

Institut de Formation en Soins Infirmiers

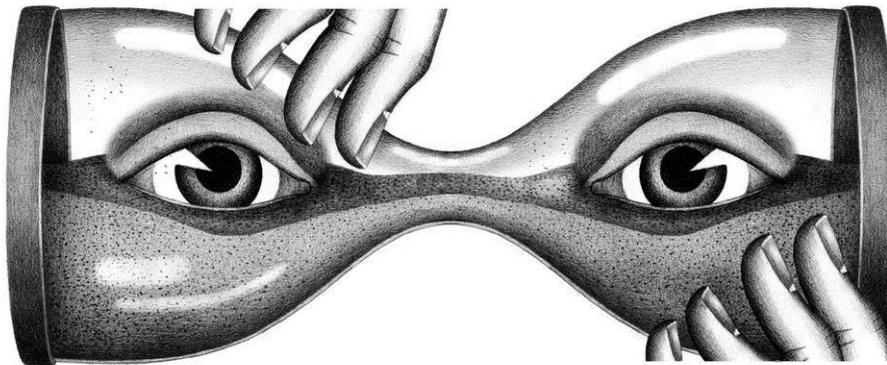
I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P. du

G.I.P.E.S. d'Avignon et du

Pays de Vaucluse

## **Personnes âgées et soignants en EHPAD :**

### **Soignons le temps**



Unité d'enseignement 3.4 S6

NOM DU DIRECTEUR DE MEMOIRE : BORY Martine

Date de rendu le 24/05/2020

Promotion 2017-2020

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

## **Remerciements,**

Ce travail de mémoire marque la fin de mes 3 années de formation infirmier. Il m'est donc important de commencer par remercier mon groupe d'amis d'IFSI avec qui nous avons passé toutes ces péripéties afin d'arriver jusqu'au diplôme.

Je remercie ensuite grandement Madame BORY qui a su me pousser dans la réflexion, me guider et m'aider dans mes recherches pour ce travail.

Merci à la participation des soignants que j'ai interrogé d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions.

Je remercie les infirmiers bienveillants, tout comme les malveillants qui m'ont appris durant mes stages à vouloir devenir l'infirmier que je veux être et celui que je ne veux pas être.

Une douce pensée particulière pour Mélissa qui m'a accompagné dans la vie et pour ce mémoire.

Sans eux je ne serai rien alors je remercie mes amis qui me sont cher : Mickael, Greg, Louis, Gina, Nicolas, Yannis, Adrien et Fabrice.

Je fini ces remerciements par ma famille qui m'est précieuse.

## Table des matières

1. Introduction .....	1
2. Situation d'appel et question de départ .....	2
3. Cadre conceptuel.....	9
3.1 Le temps.....	9
3.1.1 Définition .....	9
3.1.2 Le temps en philosophie .....	10
3.2 Le temps du résident en EHPAD .....	14
3.2.1 Le vieillissement.....	15
3.2.2 Effet du vieillissement sur l'organisme .....	15
3.2.3 La psychologie et le vieillissement.....	17
3.2.4 Le temps et la subjectivité.....	19
3.2.5 Le mal être des personnes âgées ?.....	20
3.2.6 Le quotidien et le bien être des personnes âgées.....	23
3.3 Le temps du soignant.....	27
3.3.1 Le soin et Prendre soin.....	27
3.3.2 Soin relationnel.....	28
3.3.3 Les freins du temps des soins : contexte institutionnel et sociétal .....	29
3.3.4 Valeurs soignantes.....	32
3.3.5 Souffrance Soignante.....	33
3.3.6 Mécanisme de défense soignant .....	34
4. Problématisation .....	37
5. Enquête de terrain .....	38
5.1 Méthodologie .....	38
5.1.1 Choix de la méthode et de la population.....	38
5.1.2 Construction de l'outil : entretien semi-directif .....	39
6. Déroulement des entretiens .....	42
6.1 Enquête de terrain.....	42
6.2 Difficultés rencontrées et regard critique.....	42
6.3 Exploitation de l'enquête .....	43
7. Analyse des entretiens .....	44
7.1 Un rapport au temps très subjectif.....	44
7.2 Le manque de temps : un frein à la relation.....	45

7.3 Le temps de l'institution : des soignants sous pression .....	47
7.4 Une souffrance commune mais non partagée. Des valeurs soignantes qui protègent qui ? .....	48
7.5 La dépendance des personnes âgées en institution : une iatrogénie évitable ? .....	50
7.6 Vers des solutions à l'amélioration de la prise en charge et de la relation. ....	50
8. Question centrale de recherche .....	52
9. Conclusion .....	53
10. Bibliographie .....	54
ANNEXES .....	59
ANNEXE I : Autorisation du directeur pour les entretiens .....	
ANNEXE II : Retranscription des entretiens .....	
Entretien Infirmier (E1) .....	
Entretien AS (E2) .....	
Entretien Animatrice (E3) .....	
ANNEXE III Grille d'entretien / Analyse Vertical : .....	
ANNEXE IV : Grille d'Analyse Horizontal .....	
ANNEXE V : Autorisation de diffusion de mémoire .....	

## 1. Introduction

« Je n'ai pas le temps. » Voici une phrase bien curieuse que l'on entend souvent dans notre société qui demande toujours plus d'efficacité. La culture du management, la rentabilité, les contraintes institutionnelles vont avoir une influence sur les différentes prises en charge des personnes qui bénéficient des soins et sur ceux, de l'autre côté, qui les prodiguent.

Le soin relationnel, pourtant censé être le cœur du métier d'infirmier, est grignoté par ce manque de temps avec le besoin de s'occuper de chacun, de réaliser des actes de soin, de faire les transmissions et les tâches administratives. Trop occupés, trop concentrés, certains en oublient l'humain qui se cache derrière le patient quand celui-ci devrait être au centre du soin. Chacun le sait, le temps est relatif et il n'y a pas meilleur endroit que les centres de soin pour observer ce phénomène : si d'un côté le temps ne cesse de manquer, de l'autre on trouve parfois le temps bien long entre les quatre murs d'une chambre.

