



MEMOIRE

MASTER 2 MAE MANAGEMENT DES ORGANISATIONS DE SANTE
ET MEDICO-SOCIALES

BIEN-ETRE DES RESIDENTS
IMPACT DE LA RELATION RESIDENTS-SOIGNANTS :
REGARDS CROISES

Sous la direction de
Caroline MERDINGER-RUMPLER

Présenté par
Sophie BOHN

Année universitaire 2022-2023

REMERCIEMENTS

Je tiens vivement à adresser mes plus sincères remerciements à Madame Nathalie BRENDER, ma directrice qui m'a poussée à entreprendre ce Master 2 et qui m'a guidée de manière très bienveillante tout au long de l'année et notamment dans la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite également remercier Madame Caroline MERDINGER-RUMPLER, responsable de la formation Master 2 MOS à l'école de management de Strasbourg pour les conseils prodigués, elle a été un très bon guide dans la réalisation de ce travail.

Merci également aux résidents qui se sont volontiers prêtés au jeu des entretiens et surtout à mes collègues, qui en plus d'avoir pris du temps pour m'aider, ont vraiment appris à gagner en autonomie cette année afin de me soulager au mieux.

Bien entendu, je remercie également tous mes camarades de promotion et notamment le club des haut-rhinois qui, de par leur dynamisme et nos riches échanges, ont vivement contribué au maintien de mon moral, à un certain enrichissement personnel et à avoir rendu cette année aussi agréable qu'intense.

Mais je suis tout particulièrement reconnaissante envers ma famille et notamment mon mari pour leur indéfectible soutien et la patience dont ils ont su faire preuve tout au long de cette année.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 Relation de service et bien-être, un état de la littérature	3
1.1 La spécificité du public accueilli	3
1.2 Le bien-être	4
1.3 LA RELATION DE SERVICE	7
1.3.1 La temporalité	7
1.3.1.1 Dimension expérientielle.....	8
1.3.1.2 Dimension rythmique.....	9
1.3.2 L’empowerment.....	9
1.3.3 Emotions et communication non verbale	10
2 Impact de la relation soignant-résident sur le bien-être du résident : une étude qualitative par entretien semi-directif	11
2.1 Méthodologie	12
2.1.1 Périmètre.....	12
2.1.2 Echantillon.....	13
2.1.3 Méthodologie de recueil des données.....	14
2.1.3.1 Constitution du guide d’entretien.....	14
2.1.3.2 Passage des entretiens.....	14
2.1.4 Traitement des données.....	15
2.1.4.1 Vision émergente	15
2.1.4.2 Vision selon Ryff et Keyes (1995)	16
2.1.5 Limites	16
2.2 RESULTAT DE L’ANALYSE	16
2.2.1 Vision émergente des salariés.....	17
2.2.1.1 Agir sur les besoins primaires.....	17
2.2.1.2 Agir sur soi	18
2.2.1.3 Agir sur l’environnement.....	19
2.2.1.4 Agir avec l’autre : l’accompagnement.....	22
2.2.2 Vision émergente des résidents	24
2.2.2.1 Agir sur les besoins primaires.....	24
2.2.2.2 Agir sur soi	25
2.2.2.3 Agir sur l’environnement.....	27
2.2.2.4 Agir avec l’autre : l’accompagnement.....	29

2.2.3	Vision des salariés selon Ryff et Keyes (1995).....	30
2.2.3.1	Croissance personnelle.....	30
2.2.3.2	Acceptation de soi	30
2.2.3.3	Relation positive avec les autres	30
2.2.3.4	Autonomie	31
2.2.3.5	Contrôle de l'environnement	31
2.2.3.6	But de l'existence	31
2.2.4	Vision des résidents selon Ryff et Keyes (1995)	32
2.2.4.1	Croissance personnelle.....	32
2.2.4.2	Acceptation de soi	32
2.2.4.3	Relation positive avec les autres	33
2.2.4.4	Autonomie.....	33
2.2.4.5	Contrôle de l'environnement	33
2.2.4.6	But de l'existence	34
3	Discussion et recommandations managériales.....	34
3.1	Discussion	35
3.1.1	Agir sur les besoins primaires.....	35
3.1.2	Agir sur soi	35
3.1.3	Agir sur l'environnement.....	36
3.1.4	Agir avec l'autre : l'accompagnement.....	38
3.2	Recommandations managériales	38
3.2.1	Recommandations à destination des soignants.....	38
3.2.2	Recommandations à destination des résidents	40
	CONCLUSION	41
	BIBLIOGRAPHIE.....	43



TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif des résidents

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif du personnel soignant

Annexe 3 : Extrait du tableau de codage des verbatims

Annexe 4 : Carte mentale

GLOSSAIRE

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

GIR : Groupe Iso Ressource

ETP : Equivalent Temps plein

IDE : Infirmier(e) Diplômé d'Etat

AS : Aide-Soignant(e)

AMP : Aide Médico Psychologique

ASL : Agent des Services Logistiques

« Les maisons de retraite sont peuplées de femmes et d'hommes admirables, modestes, petites mains nourricières, héros inconnus, qui chaque jour, tissent la chaîne humaine, en prenant soin de personnes âgées vulnérables. Ils offrent leur énergie, leur patience, avec le sourire, naturellement. Beaucoup incarnent l'abnégation. Ils nettoient des corps usés, souillés, écoutent des cerveaux blessés, avec cœur et méthode, tout simplement. C'est leur devoir, leur mission, leur travail. C'est beau à voir formidablement humain. »

Extrait de « Tu verras maman, tu seras bien » de Jean Arcelin

INTRODUCTION

En France, selon un rapport de la DREES¹ (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) publié en Juillet 2022, 730 000 personnes fréquentaient ou vivaient en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes) à fin 2019 soit 10% des personnes de plus de 75 ans et presque un tiers des 90 ans ou plus. Les résidents y sont de plus en plus âgés (la moitié à plus de 88 ans) mais également de plus en plus dépendants. L'EHPAD a donc comme fonction de procurer à la personne âgée des soins médicaux et paramédicaux adaptés à son état de santé mais également de mener des actions de prévention et d'éducation à la santé². Or, la population française est vieillissante et selon l'Insee³ il y aura même jusqu'à 1 200 000 personnes dépendantes en France d'ici l'horizon 2040 ce qui montre bien que la protection et l'accompagnement des aînés en perte d'autonomie représente un enjeu capital de santé publique.

En 2022, « l'affaire Orpée » éclate au grand jour avec la parution du livre « Les fossoyeurs » écrit par le journaliste Victor Castanet. Ce dernier révèle au grand public la manière dont les financements publics alloués par l'assurance maladie ainsi que par les départements sont détournés par certains grands groupes privés gestionnaires d'EHPAD dans le but de maximiser leurs profits. Il y décrit également les conditions de vie déplorables des personnes âgées et « cette « maltraitance institutionnelle », [...] ce manque de personnel, ces pénuries de couches, de dispositifs médicaux ». La parution de cet ouvrage a mis en lumière la déshumanisation de ces lieux de vie censés prendre soin de nos aînés.

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

² <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

³ <file:///C:/Users/s.bohn/Downloads/donsoc06zp.pdf>

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) indique notamment qu'une personne âgée (plus de 60 ans) sur six a déjà été victime de maltraitance dans son environnement familial et que ces chiffres sont encore plus élevés en institution. Elle révèle également que deux membres du personnel sur trois avouent avoir commis des actes de maltraitance au cours de l'année écoulée (chiffres 2022)⁴. Le journal Le Parisien rapporte au même titre que le numéro d'appel 3977, qui vient en aide aux personnes souhaitant signaler des cas de maltraitance a connu une hausse significative des signalements quotidiens suite à cette affaire⁵.

Parallèlement, les actions engagées par les pouvoirs publics ne cessent de se multiplier en faveur du « bien vieillir » comme le prouve notamment le programme « Grand-âge », une action du gouvernement français entamée depuis 2017 et visant en partie à transformer les EHPAD en des lieux plus médicalisés et attractifs⁶.

Les lois, notamment en ce qui concerne la démarche qualité dans les établissements médicaux-sociaux ne cessent de transformer l'offre pour améliorer le quotidien des personnes accompagnées. Notons par exemple la loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002⁷ rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a vraiment représenté un tournant dans la démarche qualité. Celle-ci vise en effet à replacer l'usager au cœur du dispositif, et à assurer « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins.* ». Il s'agit également de la première qui impose un dispositif d'évaluation des activités et de la qualité des prestations. Les établissements sociaux et médico-sociaux ont désormais l'obligation de procéder à des évaluations régulières dans l'objectif d'apprécier la qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies. La loi du 24 Juillet 2019 a notamment fait évoluer les missions de la HAS (Haute Autorité de Santé) qui a désormais la responsabilité d'évaluer tous les établissements sociaux et médicaux sociaux du territoire⁸.

Conjointement, les cris d'alarme des soignants travaillant dans ce type de structures ne cessent de se multiplier comme le montre cet article du Figaro qui évoque des soignants à bout

⁴ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

⁵ <https://www.leparisien.fr/societe/maltraitance-dans-les-ehpad-les-signalements-affluent-au-numero-national-05-02-2022-MXCYNQLCZFE3NN44W5CJPP5SEU.php>

⁶ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_ehpad_2022_accessible.pdf

⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/comprendre-la-nouvelle-evaluation-des-essms

de souffle, n'ayant plus les moyens suffisants pour effectuer leur travail de manière optimum et étant entraînés contre leur gré d'engendrer des formes de maltraitance⁹.

Tout ceci nous amène donc tout naturellement à nous interroger sur la prise en charge des personnes âgées vivant en EHPAD et notamment sur les liens existants entre les soignants et les résidents ainsi que leurs impacts sur le bien-être des résidents. Nous chercherons donc à obtenir un regard croisé sur les aspects de la relation soignant-résident qui apportent du bien-être aux résidents. Pour ce faire, notre étude se basera sur une démarche de recherche qualitative à partir de la mobilisation de littérature académique ainsi que d'une enquête de terrain basée sur des entretiens semi-directifs auprès de soignants et de résidents. Nous allons donc, dans une première partie, nous baser sur une analyse de la littérature traitant de la problématique puis dans une seconde partie présenter les résultats de notre recherche exploratoire. Enfin nous allons confronter nos résultats avec ceux trouvés dans la littérature pour en faire émerger les recommandations managériales découlant de ce travail.

1 Relation de service et bien-être, un état de la littérature

1.1 La spécificité du public accueilli

Selon Hervy (2013) et Bezaz et al. (2022) les résidents en EHPAD représentent un public vulnérable et très hétérogène ayant des « *caractéristiques physiques, cognitives et émotionnelles très particulières* ». Leurs pathologies sont variées et englobent une perte d'autonomie physique, décisionnelle ou d'expression. Pas loin de la moitié des résidents en EHPAD présentent une maladie d'Alzheimer ou apparentée altérant de manière significative leurs capacités cognitives. Et même pour des résidents étant encore en possession de leurs fonctions cognitives, la communication peut s'avérer parfois délicate et il est complexe d'estimer leurs attentes et la satisfaction à l'égard de celles-ci.

Selon Hervy (2013) et Bezaz et al. (2022), l'EHPAD représente un cadre contraint pour les résidents et l'arrivée y est souvent brutale et non préparée. Celle-ci est imposée à la personne âgée du fait de soucis de santé ou d'insécurité dans leur cadre de vie habituel et la décision de s'y rendre appartient en général plus au proche qu'à eux-mêmes. En ceci, l'arrivée en EHPAD

⁹ <https://www.lefigaro.fr/bordeaux/denutris-deshydrates-et-mal-laves-la-souffrance-des-residents-d-un-ehpad-en-gironde-20230209>

est très souvent perçue comme une contrainte et non un choix d'autant plus que cela représente une réelle rupture avec leur environnement habituel.

Pour Bezaz *et al.* (2022) les résidents vont développer une sorte d'adaptation des attentes à leur nouvel environnement. Ils auront tendance à minimiser les aspects négatifs, à revoir leurs attentes à la baisse afin de s'adapter à un nouveau cadre marqué par les contraintes liées à la vie en collectivité et une forme de dépendance vis-à-vis de l'établissement les accueillant. Ces derniers vont même avoir certaines réticences à exprimer leurs opinions et auront tendance à éviter de se plaindre. Cela irait même au-delà de l'adaptation et se traduirait plus par de la résignation pour Bezaz *et al.* (2022) et Hervy (2013). Les résidents auraient en effet conscience de l'absence de marge de manœuvre et de la dégradation progressive de leur état. Ils ont clairement à l'esprit la mort inéluctable qui se rapproche et l'absence de vision du futur.

Il semble donc, dans ce cadre, difficile d'évaluer clairement les attentes des résidents ainsi que de mesurer leur satisfaction vis-à-vis de ces dernières dans la recherche d'une démarche qualité. Pour Bezaz *et al.* (2022), il serait beaucoup plus judicieux et adapté de se pencher sur la recherche du bien-être, notamment sur les éléments le caractérisant et l'évaluation de ce dernier.

Selon Hervy (2013) les recommandations de l'ANESM (Agence Nationale d'Evaluation de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux) vont d'ailleurs également dans ce sens puisqu'elles visent « à promouvoir le bien-être de l'usager ». Selon elle « certes la majorité des personnes entrant en EHPAD donnent librement leur consentement à l'entrée dans l'établissement, mais plus dans une attitude de résignation que par désir de ce nouveau mode de vie, ce qui influe sur la possibilité de s'y épanouir et d'y trouver une qualité de vie réelle. »

1.2 Le bien-être

Les résidents en EHPAD possèdent donc des attentes bien spécifiques et la qualité de vie ainsi que le bonheur semblent bien trop idéalistes au regard des contraintes imposées. La quête du bien-être semble donc privilégiée compte tenu de leurs situations.

Le bien-être est un concept très ancien puisant ses origines chez les philosophes de la Grèce Antique tels qu'Aristote et Epicure et est très étroitement lié à celui du bonheur ou de recherche de plaisir, qui est le but ultime de la vie humaine. Pour ces deux philosophes c'est un état d'esprit à trouver en soi-même et dans la limite de la satisfaction des besoins naturels.

Ayadi et al (2019) livrent une définition synthétique du bien-être comme « *un état subjectif de plénitude résultant de jugements, d'émotions et d'aspirations relatifs à la perception d'une situation actuelle, comparée à une situation individuelle passée ou future [...]* ».

Pour ces derniers le bien-être repose sur trois composantes évaluatives à savoir des composantes cognitives, affectives et conatives et englobe quatre facettes qui sont le bien-être psychologique, le bien-être physique, le bien-être financier et le bien-être social.

Les composantes affectives et cognitives rejoignent l'approche hédonique du bien-être initiée par Epicure et synthétisée par Abbes et Touil (2017) et renvoient à des émotions positives comme la joie, le bonheur ou la fierté que les individus peuvent ressentir au cours de leur vie. C'est une dimension très subjective du bien-être liée à la satisfaction que l'individu a de sa vie actuelle au regard de son passé et des opinions des autres sur sa propre vie. Elle est corrélée à la notion de bonheur qui peut se présenter tantôt sous la forme de « bonheur exultant » lié à la stimulation, tantôt au « bonheur paisible » lié au calme et à l'apaisement.

Selon Laguardia et Ryan (2000) dans le cadre hédoniste « *le bien-être est décrit comme un plaisir, une satisfaction ou un bonheur subjectif et la recherche du bonheur est considérée comme le principe qui motive l'activité humaine* ». Une certaine approche économique fait également partie de cette vision cognitive du bien-être car elle est fondée sur le jugement des autres sur sa vie et fait donc référence à la notion d'avoir ou de possession de biens matériels objectifs. Dans le contexte de résidents en EHPAD étudié ci-dessus il est évident que cet aspect hédonique du bien-être semble difficile à atteindre d'une part car ils se sentent dépossédés de leurs biens et déracinés de leur passé et d'autre part car l'évaluation qu'ils font de leur vie actuelle est plutôt négative et que les moments de bonheur notamment exultant semblent difficilement atteignables.

