

# Comment Se Gère L'angoisse Chez Le Patient Gériatrique De L'hôpital Central De Yaoundé ?

## Koung Charles René

Psychologue professionnel en handicap mental,  
psychique et gérontologie  
Faculté des Sciences de l'Éducation  
Université de Yaoundé 1  
Yaoundé - Cameroun  
charleskoung7@gmail.com

## Njengoué Ngamaleu Henri Rodrigue,

Maître de Conférence  
Faculté des Sciences de l'Éducation  
Université de Yaoundé 1  
Yaoundé - Cameroun  
ngamaleurodrigue@gmail.com

## Mbangmou Romuald Stone

Assistant  
Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines  
Université de Yaoundé 1  
Yaoundé - Cameroun  
stone.mbangmou@gmail.com

### Résumé

Nous avons mené une recherche qualitative, axée sur une démarche empirico-inductive, dont l'objectif général était de savoir si les spécificités de la prise en soins physiques, le contrôle des stressors environnementaux, la relation soignant/soigné, les capacités de résilience au niveau du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé avaient une incidence sur la qualité de vie du patient de cette institution hospitalière. Sur la base des théories humanistes, notamment la pyramide des besoins d'Abraham Maslow et, l'écoute active de Carl Rogers, nous avons pu élaborer une hypothèse de travail, qui a généré des hypothèses spécifiques. Ceci nous a permis de bâtir notre méthodologie en sélectionnant quatre participants dans la population accessible, grâce à l'échantillonnage par choix raisonné. Avec ceux-ci, nous avons eu un entretien semi-directif, et leur avons fait passer le Geriatric Anxiety Inventory (GAI) ; puis nous avons adressé un questionnaire au personnel soignant. Les résultats ont été retranscrits, analysés et interprétés ; ils ont ensuite fait l'objet de discussions, grâce aux observations relevées des travaux d'autres auteurs. Au final, il s'est avéré que les troubles d'angoisse ne relevant pas forcément de l'ordre de l'urgence, restent néanmoins prégnants dans le psychisme des patients du service de gériatrie. Les spécificités de la gestion de ces troubles dans ce service ont été observées par la prise en charge physique, qui a contribué à diminuer la souffrance physique, et à promouvoir le bien-être global ; par le contrôle et la maîtrise des stressors environnementaux, qui sont susceptibles de menacer l'homéostasie du patient ; par la relation soignant/soigné, qui a contribué à créer auprès du patient, le sentiment de

confiance sur lequel il a puisé des énergies nécessaires pour faire face à ses angoisses ; enfin par les capacités de résilience manifestées par nos sujets à travers l'espoir d'une éventuelle guérison, la foi en Dieu et le soutien de l'entourage familial. Cette recherche nous a permis non seulement de comprendre le processus de prise en charge des patients gériatriques à l'hôpital central de Yaoundé, mais aussi d'explorer un pan des dynamiques fonctionnelles qui s'opèrent dans le psychisme de certains de ces patients en situation d'hospitalisation.

**Concepts clés :** personne âgée, vieillissement, gestion des angoisses, prise en soins physique, facultés de résilience.

### Abstract

We conducted qualitative research focused on an empirical-inductive approach whose general objective was to know if the specificities of physical care, control of environmental stressors, caregiver/patient relationship, and resilience skills in geriatric department of the central hospital of Yaoundé had an impact on the quality of life of the patient in this hospital institution. Based on the humanist theories, specially the theory of needs of Abraham Maslow and, helping relationship of Carl Rogers, we were able to elaborate the working hypothesis that generated specific hypotheses. This allowed us to build our methodology by selecting a sample of four participants from the population accessible, through reasoned choice sampling. On these participants, we passed the semi-structured interview, the Geriatric Anxiety Inventory (GAI); then the questionnaire sent to the nursing staff. The results were transcribed, analysed, and interpreted; and then discussed using observations from the works of other authors. In the end, it turned out that anxiety disorders,

which are not necessarily of the order of emergency, nevertheless remain prevalent in the psyche of patients in the geriatric department. The specificities of the management of these disorders have been observed through physical care, which has helped to reduce physical suffering and promote overall well-being; by controlling environmental stressors that may threaten the patient's homeostasis; by the caregiver/patient relationship that has helped to create with the patient, the feeling of trust on which he has drawn the necessary energies to cope with his anxieties; and finally by the resilience capacities shown by our subjects through the hope of a possible cure, faith in God and the support of the family environment. This research allowed us not only to understand the process of caring for geriatric patients at the Yaoundé Central Hospital, but also to explore a part of the functional dynamics that operate in the psyche of some of these patients in hospitalization.

**Key concepts:** elderly, old age, aging, anxiety management, physical management, resilience skills.

## 0. Introduction

Dans les hôpitaux gériatriques de France, tels que le Centre hospitalier Henri Dunant, le Centre hospitalier d'Auxonne, l'hôpital américain de Paris etc., la prise en soins des patients est essentiellement pluridisciplinaire (Haute Autorité de Santé [HAS], 2015). On y retrouve en plus des gériatres, des chirurgiens orthopédistes, des kinésithérapeutes, des gastro-entérologues, des cardiologues, des neurologues, des psychologues, des psychiatres, etc. Ces équipes interviennent non seulement près du lit du patient, mais aussi avec son entourage familial, pour une démarche à la fois curative et préventive (HAS, 2015). Les personnes âgées sont des personnes à besoins spécifiques, souffrant pour la plupart de polyopathologies (Milliner, 2005), associés non seulement à une vulnérabilité sociale et psychique accrue, mais aussi à une perte d'autonomie, une altération de la qualité de vie, une dépression et une déficience sensorielle, des problèmes d'hypertension artérielle, de diabète, d'insuffisance rénale ou cardiaque, etc. (HAS, 2015). Cobbaut et al. (2006), renforcent cette position en affirmant qu'une prise en charge adéquate de la personne âgée nécessite alors un repérage rapide des pathologies évolutives et incapacitantes, de la vulnérabilité dans les Activités de Vie Quotidienne (AVQ), ainsi que de nombreux facteurs non médicaux qui influent sur les problèmes de la personne et sur la prise en soins à mettre en place. La prise en soins de ces pathologies débute par une Evaluation Gériatrique Globale (EGG) ou Bilan Gériatrique Standardisé (BGS), qui sont des démarches structurées visant à identifier les problèmes médicaux,

psychologiques, fonctionnels et sociaux du patient. On analyse ici l'état clinique, avec bilan bucco-dentaire et cutané ; les fonctions cognitives telles que la mémoire, le langage, le raisonnement. ; les fonctions motrices telles que la marche, l'équilibre. ; les fonctions sensorielles telles que la vue, l'audition. ; les problèmes de continence et d'alimentation ; les troubles de l'humeur et du comportement, etc. (Ringebach, 2020). Un protocole de soins global et coordonné des plus urgents aux moins prioritaires va suivre.

Une prise en soins efficace et efficiente des patients gériatriques dans ces hôpitaux de référence obéit indubitablement à cet idéal. Qu'en-t-il cependant du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé ?