Durant un stage réalisé en Maison de Retraite, j'ai pu observer les résidents qui eux avaient une quantité de temps contradictoire avec celui des soignants. Ces situations en stage m'ont amené à me questionner sur le temps du patient et le temps du soignant.

Ainsi, pour aborder ces questionnements de la situation de départ, le cadre de référence s'articule en trois temps. Dans une première partie nous étudierons, le temps en général et philosophique. En deuxième partie nous travaillerons sur le temps du résident en EHPAD puis en troisième partie sur le temps du soignant avec le prendre soin, le soin relationnel, le contexte institutionnel, les valeurs et souffrances soignantes. Par suite du cadre de référence naîtra une problématisation qui permettra de mener une enquête de terrain afin de mener une analyse de la réalité et de la confronter aux recherches effectuées.

## **2. Situation d'appel et question de départ**

Ma situation est le résultat d'un stage de première année infirmier d'une durée de 1 mois en EHPAD, soit un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Dans ce genre d'Établissement, ce sont les soins de nursing les actes les plus réalisés et l'accompagnement dans la vie quotidienne des résidents.

Dans cette maison de retraite vie 80 résidents. Le personnel soignant est composé pour la journée de quatre à cinq aides-soignants (AS) matin et soir, deux infirmières en 12h, une psychologue à mi-temps et une animatrice.

J'ai choisi d'exploiter différentes situations qui m'ont interpellé sur le thème du temps qui passe dans cet établissement. Le temps lors des soins et lors du quotidien routinier de ces résidents vivant en collectivité au rythme de l'organisation / planning institutionnel.

Ce travail d'observation est organisé de manière chronologique du lever au coucher des résidents. Je parlerai donc de différentes situations dont j'ai été témoin durant l'accompagnement de leurs journées.

Pour commencer : 7h/7h30, début des levers et des premières toilettes. Le lever correspond à réveiller les résidents et les mettre en position demi-assise pour le déjeuner qui arrivera plus tard. Les aides-soignants sont plus ou moins délicats, certains rentrent dans la chambre, allument la lumière et ne prennent pas le temps que la personne soit bien réveillée. Alors que d'autres ouvrent les volets délicatement et réveillent les résidents avec une simple caresse sur la main en les appelant par leur prénom.

Puis le résident attend le petit déjeuner qui arrive entre 7h45 et 9h. La plupart du temps les résidents se rendorment en attendant car il peut y avoir une heure d'écart entre le « réveil » et le moment où le plateau arrive.

En parallèle les deux infirmières ont regardé les transmissions, fait les prises de sang, ajusté les glycémies, commencé le tour des médicaments puis ensuite le tour des bas de contention et des pansements d'escarres.

Après le petit déjeuner les toilettes reprennent jusqu'au repas du midi. J'ai remarqué que les aides-soignants ont leurs habitudes et prennent moins de temps que moi pour faire une

toilette au lit ou même une aide à la toilette... Les résidents ont le temps le matin mais le personnel soignant n'en a pas assez, il faut que tout le monde soit prêts pour le repas. Le problème est que les AS ne prennent pas le temps pour que le résident essaye de se laver tout seul, donc le personnel fait à la place de la personne, ce qui favorise la perte d'autonomie et diminue la dignité de la personne.

Ce qui reste curieux, c'est que quand je demande à l'AS de me montrer comment elle procède pour une toilette en « technique », elle va justement essayer de laisser faire le résident, ou elle me dit qu'il faudrait le faire. Lors de ces toilettes, curieusement le temps correspond à peu près aux toilettes que je réalise et le patient a l'air de moins subir cet acte quotidien.

Je vais prendre l'exemple d'une dame dont la réputation est de toujours crier, se plaindre et insulter aux moments des soins. Les AS le savent et du fait que ce n'est pas une toilette agréable ni pour la résidente, ni pour la soignante, le personnel s'en occupe plus vite. Ce sont donc des moments de cris et d'insultes durant toute la toilette car la résidente n'est pas coopérative.

Durant mon stage, j'ai pris cette résidente en charge et au moment de la toilette : expliquer à la résidente que je suis juste là pour l'aider et de la laisser faire le plus possible mettait la personne en confiance. Certes la toilette se réalisait en plus de 15 minutes mais la personne ne subissait plus ce soin de nursing.

Par ailleurs, j'ai stimulé et poussé le plus possible les résidents à l'autonomie pour leurs toilettes. J'ai pris du temps pour certaines toilettes mais je n'ai rencontré aucun cri mais des discussions. Les accompagner pour la toilette alors qu'ils ne pensaient plus y arriver leur a permis de réussir à faire la plus grande partie. Quel plaisir de voir quelqu'un heureux de se raser tout seul, il suffisait juste d'être ses yeux au lieu de le raser à sa place.

Ainsi, dans les chambres des résidents des liens se construisent plus facilement. La plupart me montrent des photos de leur jeunesse ou on me raconte comment c'était avant. C'est comme s'il n'y avait plus de futur pour eux, ils n'ont plus vraiment d'objectifs autres que les visites leurs enfants et petits-enfants. La plupart des résidents sont veufs ou veuves, beaucoup de leurs amis sont morts et souvent ils disent qu'ils attendent de les rejoindre. Ils sont tous dans la nostalgie du passé, pour ceux qui s'en souviennent.

Il ne fallait tout de même pas trop s'attarder car le reste des toilettes était encore à faire, me rappelait l'aide-soignante.

Tous les moyens étaient bons pour aller plus vite, comme par exemple le mensonge. Il y avait une femme atteinte de démence qui ne souhaitait pas se laver le matin. Elle voulait rester seule dans sa chambre, souvent dans ses excréments. Le moyen utilisé par l'aide-soignant pour la pousser à se faire laver (car sinon c'était une toilette contrainte qui s'accompagnait d'insultes) c'était de dire que sa famille allait passer ce jour-là. La résidente était alors plus coopérative pour sa toilette. Puis le lendemain la résidente avait oublié et cette contre vérité était utilisée à nouveau pour la réalisation du soin. Est-ce vraiment éthique d'utiliser la faiblesse de ces personnes pour « prendre soin » d'eux ?