La composante conative du bien-être d'Ayadi et al. (2019) se rapproche de la vision eudémonique du bien-être d'Abbes et Touil (2017) qui regroupe le bien-être psychologique ainsi que le bien-être social. Ce courant découle de la pensée Aristotélicienne selon laquelle les individus se doivent d'agir selon leur raison et en accord avec leur « vrai soi ». Pour Waterman, 1993, in Laguardia et Ryan (2000) l'eudémonie correspond à la recherche de la réalisation de son plein potentiel, la recherche d'un fonctionnement psychologique optimum en accord avec son « daimon », son vrai soi qui guide le sens de ses actions.

Pour Laguardia et Ryan (2000) un des piliers de cette approche eudémonique du bien-être est l'autodétermination qui part de la réalisation de soi afin de trouver la motivation pour atteindre un état de bien-être. L'humain va s'adapter à des situations et contextes différents dans le but de satisfaire ses besoins psychologiques fondamentaux comme le besoin de compétence, le besoin de relation à autrui ainsi que le besoin d'autonomie. Selon Indoumou-Peppe et *al.* (2021) toutefois le besoin d'autonomie n'entraîne un sentiment d'autodétermination que lorsqu'il est satisfait et renvoie au sens donné à la vie, à l'adéquation entre ses choix et ses actions.

Abbes et Touil (2017) distinguent le bien-être social pouvant se résumer à des relations positives avec autrui, du bien-être psychologique, englobant notamment la quête de sens de la vie, l'autodétermination, le besoin d'autonomie ainsi que la réalisation de son plein potentiel. Indoumou-Peppe et *al.* (2021) traduisent également le bien-être psychologique comme la combinaison de la satisfaction de besoins tels que le besoin d'autonomie et le besoin de compétences mais pour eux le besoin d'appartenance sociale fait également partie intégrante du bien-être psychologique.

Le modèle de bien-être de Ryff et Keyes (1995) se classe dans une approche eudémonique du bien-être et se base sur six dimensions qui sont l'acceptation de soi, les relations positives avec autrui, l'autonomie, la maîtrise de l'environnement et la croissance personnelle. L'acceptation de soi représente la faculté d'avoir une attitude positive sur sa vie passée comme présente. Les relations positives avec autrui sont caractérisées par des relations chaleureuses et de confiance avec les autres mais également par une capacité d'empathie envers autrui. L'autonomie représente la faculté d'agir en fonction de ce qui est le mieux pour soi. La maîtrise de l'environnement se caractérise par la capacité de gérer au mieux ses compétences et sa vie en fonction du contexte et des opportunités. Le but dans la vie représente les objectifs et les perspectives qui donnent une raison de vivre et enfin la croissance personnelle correspond à la réalisation de son potentiel, l'ouverture à de nouvelles expériences et un sentiment de développement et de réalisation de soi. Ce concept est donc bien différent de celui de bonheur ou de satisfaction mais selon Abess et *al.* (2017) le bien-être psychologique peut entraîner l'apparition du bonheur sans que cela ne soit une fin en soi. Cette vision englobant le côté bien-être social semble plus correspondre aux attentes des résidents en EHPAD et va servir de modèle de base pour notre étude.

Dans ce contexte eudémonique, l'individu, dans sa quête de bien-être va être acteur à part entière, « *il se veut concepteur, producteur actif et créateur de sa propre expérience* » Abess et Touil (2017).

1.3 LA RELATION DE SERVICE

Les résidents en EHPAD se veulent donc acteurs de leur bien-être mais au vu de leurs capacités physiques et cognitives réduites, ont besoin d'être entourés dans cette quête. Selon Bonnemaizon *et al.* (2020) ces derniers sont encore dotés de nombreux savoirs qu'ils doivent apprendre à maîtriser et utiliser tout en s'appuyant sur les ressources fournies par l'établissement afin d'être acteurs à part entière et de « *co-crée son expérience de service de soins.* ».

De plus, selon Prévot et Weber (2009) les résidents ont des réticences à exprimer leurs opinions et n'utilisent pas assez les institutions et outils mis en place pour leur permettre un espace d'expression tel que le Conseil de la Vie Sociale, les réunions d'informations ou les enquêtes de satisfaction mais préfèrent s'adresser directement au personnel de l'établissement et notamment aux soignants qu'ils côtoient plus régulièrement.

Il semble donc évident que le personnel en contact a un rôle primordial à jouer que nous allons étudier en utilisant une vision marketing de cette relation, notamment ce qui touche à la servuction, tout en nous appuyant sur la littérature traitant de ce sujet.

L'étude de la littérature sur ce sujet fait ressortir trois axes majeurs de la relation consommateur – vendeur, ou client – personnel de service, qui sont la temporalité, l'émotion ainsi que la communication non verbale et enfin l'empowerment ou l'autonomie du personnel.

1.3.1 La temporalité

Selon Clauzel et Riché (2013) « *l'interface immédiate et visuelle entre l'entreprise et le client, le personnel en contact est l'un des éléments-clés d'une rencontre de service, particulièrement lorsque la consommation possède un fort caractère expérientiel* ». Il est donc incontestable que le personnel en contact a un rôle majeur à jouer dans la relation de service et la satisfaction des consommateurs.

Pour que le client et le personnel en contact avec lui puissent co-construire une relation de service, le temps de l'expérience est prépondérant et la dimension temporelle est indissociable

de la servuction et de la création du lien. Deux aspects de la temporalité se dégagent de la littérature à savoir d'une part la dimension expérientielle et d'autre part la dimension rythmique.

1.3.1.1 Dimension expérientielle

Dans le cadre du marketing expérientiel le temps joue un rôle primordial et est une condition sine qua non à la dimension émotionnelle de la relation. Pour Pellat et *al.* (2021) notamment le temps est un facteur important dans la gestion de l'autonomie du client ainsi que pour lui accorder le temps de réflexion. Selon ces derniers la disponibilité pour le client, l'aide à l'évaluation de ses besoins, l'adaptation de l'offre et la dynamique de l'échange sont autant d'éléments constituant « l'orientation client » et ne peuvent se faire qu'en prenant le temps pour ce dernier. Pour Clauzel et Riché (2013) le temps de l'expérience de consommation permet de multiplier les interactions physiques et sociales et par conséquent d'améliorer la convivialité. Dickason (2018) quant à elle insiste également sur le fait que le temps soit indissociable du travail émotionnel. Pour elle le temps est nécessaire à l'écoute des clients ainsi qu'à l'appréhension de leurs besoins et donc permet de « *personnaliser l'approche émotionnelle* ». Valentini et Casteran (2016) vont également dans ce sens en indiquant que la capacité à personnaliser un service représente un rôle clé dans la satisfaction du client. Dhulst (2021) résumera cela en « *laisser du temps à la rencontre* ». Le temps est donc le pilier dans la construction d'une relation avec le client et est nécessaire à la connaissance de l'autre, au partage d'émotions mais est également essentiel dans une relation de confiance.

Le temps dans ce cadre représente un levier dans la création du lien unissant les consommateurs et les clients mais ce dernier peut être perçu de manière négative s'il est mal employé. Clauzel et Riché (2013) soulignent bien qu'une attente perçue comme trop longue suite aux sollicitations des clients peut impacter de manière négative la satisfaction des clients.

Le temps joue donc un rôle primordial dans les relations clients-vendeurs mais également dans le processus d'apprentissage du personnel en contact. En effet ce n'est que par le temps que les professionnels peuvent acquérir de l'expérience et développer leurs savoir-faire. Valentini et Casteran (2016), Gauteron (2022) insistent également tous sur l'importance de la formation orientée client en vue d'accroître la satisfaction de ces derniers. Pour Dickason (2018) ce n'est que par le temps et l'apprentissage que le personnel en contact pourra développer des aptitudes à exercer son travail émotionnel. Elle souligne également le rôle majeur de l'apprentissage, du compagnonnage ou de l'observation des collègues pour la

socialisation émotionnelle et l'intégration des règles émotionnelles qui sont induites mais constituant également le socle des relations clients-personnels en contact.

1.3.1.2 Dimension rythmique

Le temps a donc une dimension expérientielle que ce soit dans la formation des personnels en contact du client ou dans la construction de la relation client – personnel en contact mais possède également une dimension rythmique. Dhulst (2021), Martel et Roux (2020) et Clauzel et Riché (2013) soulignent bien l'aspect rythmique et contraint de la temporalité. En effet les rythmes institutionnels et collectifs, l'organisation du travail, les obligations organisationnelles ainsi que la pression sur les moyens humains à disposition font que le personnel en contact évolue dans un cadre temporel à fortes pressions. Dickason (2018) qualifie cette compression conjoncturelle de temps de « temps accéléré ».

De là naît une forte contradiction entre la nécessité de prendre le temps pour développer une relation émotionnelle et de confiance envers les clients ainsi que pour favoriser l'apprentissage de ses savoir-faire relationnels et la formation des plus novices, avec la pression toujours plus forte, du cadre institutionnel et de ses contraintes temporelles.

1.3.2 L'empowerment

Le deuxième axe ressortant de la littérature sur les liens entre clients et personnels en contact découle donc directement de cette discordance issue de la structure temporelle, qui engendre des tensions faisant naître des actions d'autonomie ou d'empowerment du côté des personnels comme des clients. Pour Martel et Roux (2020) toute relation de service est basée sur trois acteurs majeurs à savoir le client, le personnel de service ainsi que l'entreprise ou l'organisation dans laquelle se construisent les échanges. L'expérience de service sera co-construite, elle nécessite la participation active des différents protagonistes qui sont tous dotés d'une liberté d'action et de choix. Pour Esslimani et Igalens (2008) ainsi que Bacqué et Biewener (2013) la notion d'empowerment est assez complexe à étudier et à traduire et s'apparenterait à un processus permettant au management de donner des clés au personnel de service, afin qu'il puisse disposer d'une certaine conscience du but et du sens de son action et qu'il puisse renforcer son autonomie et développer des compétences de flexibilité et prise d'action immédiate, afin d'être le plus orienté client possible. Plus de pouvoir est accordé au personnel, on s'éloigne avec ce concept du « top-down » management mais ceci toujours dans un souci de

pouvoir répondre de manière plus rapide et plus individualisée aux demandes des clients et donc d'accroître leur satisfaction. Les individus doivent avoir la capacité de faire des choix en se basant sur leurs savoirs être et savoirs faire et en ayant à l'esprit un but précis afin d'adapter au mieux et rapidement la relation de service au contexte et à la situation.

Pour Esslimani et Igalens (2008) ce pouvoir, cette autonomisation, renforcera l'implication du personnel de service et ces derniers seront plus aptes à être « *orienté client* », ce qui augmentera leur performance et contribuera de manière positive à la qualité du service perçue par le client.

Martel et Roux (2020) vont toutefois mettre l'accent sur le fait que cet engagement managérial renforcera le pouvoir du salarié ainsi que sa vision de ce qui est bon pour le client, ce qui engendrera plus de tensions à l'encontre de l'organisation. En effet, cette dernière pourra avoir des orientations antagoniques induites par une pression de logique économique et de rationalisation des moyens, tant humains que financiers. Une certaine notion de résistance peut alors découler de cette injonction paradoxale et le client, tout comme le personnel de service, peut développer des moyens de lutter ou contourner les règles imposées par l'organisation et ne correspondant pas à leur logique orientée client et satisfaction de ce dernier. Les conditions imposées par l'entreprise et pouvant conduire à la détérioration de la qualité de service sont donc mal acceptées par les clients tout comme le personnel et vont entraîner ces derniers à agir contre l'organisation, ensemble ou séparément mais toujours dans une optique orientation satisfaction client. Meyssonier et Zakar (2016) vont également dans ce sens en indiquant qu'il est parfois difficile pour le personnel en contact de concilier travail éthique et professionnel avec des contraintes paradoxales.

1.3.3 Emotions et communication non verbale

Dans un troisième temps, il ressort de la littérature l'importance de la communication non verbale et du poids des émotions dans la relation de service. Pour Valentini et Casteran (2016) le comportement du personnel en contact est crucial dans la relation de service et la satisfaction du client, notamment car elle entraîne une perception plus positive du service dans sa globalité. En ce sens, il est indispensable de développer les compétences relationnelles du personnel de service pour Meyssonier et Zakar (2016). Pour Pellat et *al.* (2021) ainsi que Gouteron (2022) l'émotion est indispensable à la création d'un lien unissant les deux acteurs et est nécessaire au développement de l'attachement entre le client et le personnel, l'attachement étant la recherche

de proximité et de sécurité entre deux individus. Les émotions revêtent donc une dimension affective qui contribue à la création de confiance et sont indispensables à la co-crédation du lien et à la co-construction de l'expérience. Grâce à ces sentiments développés, tels que l'empathie notamment, la relation de service deviendra unique, individualisée et personnalisée et s'adaptera au mieux à chaque client.

Pour Pellat et *al.* (2021) ainsi que Clauzel et Riché (2013) les émotions reposent sur des perceptions sensorielles, elles vont être communiquées par des manifestations physiques comme des gestes ou expressions, notamment par le regard ou le sourire. Toutes ces manifestations physiques de l'émotion ressentie et partagée amèneront de l'affect, du plaisir, un élément d'échange qui faciliteront la relation de service et contribueront à la satisfaction des clients.

2 Impact de la relation soignant-résident sur le bien-être du résident : une étude qualitative par entretien semi-directif

Au regard de la précédente revue de littérature il apparaît donc que les résidents en EHPAD ont certaines particularités physiques et psychologiques rendant complexe la définition et la compréhension de leurs besoins et qu'il est par conséquent difficile d'évaluer leur niveau de satisfaction face à leurs conditions de vie en EHPAD. Au-delà du concept de satisfaction c'est donc bien plus celui de bien-être que nous cherchons à étudier en particulier son approche eudémonique qui correspond à vivre en accord avec soi-même tout en réalisant son maximum en fonction de ses capacités. La quête du bien-être semble donc complexe et revêt de nombreux aspects tant sur le plan individuel que sur le plan des relations avec les soignants. Pour cela il est évident que le personnel en contact, ici les soignants sont tout autant impliqués dans cette relation de service et que leur rôle est crucial dans l'accompagnement des résidents. Il nous paraît important de découvrir les critères indispensables à une relation de service engendrant une certaine satisfaction au-delà des notions de temporalité, d'empowerment et d'émotions partagées ressortant de la littérature. Il nous semblait donc tout à fait pertinent d'interroger les deux types de publics concernés, à savoir les résidents et les soignants, pour croiser leurs points de vue sur leur définition du bien-être et sur la manière de pouvoir y accéder. Nous pourrons ainsi confronter le regard de chaque partie prenante sur la question tout en nous basant sur le modèle de bien-être eudémonique étudié ci-dessus de Ryff et Keyes (1995). De cette étude et

ces récits croisés nous pourrions faire ressortir des axes managériaux pour optimiser au mieux cette relation et aboutir à une maximisation du bien-être chez les résidents.