## 1. Contexte et justification

C'est une recherche qui part de plusieurs constats bien précis ayant été faits dans le cadre de nos entretiens exploratoires, lors d'un stage pré-enquête au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, où nous avons observé 28 patients durant une période de 3 mois (Koung, 2021). Dans ce service, la prise en charge des patients priorise globalement les aspects physiques, au détriment des aspects psychologiques, notamment la gestion des angoisses. Ce qui tient lieu d'accompagnement psychologique des malades dans cette institution est appelé IEC (Information-Education-Conseils). Or, nous avons noté chez les 28 (vingt-huit) patients observés dans ce service, que le taux de rechute et de mortalité enregistré était faible, à savoir une seule rechute, au cours des six mois qui ont suivi l'hospitalisation, pour un pourcentage de 3,57 ; et trois décès survenus durant la période d'hospitalisation, ceci pour un pourcentage de 10,71.

Nous cherchons donc à savoir pourquoi les taux de rechute (3,57 %) et de décès (10,71%) dans cette institution sont aussi bas, pourtant la prise en charge des patients n'est axée que sur des aspects physiologiques. Trivalle (2015), rapporte que les données de l'Institut National de Statistique et d'Etudes Economiques (INSEE) présentent 25% de décès des personnes âgées dans leurs domiciles, contre 57% dans les hôpitaux gériatrique et 12% dans les maisons de retraite. Cela montre clairement qu'au niveau du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, des efforts sont faits pour obtenir autant que faire se peut, des résultats globalement satisfaisants, ayant pour but d'éviter la mort chez les patients.

## 2. Formulation du problème

Au vu des différentes observations sus-évoquées, on peut dire que le modèle de prise en charge des patients du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé ne respecte pas le principe de pluridisciplinarité. Cependant le taux de rechute et de

décès assez bas observé dans cette institution montre à suffisance que ce modèle obtient des résultats globalement satisfaisants. La prise en soins axée sur les soins physiques, au détriment des autres besoins de la personne âgée, pourrait-elle concourir de manière significative à l'amélioration de la qualité de vie des patients de ce service, en leur évitant la mort de manière permanente durant leur hospitalisation ?

La situation idéale ou désirable est celle que décrivent Cobbaut et al. (2006), en proposant une prise en charge globale et interdisciplinaire qui consiste à mobiliser les compétences de plusieurs praticiens ayant des spécialités différentes. Cette approche holistique est basée selon Waldvogel et al. (2012), sur la créativité renouvelée plutôt que sur l'application des règles ; elle se veut individualisée plutôt que se référant à des statistiques. Elle fait appel non seulement au rôle indispensable de l'entourage familial, mais aussi à d'autres domaines de l'interaction humaine, tels que la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, le droit et l'éthique.

Malgré la non pratique de la prise en charge holistique prônée par Cobbaut et al. (2006), Waldvogel et al. (2012), qui confirment que les approches les plus efficaces associent la prise en charge des pathologies chroniques à celle des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques, nous constatons sur le terrain que la prise en charge non holistique des patients du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé donne plutôt des résultats globalement satisfaisants. L'absence d'un bilan gériatrique complet, ainsi que la non prise en compte des problèmes d'ordre psychologique, et plus précisément ceux relatifs aux types d'angoisses, n'a cependant pas d'incidence profonde sur les résultats. Pourtant selon Frazier et al. (2003), l'angoisse représente une menace réelle pour l'homéostasie de l'individu et peut entraver son processus de guérison. Cadec (2009), décrit l'angoisse comme une crise indicible qui ne se montre pas, qui tente parfois de se dissimuler sous des pommades « antirides » ; qui se convertit en lombalgies, palpitations ou amnésies, afin d'être prise en compte malgré tout. Il est donc clair du point de vue de cet auteur, que l'angoisse revêt différents modes d'expression selon l'intensité de son ressenti chez le sujet qui en souffre. C'est un phénomène vécu par de nombreux patients en situation critique de la maladie durant leur hospitalisation, et qui peut avoir de nombreuses conséquences sur leur état de santé physique et psychique (Barthlomé, 2012). Freud (1926), la désigne d'ailleurs comme étant la principale cause des troubles névrotiques. De plus l'environnement hospitalier très médicalisé et très aseptisé, auquel s'ajoute l'état d'impuissance et d'incertitude dans lequel peut se trouver le patient, sont des facteurs pouvant favoriser la survenue du stress (Sheen & Oates, 2005). C'est de ce point de vue une pathologie qui devrait être prise en compte dans le protocole des soins.

Le problème que nous posons dans cette recherche est donc celui de la prise en soins gériatrique et les difficultés qu'elle pose dans le contexte camerounais, et plus finement celui de la gestion des angoisses chez la personne âgée en situation d'hospitalisation. Tout cela nous engage dans l'un des volets importants de ce travail, à savoir la formulation des questions de recherche.

### 3. Question principale de recherche

Le protocole de prise en soins des patients du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé n'étant pas la plus adéquate selon Valdvogel et al. (2012), Cobbaut et al. (2006) et la HAS (2015), nous nous sommes posés la question de savoir comment arrive-t-elle à produire des résultats globalement satisfaisants ? En d'autres termes, quels sont les autres facteurs inhérents à l'organisation générale des soins qui contribueraient à gérer les problèmes d'angoisse du patient du service gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, et par-delà concourraient à sa qualité de vie ?

#### 3.1. Questions spécifiques

Nos questions spécifiques sont les suivantes :

**QS1 :** Les spécificités de la prise en charge en soins physiques du patient du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé auraient-elles une incidence sur sa bonne santé physique ? Pour cette question de recherche, nous avons pu trouver comme indicateurs, la régularité dans l'administration des soins médicaux, des soins d'hygiène corporelle, des soins bucco-dentaires ; l'aide des infirmières et AVS à la satisfaction des besoins physiologiques ; le nombre de visites des médecins par jour ; le nombre de soins infirmiers par jour .

**QS2 :** Le type de contrôle des stressors environnementaux appliqué sur le patient du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé aurait-il une incidence sur sa bonne santé mentale ? Cette question repose sur des indicateurs tels que le contrôle et la régulation des visites ; le respect de l'accompagnement familial avec obligation d'avoir un garde-malade ; le contrôle et l'interdiction des bruits, pleurs d'enfants, querelles et bagarres ; l'aération des pièces ; la lutte contre les mouches, moustiques, fourmis, souris ; la gestion de la pression financière des soins et médicaments ; la gestion du caractère douloureux de certains soins ; la gestion des coupures d'eau et d'électricité ; le respect de la propreté des lieux ; l'aménagement de l'espace de vie ; l'explication des différentes factures .

**QS3 :** La relation soignant/soigné au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé aurait-elle une incidence sur la bonne qualité des interactions sociales du patient ? Les indicateurs ici sont la présence physique et la bonne qualité des relations interpersonnelles ; le sentiment d'affection et de considération réciproque ; la fluidité dans la communication ; le nombre de visites du personnel

médical aux patients ; la fréquence des séances de causerie et d'ICE ; la capacité de compréhension ; le respect ; la patience ; l'empathie .

**QS4 :** La capacité de résilience du patient au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé aurait-elle une incidence sur son confort social ? Comme indicateurs, nous avons ici l'optimisme ; l'estime de soi ; le sens de la moralité et de la spiritualité ; l'assise culturelle ; le soutien social ; la gestion des peurs ; le sentiment d'assurance ., qui pourraient avoir un impact sur le non isolement ; la participation aux activités organisées par l'institution ; les facilités d'adaptation aux contraintes liées aux soins ; la pratique régulière de la religiosité.