Après la toilette, les résidents sont conduits dans le salon de la Maison de Retraite et attendent le repas du midi avec en fond sonore, la télévision.

Midi, le moment du repas est sûrement un des plus importants de la journée. J'ai remarqué que les journées sont ponctuées par les moments de restauration, comme s'il n'y avait que cela : « Vivre pour manger ou manger pour vivre ? ».

Il y a une salle de restauration pour les résidents autonomes et une autre pour ceux qui n'arrivent plus à manger tout seul. Mais là aussi le personnel qui donne à manger fait beaucoup à la place du résident. Pourtant si on prend le temps avec certains, ils arrivent à prendre la cuillère et à manger. Tout doucement et pas très proprement mais ils y arrivent. Le problème encore reste le temps. Le fait de laisser quelqu'un sortir de table plus tard que les autres gênera l'organisation de la restauration comme le rangement et le nettoyage. Alors, pour les personnes qui mangent très lentement, il faut aller les aider à manger, soit : faire à leur place. Est-ce la bonne solution ?

Par ailleurs chez les résidents moins autonomes, il y en a qui ont une élocution souvent difficile. Ils arrivent à dire des mots ou des phrases plus ou moins compréhensibles et là aussi pour les comprendre il faut prendre le temps et leur faire répéter mais ce n'est pas tout le personnel qui prend ce temps, ce qui laisse le résident dans la frustration de ne pas avoir réussi à se faire comprendre.

Le midi, les infirmières s'occupent de donner les médicaments, prendre les HGT et injecter les insulines puis retourne dans leurs salles de soin pour aller valider leurs actes.

À la suite du repas, c'est le moment des changes, nous aidons les résidents à aller sur les toilettes et à les mettre au propre. Quel moment difficile pour ces résidents qui se sentent faibles/impuissants de ne plus pouvoir aller aux toilettes tout seul, ou qui n'arrivent pas à faire les selles qu'ils souhaiteraient faire. Comme le personnel n'est pas toujours présent en dehors de cet horaire, heureusement que beaucoup de résidents ont une protection. Cependant, d'un point de vue budgétaire : pas plus de trois protections par personne sur une journée. Il faut se référer à l'indicateur de la saturation de celle-ci pour la changer. Les contraintes budgétaires sont-elles donc un frein pour le bien-être et la dignité de la personne ?

Nous en arrivons aux après-midis. Ces temps peuvent être intéressants selon les activités et très longues quand il n'y en a pas ou que la majorité des résidents ne peuvent y participer.

Quand il n'y en a pas, c'est le silence d'une cinquantaine de résidents disposés plus ou moins différemment, en ligne ou en cercle dans leur fauteuil avec une petite musique de fond. D'autres sont aussi devant la télévision. Il y a parfois 3 ou 4 personnes qui discutent et plus quand des résidents ont la chance d'avoir de la famille qui vient leur rendre visite.

Il y a toujours une aide-soignante qui est de « surveillance ». C'est triste qu'il n'y ait pas d'initiative pour que des jeux de sociétés soit mis en place par exemple. Mais voilà, les jeux de sociétés sont enfermés dans le bureau de l'animatrice : « Si on met les jeux à dispositions on va se les faire voler par les personnes qui déambulent » me dit l'animatrice.

Dans ces moments de calme, on peut entendre différentes choses quand on discute avec les résidents avec souvent les mêmes thèmes qui ressortent.

Ça parle du temps qu'il fait pour éviter de parler du temps qui passe : « il ne fait pas très beau aujourd'hui » ou bien tout simplement du temps qu'il passe « Que les jours se ressemblent », « que c'est long », « quelle heure est-il ? » « Je peux vous aider à faire quelque chose ? ».

Il y a aussi des personnes qui passent leurs journées à attendre une visite de leur famille.

Il y a des personnes qui peuvent me dire jusqu'à 40 fois « bonjour » dans la même journée, d'autres ne savent même plus qu'ils sont en maison de retraite.

En entendant tout au long des après-midi des « j'ai peur », « ne me laissez pas tout seul », « un jour je vais me suicider », « je me sens abandonné », « mon mari me manque », « je ne veux pas mourir » ou des « j'aimerais mourir », on se dit qu'une maison de retraite c'est particulier. Les Ephad sont-ils réellement ce que l'on dénomme lieux de vie ?

Mais nous soignants, la seule chose que nous répondons c'est un « mais non ça va aller ». Nous avons tous l'angoisse de la mort quelque part dans notre tête et c'est comme si cette idée était taboue. « Maison de retraite » : le mot retraite a quand même une symbolique forte ; en retrait de la vie avant la mort ?

Tandis qu'une personne est de surveillance, certains vont installer des résidents pour la sieste, le personnel valide les soins qu'ils ont réalisés le matin, il y a aussi ceux qui s'arrangent pour modifier leurs plannings mensuels et s'accorder avec les nouveaux arrêts de travaux des collègues. Puis d'autres prennent de longues pauses devant la télévision ou le téléphone portable dans la salle consacré pour cela. Les conditions de travail influenceraient-elles l'envie et les valeurs soignantes ?

Puis d'un autre côté, il y a les infirmières qui restent dans la salle de soin à s'occuper de paperasse, des transmissions ciblées, des pansements qui n'ont pas eu le temps d'être faits le matin, des vérifications des bilans sanguins, des ajustements d'INR, ou de téléphoner aux ambulances et médecins selon les besoins.