2.1 Méthodologie

Pour cette étude, nous avons opté pour une démarche qualitative plus appropriée dans l'exploration d'un phénomène complexe et mettant en évidence des différences individuelles. Gavard-Perret *et al.* (2018). Pour ceci, nous avons mené des entretiens individuels auprès des deux publics concernés à savoir les résidents et les soignants. Une démarche individuelle semblait plus judicieuse, notamment envers le public des personnes âgées, un peu plus délicat à interroger au vu de leurs problèmes d'audition et de compréhension. Il était important de pouvoir passer du temps seul avec eux dans un cadre habituel et calme pour ne pas les troubler, acquérir leur confiance et pour faciliter la conversation. Afin de faire émerger au mieux leurs récits d'expérience il semblait important d'utiliser une grille d'entretien commune mais de pouvoir l'adapter en fonction des réponses de chacun. Les résultats de ces entretiens seront par la suite traités sous quatre angles différents afin de dégager de manière plus précise les perceptions des uns et des autres face au bien-être. Les résultats seront donc analysés d'une part en fonction des thématiques ressortant des entretiens avec les professionnels, d'autre part celles ressortant des entretiens avec les résidents, puis de comparer chacune des deux visions au modèle de Ryff et Keyes (1995).

2.1.1 Périmètre

L'interrogation soulevée, à savoir les relations soignants-résidents et leurs effets sur le bien-être des résidents est centrale et concerne tous les établissements accueillant un public de personnes âgées. Il nous a toutefois semblé plus adéquat de centrer les recherches sur l'établissement dans lequel nous évoluons au quotidien, à savoir l'EHPAD Notre Dame des Apôtres (68), dans lequel les données statistiques nous sont connues. D'autre part, peu de résidents d'EHPAD ont assez de capacités cognitives, d'audition et d'expression pour être en mesure de répondre à des questions bien ciblées et il nous a semblé plus évident de pouvoir le faire au sein de notre structure, où nous avons l'habitude de les côtoyer et donc où nous connaissons les personnes étant en capacité de tenir une conversation censée et éclairée. Pour les salariés le problème se posait beaucoup moins mais comme les résidents interrogés étaient tous du même établissement il nous a semblé plus logique de faire de même pour le personnel.

2.1.2 Echantillon

L'échantillon pour cette étude a été sélectionné selon deux critères. Le premier étant purement statistique, pour avoir un échantillon représentatif de la population présente dans cet établissement, le deuxième étant plus terre à terre et correspondant aux personnes étant en mesure de répondre à cette enquête et également étant d'accord pour y participer. Il nous a également semblé pertinent de choisir autant de résidents que de salariés afin d'avoir une vision plus claire des deux parties prenantes et d'obtenir une certaine équité dans les résultats. L'établissement étant un EHPAD accueillant des sœurs missionnaires catholiques il nous a également semblé judicieux qu'il y ait à minima une représentante dans les répondants.

Pour les résidents, en se basant sur les effectifs au 31 décembre dernier, sur 52 résidents à l'EHPAD Notre Dame des Apôtres, il y a 43 femmes et 9 hommes répartis de la manière suivante en fonction du GIR (Groupe Iso Ressource) déterminant leur niveau d'autonomie : 2 GIR 1, 12 GIR 2, 14 GIR 3, 20 GIR 4, 3 GIR 5 et 1 GIR 6. Le découpage selon l'âge des résidents est le suivant : 1 de 65 à 69 ans, aucun entre 70 et 79 ans, 6 entre 80 et 84 ans, 13 entre 85 et 89 ans, 13 entre 90 et 94 ans , 13 entre 95 et 99 ans et enfin 5 entre 100 et 104 ans.

Afin d'être le plus représentatif de la population globale, tout en cherchant les personnes en mesure de pouvoir répondre à cette enquête nous avons donc interrogé chez les résidents :

- Une résidente GIR 2 de 95 à 99 ans codé R4K
- Un résident GIR 4 de 95 à 99 ans codé R6S
- Une résidente religieuse GIR 4 de 85 à 89 ans codé R3L
- Une résidente GIR 3 de 85 à 89 ans codé R1G
- Une résidente GIR 3 de 80 à 84 ans codé R2U
- Une résidente GIR 3 de 95 à 99 ans codé R5S

Pour les salariés, l'effectif au 31 décembre dernier donnait 4,49 ETP (Equivalent Temps Plein) d'hommes contre 24,709 ETP de femmes. La répartition en fonction donnait 4 IDE (Infirmier(e) Diplômé d'Etat), 10 AS/AMP (Aide-Soignant ou Aide Médico-Psychologique), 3 apprentis aide-soignant et 10 ASL (Agent des Services Logistiques). Le reste du personnel, comme les administratifs, chef de service ou animateur ayant un rapport moins régulier avec les résidents a été écarté. Là encore pour essayer d'être le plus représentatif possible les entretiens ont été menés sur :

- Un ASL de 23 ans codé S4A
- Une AS de 56 ans codé S6L
- Une AS de nuit de 58 ans codé S1G
- Une AS de 48 ans codé S3I
- Un IDE de 45 ans codé S5M
- Une IDE de 55 ans codé S2B

Tous travaillant au minimum depuis deux années à l'EHPAD.

2.1.3 Méthodologie de recueil des données

Dans le cadre de cette étude deux modes de recueil de données ont été choisis à savoir l'un par des entretiens semi-directifs selon un guide pour les données empiriques et l'autre selon des recherches dans la littérature académique. Cette recherche documentaire a permis d'ancrer cette étude dans un certain contexte et d'en baliser les contours de manière plus précise.

2.1.3.1 Constitution du guide d'entretien

Deux guides distincts ont été élaborés pour cette étude, l'un à destination des salariés et le second à destination des résidents. Des thématiques communes à tous ont été choisies afin de faciliter le traitement des données de manière horizontale. Gavard-Perret et *al.* (2018). Afin de ne pas orienter les réponses des participants, les guides d'entretien ne mentionnent pas la notion de bien-être. Ils sont focalisés sur leurs vécus à l'EHPAD et sur les relations qu'ils entretiennent avec les autres protagonistes de la structure.

Le guide des résidents est structuré en 6 thèmes qui sont l'entrée en EHPAD, leur vie quotidienne, les relations, la notion de bien-être (sans l'aborder), des conseils et enfin leur profil. Celui des salariés est réalisé selon le même schéma à savoir leur métier, leur quotidien, leurs relations, les apprentissages, l'impact de leur travail, les conseils et leur profil. (Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif résidents et Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif soignants)

2.1.3.2 Passage des entretiens

Les douze entretiens ont été menés sur place à l'EHPAD en présentiel et de manière individuelle et se sont échelonnés de mi-mars à fin mai. Pour les salariés, ils se sont déroulés dans une salle de réunion isolée en dehors de leurs heures de travail. Une attention particulière

a été portée sur le fait que celui-ci puisse se dérouler sans téléphone afin d'être certain de ne pas être dérangé. Pour les résidents ils se sont passés dans leurs chambre qui semble être un endroit plus familier pour eux et donc où il leur est plus aisé de répondre. Là encore, nous avons veillé à éteindre téléphones et télévisions et à indiquer notre présence devant la chambre afin de ne pas être perturbé. Aucun ordre de passage n'a été défini à l'avance et dépendait des disponibilités des uns et des autres. Bien évidemment le cadre de la démarche leur a été expliqué. Leur accord a été également sollicité pour enregistrer ces entretiens de manière vocale dans le but de pouvoir les retranscrire. L'ensemble des répondants a accepté très rapidement une fois la démarche expliquée et proposée, les résidents se sont sentis particulièrement flattés de pouvoir nous apporter leur aide pour cette étude.

2.1.4 Traitement des données

Les résultats de ces entretiens ont été retranscrits puis insérés dans un tableur et enfin codifiés afin d'en faire ressortir les différentes idées, qui au vu du sujet abordé, sont vraiment très vastes. Une répartition en deux couleurs distinctes, à savoir l'une pour les résidents et la seconde pour les salariés, a également été faite afin de faciliter le traitement global. Une première analyse de chaque verbatim a été faite pour en faire sortir la notion principale puis dans un second temps ces notions ont été catégorisées en sous thématique. Une réflexion a été menée pour tenter de catégoriser ces nombreuses sous-thématiques en thématiques plus globales (Annexe 3 : Extrait tableau de codage). Pour ce faire une carte mentale a été réalisée afin d'obtenir une vision plus synthétique. Au final quatre grandes thématiques en découlent et regroupent les différentes idées (Annexe 4 : Carte mentale). Pour terminer une dernière analyse de chaque verbatim a été menée en les catégorisant selon les six thématiques du modèle de Ryff et Keyes (1995).

2.1.4.1 Vision émergente

Une cinquantaine de sous-thématiques différentes ont émergées de la collecte des données des douze entretiens et comprenaient de multiples similitudes entre celles ressorties des entretiens des salariés et celles ressorties des entretiens des résidents. Une première thématique ressortant assez facilement des entretiens est celle de la satisfaction des besoins dit primaires ou élémentaires qui sont à la base de la pyramide des besoins de Maslow à savoir les besoins physiologiques tels que le sommeil et l'alimentation et les besoins de sécurité. Elle sera nommée « agir sur les besoins primaires ». Les trois autres thématiques ont été plus longues à

définir et celles finalement retenues sont agir sur l'environnement, agir sur soi et pour finir agir avec l'autre ou accompagnement.

2.1.4.2 *Vision selon Ryff et Keyes (1995)*

Les données recueillies vont dans un second temps être analysées sous l'angle de Ryff et Keyes (1995), à savoir si elles correspondent aux six thématiques de leur vision du bien-être qui sont la croissance personnelle, l'acceptation de soi, les relations positives avec autrui, l'autonomie, le contrôle sur l'environnement et le but de l'existence.

2.1.5 **Limites**

Les entretiens semi-directifs menés auprès des résidents ont été les plus compliqués, car même en ayant retenu des personnes ayant encore la faculté de s'exprimer et de comprendre il a fallu reformuler plusieurs fois les questions et même ainsi, certaines réponses semblaient incohérentes. Le fait de les connaître a toutefois été un élément facilitateur car ils étaient plus en confiance pour se livrer. De même, le fait de connaître certains aspects de leurs existences nous a permis de rebondir et de mieux comprendre certains éléments de réponses. Il a toutefois été très difficile de solliciter leur mémoire sur des instants de vie passée et sur leurs souvenirs, ces derniers ayant plus tendance à être bien ancré dans leur présent. Il faut noter également que l'une des résidentes interrogées était présente à l'EHPAD depuis moins de 6 mois et que le bouleversement induit a pu orienter de manière négative son discours. Du côté des salariés, le climat social un peu tendu qui régnait dans l'organisation au moment où se sont déroulés les entretiens a probablement contribué à diriger certaines réponses vers certaines thématiques bien précises. Il est dommage également, pour des contraintes temporelles notamment, mais également dans un contexte de départ en série, de ne pas avoir pu interroger de soignante plus jeune, voir encore en apprentissage et qui aurait probablement eu une vision différente des choses.

2.2 **RESULTAT DE L'ANALYSE**

Comme indiqué précédemment une analyse en quatre étapes de ces résultats va être effectuée. Dans un premier temps les résultats des salariés vont être étudiés et regroupés en quatre thématiques. Dans un second temps, une analyse des résultats des résidents va être effectuée en suivant les mêmes thématiques. Il ressort en effet très clairement de ces différents entretiens, bien qu'effectués sur deux types de publics opposés, que les attentes et

préoccupations en termes de bien-être des résidents se rejoignent. Les différents entretiens réalisés auprès des personnels et auprès des personnes âgées font ressortir quatre thématiques ayant une influence sur le bien-être qui sont : les besoins primaires, le travail sur l'environnement, le travail sur soi et enfin le travail en collaboration avec l'autre, que l'on qualifiera d'accompagnement. Puis, dans un second temps nous allons croiser les résultats issus des entretiens des salariés et enfin des résidents selon le modèle de bien-être de Ryff et Keyes (1995).

2.2.1 Vision émergente des salariés

Avant de procéder à l'étude des différents verbatims et différentes thématiques ayant une influence sur le bien-être des résidents il nous semblait intéressant de pouvoir en proposer une définition. Un infirmier interrogé (S5M) en a livré une qui semble plutôt représentative « *le bien-être c'est une sensation... une sensation de satisfaction quelque part. Il y a une notion de satisfaction, il y a une notion d'apaisement dans le bien-être je pense. Pour les résidents quelque chose d'apaisant, de satisfaisant et tu arrives à satisfaire certains besoins, enfin tu vois au moins les besoins les plus essentiels et apaiser les tensions et les angoisses.* »

2.2.1.1 Agir sur les besoins primaires

Il ressort de manière plutôt évidente de cette étude que la condition essentielle pour que les résidents se sentent bien est de répondre à leurs besoins primaires. Les soins d'hygiène sont présents dans les verbatims de tous les salariés, sauf chez celui ne faisant pas partie du service soins. Cela semble tout à fait logique, les soins corporels faisant partie des tâches de base inhérentes aux personnes évoluant dans le service soins. R2S dira : « *je pense à Mme V. l'autre jour qui avait eu sa douche et ses cheveux étaient doux et alors rien que de lui dire ça elle était... elle était incroyablement contente* ». D'autres évoqueront également les traitements médicamenteux des affections, les pansements et la prise en charge de la douleur. Pour synthétiser, tous indiqueront que pour être bien, les résidents doivent être propres et soignés. Il faut cependant noter que tous les répondants sont unanimes sur le fait que les soins « de base » et notamment d'hygiène sont cruciaux mais extrêmement réducteurs et ne représentent qu'une partie minime de leur travail.

Un autre aspect de la prise en charge des besoins primaires se trouve dans le respect du sommeil des résidents. S1G dira « *on ne réveille pas les gens la nuit pour faire une toilette, [...]*

les gens si ils dorment ils dorment. ». Certains évoqueront le fait de respecter leurs rythmes de sommeil et de s'occuper des personnes appréciant faire la grasse matinée plus tard dans la journée. Il ressort aussi des différents entretiens un lien certain entre le fait d'être propre et celui d'arriver à dormir paisiblement.

Enfin plusieurs salariés mettront également l'accent sur la sécurité du résident. La personne travaillant de nuit notamment évoquera la sécurité physique des résidents et le fait de fermer le bâtiment pour éviter les intrusions. D'autres évoqueront plus la sécurité affective : « *pour une madame V. par exemple, il faut qu'elle soit en sécurité. Si la soignante elle est brusque ça marchera pas, elle va être pas bien. Madame K. c'est pareil elle va appeler appeler toute la journée, mais si elle a quelqu'un de bien le matin qui la met en calme et ben il n'y a aucun problème* ». (S5M). Il est intéressant de noter que lorsque les salariés évoquent la sécurité, c'est plus par l'absence ou le manque de celle-ci. « *Les gens qui vont attendre trois quart d'heure, une heure pour avoir quelqu'un et qui se mettent à stresser* ». (S5M)

2.2.1.2 Agir sur soi

Au vu des différents retours il semble évident que la prise en soin des résidents implique pour les soignants un gros travail personnel et notamment sur le plan émotionnel. Plusieurs éléments ressortent nettement des verbatims le premier étant la gestion du lien affectif qui unit résidents et soignants. Beaucoup indiquent qu'il s'agit d'un véritable travail que de s'investir dans la relation tout en conservant une certaine distance afin de ne pas trop s'impliquer émotionnellement et par conséquent risquer de souffrir. S6L résumera bien cette complexité de trouver un juste milieu entre implication affective et nécessité de se protéger. « *La crainte d'être trop dans l'empathie. Presque faire preuve d'abnégation, c'est-à-dire s'oublier par rapport à ce que la personne va nous raconter. [...]. Je veux dire rester proche sans l'être, rester dans l'affect mais pas dans l'affectif* ». Certains évoqueront également le fait que la mort fasse partie du quotidien en EHPAD et qu'il est donc nécessaire de pouvoir gérer un certain détachement. Il semble d'ailleurs qu'il existe de grosses différences de réaction face aux décès et que les soignants ne soient jamais réellement préparés à cela.

