ça va aller aller mais je ne suis pas sûre. C'est pour cela que je ne parviens plus à me nourrir, même s'ils m'apporte le nécessaire.

Étudiante : comment se comporte les membres de votre famille envers toi et comment te sens-tu ?

Djock : chacun essaie de bien se présenter devant moi. Au fond c'est le contraire. Je me retrouve alors impuissant face à tout cela. Alors que l'amélioration devait permettre à chacun de m'encourager à garder espoir.

Étudiante : et comment te sens-tu avec eux ?

Djock : incapable malgré ma bonne volonté.

Étudiante : quel attitude présente tes amis et connaissances par rapport à ta maladie ? Apprécies tu leur compagnie ?

Djock : ils sont là pour m'encourager. Ils m'ont dit que ça prend du temps même après je sors de l'hôpital. Et qu'ils ont connu des cas semblable au mien dans la ville.

Étudiante : est ce que vous appréciez leur compagnie

Djock : Oui. J'ai passé du temps avec l'autre et il m'a donné des nouvelles qui m'ont un fait du bien pour un moment.

Étudiante: quel est votre vision de la vie face à votre condition actuelle

Djock : la vie est imprévisible. C'est dans la maladie que nous comprenons la vraie valeur de la vie. On doit toujours s'attendre à tout et garder espoir. Me voilà couché sans savoir quand je vais sortir de l'hôpital. Nous avons besoin de votre patience pour nous chaque jour pour vivre encore quelques jours.

Étudiante : merci papa Djock d'avoir répondu à nos questions

## TABLE DE MATIERES

SOMMAIRE .....	i
REMERCIEMENTS .....	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT.....	ii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PARTIE 1: CADRE THÉORIQUE DE RECHERCHE .....	3
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE DE L'ETUDE .....	4
1.1. Contexte et justification de l'étude .....	4
1.1.1. Contexte de l'étude .....	4
1.2. Éléments du constat .....	7
1.2.1. Constat empirique .....	8
1.2.2. Le constat théorique .....	11
1.3. Objet de l'étude et intérêts .....	14
1.4. Formulation et position du problème.....	16
1.4.1. Question de recherche principale.....	17
1.4.1.1. Question de recherche spécifique .....	17
1.4.2 Hypothèse générale .....	17
1.4.2.1. Hypothèse spécifique .....	18
1.6. Objectif général de recherches .....	18
1.6.1. Objectifs spécifiques .....	18
1.7. But et pertinence de l'étude .....	18
1.8. Intérêt de l'étude .....	19
1.9. Délimitation de l'étude .....	20
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	21
INTRODUCTION .....	21

2.1. Définitions des concepts clés de l'étude.....	21
2.2. sur le Vieillissement pathologique.....	24
Corte et piolino (2016) quant à eux, aborderaient les différences entre le vieillissement normal et pathologique, en se concentrant sur les maladies neurodégénératives. ....	26
2.2.1 Impact du vieillissement pathologique sur la qualité de vie des personnes âgées .....	27
2.3.LES SOINS PALIATIFS.....	29
2.3.1. Le phénomène de la souffrance en soins palliatifs .....	32
2.3.2 Les troubles neurocognitif et souffrance en soins palliatifs.....	34
2.3.3 Les troubles neurocognitifs et les soins palliatifs.....	34
2.4. LE TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT .....	37
2.4.1. Le professionnel en gériatrie.....	37
2.4.2. L'accompagnement psychosocial .....	39
CHAPITRE 3: INSERTION THÉORIQUE DE L'ETUDE.....	42
3.1. LA THÉORIE DE L'ACTIVITÉ.....	42
3.2 LE MODELE BIOMEDICAL.....	48
3.3 LE MODELE PSYCHOSOCIAL.....	50
PARTIE 2: CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	53
CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE .....	54
4 :1.5 TABLEAU SYNOPTIQUE .....	55
4.1 HYPOTHESE DE RECHERCHE.....	56
4.1.1. Hypothèse spécifique .....	56
4.2. SITE DE L'ETUDE .....	56
4.2.1. Justificatif du choix du lieu de l'étude : service de gériatrie .....	56
4.2.2. Présentation de l'hôpital central de Yaoundé.....	57
4.2.3. Présentation du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé.....	57
4.3. PROCÉDURE ET CRITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE.....	58

4.3.1. Critères de sélection.....	58
4.3.1.1. Critères d'inclusion.....	58
4.3.1.2. Critères d'exclusion.....	59
4.3.2. PROCEDURE DE SELECTION DES PARTICIPANTS.....	59
4.3.3. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	59
4.4. TYPES DE RECHERCHE.....	60
4.5. MÉTHODE DE RECHERCHE.....	61
4.5.1. Méthode clinique.....	61
4.5.2. L'étude de cas.....	61
4.6. TECHNIQUE ET OUTILS DE COLLECTE : le guide d'entretien.....	62
4.6.1. Technique de collecte : Entretien semi-directif.....	63
4.6.2. Outil de collecte de données : le guide d'entretien.....	64
4.7. DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNEES.....	65
4.8. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES A LA COLLECTE DES INFORMATIONS.....	67
4.9. TECHNIQUE D'ANALYSE : analyse de contenu.....	67
4.9.1. Analyse de contenu.....	67
4.9.2. Analyse thématique.....	68
4.10. CONSIDERATIONS ÉTHIQUES.....	70
CHAPITRE 5: PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	71
5.1. PRESENTATION DES RÉSULTATS DES PARTICIPANTS.....	71
5.2. ANALYSE DES RÉSULTATS.....	74
5.2.1. Analyse des entretiens.....	74
5.2.2. Structuration de l'analyse thématique des entretiens.....	74
5.3. LA SITUATION D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES EN RELATION AVEC LE PROFESSIONNEL.....	74
5.3.1. Représentations de la réalité face aux situations de soins des vieux en gériatrie.....	75
5.3.2. De la perte identitaire à la situation du handicap chez les personnes âgées.....	77

5.4. L'ACCOMPAGNEMENT FACE À UNE MORT PROCHAINE DES VIEUX.....	77
5.4.1. La neutralité du professionnel dans la prise en charge .....	79
5.4.2. La proximité des vieux au professionnel en gériatrie .....	79
5.5. ANALYSE ET L'IMPLICATION DU CHERCHEUR LORS DE LA COLLECTE D'INFORMATION.....	81
5.6. SYNTHÈSE DES RESULTATS.....	82
5.7. INTERPRÉTATION DES RESULTATS .....	83
5.8. APPLICATION DE LA THÉORIE DE L'ACTIVITÉ À L'EXPLORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET LES MODÈLES THÉORIQUES ....	86
5.9. DISCUSSION.....	88
5.10. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE.....	89
5.10.1. Implications de l'étude.....	89
5.11. PERSPECTIVES FUTURES .....	92
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	93
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	XCIII