Comme je le disais précédemment, il peut y avoir des après-midis longues et d'autres moins. C'est grâce à l'animatrice qui est présente la semaine et parfois le week-end avec le devoir de faire vivre cet établissement. Elle fait du mieux qu'elle peut pour animer, il y a des activités où elle peut réussir à faire participer une quarantaine de personnes comme le loto, l'atelier chorale, ou grâce à des intervenants, de la musique. Et il y a les autres activités où elle n'arrive qu'à prendre une petite dizaine de personnes, qui sont souvent les mêmes.

L'animatrice possède un travail important avec la lourde tâche d'animer un établissement de 80 résidents qui sont tous différents, avec des niveaux de dépendance différents. À elle seule, elle n'a jamais le temps de s'occuper de tout le monde, ce qui met des personnes plus dépendantes de côté. Pourtant ils auraient besoin qu'on passe plus de temps avec eux afin de les stimuler pour qu'ils ne se renferment pas plus sur eux-mêmes et ne perdent pas encore plus d'autonomie.

Ensuite dans les après-midis, il y a la psychologue qui intervient. Elle réalise des projets de vie avec les résidents qui le souhaitent afin que leur séjour dans l'Ephad se passe pour le mieux avec les objectifs mis en place. Elle a aussi mis en place une semaine sur deux un groupe de paroles qui rassemble 20 à 15 personnes dans une salle où ils sont assis en cercle. La psychologue propose différents thèmes de discussions et les résidents choisissent. J'ai assisté à un de ces groupes de paroles et c'était vraiment intéressant de voir comment un vrai dialogue se construisait entre les résidents qui évoquaient des souvenirs et la psychologue qui animait cette discussions en relançant des sujets et en les approfondissant. Grâce à ces ateliers, il se crée de vrais dialogues entre les résidents. Pourquoi alors quand les résidents se retrouvent dans le salon de la maison de retraite avec tout le monde, le silence règne de nouveau ? Dans ce salon « Que c'est long », « Il n'y a rien à faire », « Que je m'ennuie » me disent les résidents. Est-ce que c'est à cause de cette routine que c'est long ? « Que les jours se ressemblent » « Quelle jour sommes-nous ? ».

Lorsqu'il est 16h, c'est le moment du goûter. Un moment attendu et qui reste assez convivial entre résidents et avec les familles présentes.

Puis après la collation c'est l'attente jusqu'à 18h30 : le repas du soir. Encore une attente avec ce temps long qui passe et fatigue les résidents. Pendant ce temps, à 17h toute l'équipe soignante se réunit dans une salle et font des transmissions orales.

Après le dîner, c'est l'heure des couchés. Dès que quelqu'un a fini son dessert il est vite amené vers les ascenseurs pour l'aider à se rendre dans sa chambre.

Les couchés, encore un moment particulier de la maison de retraite où des personnes sont déjà au lit à 19h. Il fait encore jour dehors et certain ne comprennent pas que ce soit l'heure dormir. Des résidents ont l'habitude de demander l'heure quand ils sont au lit. J'ai été assez étonné d'un mensonge utilisé par une aide-soignante pour certains résidents : « Il est 21h monsieur X » alors qu'il est 19h / 19h30, « c'est pour qu'il ne se plaigne pas » me dit l'AS.

Les AS ont chacune un secteur à coucher et il faut terminer avant que leur journée soit finie pour éviter de faire des heures supplémentaires. Est-ce que le personnel de nuit ne pourrait-il pas coucher les résidents quand ceux-ci le souhaitent ?

Les derniers couchers se finissent vers 20h30. Puis c'est la relève de nuit qui prend le relais jusqu'au petit matin où une nouvelle journée commencera et ressemblera tellement à la précédente.

Une pauvre routine semble ainsi s'être installée dans ce lieu de vie, où les résidents regardent le temps qui passe avec cette attente angoissante de la mort et où en parallèle des soignants doivent réaliser des actes de soins comptabilisés et définis dans le temps.

Pour conclure, j'ai eu le sentiment qu'en Ephad les résidents sont contraints de se plier à la fois au temps de l'institution et aux dépendances qu'ils subissent. Le temps paraît bien long dans ces lieux où l'ennui et l'oisiveté est présente. Les valeurs soignantes de respect, d'écoute, de bienveillance sont-elles oubliées avec le manque de temps ? Comment en est-on arrivé à mentir aux résidents ? Qu'en est-il du sens de prendre soin ? S'est-il dilué dans l'ennui et la morosité des lieux ?

Tous ces questionnements pourraient se résumer dans la question de départ suivante :

**Les résidents et les soignants en lieux de vie sont-ils condamnés à être prisonniers du temps ?**

Pour mieux comprendre ce qui s'était joué dans ma situation d'appel, j'ai voulu étudier la relation au temps du côté des soignants et du côté des résidents. Afin de réaliser mes recherches bibliographiques, j'ai choisi d'utiliser les mots clés suivants : **temps, vieillissement, prendre soin, maltraitance institutionnelle, EHPAD**

J'ai utilisé comme banques de données : Cairn, Google scholar et Google

## 3. Cadre conceptuel

### 3.1 Le temps

#### 3.1.1 Définition

Le temps n'est pas une donnée palpable, il a bien souvent tendance à nous échapper, pour essayer de mieux cerner cette notion, un premier recours au dictionnaire paraît indispensable.

Etymologiquement, *tempus* qui est le temps en latin désigne « moment, instant, temps ». Il est défini comme une succession d'évènement et ne reflète pas la complexité de ce terme. Les premières réflexions autour du temps nous viennent de l'antiquité avec les grecs qui définissent cette notion avec trois entités, illustrés par plusieurs divinités de la mythologie.