#### 4. Objectif général de la recherche

L'objectif général de cette recherche est de savoir s'il existe en dehors de la non prise en charge des aspects psychologiques, notamment des problèmes d'angoisse, d'autres facteurs inhérents à l'organisation générale des soins, qui facilite le processus de guérison et la qualité de vie du patient du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé.

### 5. Méthodologie

#### 5.1. Hypothèse principale de travail

Comme tentative de réponse à la question de recherche principale, nous avons élaboré l'hypothèse de travail selon laquelle, d'autres facteurs non remarqués dans le protocole général des soins contribuent à la gestion des angoisses chez les patients du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé et concourent à l'amélioration de leur qualité de vie.

##### 5.1.1. Hypothèses spécifiques

Notre hypothèse de travail principale a généré les hypothèses spécifiques (HS) suivantes :

**HS1 :** Les spécificités de la prise en charge en soins physiques du patient du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé ont une incidence sur sa bonne santé physique.

**HS2 :** Le type de contrôle des stressors environnementaux appliqué sur le patient du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé a une incidence sur sa bonne santé mentale.

**HS3 :** La relation soignant/soigné au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé a une incidence sur la bonne qualité des interactions sociales du patient.

**HS4 :** La capacité de résilience du patient au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé a une incidence sur son confort social.

#### 5.2. Techniques de recueil des données

Les techniques de recueil des données auxquelles nous ferons recours dans le cadre de notre étude sont :

- l'entretien de type semi-directif qui est une des techniques de production de données qualitatives les plus fréquemment utilisées, qui permet de centrer le discours des personnes interrogées autour des différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide (Blanchet et Gotman, 2007).

- le questionnaire qui aura pour objectif d'étendre nos enquêtes auprès du personnel soignant afin de déceler les similarités et les dissimilarités avec la collecte des informations auprès des patients. Il représente la troisième grande méthode de collecte des informations, après l'entretien et l'observation.

#### 5.3. Outils de collecte des données

Nos outils de collecte des données sont le guide d'entretien, l'échelle de mesure de l'angoisse chez la personne âgée et le questionnaire.

#### 5.4. Techniques et outils d'analyse des données

Les données de notre recherche sont mixtes car en plus du verbatim des participants, on y retrouve quelques chiffres ; nous allons faire recours à l'analyse des contenus qui, selon Berelson (1952), est une opération qui consiste à transformer le texte retranscrit lors d'un entretien en une analyse unique et originale de son contenu autour des thèmes, sous-thèmes à travers un code.

#### 5.5. La population de l'étude

La population de l'étude est composée de l'ensemble des personnes âgées internées au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé. Les résultats de notre recherche seront susceptibles d'être généralisés à cette catégorie de personnes vivant dans d'autres institutions à caractère gériatrique.

#### 5.6. La technique d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage qui sera utilisée est l'échantillonnage par choix raisonné. En vue d'affiner nos outils de collecte des données, nous avons effectué au préalable un pré-test ou entretien préparatoire.

#### 5.7. L'échantillon de l'étude

Notre échantillon ici est composé de l'ensemble des individus souffrant de problèmes d'angoisse et auprès desquels nous avons fait passer nos outils de collecte des données. A ceux-ci, nous avons ajouté le personnel soignant du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé qui a bien voulu participer à la recherche. Il s'agira pour nous de voir si les informations collectées auprès des patients pourront être confirmées ou infirmées par les membres de ce personnel.

#### 5.8. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de nos participants pour ce qui est des personnes âgées sont essentiellement liés à leur présence au service de gériatrie au moment de la passation des outils de collecte des données ; à



l'âge de 60 ans et plus qui a été retenu ; au diagnostic de l'existence des problèmes d'angoisse dont ils souffriraient et à leur consentement à participer à la recherche.

Pour ce qui est du personnel soignant de cette institution hospitalière, les critères d'inclusion sont liés à leur présence au service de gériatrie au moment de la passation des outils de collecte des données et à leur consentement à participer à la recherche.

### 5.9. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de nos participants pour ce qui est des personnes âgées sont liés à leur absence ou leur indisponibilité au moment de la passation des outils de collecte des données ; au refus de participer à la recherche pour des raisons personnelles et au diagnostic de non existence des problèmes d'angoisse.

Pour ce qui du personnel soignant de cette institution hospitalière, les critères d'exclusion sont liés à leur non consentement à participer à la recherche.

### 5.10. Questions éthiques

Notre recherche devant être menée dans une institution publique de référence au Cameroun, nous sommes très conscients des divers aspects éthiques qu'elle implique. C'est ainsi que nous avons mené toutes les procédures nécessaires auprès de la délégation régionale du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), pour obtenir la clairance éthique auprès du Centre Régional d'Ethique de la Recherche en Santé Humaine du Centre (CRERSH-Ce).

Nous avons aussi veillé non seulement au libre consentement de nos sujets d'étude, mais aussi au respect de leur anonymat et de la confidentialité de leurs réponses. Un contrat de confidentialité que nous avons signé, leur a été remis avant chaque début d'entretien, afin de garantir le caractère hautement confidentiel des données collectées auprès d'eux.

## 6. Présentation des participants et des résultats

Tout en respectant le devoir de confidentialité, il s'agit pour nous ici d'exposer sur quelques aspects d'identification de chacun de nos quatre participants, notamment au niveau des éléments liés au statut matrimonial, à l'âge, au lieu de naissance, au nombre d'enfants, à la fratrie, au genre, à la religion, à l'ethnie, au niveau d'étude, à la profession exercée, au lieu de résidence et à la date d'hospitalisation au service de gériatrie. L'identification des participants montre que tous appartiennent à la catégorie des personnes âgées de plus de 60 ans. Ceci revient à dire qu'ils correspondent à la définition de la personne âgée que nous nous sommes donnée en nous appuyant sur celle de l'OMS (2017). Au niveau du genre et du statut matrimonial, on dénombre 02 participants de sexe masculin, l'un étant devenu veuf et l'autre vivant toujours avec son épouse. Nous avons ensuite 02 participants de sexe féminin, toutes devenues veuves.

Tous nos participants ont à partir de 05 enfants et sont issus (hormis le deuxième) de familles ayant fait au-moins six enfants. Cela montre très clairement que chacun d'eux a au-moins une personne qui peut s'occuper de lui dans le milieu familial ou en situation d'hospitalisation gériatrique.

Nous notons également une grande diversité sur le plan ethnique, avec quatre ethnies représentées par chacun des participants. La même diversité se retrouve aussi au plan professionnel où chacun exerce ou a exercé une profession différente. On va de la cultivatrice, au promoteur immobilier en passant par un fonctionnaire de police à la retraite et une ménagère. Cette diversité ne s'observe pas cependant au niveau des lieux de résidence car tous nos participants ont une résidence à Yaoundé.

Sur le plan religieux, on a les deux principales religions chrétiennes qui sont représentées à savoir le catholicisme, avec 03 adeptes et le protestantisme, avec un adepte. Cela montre à suffire que nos quatre patients, chacun à son niveau, croient en Dieu.