Toujours dans le registre de l'implication, nombreux sont ceux qui évoquent une forte implication personnelle nécessaire à la bonne exécution de leur travail et que leur métier répond à une véritable vocation de vouloir aider, accompagner, prendre en soin. Deux personnes interrogées ont d'ailleurs indiqué revenir sur leur temps personnel pour s'occuper des résidents.

Cette forte implication émotionnelle engendre malgré elle également de nombreuses frustrations. D'une part un sentiment de travail bâclé, inachevé par manque de temps ou de moyens, ou encore la désagréable sensation de devoir mentir contre leur gré aux résidents ce qui est contraire à leur éthique et morale personnelle. S6L indiquera « *On leur ment et la plupart en sont très conscients. On le fait, pas pour leur mentir, on leur dit pas, en fin de compte on n'a pas cette approche pour leur mentir, parce qu'on espère revenir. Parfois on peut prendre du temps sur notre temps perso pour le faire, mais c'est sûr peut-être qu'on devrait rien dire dans ces cas-là.* ». Une autre frustration à gérer correspond au retour des résidents. Certains évoqueront le fait que les résidents ont une vision réductrice de ce que représente leur travail notamment des soignants qui évoquent que les résidents ne les voient qu'avec « *notre bassine, notre gant et notre savon* ». D'autres encore se plaindront du manque de respect des résidents vis-à-vis d'eux et du fait que ceux-ci peuvent très souvent se rebeller ou leur parler d'une manière inadéquate. S3I résumera ceci ainsi « *Un peu de compréhension. [...] parfois ils nous crient dessus, ils nous engueulent, ils ne nous respectent pas. En fait ils se déchargent sur nous* ».

Au final les soignants évoqueront un certain apaisement, une sérénité lorsqu'ils auront le sentiment du travail bien fait et d'avoir rendu le résident « heureux ». « *C'est justement cette satisfaction du devoir accompli. Mais oui quand je règle des situations complexes, [...] Mais quand voilà, quand j'ai couru dans tous les sens mais qu'à la fin tout est calé et que quand je peux transmettre « bah ça c'est bon, ça c'est fait, ça c'est en place » [...], donc ça c'est satisfaisant* ». (S5M). Certains indiqueront également que la base de ce travail émotionnel est la sincérité et l'authenticité et que le fait de ne pas jouer de rôle et d'être congruent avec soi-même et ses envies permet d'agir de manière plus sereine. S4A dira « *Déjà en essayant de ne pas jouer un rôle, en étant soi-même* ».

2.2.1.3 Agir sur l'environnement

Un des points essentiels sur lequel peuvent jouer les personnels se trouve être l'environnement du résident et notamment l'environnement spatio-temporel. Les salariés font ressortir l'importance de l'environnement proche du résident et notamment sa bonne installation dans son lit et dans sa chambre. Quelques-unes soulignent également l'importance de leur donner des repères, aussi bien temporels comme le dira S3I « *Je leur donne des repères, je leur dit le jour qu'on est la date qu'on est, si on est au printemps, hiver ou été.* » ou dans leurs espaces comme pour S1G « *Tu sais comment tu les couches, l'adaptable, la cruche, le*

verre, la télécommande... Parce qu'une fois que tu es sorti, si ils n'ont pas tout ça, ben la sonnette. C'est important. ». Plusieurs évoqueront d'ailleurs plus cela comme une certaine ambiance, une atmosphère propice au bien-être du résident. Il s'agit en fait de prêter attention aux petits détails ayant une importance capitale pour les résidents. Pour ce faire, il faut que le soignant puisse être à l'affût et puisse avoir suffisamment d'empathie pour créer une ambiance adaptée et agréable même si le résident n'en confie pas le besoin ou encore n'arrive pas à l'exprimer. Pour S1G cela se résumera par « *Il y a des trucs que tu dois sentir, percevoir. [...] c'est les cinq sens. Des fois je dis, je le disais aux élèves, voir, entendre, sentir...* » et pour S5M par « *Moi j'ai le temps de faire ces petites choses, d'avoir ces petites attentions quotidiennes d'aller allumer la messe par ici, d'aller vérifier les lumières, de rentrer dans chaque chambre et de voir si tout le monde est bien.* ».

L'environnement temporel semble cependant plus difficile à maîtriser et contraint par les rythmes institutionnels comme les temps de repas ou les rendez-vous médicaux ou autres des résidents ou encore les rythmes propres à chaque résident. Nombreux évoqueront le fait de devoir s'adapter à ces règles d'une part par le biais de l'apprentissage de la connaissance des diverses individualités des résidents et d'autre part par l'autonomie dont ils peuvent faire preuve. S3I indiquera « *elle c'est pas grave si je la fait plus tard, ça ne changera rien à son quotidien mais au moins elle pourra dormir plus longtemps* ». S2B résumera cela ainsi : « *Bah c'est-à-dire qu'on peut s'adapter à son rythme, [...], alors il y a des règles au niveau des repas et tout, mais quand même, j'ai besoin d'appeler la famille, je peux appeler la famille. Il n'y a pas tout un protocole compliqué où il faut passer par l'ensemble... [...]. D'appeler un médecin ça peut se faire tout de suite.* ». Tous seront unanimes sur le fait que leur quotidien s'apparente à une course contre le temps permanente et que le moindre grain de sable dans l'organisation peut engendrer de grosses conséquences. Ils déplorent le peu de temps à leur disposition pour avoir une prise en charge plus globale du résident et auront tendance à évoquer le temps sous sa forme négative, à savoir le fait de toujours en manquer. Cet aspect de la relation de prise en soin semble être un réel pilier sur le bien-être des résidents à leurs yeux. Une certaine rythmique, un certain tempo doit également être trouvé pour certes s'organiser et avancer au mieux dans le respect du timing imparti, mais tout en ralentissant la cadence face au résident pour lui indiquer que l'on va prendre son temps pour lui. S5M résumera cela de la sorte « *On va jouer avec le tempo [...] c'est-à-dire courir dans les couloirs parce que là tu peux gagner du temps, mais une fois que tu rentres dans la chambre, apprendre à décélérer, tu vois, donc il faut il ne faut pas que ce soit brutal.* »

L'environnement relationnel et notamment l'entourage familial du résident joue également un rôle prépondérant dans son bien-être et se trouve être un levier d'action indispensable pour les soignants. Celui-ci peut néanmoins constituer un frein du fait notamment de querelles familiales enfouies ou encore d'un sentiment de culpabilité ressenti par les familles ayant été obligées de placer leur parent. Il en tient également du ressort des soignants d'apprendre à maîtriser cet environnement afin de pouvoir en faire un levier d'action notamment dans l'aide et le soutien que la famille peut apporter au résident mais également dans la connaissance que celle-ci a de son parent et qu'elle peut transmettre. S2B indiquera « *Parfois ça peut débloquent aussi des choses dans leur propre histoire, parce que là, il ne faut pas oublier, nous c'est des résidents, c'est des fins de parcours, des fins d'histoire de vie et parfois au niveau de la transition entre l'ancienne génération et la nouvelle génération, ça peut faire des choses incroyables en fait. Et ça peut être un moment vraiment particulier, et je trouve qu'on passe beaucoup à côté. [...] je trouve qu'il y aurait un superbe travail à faire.* »

Mais le point sur lequel tous sont unanimes et qui a des répercussions énormes sur le résident se trouve bien être l'environnement institutionnel et notamment le travail en équipe, à savoir la communication régnant entre les différents membres et l'organisation de celle-ci. L'importance notamment des transmissions d'informations au sein de l'équipe, surtout en termes de connaissance que chacun peut posséder sur les résidents, s'avérerait particulièrement enrichissant pour tous, y compris pour le résident. Tous évoquent le fait que l'entraide et la communication soient primordiales pour assurer une fluidité au niveau de l'organisation de leur travail mais surtout qu'il est impératif que l'ensemble de l'équipe soit fédérée autour d'un but commun et que chacun, avec sa singularité, puisse apporter sa contribution dans le but ultime du bien-être du résident. S2B partagera sa vision ainsi « *Et puis aussi d'être plus en accord aussi avec les compétences des collègues autour, tant infirmier, tant qu'aide-soignant exetera, parce que ça, ça devrait faire partie d'un fonctionnement d'équipe. [...], chacun a ses spécificités. [...] je trouve qu'on ne met pas en dynamique les apports spécifiques des uns et des autres. C'est pas mis en avant, et je trouve que ça gagnerait un temps fou sur les impossibilités de communication.* ». Il ressort malheureusement plus des différents entretiens, le manque de communication et de travail en équipe. Nous notons notamment les tensions entre les salariés n'ayant pas la même implication au travail et le même professionnalisme. Pour résumer c'est le manque d'unité de l'équipe et le fait de ne pas être animé par la même intention finale qui ressurgit.

C'est probablement pour ceci qu'un certain nombre de salariés reviennent sur les lacunes des formations professionnelles à l'heure actuelle vis-à-vis de ce qu'elles ont été par le passé, ainsi que sur la transmission du savoir aux plus novices et l'importance de l'apprentissage et de la formation. L'implication du chef de service et de la direction revient également beaucoup dans les entretiens et nombreux sont les salariés se sentant perdus et déboussolés. Pour ces derniers c'est le rôle de l'encadrement de mobiliser et fédérer les équipes dans une même direction et d'encadrer les équipes et former les plus jeunes en vue d'harmoniser les pratiques. S6L indiquera « *si on allait tous dans le même sens, le temps on y arriverait. On y arriverait un peu mieux. Mais quand les choses sont dites, on en revient au cadre voilà à la direction, si les choses doivent être dites, ça doit être acté et ça doit être respecté et logique.* »

En finalité il émerge de ces entretiens que les résidents souffrent du poids de la solitude et bien qu'ayant une connaissance suffisante de l'organisation de leur environnement et des membres de l'équipe, ils se sentent plus spectateurs qu'acteurs.

2.2.1.4 Agir avec l'autre : l'accompagnement

Un des piliers sur lequel repose le bien-être des résidents selon les soignants semble être la notion d'accompagnement. Tous vont dans le même sens en indiquant que le cœur même de leur métier, et ce qui les anime, n'est pas de sauver des vies mais de faire au mieux dans l'intérêt des personnes âgées pour qui l'EHPAD représente leur dernière demeure et la dernière étape de leur vie.

Il s'agit de travailler en collaboration avec le résident, de se mettre à son niveau pour aller dans la même direction, de l'aider à optimiser les moyens à dispositions pour que ce dernier soit le mieux possible en fonction de ses capacités. S2B indiquera « *qu'il y ait un espace vraiment pour l'être humain, et non pas uniquement pour toute une organisation ou... que ce ne soit pas la maladie qui soit le centre des choses mais que ce soit vraiment l'accompagnement de l'être humain, là où il est : dans sa problématique, dans son handicap, dans ses souffrances* »

Plusieurs aspects ressortent des divers entretiens et la première reste celle de la communication et de l'échange. Il semble primordial d'après les soignants de prendre le temps de discuter avec eux et ceci dans le but de les apprivoiser et d'apprendre à les connaître. Par l'échange se construira la connaissance de l'autre, de son passé, de son histoire, mais également de ses habitudes de vie, de ses goûts et surtout de ses besoins. C'est un travail quotidien que d'être aux côtés des résidents, de s'impliquer avec eux pour arriver à cerner ce qui leur fera

plaisir, pour leur apporter la petite attention qui va les rassurer, la petite phrase qui va les toucher. S6L dira « *Qu'on prenne en compte ce qu'il nous disent, qu'on prenne en compte leurs désirs, leurs attentes. S'ils n'ont pas envie, qu'on le respecte. S'ils ont besoin d'autre chose qu'on respecte aussi et qu'on l'entende. Qu'on fasse pas les gestes par automatisme mais qu'on soit à leur écoute* ». C'est par la communication qu'un lien va se créer entre deux personnes qui vont devoir se livrer, partager leur intimité, dans une relation de confiance mutuelle et en pouvant conserver chacun sa singularité et son authenticité. S3I indiquera « *tu partages leur vie, leur intimité, ce qu'ils représentent. Ils se découvrent pour toi* ». Certains évoqueront également des éléments facilitateurs de l'échange comme l'utilisation de l'humour ou du dialecte. Bien entendu, le respect de la volonté exprimée du résident est également primordial et les soignants se doivent aussi d'entendre un résident qui refusera un soin ou sa prise en charge.

La notion d'aide ressort également des verbatims et notamment l'aide à la conservation ou au maintien de l'autonomie sans pour autant tomber dans l'infantilisation. Là encore c'est avec le temps et la connaissance de l'autre que le soignant va pouvoir adapter sa prise en charge, personnaliser ses interventions à chaque instant afin de pouvoir trouver les moyens humains ou matériels les plus adaptés à la situation et aux envies de la personne. SM5 résumera ceci par « *un des concepts du métier d'infirmier que j'ai beaucoup aimé : c'est l'accompagnement. Parce qu'il y a vraiment cette idée de se mettre à la hauteur. L'accompagnement c'est : tu tires pas ou tu pousses pas mais tu mets à la hauteur donc à l'épaule, épaule contre épaule et on regarde la même direction et on marche ensemble. Et donc pour pouvoir faire ça il faut se mettre au niveau de la personne pour pouvoir bien accompagner et donc il faut adapter. Donc effectivement tu dois infantiliser quelqu'un qui n'est pas capable de se servir de ses mains ou qui tremble trop pour manger, il va falloir le nourrir à la petite cuillère comme un enfant mais c'est là que ça s'adapte avec cette personne-là. A une autre personne il est hors de question de faire ça. Il faut absolument la laisser faire.* ».

Le partage est également souvent cité comme pilier de la notion d'accompagnement et comme source de bien-être. Les soignants relatent tous qu'ils apprécieraient plus sortir de la simple relation de soin pour arriver à de réels moments de partage. Partager un temps avec eux autour d'un repas ressort notamment chez deux aides-soignantes. Le partage d'après les soignants pourrait se faire dans le cadre de moments bien définis comme participer à une animation, la prise d'un repas en commun, d'aller les promener... ou bien surgir dans le cadre

de la prise en soin pure. S2B évoquera « *Ah ben des moments parfois imprévus ou quand il y a un sourire justement, ou un temps... Qu'il y a eu un temps un peu plus intime, une intimité particulière... Qu'il y a eu un partage ou une satisfaction que la personne dit* ».

Plusieurs vont indiquer dans ce cadre un partage de petits instants volés, des moments « magiques » comme la survenue d'un sourire de joie ou satisfaction en échange d'un service rendu comme l'application d'une crème ou le fait d'avoir retrouvé un objet leur appartenant. D'autres encore évoqueront un apaisement du résident via un petit geste physique comme cajoler ou tenir la main.

De cette notion d'accompagnement ressort également une sorte « d'effet miroir » entre les résidents et les salariés. Deux membres du personnel vont en effet évoquer le fait que les résidents vont s'aligner à leur état d'esprit. L'une avec une vision positive S6L « *quand les résidents sont biens et que j'ai l'impression de leur avoir amené quelque chose de positif pour leur journée aussi. Et peut-être une équipe [...] qui a été dans le même sens et qui était là pour amener quelque chose de positif* », S1G avec une vision plus négative « *Les résidents ils prennent beaucoup de choses qui se passent la journée, de la mauvaise ambiance. Eux ils l'ont, et puis ceux qui ne dorment pas ils nous le disent, il y a une espèce de mal-être* ».

2.2.2 Vision émergente des résidents

Du point de vue émergent des soignants il y a donc de nombreux aspects de la relation résidents-soignants qui ont un impact réel sur le bien-être ou le mal-être du résident. Nous allons donc, toujours au moyen de verbatims faire ressortir la vision des résidents. De leur côté, aucune définition du bien-être ne se détache mais plutôt des moments de vie leur procurant du bonheur « *La première gorgée de café ; c'est la meilleure. Il est noir, il est chaud, il est fort j'aime bien* » R6S.