Le dieu Chronos qui est le temps physique, celui que nous pouvons mesurer chronologiquement, quantitativement, soit le temps qui passe de façon linéaire. Chronos est la personnification du temps physique. Dans la mythologie grecque, il est souvent représenté comme dévorant ses enfants à la naissance pour éviter que la prophétie (annonçant que l'un d'eux un jour le détrônerait) ne s'accomplisse. Chronos désigne le temps programmé, linéaire, qui peut se mesurer par l'addition d'intervalles temporels égaux. C'est le temps de l'horloge, un temps répétitif, prévisible, celui qui fait le jour, la nuit, les saisons. Il est un temps que l'on remplit d'avance, chronos nous permet d'organiser notre agenda. C'est à Chronos que l'on fait référence aujourd'hui lorsque l'on parle de gestion du temps

Ensuite il y a Kairos qui est le temps métaphysique, les grecs le considèrent comme l'instant présent, le temps opportun. Il vient en quelque sorte déprogrammer Chronos, il est le temps des évènements inattendus, non programmés. C'est une notion du temps non-mesurable, mais c'est par exemple le moment de crise où l'homme intervient parce qu'il a l'intuition qu'il peut changer le cours spontané des choses.

Puis la divinité Aïon est le temps des cycles, soit le temps à l'infini.

Les grecs opposaient ainsi d'une part le temps pensé et matérialisable et d'autre part le temps agi, celui des moments uniques que l'on peut qualifier de temps vrai puisque grâce à lui les événements prennent un caractère exceptionnel Les grecs avaient donc déjà une vision du temps assez intéressante puisqu'ils cherchaient à comprendre les expériences humaines en lien avec le mouvement et le changement.

De nos jours, selon le dictionnaire *Larousse* le temps est proposé sous huit différentes définitions, en voici trois : « *Notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les évènements.* » « *Mouvement ininterrompu par lequel le présent devient le passé, considéré souvent comme une force agissant sur le monde, sur les êtres.* », « *Durée considérée comme une quantité mesurable.* ». Ces définitions nous parlent donc d'évènement, de mouvement et de durée quantifiable. Si l'on réfléchit bien, le temps reste tout de même propre à nous-mêmes. La question du temps est un thème qui interroge les hommes depuis la nuit des temps, il y a ainsi une multitude de philosophes qui se sont penchés sur la question.

### 3.1.2 Le temps en philosophie

L. Perot nous dit : « *parler du temps, c'est approcher l'expérience humaine de notre vie sur Terre, et des éléments qui la constitue.* ». Nous allons voir que la question de la temporalité a beaucoup divisé les auteurs, elle a évolué selon les époques et continue de provoquer des questionnements. Où commence réellement le présent, quelles sont les limites qui le distinguent du passé et du futur ?

Platon en -450 avant J-C, définit le temps comme « *l'image mobile de l'éternité* » avec une première notion de mouvement. Pour les grecs, mesurer le temps consistait à mesurer la course du soleil dans le ciel à l'aide de cadrans solaires.

Sénèque dans les *Lettre à Lucilius* nous parle du temps qu'il possède à faire des projets et du temps qui le possède dans la vieillesse : « *chaque jour en effet nous mourrons, il faut donc embrasser au mieux chaque heure ; le temps est à la fois la seule chose que l'on possède dans notre vie, et celui qui nous dépossède progressivement de celle-ci* ». Pour Sénèque il faut vivre pleinement l'instant présent, « *tout homme qui a dit j'ai vécu se lève chaque jour pour un profit supplémentaire.* » C'est l'idée du *carpe diem* reprise du poème d'Horace qui subsiste jusqu'à nos jours.

Saint Augustin écrit en l'an 400 dans son livre *XI Confession* « *Qu'est-ce donc que le temps ? Quand personne ne me le demande, je le sais ; dès qu'il s'agit de l'expliquer, je ne le sais plus* ». Nous n'arrivons pas à dire en quoi consiste l'existence du temps, donc comment définir l'existence du passé, puisqu'il n'existe plus, comment définir l'existence du futur alors qu'il n'existe pas encore et comment définir l'existence du présent qui existe pour disparaître dans les secondes qui suivent ce présent ? Pour Saint Augustin le temps n'est que le point de

rencontre entre deux néants : le passé qui n'est plus et l'avenir qui n'est pas encore. Pour lui le temps est comme une distension de l'âme sur trois temps : le présent du passé, le présent du présent et le présent du futur. « *Ces trois sortes de temps existent dans notre esprit et je ne les vois pas ailleurs. Le présent du passé, c'est la mémoire ; le présent du présent, c'est l'intuition directe ; le présent de l'avenir, c'est l'attente.* » Cela voudrait dire qu'il y aurait chez l'individu un sentiment continu d'existence qui fait que nous serions en permanence dans un processus de représentation mentale de notre histoire de vie.

Pour le philosophe Pascal dans « *De l'esprit géométrique* » vouloir définir le temps est pure vanité. Il considère le temps comme un « mot primitif » et si on veut définir un mot cela supposerait « *de précédents mots pour servir d'explication, et de même, les premières propositions qu'on voudrait prouver en supposeraient d'autres qui les précédaient ; et ainsi il est clair qu'on n'arriverait jamais au premier* ». Pour lui les mots primitifs sont suffisamment clairs naturellement par eux même. La définition d'un mot primitif reste possible si elle est libre ; elle peut désigner autre chose que le sens ordinaire, sans qu'elle n'ait la prétention de remplacer ce sens naturel et évident.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, Kant dans *Critique de la raison pure* (1781) nous dit « *Le temps n'est qu'une condition subjective de notre condition humaine et il n'est rien en soit en dehors du sujet* ». Dans son écrit, il avance l'idée que l'on ne peut pas connaître quelque chose en dehors des formes à priori, le temps ferait partie de nous et on ne pourrait s'en abstraire. Le temps serait ainsi un concept interne à nous-même et donc parfaitement subjectif comme l'indique sa fameuse citation : « *le temps n'est autre chose que la forme du sens interne, c'est-à-dire de l'intuition de nous-même et de notre état intérieur* ».