Sur le plan intellectuel, deux sujets ont connu l'enseignement secondaire avec l'obtention du Brevet d'Etudes du Premier Cycle (BEPC) ; l'un s'est confronté aux études supérieures, avec l'obtention d'une licence et l'autre a arrêté ses études au niveau primaire avec l'obtention du Certificat d'Etude Primaires et Elémentaires (CEPE). Selon le RGPH (2005), près de deux tiers des personnes âgées (64,2%) ne savent pas lire et écrire le français ou l'anglais. Ce taux d'analphabétisme est encore plus élevé en milieu rural où il est de 71,6%, contre 49,4%, en milieu urbain. De même, le niveau d'alphabétisation des femmes âgées reste relativement faible (25,3%) comparativement aux hommes âgés qui ont un taux d'alphabétisation de 47,4%. Cela peut expliquer le taux d'alphabétisation de nos sujets qui est très moyen. Cependant ils s'exprimaient tous très bien en français. Ceux qui ne comprenaient pas très bien la question faisaient recours à l'aide du garde-malade durant nos entretiens.

Pour ce qui est des entretiens, ils ont tous été enregistrés et leur verbatim (n=4) a ensuite été retranscrit du fichier audio au fichier word, puis codé et catégorisé. Le GAI a été également passé sur chacun de nos participants, ainsi que le questionnaire adressé aux personnel soignant.

Les quatre patients du service de gériatrie avec lesquels nous nous sommes entretenus ont reçu les noms de code suivants : **E01** pour le patient N°1 ; **E02** pour le patient N°2 ; **E03** pour le patient N°3 et **E04** pour le patient N°4.

## 7. Analyse, interprétation et discussion des résultats

Nous avons fait une analyse, interprétation et discussion au cas par cas et de manière transversale

des résultats du GAI, des entretiens et des questionnaires.

Pour l'analyse du GAI, il était question pour nous ici de rechercher des participants pouvant présenter des manifestations physiques ou psychologiques de l'anxiété. Avec les scores obtenus, on s'est rendu compte que 03 participants avaient obtenu des résultats sensibles à un trouble anxieux. E01, E02 et E03 ont obtenu respectivement des scores de 16/04, 15/05 et 17/03 qui sont largement au-dessus du seuil optimal. E04 a obtenu un score de 03/17 qui est largement en-deçà du seuil optimal. Il ne ressemble pas aux cas précédents, chez qui on a décelé des taux de sensibilité à l'anxiété assez importants, mais nous l'avons repêché au milieu de bien d'autres participants avec lesquels nous avons eu des entretiens, d'abord pour la richesse des informations collectées auprès de lui, informations qui nous ont permis de mieux comprendre certaines phases critiques dans le ressenti des patients n'ayant pas forcément des soucis liés aux crises d'anxiété et ses diverses manifestations.

### **7.1. Analyse et interprétation des données des entretiens**

En nous référant à nos deux théories humanistes, nous allons à ce niveau faire une analyse et une interprétation transversale des résultats des entretiens avec nos sujets d'étude, ainsi que de ceux issus des questionnaires adressés au personnel soignant, en nous basant sur chacun des thèmes principaux de nos hypothèses de recherche.

#### **7.1.1. Impact de la prise en charge physique sur la santé physique**

Nos quatre participants ont été hospitalisés au service de gériatrie pour des problèmes qui relevaient des aspects physiques, en dehors du cas E01 qui, hormis la polyarthralgie et la pneumonie infectieuse, souffrait des troubles du comportement manifestés par l'agitation et l'agressivité. Le cas E02 souffrait de frissons, toux, douleurs à la cuisse gauche ; le cas E03 souffrait de brûlure par l'eau à la cuisse gauche, fatigue générale et risque d'AVC ; et le cas E04 avait un problème de fortes douleurs au pied droit et enflure.

Pour le cas E01, la prise en charge a débuté dans d'autres institutions hospitalières telles que l'hôpital des sœurs d'Efulan et l'hôpital Jamot de Yaoundé, alors que les autres ont procédé par l'automédication avant d'être amenés aux urgences de l'hôpital central de Yaoundé d'où ils seront orientés vers le service de gériatrie. Leur prise en soins a été axée prioritairement sur les aspects physiques avec tout le protocole d'attentions qui devait l'accompagner. Nous sommes ici au premier de la pyramide des besoins de Maslow. Il fallait absolument œuvrer pour que les patients puissent retrouver l'homéostasie de l'organisme, ceci en régulant les grands équilibres biologiques nécessaires au maintien de leur bon état de santé physique. Les aspects psychologiques n'ont

pas été systématisés, mais plutôt opérationnalisés de manière opportuniste par certains membres de l'équipe médicale. Cependant l'homme est un être tridimensionnel (Fromaget, 2018), et toute amélioration quelconque observée sur le plan somatique, a indubitablement une influence sur les autres plans et vice-versa.

En dehors des soins purement médicaux, la prise en soins s'accompagne ici d'autres artifices qui ont pour but d'assouplir le caractère trop douloureux de certains soins. Tous les quatre participants reconnaissent que les membres de l'équipe médicale causent et blaguent de temps en temps avec eux. On peut dire qu'à travers ce type d'action, on décelé déjà une sorte d'accompagnement psychologique qui est faite par le personnel soignant dans l'objectif de rassurer le patient au cours de certaines interactions opportunes qu'ils entretiennent avec ce dernier.

Les soins d'hygiène corporelle sont faits par les garde-malades. Cependant, les infirmiers leur chauffent de l'eau en matinée pour la satisfaction de ces besoins. Les résultats du questionnaire montrent non seulement qu'ils aident aussi certains patients à autonomie réduite, à satisfaire leurs besoins physiologiques tels que manger, boire, aller aux selles, faire pipi, faire le bain de bouche avec du bicarbonate, faire la demi-toilette, raser certaines parties du corps, changer de position sur le lit ; mais que pendant et après tous ces soins, les patients retrouvent la forme, se sentent mieux, les remercient au point de réclamer très souvent leur présence. Il s'agit là une fois de plus de l'expression visible de la satisfaction des besoins liés au premier niveau de la pyramide de Maslow, même si certains patients ne sont pas totalement heureux du fait qu'ils sont devenus dépendants. Bien que les aspects psychologiques de la maladie n'aient pas été pris en compte de manière systématique dans le protocole général des soins, il n'en demeure pas moins que d'autres artifices ont été utilisés de manière opportune pour combler le besoin d'accompagnement psychologique non exprimé des patients. A ce niveau, on peut donc penser que l'écoute active de Carl Rogers aura été implémentée de manière consciente ou inconsciente à chaque situation par certains membres de l'équipe soignante.

#### **7.1.2. Impact du contrôle des stressors environnementaux sur la bonne santé mentale**

Comme le dit Phaneuf (2012), les approches humanistes placent la personne humaine au cœur des préoccupations des équipes soignantes. Le centre d'intérêt principal est le client et non pas sa maladie ou la forme de traitement à appliquer. Contrôler les facteurs environnementaux entre dans cette dynamique qui reste très déterminante pour la bonne santé globale et l'amélioration de la qualité de vie des individus. Tous nos participants reconnaissent faire souvent face à certains comportements qui les amènent à se fâcher ou à s'énerver. Voici ce que dit le cas E01 de son garde-malade : « Elle me gronde à

*tout moment !* » ; et des garde-malades de E02 : « *Oui ! Le bavardage, les petites querelles à tout moment avec sa sœur !* » Certains membres de l'équipe médicale ont d'ailleurs confirmé avoir vécu des situations belliqueuses entre certains patients et leurs garde-malades. Pour E03, aucun comportement de sa fille ne l'énerve car elle sait que ses enfants l'aiment beaucoup. Mais sa fille émet néanmoins quelques réserves par rapport au comportement de sa mère qu'elle trouve un peu trop empathique. Celle-ci fait parfois preuve d'un allocentrisme exagéré qui la pousse à s'oublier elle-même pour s'investir énormément dans des activités sociales altruistes :

Pour moi, je crois que heuuuh, c'est un problème ! Je me dis qu'elle se donne trop ! Elle devrait penser à se reposer. Toutes ces choses-là la mettent dans un état de pression à tout moment ! Parfois je lui dis de se reposer, elle ne veut pas !