2.2.2.1 Agir sur les besoins primaires

D'une manière générale les résidents auront beaucoup plus tendance à évoquer cet aspect que les salariés. Les verbatims des résidents concernant les besoins élémentaires représentent en effet trente lignes sur les quarante-six évoquant le sujet.

Pour commencer plusieurs d'entre eux vont évoquer les raisons qui ont engendrées leur placement en EHPAD et notamment l'insécurité que représentait le fait de rester à leurs domiciles du fait notamment de chutes ou de la sous-alimentation. R4K indiquera « *capable*

oui mais en sécurité c'est autre chose. Parce que les accidents qui me sont arrivés c'est la nuit et je n'ai pas la place pour loger quelqu'un dans mon appartement ». Bien que le placement ait souvent été décidé par la famille ou le corps médical, les résidents admettent qu'ils ne sont plus en sécurité chez eux.

Les résidents évoqueront également beaucoup plus le besoin de se nourrir et les moments de repas. Quatre résidents sur les six parleront en effet des repas et de l'importance de ceux-ci. Une seule l'évoquera en des termes plutôt négatifs, pour les autres le repas est attendu et correspond à leurs attentes. R6S dira « *je mange sans appétit mais je mange tous les soirs. Je mange tout ce qu'on me donne j'ai toujours tout mangé ici, à la maison je ne mangeais pas* ». Ceci démontre bien d'ailleurs le rôle vital de l'alimentation et que le fait de se nourrir correspond à un impératif plutôt qu'une réelle motivation. Pour d'autres par contre le repas est un moment qu'ils apprécient ainsi que la nourriture qui leur est servie. Une résidente dira même que les moments où elle se sent vraiment bien sont les moments où elle a bien mangé.

L'hygiène est également un point capital évoqué par les résidents. Les soins d'hygiène les aidant notamment à avoir une bonne image d'eux-mêmes. Ils évoqueront toutefois plus ce point par des aspects négatifs, notamment en déplorant le manque de douches. R1G dira « *ma toilette qui est très importante. Ce qui me manque c'est la douche que je prenais tous les matins.* ». Certains parleront d'ailleurs de cet aspect à de nombreuses reprises au cours des entretiens. Il faut toutefois noter que sur les six résidents interrogés trois d'entre eux sont encore autonomes au niveau de la toilette et n'entretiennent donc que peu de liens avec le personnel soignant sur cet aspect.

Enfin l'importance du sommeil est évoqué également notamment par R4K qui répondra à la question des moments où elle se sent bien par : « *quand je suis couchée et que je dors. Que je me réveille le matin, et que je sais que je peux me rendormir, ça c'est des bons moments.* »

2.2.2.2 Agir sur soi

Il ressort de manière assez nette que du côté des résidents également la recherche du bien-être nécessite un gros travail émotionnel. Les entretiens font tous émerger que leur entrée en EHPAD a été imposée par le corps médical ou l'entourage et bien qu'ils aient été conscients de la complexité de rester seuls chez eux, cette entrée est souvent vécue comme un choc. Selon R4K « *Au départ ça a été évidemment le choc. Je me réveille....Maintenant de jour en jour ça va un peu mieux, mais j'ai du mal de penser que je vais rester ici. J'arrive pas* ». Cette entrée

en institution fait également apparaître un autre aspect chez les résidents qui est le sentiment d'être dépossédé de leurs biens. Plusieurs évoquent en effet la vente de leur voiture et de leur maison et le fait de ne plus rien avoir. C'est un véritable travail de deuil d'une vie passée qu'ils doivent entreprendre. R1G en donne un bon résumé « *j'avais une autre vie avant de tomber. J'avais une autre vie où j'avais encore ma voiture et tout et du jour au lendemain j'ai tout dû quitter* ».

A cela s'ajoute également le fait que cette entrée en institution leur fait réellement prendre conscience de leur état, de leur maladie, de la dégradation de leurs facultés. De quelques entretiens ressortira aussi une idée qu'ils ne sont pas à leur place. La vue de certains résidents encore plus mal au point les renvoie à ce à quoi ils pourraient ressembler dans le futur et engendre un réel sentiment de peur chez eux. Pour R4K « *Ca peut pas vous donner un bon moral, c'est pas possible. Même si vous ne voulez pas y croire, mais vous êtes là. [...]. Combien de fois j'ai dit « Je ne suis pas à ma place ». Je suis une des seules qui arrive sans canne et sans déambulateur* ». Cela représente donc un énorme travail d'acceptation de leur part. L'adaptation à ce nouvel environnement et à ses contraintes ressort également de nombreuses fois chez les résidents ainsi que l'acceptation à la situation qui semble encore plus complexe. Pour R1G « *Parce que je suis obligée de finir mes jours comme ça [...]. J'ai bien vécu, mais je veux dire par là, que du jour au lendemain... C'est fini, il n'y a plus rien. Du haut il faut descendre les marches... et je le fais.* ». Quelques-uns confieront également qu'ils doivent porter ce travail d'acceptation seuls et qu'ils mentent même à leur famille pour ne pas leur faire de peine. Pour cela certains indiqueront devoir rester forts et de faire le maximum pour garder le moral. Une certaine forme de résignation apparaît même au travers des verbatims, ils n'ont aucun autre choix possible que de faire leur maximum et de prendre sur eux pour continuer à vivre dans un environnement et un contexte qui ne sera jamais à la hauteur de celui qu'ils ont quitté. Une résidente indiquera même que cela ne sert même plus à rien de se plaindre car ils ne sont pas entendus et quand bien même, la situation n'évoluerait pas.

Bien entendu ces sentiments complexes et douloureux entraînent d'énormes frustrations et il n'est pas rare que les résidents expriment leur mécontentement, parfois de manière assez brutale au personnel. R2U dira même « *il y a aussi déjà eu des moments où ça a pété hein* ».

Au-delà du travail émotionnel, les verbatims des résidents montrent qu'ils dépensent également beaucoup d'énergie dans le maintien de leur autonomie. Tant que leur corps le leur permet ils font tout pour continuer à exercer leur passion et à garder une certaine liberté dans la

construction de leur emploi du temps ou dans l'exercice d'activités ou d'animations. Le maintien d'une vie sociale notamment, par le biais de l'entourage ou des animations proposées contribue en partie à leur bien-être.

2.2.2.3 Agir sur l'environnement

Du côté des résidents il est évident que l'impact de leur environnement est déterminant sur leur bien-être. Sur le plan spatial tout d'abord il apparaît important pour les résidents de pouvoir avoir des repères. L'une d'elle, R1G, se souviendra de son arrivée *« grâce à ma fille et mon gendre tout était meublé et j'ai reconnu de nouveau quelques tableaux. »*. Quelques-uns évoqueront également le fait de se sentir enfermés et déplorent de ne pas pouvoir aller plus à l'extérieur. En effet, bien qu'aucun résident n'ait d'interdiction de sortir, la plupart ont besoin d'être accompagné pour cela, notamment pour des raisons de motricité. Cette impossibilité de changer d'air comme ils le souhaitent est résumé par R1G et traduit bien également leur impuissance face à cela : *« je m'y fais à tout, mais ça me manque un peu, de ne pas pouvoir, par jour, aller dehors. Et une fois, de moi-même, je suis sortie et je me suis mise de côté pour avoir l'air pur. Mais c'est trop dangereux, sans l'autorisation et j'ai compris. Et je ne le fais plus. »*

Sur le plan temporel également c'est une certaine adaptation à des rythmes imposés qui ressort des entretiens. Les heures de repas, d'animations... sont fixes ce qui engendre naturellement des contraintes. Certains évoquent toutefois le fait qu'il est possible, en dehors de ces moments imposés de construire leur emploi du temps à leur manière. Selon les résidents ces contraintes horaires entraînent naturellement la formation d'une routine. R6S dira *« Bon à 7h on m'apporte les médicaments et à 7h45 à peu près le petit-déjeuner et ensuite je vais me laver, prendre une douche et la matinée passe »*. Une certaine contradiction émerge également des verbatims à savoir que tantôt c'est un temps qui semble très long, qu'ils ont beaucoup de temps à leur disposition à occuper voir à tuer et à un autre moment ils indiqueront que les journées passent très vite. Ce qui émerge toutefois de tous les entretiens est l'attente à laquelle ils doivent faire preuve lorsqu'ils appuient sur leurs sonnettes. Là encore une totale dépendance vis-à-vis du personnel ainsi qu'un réel sentiment d'impuissance face à cette situation se dégage nettement. R1G indiquera *« la seule chose c'est quand on les appelle, ils sont très longs à venir. 30 minutes quand il faut aller sur le pot, il faut se retenir, parce que j'ai sonné et je regarde, 30 minutes et ils ne sont encore pas là... bon... Mais je trouve qu'entre 1h30 et 3h c'est le pire. Il y a personne. »*. Ils reprocheront également au personnel de toujours être pressé et de ne pas

leur accorder suffisamment de temps. Pour R2U « *Qu'on soit moins bousculé au lieu de toujours entendre « on n'a pas le temps », « On est que 2 pour tous les 3 étages. Alors je leur dit souvent « je sais, je sais, je sais que vous n'y êtes pour rien, mais moi je n'y suis pour rien non plus ». Alors je ne veux pas toujours entendre la même chose. »*. Là encore, ils se plaindront mais sans que ceci puisse faire évoluer la situation.

Il est évident également à la lecture des verbatims que les résidents ont une bonne connaissance de leur environnement spatial et temporel, ils connaissent bien les rouages de l'organisation de la maison ainsi que les habitudes des soignants mais n'ont que très peu de latitude face à cela et très peu de marge de manœuvre pour modifier cela. Certains se plaindront également de vols, de non-respect de leurs affaires mais là encore avec une certaine lassitude et abattement.

Concernant leur environnement relationnel l'importance de leur entourage familial semble capitale. Tous évoquent leurs familles, enfants, amis comme de réels soutiens et des personnes de confiance. Grâce à eux les résidents peuvent se promener à l'extérieur, ou bien obtenir des choses qui leur manqueraient ou encore tout simplement bénéficier d'une présence qui leur fait tant défaut. R4K ira même jusqu'à évoquer sa dame de compagnie comme une présence vitale : « *c'est presque... comment expliquer je ne pourrai pas vivre. Je sais que je ne vivrai plus. Il n'y aurait plus quelqu'un je me laisserai tout doucement...* ». Tous indiqueront également avoir bien compris le choix de leur famille de les placer en EHPAD mais certains déploreront toutefois une vérité masquée, une vision de l'institution bien idéalisée par rapport à la réalité.

Leur environnement relationnel est pour la grande majorité du temps constitué des membres du personnel et là encore se dégage un discours très ambivalent. Au cours d'un même entretien il sera parfois évoqué un personnel sympathique, à l'écoute, avec lequel ils n'ont aucun souci et à un autre moment des personnes manquant de professionnalisme et d'implication et n'arrivant pas à satisfaire leurs demandes, même les plus élémentaires. R3L déplorera « *Comme celle qui a dit [...] que ce n'était pas son travail de ramasser quelque chose à une personne – qui ne veux pas se bouger. Est-ce que c'est possible ?* ». Certains déploreront même un management inefficace et inexistant et selon les résidents si la direction était plus présente, les équipes seraient mieux encadrées et leur qualité de vie serait meilleure.

2.2.2.4 Agir avec l'autre : l'accompagnement

La notion d'accompagnement est bien moins développée chez les résidents que chez les salariés. Ce qui ressort le plus fréquemment est bien l'importance de la communication, de l'échange et des discussions avec les salariés. Là encore l'humour revêt une certaine importance ainsi que des personnes joviales et bonne humeur. Pour R3L « *On peut blaguer avec eux, il y a quelque chose qui passe entre eux et nous.* ». Beaucoup évoquent de réelles relations affectives avec les membres du personnel, un besoin de proximité et de connaître l'autre, bien que là encore certains indiqueront préférer garder une certaine distance et avouent ne pas connaître tous les membres du personnel. Des entretiens des résidents émerge également cette notion d'appriivoiser, d'avoir besoin de temps pour apprendre à se connaître et à se faire confiance. R4K indiquera « *D'abord c'était très froid, c'est normal, et petit à petit c'est venu.* ». Pour cela deux personnes indiqueront que c'est aussi aux résidents de faire des efforts et de s'adapter pour améliorer les relations. « L'effet miroir » évoqué chez les salariés semble aussi trouver sa place chez les résidents. Pour R4K : « *Je me trompe peut-être mais elles m'aiment bien toutes. Quand je demande quelque chose, on voit ce n'est pas une corvée pour elles. Elles m'aiment bien. Je leur facilite le travail* ».

Par contre deux interrogés indiqueront qu'il est parfois compliqué pour les résidents de connaître leurs besoins et donc de les verbaliser et que c'est au personnel de sentir les besoins pour eux. R3L indiquera « *rendre les services aux malades... même les sentir pour les malades.* » ce qui montre bien la nécessité de devoir faire preuve d'empathie vis-à-vis d'eux.

Enfin la notion de partage semble du côté des résidents primordiale également. Quelques-uns évoquent le souhait de partager plus de moments conviviaux avec le personnel comme partager un repas, aller boire un verre en terrasse, faire une sortie en ville, tout ce qui permettrait de les sortir un peu du quotidien. Au final l'importance de l'accompagnement serait à leurs yeux d'arriver à faire émerger des petits moments de joie, des instants simples mais révélant un souhait de faire plaisir. Un résident évoquera le petit mot dans l'ascenseur le jour de sa venue ou était indiqué qu'on lui souhaitait la bienvenue, une autre une fête d'été ou tout le monde a mangé ensemble, une autre encore, R4K « *Et par exemple je discute avec elle et tout d'un coup je me sens très bien, on est bien et on rigole alors que ça n'a pas du tout démarré comme ça.* ».

Nous allons désormais croiser ces visions émergentes des entretiens avec les salariés et les résidents avec le point de vue et la notion du bien-être de Ryff et Keyes (1995)

2.2.3 Vision des salariés selon Ryff et Keyes (1995)

2.2.3.1 Croissance personnelle

Du côté des salariés il est évident que la relation avec les résidents peut-être particulièrement enrichissante pour eux et qu'ils ont beaucoup à apprendre à leur contact. Les salariés évoquent des personnes âgées avec un passé très riche et dotées d'un savoir énorme et d'une grande sagesse. S5M indiquera *« c'est le petit-déjeuner des sœurs [...] les grandes réjouissances que je peux avoir là c'est on peut avoir des échanges philosophiques, parfois des questions culturelles et qui restent non résolues et où chacun se dit ah bah on va chercher pour demain et on se donne un challenge »* ce qui prouve bien l'enrichissement personnel que chacun peut tirer des échanges.

2.2.3.2 Acceptation de soi

Au niveau de l'acceptation de soi, du côté des salariés, c'est l'image parfois réductrice que les résidents peuvent avoir d'eux qui les peinent. S6L indiquera avec une pointe de mélancolie *« Qu'ils nous voient autrement, ils nous voient avec notre blouse et notre... voilà. Après il y a des personnes qui vont exprimer l'image qu'ils ont de nous et de notre travail, d'autres vont rien dire, mais on sait que c'est... Ils ne nous voient pas en dehors c'est sûr »*. Après les salariés apprécient le fait que les résidents puissent leur faire confiance, et recherchent en eux une sorte de reconnaissance, voir même un manque exprimé lors de leurs absences.

2.2.3.3 Relation positive avec les autres

Les relations positives avec les autres et notamment les résidents sont le cœur même du métier de soignant. Il se dégage nettement des entretiens un attachement authentique à eux. S3I dira *« ce n'est pas seulement un travail qu'on fait, on a un cœur on est attaché à nos résidents. Après on a plus d'affinités avec certains résidents que d'autres c'est la vérité. »*. Quelques-uns évoqueront des affinités bien particulières avec certains résidents, le fait de les aimer sincèrement et même du mal à conserver une certaine distance.