Ensuite au XIX<sup>e</sup> siècle, M. Heidegger propose le concept du « *Dasein* » publié dans son livre « *Être et temps* » qui est traduit en français par « *Etre-là* » ou « *Réalité humaine* ». On peut entendre deux sens à ce concept, le fait de l'exister (au sens passif) et l'être qui est présent au monde en y existant (au sens actif). « *Le Dasein est cette entité qui, dans son Etre, traite l'Etre comme un problème* » ce qui nous amène à plusieurs modalités d'existence de la réalité humaine : l'être dans le monde (le sujet est engagé dans le monde et ne peut s'en retirer), l'être avec (avec la notion d'altérité soit sous l'emprise de l'autre dans le quotidien), l'être jeté (le fait qu'on ne choisit pas notre existence et qu'on doit malgré tout donner du

sens), l'être pour la mort (qui est la finitude de l'être), le souci ( par rapport à la compréhension de l'Être) et la temporalité (qui concerne le futur car la temporalité induit la projection humaine).<sup>1</sup>

Au début du XXème siècle, Bergson oppose le temps physique des horloges à la durée et propose d'adopter le temps subjectif, vécu et ressenti. C'est une durée qui n'est pas mesurable, qui est propre à chacun, elle est déterminée par notre vécu, c'est elle qui nous fait saisir la réalité comme changement. Pour Bergson, « *le temps est invention ou il n'est rien du tout* », il s'agit donc d'une perception positive d'un temps qui n'est pas seulement écoulement mais surgissement d'un nouveau possible, de l'imprévisible. Notre rapport au temps serait ainsi en perpétuel remaniement. Dans le même ordre d'idée, pour Merleau Ponty « *le temps n'est pas un processus réel, il naît de mon rapport avec les choses* ». Pour ce philosophe, le rapport au monde est déterminé par notre expérience sensible, ce sont nos ressentis qui construisent notre perception du temps. La conscience au temps s'unifie en quelque sorte au travers de la sensorialité. On comprend mieux que des sensations vécues dans l'instant présent puisse faire surgir des souvenirs du passé.

Pour le philosophe Jules Lagneau (1964), « le temps est la marque de mon impuissance, de ma vulnérabilité ». En effet, ce qui est passé n'est plus, je ne peux pas changer ce qui a eu lieu, ce qui s'est déjà produit, je n'ai là aucun pouvoir d'action. Nous sommes souvent « pris par le temps », par le cours des évènements. La réalité est que le temps s'impose à nous dans l'urgence ou dans l'ennui et qu'il nous est impossible de faire en sorte qu'il s'accélère ou qu'il se ralentisse nous contraignant ainsi soit à la précipitation soit à l'attente.

Cette approche philosophique et subjective du temps va entrer en contradiction avec la vision objective et scientifique du temps que vont défendre les physiciens à partir du XVI ème siècle.

### 3.1.3 le temps, une donnée absolue ou une façon de maîtriser nos angoisses ?

De tout temps, l'homme a eu besoin de mesurer le temps pour l'objectiver et le faire exister de façon tangible. De nombreux outils ont été inventés pour mesure le temps du cadran

---

<sup>1</sup> Heidegger et le Dasein. (2016). La philosophie. <https://la-philosophie.com/heidegger-dasein>

solaire, à l'horloge en passant par les calendriers. Pour les scientifiques, la mesure du temps permettait d'étudier des changements d'état des objets et de définir ainsi des lois physiques.

Cette partielle maîtrise du temps permettait à l'homme de se libérer de la soumission imposée par le seul rythme de la nature. Anticiper le temps permet de moins le subir, c'est aussi une façon de contrôler nos angoisses face à l'infini et à la mort. Pour S. Tordjman, « *le mouvement de l'horloge constitue non seulement un repère temporel mais aussi et peut-être avant tout, un moyen de contrôler l'infini du temps créant une rythmicité scandant la vie et la mort d'une communauté.* »

Vouloir à tout prix objectiver le temps peut sembler paradoxal lorsqu'on admet que le temps fait partie de nous, pourtant depuis l'époque « des temps modernes », toute la société nous incite de façon inexorable à accélérer nos rythmes afin d'augmenter la croissance et la productivité.

Nous sommes passés d'un mode de fonctionnement à temps long où les repères se comptaient en années à l'échelle de l'individu et en siècles à l'échelle de l'histoire à un mode à temps court, règne de l'urgence, de l'instantanéité et de l'immédiateté. Cette instantanéité donne le sentiment de frôler l'éternité puisqu'on est dans un temps sans durée qui éternise le présent. Mais c'est un peu aussi comme si la faculté poétique de l'être humain se retrouvait congédiée, son goût de l'esthétique, de la flânerie remise au placard des obsolètes.

Ce nouveau règne de l'urgence est de nature à la fois économique et technologique « ce nouveau rapport au temps réside dans l'alliance qui s'est opérée entre la logique du profit immédiat, celle des marchés financiers qui règnent en maîtres sur l'économie et l'instantanéité des nouveaux moyens de communication. » (Aubert, 2009, p.24).

L'urgence des pays riches est fondée sur la compétition de la guerre économique. Dans cette peur de disparaître par manque de compétitivité, les industries sont condamnées à croître de plus en plus ; ce qui est vrai sur le plan collectif se retrouve au niveau individuel où l'homme fonctionne tel un guerrier en menant des stratégies qui lui donnent parfois des tendances paranoïaques ou perverses.

Le fait de travailler vite a pour conséquence de gagner plus comme le soulignait Benjamin Franklin « souviens-toi que le temps c'est de l'argent ». D'un point de vue économique, travailler dans l'urgence permet d'être rentable, c'est donc naturellement devenu une valeur d'efficacité. Cette course à la vitesse, au sein de la logique capitaliste se poursuit inexorablement dans une spirale sans fin où le temps gagné en efficacité est aussitôt mis au

service de la recherche d'une productivité toujours plus forte. Devenu apparemment maître du temps, l'homme tombe sous le joug de l'urgence » (Aubert,2009, p.71).