La patiente reconnaît que ses enfants lui font souvent des reproches à ce sujet, mais à certains moments, elle encaisse et à d'autres, elle leur demande de ne pas s'inquiéter.

Les comportements stressants proviennent aussi des visiteurs des sujets E01 et E02. Pour le cas E01, ses visiteurs bavardent assez ; sa garde-malade se défend en précisant que sa mère n'aime pas quand elle se déplace ; elle préfère qu'elle soit toujours à côté d'elle. Lorsqu'elle se déplace pour aller faire une commission, elle se met à crier et à gronder :

Elle a peur des gens qu'elle ne connaît pas. Il s'agit surtout des visiteurs du patient voisin de notre chambre. Alors que je suis allée faire une commission pour elle. Quand je reviens donc je la gronde un peu en lui expliquant.

C'est une situation assez insupportable pour notre sujet car la densité dans sa chambre d'hospitalisation peut aggraver chez lui ses comportements pathologiques, provoquer la méfiance, l'évitement, ainsi que le stress etc. Les cris que notre sujet lance à l'endroit des absences de sa garde-malade ou à cause de la densité créée par la présence des visiteurs, sont des appels au secours qui malheureusement ne sont perçus comme tel par ceux-ci. C'est pourquoi il finit par se calmer dès le retour de la garde-malade ou le départ des visiteurs, ne pouvant espérer plus. La patiente ne souffre pas seulement d'anthropophobie, mais aussi de nyctophobie ; elle n'aime pas tout ce qui est noir et elle n'a pas manqué de me signaler que les habits noirs que je portais la mettent mal à l'aise.

Quant au stress pouvant provenir de la chaleur, l'usage du ventilateur, l'aération des chambres à travers l'ouverture de fenêtres et les séjours occasionnels à l'extérieur sont autant d'astuces qui ont été mis en œuvre par nos patients pour tenter de le gérer, rétablir l'équilibre parfait et l'homéostasie. Ils arrivent ainsi à éviter d'être sujets de manifestations agressives.

Les aspects liés à la présence des moustiques sont gérés par l'utilisation des moustiquaires imprégnées, des insecticides, des chasse-mouches, le renforcement des grilles anti-moustiques au niveau des fenêtres ; et les problèmes d'insalubrité sont gérés par le ménage quotidien fait les garde-malades et une équipe commise à cet effet par l'institution.

Le stress lié aux coupures intempestives d'eau et d'électricité que connaissent certains quartiers de la ville de Yaoundé leur est épargné ici car ils reconnaissent ne jamais avoir eu de coupure d'eau et d'électricité. Même si cela arrivait, l'institution a prévu un générateur de remplacement, selon les propos de Q02.

Le stress qui pouvait également provenir de la cherté des factures n'en est pas un car disent-ils, la facturation des soins est juste, par rapport à d'autres services. Chaque sujet bénéficie d'un petit fonds collecté pour les besoins de la cause.

Une analyse statistique à ce sujet fait état de ce que la gestion de ces différents stressors est concomitamment faite par le patient lui-même, les membres de son entourage familial et les membres de l'équipe médicale. Sur les 9 types de stressors répertoriés, les équipes médicales sont impliquées sur 5 types, pour un pourcentage de 55,55 ; les membres de l'entourage familial sont impliqués sur la gestion de 7, soit un pourcentage de 77,77 ; et les patients eux-mêmes impliqués sur la gestion de 2, pour un pourcentage de 22,22. Tous ces éléments issus de l'environnement immédiat de nos sujets, sur lesquels ils n'ont pas une grande influence et qui sont des facteurs d'angoisse pour eux, sont majoritairement gérés par l'entourage familial (77,77%) et l'équipe médicale (55,55). Le trio entourage familial/équipes soignantes/patients, contribue ainsi à la bonne santé mentale de ces derniers en contribuant à la gestion des différentes sources d'angoisse qui pourraient venir perturber leur homéostasie. A travers tout ce qui précède là, on note avec beaucoup d'emphase, non seulement la pratique de l'écoute empathique de Rogers, exercée par l'entourage familial et les membres du personnel soignant, mais aussi l'expression du deuxième niveau de la pyramide des besoins de Maslow, à savoir les besoins de sécurité qui proviennent de l'aspiration qu'a chaque individu de se protéger, de protéger ses proches sur les plans physique, moral, spirituel etc.

### **7.1.3. Impact de la relation soignant/soigné sur les interactions sociales**

Tel que précédemment dit, les équipes soignantes font preuve d'écoute empathique et de satisfaction des besoins de sécurité des patients à travers l'administration de certains soins dits *douloureux*, ceci en procédant par des blagues, des causeries amicales etc. Les soins douloureux ici relèvent par exemple des injections, des prélèvements sanguins, de la pose des intraveineuses, des soins infirmiers sur les plaies, les escarres et autres.

Les participants confirment également que dans cette relation de proximité avec les équipes



soignantes, les soins et les examens leur sont expliqués et cela leur permet de collaborer à l'organisation des soins ; cela leur permet de se sentir à l'aise, de faire confiance et de nourrir des espoirs de guérison. C'est à ce niveau qu'on note l'impact effectif de l'écoute active de Carl Rogers qui apprend à témoigner de l'empathie à l'interlocuteur, c'est-à-dire à l'écouter attentivement et de façon non directive dans l'objectif de bien comprendre ce qu'il vit (Lévesque, 2022). La relation soignant/soigné est ici construite sur des échanges conviviaux, sur la confiance, la recherche réciproque de connaissances et d'informations, l'empathie et la proximité ; une relation qui permet non seulement aux équipes soignantes de parler de sujets délicats avec leurs patients, mais aussi à ceux-ci d'accepter de se faire aider (Formarier, 2007).

La relation soignant/soigné semble se positionner ici comme un facteur considérable pour la gestion des angoisses et l'amélioration des interactions sociales ; elle va au-delà du réglementaire pour aborder des aspects éducationnels et même spirituels qui apaisent le patient tel que le déclare le fils du cas E04 : « *Oui il y a ! Il y'a ! Il y'a une infirmière qui a dit que papa on va prier aujourd'hui ensemble ! Ils ont prié .* » C'est tout cela qui fait dire à notre quatrième sujet qu'il faudrait penser à faire la publicité du service de gériatrie, car plusieurs personnes ne connaissent pas qu'il existe une institution hospitalière uniquement dédiée aux personnes âgées à l'hôpital central de Yaoundé.

La relation soignant/soigné expose ici la satisfaction des besoins de sécurité (se protéger, protéger ses proches sur divers plans) et d'appartenance (aimer et être aimé, communiquer, s'exprimer, exprimer son appartenance à un groupe social, construire un cercle de relations, d'amis et partenaires etc.).