2.2.3.4 Autonomie

Plusieurs salariés évoquent apprécier l'autonomie qu'on leur accorde dans l'exercice de leurs fonctions. Certains indiquent d'ailleurs transgresser les règles de temps à autre pour le bien du résident. Un infirmier avouera laisser une résidente elle-même gérer sa boîte de médicament car c'est une personne n'appréciant pas d'être infantilisée alors que ses collègues sont contre cette pratique. Une aide-soignante elle, laissera couler l'eau un long moment avant de remplir sa bassine pour qu'elle soit à bonne température pour le résident. Mais l'autonomie peut également être difficile à porter pour certains car elle ouvre un champ des possibles bien trop vaste et qu'elle entraîne donc la frustration de ne pas pouvoir explorer ces nouvelles pistes par manque de moyens.

Enfin les salariés développent également une autonomie vis-à-vis des résidents et de leurs familles. Pour S2B « *Oui et apprendre aux équipes à parfois à dire stop aussi, si vraiment, si chacun est juste dans son attitude avec toutes les familles* ». Il faut arriver à connaître les limites infranchissables et à s'affirmer vis-à-vis des résidents et leur entourage.

2.2.3.5 Contrôle de l'environnement

Une certaine impuissance face à leur environnement se dégage des entretiens avec les salariés. Déjà d'une part le fait de ne pas pouvoir soigner au sens où ils se sont engagés pour le faire ce qui engendre une certaine insatisfaction. S2M indiquera « *on ne sauve pas des vies, on les accompagne à la fin de la vie, c'est ça qui est autre chose, c'est notre dynamique, on n'est pas là pour les guérir* ». Mais également un non-contrôle des moyens alloués au quotidien pour exercer leurs fonctions. Tous regrettent de ne pas pouvoir donner plus de temps aux résidents, et qu'ils soient en sous-effectif pour pouvoir travailler en adéquation avec ce qu'ils aimeraient faire. Beaucoup évoquent que plus les choses avancent et plus la formation des jeunes est rabaissée, que le métier est de moins en moins attractif et se plaignent des difficultés de recrutement. Au final il ressort de manière flagrante que la manière dont ils font leur travail au quotidien ne correspond plus du tout à celle avec laquelle ils souhaiteraient l'exercer, et celle pour laquelle ils se sont engagés.

2.2.3.6 But de l'existence

Au vu des différents entretiens il est évident que le métier de soignant est réellement porteur de sens pour les professionnels et qu'il naît souvent d'une réelle vocation. S5M

indiquera « *il y a un plaisir de prendre soin des personnes dépendantes et d'essayer de faire au mieux, de leur donner le sourire, d'en prendre soin, de cet ordre-là. Ça oui ça me fait plaisir, c'est un objectif* ». La satisfaction des résidents est vraiment le but poursuivi par tous les interrogés et malgré les obstacles et difficultés leur permet de garder la foi pour continuer à exercer ce métier.

2.2.4 Vision des résidents selon Ryff et Keyes (1995)

2.2.4.1 Croissance personnelle

Au travers des verbatims des résidents il apparaît une certaine volonté de se cultiver et de continuer à apprendre. Une résidente, R5S indiquera qu'elle apprécie lire énormément pour « *exercer son mental* », un autre indiquera « *je fais du piano c'est ma passion. Enfin je ne vais pas dire ma passion mais c'est mon passe-temps favori. Ici j'ai le temps, alors j'étudie et j'apprends* » R6S. Les animations culturelles, comme les conférences ou les présentations de pays lors des journées à thème sont aussi appréciées car elles permettent de découvrir de nouvelles choses. La poursuite de leurs passions peut aussi avoir un effet particulièrement bénéfique comme pour R1G « *même le médecin a trouvé, que depuis que j'ai cette amie qui chante avec moi, que j'ai bien changé. Je ne sais pas, j'ai comme un renouveau* ».

La vie spirituelle aussi joue un rôle dans leur épanouissement et constitue un moyen de garder la foi en la vie. R3L résumera cela ainsi « *ça se fait rituel c'est la messe, le chapelet et passer des moments à la chapelle. Pour moi c'est... j'en ressens le besoin* »

2.2.4.2 Acceptation de soi

L'acceptation de soi semble véritablement compliquée pour les résidents selon leurs dires. Il leur est difficile d'accepter leur maladie, d'accepter la sénescence et le fait que leur état ne pourra que décliner. Certains auront même un peu honte d'avouer leur âge. R6S « *97. Rien que d'y penser ça me fout les boules* ». Le plus dur est que la plupart a eu de grandes satisfactions dans leur vie et ont été très heureux comme l'exprime R1G : « *parce que j'ai connu la vie, j'ai fait 23 pays, j'ai fait trois croisières, j'étais même sur le France* ». C'est vraiment le fait d'avoir eu un passé si riche et intense et désormais d'arriver au terme du chemin qui les affecte.

2.2.4.3 Relation positive avec les autres

Comme nous l'avons déjà vu précédemment les résidents entretiennent de bonnes relations avec leurs familles et les soignants en général et ont besoin de ces relations pour rompre le sentiment de solitude et d'isolement qui les habite.

Mais ce qui est particulièrement frappant au regard des différents entretiens, c'est l'empathie dont ils font encore preuve, notamment à l'égard des autres résidents. Certains vont évoquer le fait d'avoir de la peine de voir d'autres résidents déclinants ou grabataires, d'autres encore vont ressentir le besoin de les aider comme R3L « *quand je la voyais les jambes en l'air j'allais la couvrir comme ça en passant* ». Au final, les entretiens montrent bien que les résidents n'entretiennent pas de relation particulière entre eux et celles-ci se limitent souvent à des conversations cordiales et banales, mais qu'ils se soutiennent et tentent de s'aider mutuellement.

Les résidents partagent également la souffrance des salariés, ils voient que leurs conditions de travail sont difficiles et qu'ils sont sans arrêt interpellés par d'autres résidents et à courir après le temps. Là encore, au vu de leurs capacités, la plupart des résidents vont tenter d'aider les salariés, l'une en nettoyant ses toilettes, l'autre en faisant son lit par exemple.

2.2.4.4 Autonomie

Les résidents vont avoir tendance à réguler leur comportement. Déjà vis-à-vis de leur famille, comme nous l'avons déjà vu, certains vont leur cacher la vérité, comme le fait de ne pas avoir eu de douche, afin d'une part de ne pas les blesser ou par peur de la réaction des salariés comme de la vengeance. R6S dira « *mais si vous vous rebellez ils ne sont pas contents non plus et là c'est mauvais* ». Ils vont également faire preuve d'autodétermination et à faire les choses de manière indépendante, comme le souligne R3L « *je n'aime pas déranger alors je... tant que je peux me débrouiller toute seule* ». Mais comme nous l'avons vu plus haut ils n'hésiteront pas parfois à s'en prendre aux membres du personnel si leurs réactions ne leur conviennent pas.

2.2.4.5 Contrôle de l'environnement

Nous avons déjà pu voir de nombreux aspects du contrôle de l'environnement que peuvent avoir les résidents, mais un des éléments qui ressort de quelques entretiens, et qui

semble être un moment où les résidents se sentent dans un contexte qu'ils maîtrisent est le moment où ils sont dans leurs lits, au calme, dans leurs chambres. R2U le résumera ainsi « *mais là quand je suis au lit j'ai la paix. On me fout la paix, je suis tranquille.* ». Plusieurs évoqueront ce sentiment d'apaisement et de bien-être lorsqu'ils se retrouvent enfin seuls et paisibles dans leur environnement sécuritaire.

Un autre aspect du contrôle de l'environnement qui se fait avec l'aide mais également au détriment des salariés se trouve être dans le pouvoir qu'ils acquièrent par la connaissance de leur environnement. En effet ils vont au fil du temps apprendre des informations sur l'organisation de la maison ou même des choses privées sur les salariés qu'ils vont pouvoir exploiter à leur encontre. C'est un salarié qui illustrera cet aspect par « *quand la personne elle sait un truc sur nous et ça nous embête mais qu'elle continue quand même à en jouer.* » S4A., ce qui pourrait s'apparenter à de la manipulation.

2.2.4.6 But de l'existence

Le but de l'existence est malheureusement un des aspects sur lequel tous les résidents sont unanimes, à savoir qu'il n'y a plus véritablement de futur à envisager. Ils ne trouvent plus vraiment de raisons de vivre comme R4K « *j'en ai plus de vie. Vous vous coucher, vous endormez, vous vous levez le lendemain matin, ça recommence, la même vie, la même chose, aux mêmes heures.* ». Certains vont s'accrocher à de petites perspectives comme la fête d'un anniversaire, mais il ressort globalement pour tous que leur vie est belle et bien derrière eux. Nombreux sont ceux à nous avoir indiqué être prêts à mourir et sont bien conscients qu'ils n'arriveront plus à être heureux. R4K indiquera « *si on appelle ça le bonheur c'est vraiment pas grand-chose. De se lever et de se dire oh bah si il fait beau on va pouvoir sortir... c'est vraiment pas grand-chose. Et c'est tout ce qui m'attend ici.* ». Les résidents occultent donc leur passé, n'ont pas vraiment de projections dans le futur et font leur maximum pour savourer chaque petit instant de joie.

3 Discussion et recommandations managériales

Nous allons désormais croiser les données ressortant de notre analyse de la littérature avec les résultats de nos recherches empiriques issues des entretiens avec les résidents et les professionnels.

3.1 Discussion

La vision du bien-être perçue dans la littérature ou à travers les échanges avec les résidents et les salariés revêt de multiples aspects et la catégorisation des piliers le constituant ne trouve pas de consensus précis dans la littérature. Il nous a semblé pour cela important de confronter les regards des résidents ainsi que ceux des soignants afin d'en dégager une vision globale et de comprendre quels aspects de leurs relations impactaient directement le bien-être des résidents. Notre travail a fait émerger quatre thématiques des résultats de nos entretiens, à savoir un volet besoins élémentaires, un volet plus psychologique avec le travail émotionnel à faire sur soi, un volet environnemental et enfin un volet plus social centré sur les relations avec l'autre et l'accompagnement.

3.1.1 Agir sur les besoins primaires

Il ressort de notre étude de terrain que l'hygiène, le sommeil, l'alimentation et encore la sécurité sont indispensables au bien-être des résidents et que c'est dans ce but qu'ils ont accepté d'intégrer un EHPAD. Il apparaît d'ailleurs que ce point semble plus important à leurs yeux qu'à ceux des salariés. Or, Baud Mermoud et Morin (2016) qui se sont également intéressées à la qualité de vie perçue par des résidents en EHPAD en Suisse, ont mis en évidence que le facteur santé ou soin, que nous avons qualifié de besoins primaires, n'était pas un facteur déterminant dans l'évaluation de la qualité de vie et ceci ni pour les soignants, ni pour les résidents. Ce dernier n'apparaît d'ailleurs pas non plus dans la composition du bien-être de Ryff et Keyes (1995), ni de Indoumou-Peppe et *al.* (2021). Cet aspect nous semble toutefois moins impactant que d'autres critères sur l'évaluation de leur satisfaction et ne constituera pas d'axe prioritaire dans nos recommandations managériales.

3.1.2 Agir sur soi

Le travail sur soi ressort de notre étude comme élément capital dans la relation de service et spécialement dans les liens soignants résidents. Si l'on croise cela avec la vision de Ryff et Keyes (1995) cet aspect engloberait l'acceptation de soi, la croissance personnelle et le but de l'existence.

Du côté des salariés nous avons démontré que cette facette comprend notamment la gestion du lien affectif et en particulier la recherche du juste degré d'affection vis-à-vis des

résidents, mais également la forte implication personnelle nécessaire à l'accomplissement de leur travail au quotidien. Ce travail sur soi implique également la gestion des frustrations engendrées par un sentiment de travail bâclé et soumis à une trop forte pression temporelle ainsi que de l'insatisfaction vis à vis de la vision réductrice de leur travail par les résidents et de leur manque de reconnaissance à leur égard. Ces éléments vont dans le sens de Dickason (2018) qui elle résumera ceci en « *travail émotionnel* » mais également de Paul (2012), Pellat et *al.* (2021) et Gouteron (2022) pour qui les émotions et ressentis tiennent une part importante de la relation de soin. Si l'on croise ceci avec la vision de Ryff et Keyes (1995) ceci correspondrait à l'acceptation de soi du côté des salariés. Notre travail a aussi mis en exergue l'aspect vocationnel du métier et le souhait de prendre soin de l'autre mais également la volonté de s'enrichir au contact du résident ce qui corrobore les aspects croissance personnelle et but de l'existence de Ryff et Keyes (1995). Le « *travail émotionnel* » représentant une dimension majeure de la relation de soin, sera un levier des recommandations managériales à suivre.

Du côté des résidents nous avons mis en évidence le gros travail émotionnel nécessaire à l'acceptation de leur état de santé, et du choc représenté par l'entrée en EHPAD mais également du deuil de leur vie passée ainsi que de la perte de leurs biens. Ceci va dans le sens de la « *régulation émotionnelle* » évoquée par Bezaz et *al.* (2022) mais également de la vision de l'acceptation de soi de Ryff et Keyes (1995). Nous avons aussi démontré le fort besoin qu'ont ces derniers de continuer en permanence à se cultiver, à s'instruire et à maintenir une vie spirituelle ce qui là encore va dans le sens de de la croissance personnelle de Ryff et Keyes (1995). Le but de l'existence de ces derniers ne ressort toutefois pas franchement de notre étude du côté des résidents. Par contre ces derniers vont travailler dur pour maintenir leur autonomie tant physique que cognitive aussi longtemps possible ce qui va également dans le sens de Ryff et Keyes (1995) mais également d'Indoumou-Peppe et *al.* (2021). Du côté des résidents également cet aspect semblant fondamental sera traité dans nos recommandations managériales.

3.1.3 Agir sur l'environnement

Nous avons démontré que le fait de pouvoir agir sur son environnement constituait un socle majeur dans la quête de bien-être ce qui confirme les visions de Ryff et Keyes (1995) ainsi que de Baud Mermoud et Morin (2016). Cependant il est évident qu'il est parfois compliqué d'avoir une emprise sur lui et notamment sur l'environnement temporel et que celui-ci peut s'avérer être un allié dans la construction de la relation et notamment du travail émotionnel, en constituant le socle, mais également une contrainte forte soumise à des pressions

organisationnelles comme le confirment Martel et Roux (2020). Nous avons mis en avant le fait que les salariés ainsi que les résidents souffraient de manque de temps nécessaire à la bonne réalisation de la prise en charge et notamment sur son aspect relationnel ce qui va dans le sens de Dickason (2018) mais également Clauzel et Riché (2013). Ces derniers indiquant que le travail dans le temps était indispensable pour nouer un lien émotionnel avec l'autre dans une relation. Il est donc évident que dégager du temps de soin, au vu de l'importance capitale de cet élément, fera partie de nos recommandations managériales.

Nos recherches indiquent également que pour les salariés, tout comme pour les résidents, le temps fonde un vecteur essentiel dans l'apprentissage et la constitution d'expérience. Les salariés insisteront plus sur le volet apprentissage et formation des jeunes ce qui est soutenu par Dickason (2018). Pour les résidents cela se manifestera notamment par la connaissance des habitudes des uns et des autres ainsi que la connaissance des rouages de l'organisation de la structure ce qui va dans le sens de Bezaz et *al.* (2022).