Dans une époque aux possibilités quasi infinies, nous sommes soumis à plus de stimulations, d'informations que nos capacités d'attention peuvent intégrer. La pression psychique que représente l'accélération du temps peut engendrer des troubles anxieux. Les rythmes effrénés comme la répétition continue de changements ou la brutalité de modification de mode de vie peuvent aller jusqu'à affecter notre sentiment de continuité d'existence or nous l'avons vu avec les philosophes, c'est bien la continuité qui permet à l'individu de s'inscrire dans une chronologie et une histoire de vie. Pourrait-on alors dire que c'est la régularité des événements, l'existence d'une certaine routine qui nous rassure, qui apaise nos peurs

Malgré tous les progrès techniques, notre condition humaine ne s'est-elle guère modifiée, nous restons mortels et soumis à l'usure ou aux outrages du temps. Nous sommes pris dans un piège où nous essayons de nous extirper de l'emprise du temps sur nos vies.

Comme nous avons pu le voir, de nombreux auteurs se sont questionnés sur la temporalité qui est donc une notion complexe qui se laisse difficilement enfermée dans des définitions. La question existentielle de notre rapport au temps ne se laissera jamais saisir par des mesures mathématiques et nous allons voir que la relation de soin s'accommode mal d'une trop grande rationalité. Quelle place laisser à ceux qui ne vont pas assez vite, qui sont âgés, dépendants et qui incarnent forcément une relation au temps différente de la nôtre.

### **3.2 Le temps du résident en EHPAD**

Pour introduire cette partie, EHPAD est l'acronyme d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. D'après l'agence régionale de santé (ARS) « *les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles de plus de 60 ans et de préserver leur autonomie. Ils assurent une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.* ». En France, cela représente 572 273 places en 2018. Les EHPADs ont donc pour but d'accompagner et coordonné le parcours des personnes âgées par rapport à leurs besoins, soit un parcours « de santé, de soins, de vie ». Paradoxalement, pour ces institutions qui sont considéré comme des lieux de vie. La question de finitude, de la mort est présente pour ces résidents dépendants comme nous le décrit M.Hecquet dans « *les Ehpads, lieux de vie, lieux de mort* »-: « *L'institution gériatrique ou l'établissement pour*

*personnes âgées dépendantes sera, pour un grand nombre, leur dernière demeure. Il est de fait indispensable de se confronter à cette inéluctabilité et d'évoquer la fin de vie avec le résident et sa famille. »*

Quel est le profil de ces personnes âgées dépendantes au niveau somatique et psychologique dans ces institutions ?

### 3.2.1 Le vieillissement

De notre naissance à la mort notre corps et psychologie changent en franchissant différentes étapes de la vie. Jacques Gaucher, docteur en psychologie, parle du vieillissement comme « Une étape de la vie, présentant ses caractéristiques et ses conditions d'apparition en différence et en continuité avec les autres étapes qui l'ont précédée, l'enfance, l'adolescence, la maturité. ». Cela fait donc partie d'une de ces étapes de la vie. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), cadre que la vieillesse comme concernant les personnes de 65 ans et plus.

En gérontologie, le vieillissement est défini comme « *l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge « mûr »*. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. C'est un processus naturel et physiologique s'imposant à tous les êtres vivants qui doit être distingué des effets des maladies. » <sup>2</sup>

Le vieillissement est donc le résultat du temps.

### 3.2.2 Effet du vieillissement sur l'organisme

Pour introduire cette partie sur les effets du vieillissement, il me paraissait intéressant de parler de l'espérance de vie. D'après la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistique (DRESS) l'espérance de vie en 2018 est en moyenne de 85,3 ans pour les femmes et de 78.4ans pour les hommes. Nonobstant, en parallèle l'espérance de

---

<sup>2</sup> Khelifa, A. (2018). *Le vieillissement humain*. La Gériatrie Pratique. <https://geriatrie.webs.com/gnralits.htm>

vie avec l'apparition d'incapacité est de 64.5 ans pour les femmes et 63.4ans pour les hommes.<sup>3</sup>

Tel un processus dégénératif, l'âges qui avance induit certaines complications.

On a pu observer des modifications au niveau des sens comme la réduction de la vue, la diminution de l'audition, l'odorat et le goût peuvent changer.

Sur le plan du système nerveux, le vieillissement peut engendrer une augmentation du temps de réaction, une réduction modérée de la mémoire à court terme, une déstructuration du sommeil, des risques de confusion, de désorientation et de chute.

Pour ce qui est locomoteur, la diminution de la masse musculaire qui va profiter à la masse graisseuses et l'ostéoporose (en majorité chez les femmes).

Le système respiratoire et cardio-vasculaire subit aussi des changements, comme la diminution de la capacité respiratoire suite à la fonte des muscles et une diffusion de l'O<sub>2</sub> altéré. On observe aussi une augmentation de la pression systolique, du pouls, apparition de l'artériosclérose et une altération du remplissage passif du ventricule gauche compensé par la systole auriculaire.

Les personnes âgées peuvent aussi plus facilement générer un diabète de type 2.

Sur le plan de l'appareil urinaire, il peut y avoir une diminution de la capacité de filtration glomérulaire et une diminution de la capacité des sphincters à se contracter.

Pour le système immunitaire, les sujets âgés ont plus de risques en ce qui concerne les agressions infectieuses car les muqueuses et la peau sont plus fragiles et l'organisme est moins efficaces en termes de réponse immunitaire.

Toutes ces différentes modifications sont des généralités pour les personnes qui vieillissent normalement, soit sans pathologie associée. Certains sujets ne présenteront parfois aucun de ces symptômes. Des maladies chroniques comme insuffisance cardiaque, rénal, diabétique pourront plus facilement toucher la personne âgée.

---

<sup>3</sup> Deroyon, T. (2019). *En 2018, l'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes* (N° 1127). DRESS. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1127.pdf>

### 3.2.3 La psychologie et le vieillissement

D'après les recherches de documentation de L.Perot, en psychanalyse : « *les processus inconscients ne sont pas soumis au temps* » C'est comme si le psychique restait toujours jeune. Le corps sous l'action du temps décline alors que la psyché évolue. Le psychique s'adapte tout au long de la vie avec les changements et les événements qui y ont une incidence.