#### **7.1.4. Impact de la capacité de résilience sur le confort social**

Les capacités de résilience de nos sujets sont assumées ici par la sérénité qu'ils ressentent tous en rapport avec leur future sortie de l'institution, avec l'espoir que tout ira mieux. Leurs capacités de résilience ont également un rapport avec la fierté personnelle, qui se justifie par la vie et le parcours de chacun et par le fait d'avoir au-moins laissé des enfants qui resteront perpétuer leurs lignées respectives. On se situe ici au niveau du quatrième palier de la pyramide de Maslow à savoir, la satisfaction des besoins d'estime qui résultent de l'exigence d'être respecté, de se respecter soi-même et de respecter les autres. L'individu ici veut exprimer ses idées, se réaliser et se valoriser à ses propres yeux et aux yeux d'autrui ; il n'a plus peur de la mort et veut même encore faire des projets, avoir des objectifs, des opinions, des convictions. Même s'il arrivait à mourir, il ne regrette rien car il aura laissé une progéniture qui va rester perpétuer sa lignée ; cela est d'ailleurs très important pour lui, et renforce de ce fait son estime de soi.

On note chez nos patients, le sentiment de bien-être, le sentiment de satisfaction de soi, de l'environnement et des soins reçus, de l'accomplissement des buts désirés et du degré de contrôle de sa vie (Gentile, dans Birren & al., 1991). On note également la détermination personnelle qui pousse chaque sujet à avoir plus d'influence sur son processus de guérison, au lieu de l'abandonner uniquement entre les mains des autres (Wells & Singer, 1988).

Il faut dire que si nos sujets ont développé tous ces comportements qu'on pourrait assimiler à des mécanismes de défense, c'est parce qu'ils sont en situation d'hospitalisation, un environnement très médicalisé et très aseptisé qui suscite un vécu émotionnel pénible, une situation d'impuissance et d'incertitude, une situation critique qui de l'avis de Sheen et Oates (2005), favorise la survenue du stress. S'ils ont développé toutes ces idées résilientes, c'est bien pour tenter de lutter contre l'impression de perdre le contrôle dans leur vie, la sensation d'une mort imminente et celle d'être déconnecté de la réalité qui sont des manifestations psychologiques de l'angoisse.

Les capacités de résilience de nos sujets sont également assumées ici par l'importance qu'ils accordent aux valeurs morales, en rapport avec la foi de chacun en Dieu. De leurs avis, Dieu est l'être suprême, il est tout pour chacun d'eux, au point où s'abandonner à sa volonté impériale qui donnerait la conduite aux médecins, afin que ceux-ci puissent mieux faire leur travail. L'identification des patients dans nos hôpitaux tient d'ailleurs de plus en plus compte de la religion et de la culture du patient. Les problèmes d'angoisse peuvent donc être de nos jours gérés par les patients eux-mêmes à travers la pratique de la spiritualité et de la religiosité. Cela leur permet de se référer aux valeurs religieuses, aux ressources liées à la religion, de manière active afin d'avoir une plus haute estime de soi et un sentiment de contrôle plus grand.

Les capacités de résilience sont également soutenues par l'entourage familial de chaque sujet. Tous les sujets trouvent cet accompagnement globalement satisfaisant, à travers les visites, les causeries, les soins, les blagues et le paiement des factures. Ces actes qui font partie du soutien social ou du réseau social participent pleinement à la qualité de vie de nos sujets, et à la manifestation positive de leurs interactions sociales (Arnold, dans Birren & al., 1991 ; Birren & Dieckman dans Birren & al., 1991).

#### **7.2. Discussions**

L'analyse et l'interprétation des résultats du GAI, à travers la somme des « D'accord » comparée à celle des « Pas d'accord » (Bérengrère & al., 2020), nous montrent nettement que trois de nos quatre participants à la recherche ont un seuil de sensibilité assez important aux troubles d'angoisse.

Sur les huit patients avec lesquels nous nous sommes entretenus, trois ont été retenus pour leur



statut de sujets angoissés, avec des scores respectifs de 16/04 ; 15/05 ; 17/03 ; et sur les cinq restants qui ne présentaient pas de manière explicite des problèmes d'anxiété, (02/18 ; 05/15 ; 04/16 ; 03/17 ; 05/15), nous avons retenu un seul pour la richesse des informations recueillies auprès de lui. Cela nous donne un score de 37,50% pour les patients angoissés, et 62,50% pour les non angoissés. Ces pourcentages montrent que les troubles liés à l'anxiété ne sont certainement pas de type urgentiel dans cette institution ; ils ne représentent ni une priorité, ni un véritable problème de santé. Doivent-ils pour autant être ignorés ou négligés ?

Si l'anxiété est une pathologie non négligeable qui doit susciter de l'intérêt, quels sont donc les facteurs qui contribuent à sa gestion efficace, en dehors d'un protocole officiel de prise en charge au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé ? Les facteurs que nous avons élaborés dans nos questions de recherche se sont-ils finalement avérés efficaces ou inefficaces ?

Le premier facteur est la prise en charge physique. L'homme en tant qu'être multidimensionnel ressent toutes sortes d'influences sur ses différentes instances (Fromaget, 2018). Tout supplice ou mal-être ressenti au niveau du corps, a des répercussions au niveau de l'âme et de l'esprit ; toute satisfaction ou bien-être ressenti au niveau du corps a également des retentissements au niveau de l'âme et de l'esprit. Nos quatre sujets d'étude (angoissés ou non) ont tous reconnu que dans cette institution, le travail était mieux fait en termes d'exécution effective des soins, de disponibilité des équipes soignantes, de douceur dans la production des soins à caractère douloureux, etc. On peut donc de manière inconditionnelle, construire le schéma suivant calqué sur le modèle behavioriste :

**Bonne prise en soins → Bonne santé physique → Bonne qualité de vie**

Le deuxième facteur est le contrôle des stressors environnementaux, cet ensemble d'éléments issus de l'environnement direct de l'individu tels que le bruit, la chaleur, la pollution, la densité, qui sont capables de générer chez lui une source d'anxiété ou de mal-être. La manière avec laquelle ils ont gérés au service de gériatrie est-elle assez pertinente pour étouffer les troubles liés à l'anxiété quand on sait avec le CSSS des Sommets (2011), que l'hospitalisation peut avoir des répercussions fonctionnelles et cognitives pour la personne âgée à cause d'un environnement physique inadéquat ? Il faut dire de prime abord que les personnes vulnérables au stress peuvent, à la suite d'une anxiété en rapport avec le sens qu'ils donnent à leurs rêves, développer des troubles psychosomatiques aigus (Mbangmou, 2018) ; que le stress créé par le bruit peut avoir des effets sur la personnalité de l'individu en le rendant peu sociable et plus introverti (Weinstein, 1980, cité par Morval, 1986) ; qu'il a sur l'individu, des effets néfastes tels que l'anxiété, les troubles du sommeil, les plaintes

intempestives, le mécontentement, . (Morval, 2023). Il est donc indispensable de contrôler et même chercher à maîtriser le stress provenant de l'environnement immédiat de nos sujets d'étude. Les stressors environnementaux de nos sujets, en termes de conflit intérieur et d'hostilité refoulée (Daco, 1973), sont essentiellement contrôlés par eux-mêmes (22,22%). Ces derniers usent de l'indignation et les cris au départ, puis finissent par se calmer, comprendre et encaisser le coup. Ils sont également gérés par les garde-malades et autres membres de l'entourage familial (77,77%), en termes de résolution des problèmes de chaleur, de moustiques, les problèmes d'anxiété qui pourraient provenir des factures des soins et médicaments, les aspects liés à la propreté des lieux et ceux liés à l'hygiène globale du patient. Ils sont enfin gérés par les membres de l'équipe médicale (55,55%), en termes de résolution des conflits latents et manifestes avec les patients, en termes d'aspects liés aux éventuelles coupures d'eau et d'électricité, de propreté des lieux, etc. On est là dans une approche intra et interpersonnelle dans la gestion des troubles liés à l'anxiété. Le patient ici est l'acteur principal, le terrain de jeu sur lequel s'exerce toutes les influences, les actions/réactions, les intenses sollicitations et les sollicitudes diverses. En se calmant et en décidant d'encaisser, il respecte ainsi le conseil de Ricks Warren qui demande d'accepter son anxiété et profiter du fait qu'on n'est pas le seul. Il suit également ceux de Serrurier (2008), qui propose de prendre conscience de son anxiété en faisant connaissance avec elle ; et de travailler sur soi en cherchant à apprivoiser son anxiété, le but étant de choisir sa vie au lieu de la subir passivement.