Il ressort de nos travaux que les salariés tout comme les résidents vont adopter des stratégies d'adaptation à cet environnement contraint, en travaillant de pair « contre » l'organisation, ce qui corrobore les visions d'empowerment soutenues par Martel et Roux (2020), Bacqué et Biewener (2013) ou encore Meyssonier et Zakar (2016). Cette capacité d'empowerment permettant aux salariés de développer leurs compétences relationnelles et leurs facilités à s'adapter aux différentes situations, et donc de personnaliser au mieux le service, jouant un rôle déterminant dans la satisfaction des résidents, fera également partie de nos recommandations à venir.

Notre étude démontre également l'importance de l'environnement relationnel et notamment familial sur le bien-être des résidents ce qui rejoint le pilier de relations positives avec les autres évoqué par Ryff et Keyes mais également par Ayadi et *al.* (2019). Ces relations familiales pouvant constituer tant un frein dans la relation soignant-résident, qu'un levier d'action se retrouvera naturellement dans nos axes d'amélioration.

Enfin, en dernier lieu nous avons montré que l'environnement institutionnel et notamment le travail en équipe et la communication était souvent évoqué par les salariés ce qui constituera également un axe de travail.

3.1.4 Agir avec l'autre : l'accompagnement

En dernier lieu, notre travail a mis en avant l'importance de l'accompagnement des résidents au quotidien ce qui rejoint les relations positives avec autrui de Ryff et Keyes (1995). Les résidents tout comme les salariés ont insisté sur l'échange et la communication nécessaire entre eux au quotidien, si possible accompagné de bonne humeur et d'humour. Ils ont également mis l'accent sur l'empathie, qui semble être une qualité fondamentale et qui permettrait de ressentir les besoins des résidents, même si ces derniers n'arrivent pas à les formuler voire même à les connaître. Ils évoquent également la nécessité de partage, notamment de moments communs autres que du soin pur, mais également d'intimité. Tous parlent au même titre d'une relation basée sur la confiance, sur l'authenticité et la sincérité mais également de respect. Les soignants notamment, insisteront plus sur l'aide et le soutien, en particulier dans le maintien de l'autonomie, tout cela avec le consentement du résident. Cette notion, assez compliquée à définir, rejoint tout à fait les travaux de Paul (2012) qui verra cela comme une posture, inscrite dans une démarche « *d'aller vers* », en relation avec l'autre ou « *être avec* ». Deux extraits notamment de cette dernière résumant bien les différents aspects mis en avant dans notre étude à savoir « *le travail avec autrui présuppose donc que soit reconnue la dimension de sujet dans son rythme propre, ses résistances, son histoire et les contextes qui sont les siens* » et « *l'accompagnement introduit une dimension expérientielle à l'écoute du patient, de la reconnaissance de ses besoins et de ses ressources mais aussi de ses difficultés pour accepter sa condition* ». Paul (2012)

3.2 Recommandations managériales

De ces regards croisés sur le bien-être des résidents, perçus par les résidents, par les salariés, mais également par différentes approches de la littérature, ressortent quelques grandes recommandations managériales que nous allons formuler en nous appuyant sur les deux acteurs majeurs de la relation de service à savoir le professionnel, ici le soignant ainsi que le client, ici le résident.

3.2.1 Recommandations à destination des soignants

Comme vu dans nos travaux, les salariés ont une très forte charge émotionnelle à gérer et se sentent souvent dévalorisés. Il semble nécessaire de veiller à pratiquer un management bienveillant et d'arriver à redonner du sens à leur travail et à leur montrer régulièrement de la

reconnaissance. Pour cela il est important de les fédérer autour d'une vision commune, ceci pourrait notamment se faire en les incluant dans l'élaboration du projet d'établissement et en les faisant participer tout au long de l'année à des groupes de travail visant à redéfinir le futur projet puisque celui-ci doit être réévalué tous les cinq ans. Toujours dans l'objectif d'assembler les différents membres de l'équipe, il semble important de pouvoir les réunir autour de moments fédérateurs tels que des événements conviviaux ou des manifestations sportives.

La plupart des soignants souffre également du manque de personnel et de la peur de savoir si la relève sera assurée. L'encadrement devrait donc se constituer un vivier de remplaçants à activer et à alimenter fréquemment. Certaines plateformes de gestion de remplacement existent et sont couplées à des applications simples d'utilisation et ludiques. Il restera néanmoins à en faire la promotion et notamment auprès des écoles.

Nous avons vu que l'empowerment constituait une des bases du travail des soignants, il nous apparaît donc évident de pouvoir les inciter un maximum à la prise d'initiatives. Pour ceci, de courtes réunions, mais régulières, peuvent être instaurées afin de leur laisser de la place pour l'expression des problèmes qu'ils peuvent rencontrer au quotidien, mais également d'en faire émerger des solutions de manière collective. Il est essentiel également que chacun puisse s'exprimer et agir en se basant sur les forces et les singularités de tous. Le manager se doit donc d'être à l'écoute de son équipe, d'harmoniser les pratiques tout en y laissant de la place pour l'innovation.

Notre étude révèle également que des salariés heureux et détendus avaient un impact positif sur l'ambiance générale de l'établissement et sur le bien-être des résidents. En ce sens une action sur la qualité de vie au travail des soignants semble tout à fait indiquée. Il serait notamment recommandé de rendre leur lieu de pause le plus agréable possible en le réaménageant ou en le décorant afin d'en faire un espace chaleureux. Y instaurer des rituels de pause commune permettrait d'une part de faire baisser la pression émotionnelle et d'autre part de favoriser des échanges, certes moins formels, mais pouvant être tout aussi constructifs, au sein de l'équipe.

Un certain questionnement sur les formations actuelles des soignantes est également ressorti de nos entretiens et notamment l'aspect psychologique qui est fondamental et peut-être pas assez travaillé dans le cadre scolaire. Les programmes d'études auraient probablement à gagner en efficacité si plus de psychologie, de connaissance de soi et des autres était inculqué. Certes à l'heure actuelle la tendance est plus à raccourcir les formations initiales afin de rendre

rapidement des soignants opérationnels sur le terrain, mais dans ce cas, des formations obligatoires, voire à distance pour plus de praticité, devraient être dispensées chaque année pour pouvoir continuer à exercer ce volet.

Enfin le thème central révélé par notre travail est le manque de temps dont se plaignent soignants et résidents. Un travail entre l'équipe encadrante et l'équipe de soignant est préconisé afin de faire un inventaire des pratiques en terme d'organisation. Des méthodes telles que le lean management sont tout indiquées afin de résoudre des problèmes organisationnels qui parfois sont évidents et assez simples à résoudre, mais par manque de dialogue et de temps ne sont pas engagées. La réorganisation de l'espace de travail peut également être retravaillée afin d'éviter des pas inutiles et du temps perdu, en recherche de matériel notamment. Le volet administratif semble être toujours plus conséquent pour les soignants et représente du temps perdu auprès des résidents. La traçabilité des actes de soins notamment peut très vite devenir chronophage. Il est important pour le manager de former les équipes à tracer les actes effectués dès la sortie de la chambre du résident lorsque leur mémoire est encore fraîche et de ne pas attendre la fin de leur service et de perdre du temps à se remémorer les choses ou à devoir demander à des collègues. Là encore de nombreuses solutions numériques existent comme notamment des tablettes couplées au logiciel de soin.

3.2.2 Recommandations à destination des résidents

Du côté des résidents, certaines actions peuvent être développées afin d'améliorer leurs conditions de vie. Nous avons notamment pu voir que leur entrée en EHPAD représentait un véritable choc pour eux. Il semble en ce sens intéressant de pouvoir développer les préadmissions. Le résident se sentirait probablement plus en sécurité s'il avait pu visiter l'établissement avant son arrivée, voire même d'avoir pu choisir sa chambre. Un membre du personnel pourrait également venir à la rencontre du futur résident afin de se présenter et de présenter la structure. Ceci éviterait également les dossiers *viatrajectoire*¹⁰ incomplets où ne reflétant absolument pas la réalité de l'état de santé de la personne. Les visites de préadmissions, notamment si les personnes sont déjà dans un établissement de soin, présenteraient également l'avantage d'être certain d'obtenir les ordonnances à jour et en temps utile. Ceci pourrait

¹⁰ Viatrajectoire est un service public, gratuit et sécurisé qui propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé.

également être une aide précieuse sur le plan de la connaissance du futur résident et notamment sur ses habitudes alimentaires, ses allergies et sa prise en soin.

Un aspect nous semblant également central au vu de nos recherches se situe dans la constitution du Projet de Vie Personnalisé de chaque résident. Ce document étant décrit par la HAS comme « *un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie.* »¹¹ La constitution de ce document regroupant les volontés et besoins du résident, mais également ce qu'il apprécie, ses aversions et tout ce qui semble utile à une prise en charge individualisée, est souvent limité à une simple formalité légale. Or, il nous semble décisif de pouvoir réellement construire ce projet de vie en collaboration avec l'ensemble de l'équipe, le résident, mais également son entourage afin d'obtenir le retour de tous les acteurs gravitant autour du résident et de constituer une image, la plus fidèle possible, de sa vision de sa vie. Là encore, il doit s'agir d'un travail de chaque instant afin de pouvoir faire évoluer ce projet de vie en fonction des changements de situation et que chacun puisse l'alimenter et l'enrichir. Il est réellement crucial de pouvoir faire vivre ces projets de vie et de transmettre à toute l'équipe les clés pour pouvoir les consulter rapidement afin de s'en imprégner.

CONCLUSION

Nous avons pu découvrir au travers de cette étude la force des liens unissant les soignants et les résidents en EHPAD et les répercussions de ces relations sur le bien-être de ces derniers. Cette relation rassemblant ces deux acteurs est très riche et de nombreux aspects la constituent influent sur le bien-être des résidents. Nous avons tenté d'apporter quelques pistes et recommandations afin que cette relation puisse se développer au mieux dans le contexte actuel relativement contraint sur de nombreux points. Nous avons pu démontrer notamment, que le temps consacré aux résidents, représentait l'élément central de leur relation avec les soignants et tenait une part considérable sur leur bien-être. Or, à l'heure actuelle, des contraintes économiques de plus en plus lourdes pèsent sur les Ehpads et cet aspect tend à être rationalisé au maximum. Il nous semble donc impératif d'optimiser l'organisation des soins et des structures afin de réussir à dégager un maximum de temps pour les soignants auprès des résidents. Mais à l'heure où les autorités de tutelle poussent les structures à se rassembler et à

¹¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf

créer des entités plus importantes pour maximiser les moyens, n'allons-nous pas perdre en proximité et humanité ? La hausse des mesures de contrôle et d'évaluation des structures engendre-t-elle réellement un impact positif sur les résidents ? Ne vaudrait-il pas mieux investir dans l'image de marque et l'attractivité des métiers du soin envers les personnes âgées afin de faire naître plus de vocations chez les plus jeunes ?

Il nous semble dans tous les cas essentiel de finir ce travail non pas en nous focalisant sur tous les soucis structurels rencontrés par les EHPAD à l'heure actuelle, mais plutôt sur la richesse des échanges existant entre aînés ayant une intense et longue vie derrière eux et des soignants, parfois très jeunes, ayant tout à apprendre à leur contact. Nous avons vu que le bonheur des résidents pouvait parfois surgir dans des moments très simples du quotidien et qu'un vrai travail d'équipe, couplé à des soignants passionnés et un encadrement motivé peuvent rendre la fin de vie de ces personnes douce et agréable. Nous finirons par cette citation de Confucius :

« Le bonheur ne dépend pas de ce qui nous manque, mais de la façon dont nous nous servons de ce que nous avons. »

BIBLIOGRAPHIE

Abbes I, Touil S. Formes du bien-être et expériences de consommation : une application au secteur touristique: Forms of well-being and consumer experiences: an application to the tourism sector. *Decisions Marketing*. juill 2017;(87):81-98.

Ayadi N, Paraschiv C, Vernet É. Vers un référentiel théorique interdisciplinaire du bien-être individuel. *Revue Française de Gestion*. mai 2019;45(281):43-56.

Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? Idées économiques et sociales. 2013;173(3):25-32.

Baud Mermoud V, Morin D. Regards croisés entre l'évaluation de la qualité de vie perçue par le résident hébergé en établissement médico-social et par le soignant référent. *Recherche en soins infirmiers*. 2016;126(3):38-50.

BEZAZ N, DIANOUX C, THEVENOT G. La mesure de la satisfaction a-t-elle toujours du sens quelle que soit l'activité ? Le cas des EHPAD. *Revue Management et Avenir*. févr 2022;(124):59-82.

Bonnemaizon A, Amine A, Josion-Portail M. La participation des patients âgés à la relation de soins en question(s) ! Une recherche dans un service hospitalier de gériatrie. *Revue française de gestion*. 2020;290(5):107-27.

Clauzelc A, Riché C. Relation-Client Et Gestion Du Temps De Consommation: Quel Rôle Du Sourire Du Personnel-en Contact En Restauration?: CUSTOMER RELATIONSHIP AND MEAL DURATION : WHAT IMPACTS OF FRONT-LINE EMPLOYEES' SMILING? *Revue Française du Marketing*. déc 2013;(244/245):95-111.

Dhulst A. Quels critères ? Quelle attitude ? In: *Vie bonne et grand âge* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2021 [cité 10 nov 2022]. p. 87-95. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/vie-bonne-et-grand-age--9782130832393-p-87.htm>

Dickason R. Asclépios, Hygie, Chronos et Poséidon : le temps et les émotions au cœur du soin: Asclepius; Hygieia, Chronos and Poseidon. Time and Emotions at the Heart of Caring. Ascíepío, Higía, Cronos y Poseidon El tiempo y las emociones en el centro de la asistencia sanitaria. *juill 2018;35(4):45-75*.

Esslimani B, Igalens J. Rôle de l'empowerment dans le développement d'un comportement orienté client chez le personnel en contact avec la clientèle. *Revue de gestion des ressources humaines*. 2008;68(2):17-29.

Gouteron J. Le rôle du personnel en contact dans la relation qu'un client entretient avec une enseigne Le cas du secteur bancaire. *Revue des Sciences de Gestion*. janv 2022;(313):53-66.

Hervy MP. Des recommandations de l'anesm sur la qualité de vie en ehpad : pourquoi ce thème ? Empan. 2013;92(4):126-32.

Indoumou-Peppe C, Altintas E, Ngoma-Voumbi E, Guerrien A. Adaptation et validation d'une échelle de satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux auprès de personnes âgées gabonaises. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement. mars 2021;40(1):39-48.

Martel E, Roux D. Pour, contre et avec le client: Une approche théorique de la résistance du personnel en contact. Revue Française de Gestion. oct 2020;46(292):97-119.

Meyssonnier F, Zakar M. Satisfaction du client et efficience du personnel en contact dans la relation de service. Étude du cas d'une entreprise de grandes surfaces de bricolage. Recherches en Sciences de Gestion. 2016;112(1):59-76.

Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. Recherche en soins infirmiers. 2012;110(3):13-20.

Pellat G, Poujol F, Siadou-Martin B. L'orientation client du vendeur du point de vue du consommateur : les apports de la théorie de l'attachement. Revue Management et Avenir. janv 2010;(31):246-66.

Prévo J, Weber A. Participation et choix des personnes âgées vivant en institution. Retraite et société. 2009;59(3):181-93.

Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. oct 1995;69(4):719-27.

Valentini T, Castéran H. Satisfaction des visiteurs et comportement du personnel de contact. Revue Management et Avenir. mars 2016;(84):141-57.

La loi 2002 dans le social [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://metiers.action-sociale.org/pratiques/loi-2002-medico-social>

Castanet V. Les fossoyeurs. Paris: Fayard; 2022. 390 p.