Cela nous conduit au deuxième schéma suivant :

**Bon contrôle des stressors environnementaux → Bonne santé mentale → Bonne qualité de vie**

Le troisième facteur est la relation soignant/soigné qui est relation de soin dans laquelle les rapports sociaux sont codifiés, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes préétablis (Formarier, 2007). Dans le cadre de cette relation, on note des indicateurs tels que la proximité, la disponibilité, la communication, la bienveillance, la convivialité, l'empathie ; des indicateurs qui créent la confiance envers les membres de l'équipe soignante, ce qui permet aux patients d'accepter de se faire aider (Formarier, 2007). Avec la compétence du personnel soignant, la régularité de l'information sur la maladie, la disponibilité et la présence des intervenants, la possibilité de verbaliser ses craintes, ses sentiments et ses émotions., la confiance du patient ici va réussir à consolider ses besoins de sécurité (Delisle, 1993). Comme le dit Echard (2006), les besoins de sécurité s'expriment à travers le besoin de présence humaine, c'est-à-dire le besoin d'être accompagné, le besoin de se confier (besoin de s'exprimer et d'être écouté), mais aussi à travers l'éventuel besoin de régression s'exprimant par le besoin d'être massé, touché, caressé, besoin de calme, d'un environnement serein

pour se ressourcer. On note dans le comportement des membres de l'équipe soignante la prégnance d'une remise en question et d'une démarche introspective axée sur certaines questions de Carl Rogers : « Suis-je capable de relations positives ? », « Ma compréhension empathique, jusqu'où peut-elle aller ? », « Puis-je accepter l'autre tel qu'il est ? », « Puis-je lui apporter de la sécurité dans notre relation ? », « Suis-je sans jugement ni évaluation ? ». L'attitude des membres de l'équipe soignante ici est génératrice d'un ensemble de dynamiques telles que le sentiment de satisfaction de soi, de l'environnement et des soins reçus (Philip et al., (1989) ; l'amélioration des relations interpersonnelles (Pearlman & Ullman, 1988) qui sont importants pour la bonne qualité de vie et qui améliorent les interactions sociales des patients (Aller & al., 1995).

Cela nous pousse à construire notre troisième schéma :

### **Bonnes relations soignant/soigné → Bonnes interactions sociales → Bonne qualité de vie**

Le quatrième facteur est adossé sur les capacités de résilience de nos sujets d'étude. En nous appuyant sur les travaux de Connor & Davidson (cités par Hamelin & Jourdan-Ionescu, 2011), on dira que la résilience a permis à tous nos sujets d'étude de vivre dans l'optimisme et l'espoir d'une guérison certaine, et plus précisément d'une imminente sortie de cette institution. La résilience a permis au cas E02 de cultiver la patience et la tolérance des affects négatifs qui, du point de vue de Lyons (cité par Hamelin & Jourdan-Ionescu, 2011) sont parmi ses caractéristiques essentielles.

Chez les Camerounais, les capacités de résilience ont été construites et renforcées durant et après différentes crises socio-économiques telles que les plans d'ajustement structurels issus de la crise mondiale, les chutes répétitives du coût des matières premières, la lutte contre Boko Haram (Bambou, 2018) ; par le vécu de la pandémie du Corona-virus a fait naître de nouvelles mesures de lutte telles que la distanciation sociale, le port obligatoire du masque, le lavage systématique des mains, la fermeture des écoles, frontières et débits de boissons, la création des centres d'isolement et de traitement, la mise sur pied de la ligne d'assistance locale 1510, etc. Toutes ces réalités ont fait asseoir chez nos sujets d'étude l'estime de soi, la confiance, l'optimisme le sentiment d'espoir, l'attachement aux valeurs morales, culturelles et spirituelles, la sociabilité à travers le soutien de l'entourage familial, le sens de l'autonomie, la flexibilité, le sentiment de contrôle interne, l'empathie, l'image de soi positive (Werner, 2001 ; Werner & Smith 1992, cités par Hamelin & Jourdan-Ionescu, 2011). Il est donc important de tenir compte de ces réalités historiques pour comprendre comment nos sujets ont pu ont pu bâtir un moral à toute épreuve tout au long de leur période d'hospitalisation.

Les valeurs spirituelles et religieuses n'ont pas été en laisse car la gestion personnelle des troubles de

comportement liés à l'anxiété peut donc trouver satisfaction auprès de la croyance en Dieu.

Les capacités de résilience ont également été soutenues par l'entourage familial de chaque sujet qui a, de manière plus ou moins acceptable créé auprès du patient, un environnement supportant qui a influencé leur estime de soi, leur sentiment de compétence et d'autonomie (Mc Donald & Butler, 1974). Selon Echard (2006), le mourant a besoin de vivre des solidarités, il a du temps et de la reconnaissance à offrir grâce à la crise de la fin de vie, qui fait naître chez lui le désir de resserrer les liens humains, de se réconcilier, de remettre de l'ordre dans « ce qui a été manqué ». Il nécessite de l'aide pour subvenir à ses besoins les plus fondamentaux (besoin de donner et recevoir). Pour aborder sereinement la mort, il est nécessaire pour lui de recevoir le pardon des autres, mais aussi dans le même mouvement, de pardonner aux autres et de se pardonner à lui-même. Il consolide par-là son besoin d'appartenance (Delisle, 1993), car il veut ressentir ici auprès des siens cette volonté manifeste d'intégration et d'accompagnement dans les diverses activités qu'il est encore en droit d'accomplir.

Cela nous conduit à notre quatrième schéma :

**Bonnes capacités de résilience → Bon confort social → Bonne qualité de vie** De ce qui précède, il apparaît clairement que l'hôpital ayant pour mission de guérir, peut aussi rendre malade (CSSS des Sommeils, 2011), si des mesures ne sont prises pour maximiser la production des soins et amoindrir les risques de complications. Les résultats de cette recherche, notamment les quatre schémas que nous avons conçus vont dans le sens de la plupart des études qui traitent de près ou de loin des problématiques de l'amélioration de la qualité de vie à travers la gestion de l'anxiété chez les personnes en général, et chez les patients gériatriques hospitalisés en particulier. Ces résultats qui ne sauraient être généralisables, sont le produit d'une construction de sens et non d'une vérification. Ils nous ont permis de produire des hypothèses sous fond de schémas, sur notre question de départ à savoir : Existe-t-il d'autres facteurs inhérents à l'organisation générale des soins qui contribueraient à gérer les problèmes d'anxiété du patient du service gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, et par-delà concourraient à sa qualité de vie ? Les données recueillies ont été centrées sur les particularismes de chaque sujet d'étude et non sur les invariants de leur fonctionnement.