Méthodologie de la recherche en sciences de gestion: réussir son mémoire ou sa thèse. 3e éd. Montreuil: Pearson ; 2018



MEMOIRE - ANNEXES

MASTER 2 MAE MANAGEMENT DES ORGANISATIONS DE SANTE
ET MEDICO-SOCIALES

BIEN-ETRE DES RESIDENTS
IMPACT DE LA RELATION RESIDENTS-SOIGNANTS :
REGARDS CROISES

Sous la direction de
Caroline MERDINGER-RUMPLER

Présenté par
Sophie BOHN

Année universitaire 2022-2023

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 Guide d'entretien semi-directif résidents	2
ANNEXE 2 Guide d'entretien semi-directif soignants	4
ANNEXE 3 Extrait tableau de codage	6
ANNEXE 4 Carte mentale.....	9

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF RESIDENTS

Pour commencer, parlez-moi de votre vécu, de votre expérience à NDA, ce qui m'intéresse c'est comment vous vous sentez ici.

Thème 1 :

Entrée en EHPAD

Vos attentes / craintes

Vous vous souvenez comment s'est passé votre arrivée ? Vous êtes entré volontairement ici ?
Que pensiez-vous trouver en venant en EHPAD ? Aviez-vous des attentes particulières ?

Aviez-vous des craintes ? Celles-ci se sont révélées justifiées ?

Thème 2 : Vie quotidienne

Comment se passent votre quotidien à l'EHPAD ? Qu'est-ce que vous préférez dans vos journées ? Est-ce que vous souvenez de journées qui vous ont marquées ? De période de l'année que vous préférez ?

Qu'est-ce qui vous plaît moins ? Qu'est-ce qui vous manque ?

(But essayer de caractériser le bien-être – le faire formuler / pensées-émotions-intention de comportement)

Thème 3 : Relations

Comment se passent vos relations avec les autres résidents ?

Comment ça se passe depuis le début avec le personnel ? Est-ce que vous vous êtes senti aidé ?

Qu'est ce qui se passe bien / moins bien ?

Et vous vous êtes déjà senti comme ça à un autre moment de votre vie ?

Thème 4 : Notion de bien-être

Comment êtes-vous quand vous vous sentez bien ?

+ Synthétiser tout ce qu'ils ont dit

Et finir par

« Quel conseil donneriez-vous à quelqu'un qui va entrer en EHPAD prochainement ? »

+ Situation maritale, depuis quand ici, sexe, âge

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF SOIGNANTS

Aujourd'hui vous êtes AS/ASL/IDE en EHPAD, qu'est-ce que vous vivez au quotidien dans votre métier de soignant ?

Thème 1 : Votre métier

Sous-thème : vos attentes

Pourquoi avez-vous choisi de faire ce métier? Quels étaient vos objectifs? Ont-ils évolués depuis le début de votre carrière?

Quel type de professionnel aimeriez-vous être ?

Sous thème : craintes

Aviez-vous des craintes ou doutes en vous lançant dans cette voie? Ce sont-elles justifiées? Et comment se sont-elles manifestées?

Thème 2 : Votre quotidien

Votre vécu :

Comment se passe votre quotidien de soignant? A t-il évolué depuis le début de votre carrière?

Qu'est ce qui se passe bien pour vous? Quels sont les éléments facilitants dans votre quotidien? à contrario qu'est ce qui est difficile pour vous?

(Leur faire remonter des exemples)

Thème 3 : Vos relations

Sous-thème 1 : avec les résidents

Comment se passent vos relations avec les résidents? Qu'est-ce que vous appréciez? Qu'est-ce qui vous manque?

Sous-thème 2 : avec l'encadrement

Mêmes questions

Sous-thème 3 : avec les collègues

Mêmes questions + quel rôle jouent vos collègues dans la réalisation de votre métier au quotidien?

Thème 4 : Apprentissages

Qu'avez-vous appris en faisant ce métier? Et particulièrement à NDA?

Que pensez-vous apportez aux résidents? (creuser avec des exemples concrets)

Thème 5 : impact

Les soirs où vous vous sentez bien après votre journée de travail qu'est ce qui s'est passé la journée ? Qu'est-ce qui vous apporte de l'énergie positive (ou négative) ?

Synthèse

Thème 6 : Conseil

Quel conseil donneriez-vous à un tout jeune AS/ASL/IDE démarrant dans le métier?

Thème 7 : Profil

Formation initiale - expérience soignant ailleurs - parcours pro - fonction - nombre année dans la structure - sexe

ANNEXE 3

EXTRAIT DU TABLEAU DE CODAGE

The image shows a screenshot of a Microsoft Word document. The document contains a table with multiple columns and rows. The text within the table is mostly illegible due to blurring, but it appears to be a coding scheme or a list of items with associated codes. The table has several columns, with the first column containing the most text. The document is displayed in a window with a standard Windows taskbar at the bottom.

numéro verbatim	Code interrogé	Verbatim	idée principale	sous-thématique	Thématique	thématique selon Kyff et Reys
1	S6L	L : Que ce soit positif ou négatif ? En général ? Généralité ? Ben de l'aide, du soutien moral et physique et en général un manque de temps, manque de temps, manque de pas de moyens parce qu'on a assez de moyens, manque de travail en équipe.	Apporter de l'aide	Aide	accompagnement	
1	R6S	M.S : Ben écoute je me sens très bien, je suis étonné. J'ai vécu à 6 ans seul à la maison je me faisais la cuisine plus ou moins, j'avais un très grand jardin, j'avais de l'occupation, je faisais les achats, j'avais une voiture, j'étais relativement content. Ma femme est morte malheureusement.	Moins de solitude en Ehpad	deuil vie passée	agir sur soi	acceptation de soi
2	R6S	M.S : Il y a 6 ans, 7 ans maintenant. Jusqu'au jour où ça n'allait plus. Disons que ça a commencé le soir je n'avais pas faim donc je mangeais rien souvent. Parfois je mangeais un petit yaourt et c'est tout et ça a duré je ne sais pas un certain temps et tout d'un coup je me suis... J'ai été invité un midi pour aller manger chez des amis, j'ai même pas pu aller à pied. J'étais...		entrée ehpad - déclencheur	agir sur besoins élémentaires	croissance personnelle
2	S6L	L : Que ce soit positif ou négatif ? En général ? Généralité ? Ben de l'aide, du soutien moral et physique et en général un manque de temps, manque de temps, manque de pas de moyens parce qu'on a assez de moyens, manque de travail en équipe.	apporter du soutien physique et moral	soutien physique et moral	accompagnement	
3	R6S	M.S : Alors j'ai téléphoné et ils sont venus me chercher. Puis j'étais 4 semaines à l'hôpital, j'avais de l'eau dans les poumons, je pouvais plus respirer. Je pensais que c'était la fin malheureusement ou heureusement je ne sais pas. Et alors j'étais 4 semaines ah non 3 semaines aux Trois Epis et alors on a débattu mes filles et moi ce que je pouvais faire. Et j'ai dit je peux impossiblement c'est pas possible que je retourne à Muntzenheim seul, ça ne va plus. Alors prendre une femme qui est toute la journée avec moi est-ce que je la supporterai ? est-ce qu'elle me supporterait ? C'est une grande grande question et j'en doute, donc j'ai dit aller dans un EHPAD. Et j'avais fait, j'ai j'étais 3 jours à Kunheim à la Roselière pour un comme ça on peut y aller pour un jour.	entrée volontaire en Ehpad	entrée ehpad déclencheur	agir sur besoins élémentaires	acceptation de soi
3	S6L	L : Que ce soit positif ou négatif ? En général ? Généralité ? Ben de l'aide, du soutien moral et physique et en général un manque de temps, manque de temps, manque de pas de moyens parce qu'on a assez de moyens, manque de travail en équipe.	manque de temps	temps - manque	accompagnement	
4	R6S	M.S : Et j'y étais 3 fois et disons que c'était pas mal, c'était bien et alors quand on a décidé oui de faire ça mes filles ont cherché et la Roselière a dit non ils n'ont pas de place. Alors il y avait Horbourg, j'aurais aimé aller à Horbourg mais ils ont dit non car il n'y a que des Alzheimer.		famille - soutien	agir sur environnement	But existence
4	S6L	L : Que ce soit positif ou négatif ? En général ? Généralité ? Ben de l'aide, du soutien moral et physique et en général un manque de temps, manque de temps, manque de pas de moyens parce qu'on a assez de moyens, manque de travail en équipe.	manque de travail en équipe	travail en équipe	agir sur environnement	But existence
5	S6L	L : Déjà je pense qu'on ne fait pas ce métier la par hasard. On peut le faire par défaut mais je pense que ce sera encore plus compliqué. Dans le dans le but, de de l'aide, toujours de l'aide, de l'aide auprès de personnes vulnérables, que ce soit personnes âgées (c'était peut-être pas que les personnes âgées) mais auprès de personnes vulnérables. Amener du soutien et de l'aide.	métier par vocation	vocation	agir sur soi	But existence
5	R6S	M.S : Alors j'ai cherché partout et ils ont trouvé ici et ici il y avait de la place. Et je peux dire que j'ai trouvé le bon lot.			agir sur environnement	maîtrise environnement
6	R6S	M.S : Oui c'est un petit truc mais c'est sympa, c'est bien, on mange très bien je suis étonné la cuisine est bonne.	importance de bien manger	repas - importance bien manger	agir sur besoins élémentaires	
6	S6L	L : Déjà je pense qu'on ne fait pas ce métier la par hasard. On peut le faire par défaut mais je pense que ce sera encore plus compliqué. Dans le dans le but, de de l'aide, toujours de l'aide, de l'aide auprès de personnes vulnérables, que ce soit personnes âgées (c'était peut-être pas que les personnes âgées) mais auprès de personnes vulnérables. Amener du soutien et de l'aide.	apporter soutien et aide aux personnes vulnérables			
6	S6L	L : Déjà je pense qu'on ne fait pas ce métier la par hasard. On peut le faire par défaut mais je pense que ce sera encore plus compliqué. Dans le dans le but, de de l'aide, toujours de l'aide, de l'aide auprès de personnes vulnérables, que ce soit personnes âgées (c'était peut-être pas que les personnes âgées) mais auprès de personnes vulnérables. Amener du soutien et de l'aide.		soutien physique et moral	accompagnement	But existence
7	R6S	M.S : Oui enfin je mange sans appétit mais je mange tous les soirs. Je mange tout ce qu'on me donne j'ai toujours tout mangé ici, à la maison je mangeais pas. Il y avait un tas de choses que ma femme n'aurait pas pu me mettre sur table. (rire) Et là il faut que je mange et je mange.	adaptabilité à une autre cuisine	adaptation - autre cuisine	agir sur besoins élémentaires	maîtrise environnement
7	S6L	L : Donner du temps, c'est ce qui manque un peu. Pas que du nursing, donner du temps vraiment.	souhait de donner du temps aux résidents	temps	accompagnement	But existence
8	S6L	L : Donner du temps, c'est ce qui manque un peu. Pas que du nursing, donner du temps vraiment.	pas que le côté nursing pur		accompagnement	Relations positives avec autre
8	R6S	M.S : J'étais à table avec Mr S. Monsieur S. vous le connaissez peut-être ?		non restriction au soin	accompagnement	
9	R6S	M.S : C'est un Monsieur très intéressant, très intelligent, très sympathique. On sympathisait bien mais je le comprends très mal quand il parle. Il parle très très mal. Alors il faut que je lui redemande trois fois pour qu'il me dise, c'est pénible. Alors il y avait Monsieur comment il s'appelle ? il est mort.	problème de communication entre résidents (audition)	communication - autres résidents - difficile		Relations positives avec autre
9	S6L	L : Pour être présent, pour les écouter, pour leur parler, pour du confort autre que juste qu'un confort d'hygiène.	besoin d'échanger avec eux	echange	accompagnement	Relations positives avec autre
10	R6S	M.S : C'est un Monsieur très intéressant, très intelligent, très sympathique. On sympathisait bien mais je le comprends très mal quand il parle. Il parle très très mal. Alors il faut que je lui redemande trois fois pour qu'il me dise, c'est pénible. Alors il y avait Monsieur comment il s'appelle ? il est mort.	importance communication entre résidents	communication - autres résidents - besoin se cultiver	agir sur environnement	croissance personnelle
10	S6L	Pour être présent, pour les écouter, pour leur parler, pour du confort autre que juste qu'un confort d'hygiène.	besoin de les écouter	ecoute - conversation	accompagnement	Relations positives avec autre
11	S6L	Pour être présent, pour les écouter, pour leur parler, pour du confort autre que juste qu'un confort d'hygiène.	besoin de leur amener confort (pas que hygiène)	confort	accompagnement	But existence
11	R6S	M.S : Il était sympa à table mais il n'est pas resté longtemps. Il est resté 2 semaines et après il est resté au lit. Alors après on m'a mis madame L. Madame L. c'est un cas.			agir sur environnement	relations positives avec d'autres
12	S6L	L : De la présence, du soutien, de ne pas les laisser seuls, de les écouter, d'entendre. Je crois qu'ils n'ont pas besoin que du nursing mais au contraire ils ont besoin surtout de présence. Et on l'a pas. On leur dit on revient et on revient rarement.	leur apporter présence - ne pas les laisser seuls	presence	accompagnement	croissance personnelle
12	R6S	M.S : Je me suis bien amusé. Elle elle est sourde comme un pot, elle ne voit pas bien.				croissance personnelle
13	S6L	L : De la présence, du soutien, de ne pas les laisser seuls, de les écouter, d'entendre. Je crois qu'ils n'ont pas besoin que du nursing mais au contraire ils ont besoin surtout de présence. Et on l'a pas. On leur dit on revient et on revient rarement.	besoin de les écouter et surtout les entendre	ecoute	accompagnement	Relations positives avec autre
13	R6S	M.S : Et elle n'est jamais jamais contente. Et je l'ai déjà vu à table pleurer parce qu'elle était là enfin... C'est terrible. Alors elle veut parler à Monsieur S. il faut que je je				
14	S6L	L : De la présence, du soutien, de ne pas les laisser seuls, de les écouter, d'entendre. Je crois qu'ils n'ont pas besoin que du nursing mais au contraire ils ont besoin surtout de présence. Et on l'a pas. On leur dit on revient et on revient rarement.	obligé de mentir aux résidents	mensonge	accompagnement	Relations positives avec autre
14	R6S	M.S : Je faisais l'intermédiaire. Et je ne sais pas qui a décidé				
15	R6S	M.S : Ah c'était vous. De me mettre à côté chez la sœur. La sœur elle est top et là maintenant il y a aussi Madame K. Madame K. c'est une dame très intelligente et intéressante et à midi parfois il y a Mr W. aussi. Mr Wicky est aussi un de ceux qui sont pas contents.	lier des liens avec voisins de table	communication - avec résident - besoin de se cultiver	agir sur environnement	Relations positives avec autre
15	S6L	L : Bien sûr. On leur ment et la plupart en sont très conscients. On le fait, pas pour leur mentir, on leur dit pas, en fin de compte on a pas cette approche pour leur mentir, parce qu'on espère revenir. Parfois on peut prendre du temps sur notre temps perso pour le faire, mais c'est sûr peut-être qu'on devrait rien dire dans ces cas-là. Mais quitter une chambre en ne disant rien ou à demain, à plus tard... voilà si on dit à plus tard et on revient pas c'est compliqué. Et même s'ils ont des problèmes cognitifs, je pense qu'ils sont bien conscients que c'est la solitude qui leur pèse, c'est pas juste leur état de santé. C'est pas juste la vieillesse, la vieillesse c'est pas juste leur problème. C'est pas la sénescence comme on dit, c'est la solitude.	résidents conscients qu'on leur ment	mensonge - résidents le savent	accompagnement	Relations positives avec autre