### **Conclusion**

L'objectif de cette recherche était de savoir s'il existe en dehors de la non prise en charge des aspects psychologiques, notamment des problèmes d'anxiété, d'autres facteurs inhérents à l'organisation générale des soins, qui facilite le processus de guérison et la qualité de vie du patient du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé. Après avoir posé nos questions de recherche sur la base d'un certain nombre

d'indicateurs bien définis, nous avons par la suite déterminé nos hypothèses. Celles-ci ont été testées à travers nos outils et techniques de collecte des, puis analysées et interprétées grâce à l'analyse des contenus. . Au niveau des discussions, nous avons pu élaborer à chaque thème principal, des schémas non généralisables, calqués sur le modèle behavioriste. Il s'est avéré que les troubles d'angoisse ne relevant pas forcément de l'ordre de l'urgence pour les patients du service de gériatrie, restent néanmoins prégnants dans l'appareil psychique de tout individu, qu'il soit en situation de vulnérabilité ou non. Ainsi, en dehors de tout processus de prise en charge holistique, la gestion des troubles liés à l'angoisse au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, peut se faire la prise en soins physiques, le contrôle des stressors environnementaux, les bonnes relations soignant/soigné et la mise en branle des capacités de résilience des patients. C'est une recherche qui attire l'attention sur les conditions de prise en charge de nos personnes âgées dans les hôpitaux et centres de santé en général, et dans les services de gériatrie en particulier. Cette prise en charge devrait de plus en plus tenir compte du caractère tridimensionnel de l'homme en intégrant et consolidant une structuration et un fonctionnement pluri et interdisciplinaire.

### Remerciements

Aux personnes dont les noms suivent, nous tenons à signifier notre sincère gratitude pour tous leurs soutiens multiformes :

- Pr Njengoué Ngamaleu Henri Rodrigue qui a accepté d'encadrer ces travaux avec beaucoup de professionnalisme ;
- Dr Mbangmou Romuald Stone dont la disponibilité et le suivi de proximité ont été hautement déterminants pour la réalisation de ce travail ;
- Monsieur le Directeur général de l'hôpital central de Yaoundé, Pr Fouda Pierre Joseph, pour l'accueil et l'amabilité à nous manifestés ;
- Tout le personnel du service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé et plus nettement Dr Ebode Ntsama Marie, gériatre et responsable de ce service ; Mengue Me Mfen Angèle épouse Elono et Makoung Guelak'ha Claudia épouse Toukoulou, respectivement ancienne et actuelle majors de ce service, pour l'encadrement technique et professionnel reçu durant nos séjours.

### Bibliographie

- Bambou, F. (2018, Août). Résilience : un modèle dynamique contre la crise. [www.afriquemagazine.com](http://www.afriquemagazine.com)
- Berelson, B. (1952). Content Analysis in Communication Research. *The Free Press*. 220.
- Bérenghère, & Maeker E. (2020, 13 mars). Evaluation de l'anxiété avec la Geriatric Anxiety Inventory (GAI). *Soins des personnes âgées, Gériatrie et Humanisme*. [www.maeker.fr](http://www.maeker.fr)

Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C., & Deutcham, D. E. (1991). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Academic Press Inc. San Diego.

Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. 2<sup>e</sup> éd., Paris, Armand Colin.

Chapuis-Lucciani, N., Macia, E., Doboz, P., & Boëtsch, G. (2005). Perceptions du corps et réalité biologique chez

Cobbaut, J-P., Sion, S., Deparis, P., Ponchoux, D., Prestini, M., Pélissier, M-F., Lefèbvre, M., Aiguier, G. & Poirette, S. (2006). Une expérience de formation à la prise en charge interdisciplinaire et inter professionnelle des personnes âgées à l'hôpital. *Gérontologie et société*, 29(118), 101-115. [www.cairn.info](http://www.cairn.info)

Daco, P. (1973). *Les prodigieuses victoires de la psychologie moderne*. Marabout service.

Echard, B. (2006). Souffrance spirituelle du patient en fin de vie, la question du sens. *Editions Erès*. <https://www.cairn.info>

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherches en soins infirmiers*, 89, 33-42. [www.cairn.info](http://www.cairn.info)

Formarier, M. (2012). Qualité de vie. *Les concepts en sciences infirmières*. 260-262 <https://doi.org/10.391/arsci.forma.2012.01.0260>

Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptômes et angoisse*. PUF.

Fromaget, M. (2018, 20 décembre). Corps, âme, esprit : consolider l'homme dans ses trois dimensions. [www.rcf.fr](http://www.rcf.fr)

Hamelin, A., & Jourdan Ionescu, C. (2011). Les instruments d'évaluation du processus de résilience. *Développement humain, Handicap et Changement social/Human development, Disability, and Social Change*, 19(1), 75-83. <https://doi.org/10.7202/1087267ar>

Haute Autorité de Santé, (2015, 04 juin). Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. HAS. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Koung, C. R. (2021). *Rapport général du stage pré-enquête au service de gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé*. Université de Yaoundé 1.

Mbangmou, R. S. (2019). *Culture, rêve et travail de psychisation de la maladie au cours des soins chez la personne atteinte de cancer* [Thèse présentée et soutenue en vue de l'obtention du diplôme de doctorat Ph.D en psychologie, Département de psychologie de l'université de Yaoundé1]. [www.cm.linkedin.com](http://www.cm.linkedin.com)

Milliner, C. (2005). Vieillesse et prise en charge de la personne âgée à l'hôpital. L'exemple de la mise en place d'une filière gériatrique



au centre hospitalier de Landerneau. *Ecole Nationale de la Santé Publique*. [www.milliner.pdf](http://www.milliner.pdf)

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines*. Intrinsic capacity, 46, <http://apps.who.int>

Pearlman, R. A., & Uhlmann, R. F. (1988). Quality of life in the elderly; Comparison between nursing home and community residents. *Journal of applied gerontology*, 7(3), 316-330.

Phaneuf, M. (2012, septembre). L'approche humaniste : une influence en soins infirmiers psychiatriques. Prendre soin : soins infirmiers. [www.prendresoin.org](http://www.prendresoin.org)

Ringebach, I. S., (2020, 25 février). Santé et vie pratique : l'évaluation gériatrique, un outil pour prévenir la dépendance. *Bonjour senior*. [www.bonjoursenior.fr](http://www.bonjoursenior.fr)

Sheen, L., & Oates, J. M. (2005). A phenomenological study of medically induced unconsciousness in intensive care. *Australian Critical Care*, 18(1), 25-32. [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(05\)80021-9](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(05)80021-9)

Trivalle, C. (2015, 04/02). Mourir en gériatrie à l'hôpital ? *Espace Ethique, Région Ile de France*. [www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org)

Waldvogel, F., Balavoine, J-F., Perone, N. & Schusselé-Fillietaz, S. (2012, 09 mai). Les malades complexes : de la théorie des systèmes à une prise en charge holistique et intégrée. *Revue médicale suisse*. [www.revmed.ch](http://www.revmed.ch)