L'avancé dans l'âge et l'entrée en collectivité peuvent tout de même avoir des conséquences sur la psychologie de la personne car ces changements affectent l'identité de la personne, une perte de repère, le deuil de sa vie passée et une certaine désorganisation au niveau des instances Freudiennes.

Le vieillissement peut amener à une crise de la sénescence. La sénescence est définie par le Larousse comme « *Le vieillissement naturel des tissus de l'organisme et une baisse des activités, des performances propres à la période de vie qui suit la maturité. Le vieillissement s'inscrit par un changement corporel, cognitif, qui ont pour conséquences des modifications sur le plan social et psychologique.* ». C.Grivel nous explique dans sa thèse (2002) « Le refus alimentaire chez la personne âgée et son placement en institution » le processus de la sénescence.

Cette étape de la vie est donc le moment où l'individu fait le constat de ce qu'il a vécu et ce qui lui reste à vivre. Cette crise peut engendrer une cette perturbation regroupant des crises sur les plans : individuelle, identitaires, narcissiques, de deuils successifs, de pertes et de renoncements.<sup>4</sup>

On parle de crise individuelle car l'Idéal du Moi subit plusieurs agressions dues aux pertes sociales, aux modifications physiologiques et psychiques puis la perturbation du narcissisme.

L'idéal du Moi « se situe paradoxalement dans le passé, sur ce qu'on a été, ce qu'on a réalisé au cours de son existence », ce qui fait que certains réfléchissent à s'ils ont réussi leur vie ou non avec des échecs qui ne peuvent plus se rattraper. L'idéal du Moi et le Surmoi sont en

---

<sup>4</sup> Grivel, C. (2003). *Le refus alimentaire chez la personne âgée et son placement en institution* [Lumière Université Lyon 2]. [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2003.grivel\\_c&part=77540](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2003.grivel_c&part=77540)

conflit et doivent s'équilibrer afin de ne pas créer des névroses qui amèneraient vers la démence. Henry Ey nous parle du Moi démentiel « *il se vide de la structure logique qui organise la personne en sujet de sa connaissance en conformité à un système de valeur communes, qui sont les lois de la raison* », il ne s'agirait pas seulement d'une atteinte fonctionnelle cérébrale mais que la personne se cache, ne veut plus comprendre le monde qui l'entourent afin de réduire ses angoisses.<sup>5</sup>

Ensuite, Jean Bergeret rapproche la crise d'adolescence et celle du vieillissement sur le plan d'une crise identitaire car les sujets se posent des questions face aux autres et face à eux-mêmes. Cette crise est considérée comme nécessaire pour continuer un vieillissement plus en sérénité grâce à la « *réévaluation et la réélaboration des principaux investissements et narcissiques et objectaux, comme une nouvelle capacité d'intégration de données objectives nouvelles concernant tant la réalité extérieure, avec ses aspects affectifs et sociaux, que la réalité psychique et physique personnelle.* » Le but de cette période de vie permettrait d'éviter de rester fixé sur un mode de fonctionnement bloqué sur « l'instinct de mort » d'après J. Bergeret.<sup>6</sup>

On parle de crise narcissique car la personne âgée doit renoncer à son narcissisme pulsionnel passé afin d'en intégrer de nouvelles avec les personnes de son âge. Tel un deuil du passé de la « jeunesse », le sujet doit aussi affronter psychiquement tous les changements extérieurs à lui-même (la retraite, l'isolement, la solitude, l'évolution de son corps...)

Chaque personne âgée affrontera cette crise selon son propre vécu en interrelation avec son environnement d'après J. Gaucher et pour I. Siméone c'est « *une période de désorganisation qui déconstruit et une période de reconstruction si l'âgé le peut* ». Le passage de la crise qui aura généré toutes ces angoisses amènera la personne vers l'acceptation et débouchera d'après J. Gaucher vers « *une issue créatrice et positive* ».

---

<sup>5</sup> Guillaumin, J., & Reboul, H. (2016). *Le temps et la vie, les dynamismes du vieillissement* (2 éd.).

<sup>6</sup> Guillaumin, J., & Reboul, H. (2016). *Le temps et la vie, les dynamismes du vieillissement* (2 éd.).

### 3.2.4 Le temps et la subjectivité

Chacun a sa propre perception du temps. C'est l'ensemble des facteurs interactionnels et corporels qui favorise sa propre vision de la temporalité. Le rapport avec le temps se façonne en fonction des expériences vécues au quotidien (l'environnement et l'état d'être du moment).

7

Il me semble intéressant de parler aussi de la chronobiologie qui est une discipline récente qui travaille sur les rythmes biologiques. Une psychiatre S. Tordjman a travaillé sur la perception du temps en fonction de l'âge et trouver ce résultat suivant : « *Les personnes âgées ayant une fréquence cardiaque ralentie auront l'impression que ce qui les entoure va très vite, alors que les enfants (qui ont une fréquence cardiaque accélérée) ont l'impression que tout va trop lentement* »<sup>8</sup>

L'horloge interne aurait un lien avec la perception du temps du sujet et donc les émotions du moment présent auraient une influence sur la temporalité de la personne. L'horloge biologique représente d'après Futura Santé « *l'ensemble des mécanismes biochimiques et physiologique qui permettent une activité rythmique de l'organisme* » Cela prend en compte des paramètres comme la température, la pression artérielle, la vigilance, le métabolisme, qui varient en fonction de l'heure de la journée de manière cyclique.<sup>9</sup> Pr. Tordjman explique que les émotions peuvent donner la sensation que le temps passe plus vite ou au contraire avec par exemple le sentiment d'attente porté sur quelque chose ou un événement le temps peut sembler ralenti.

« *Le temps passe vite quand on s'amuse* ». Le Professeur en psychologie J. Wearden en se référant à Saint Augustin, met en évidence que la perception du temps se mesure avec un

---

<sup>7</sup> Perot, L. (2017). *Le temps d'une vie, le temps du soin : La psychomotricité auprès de nos aînés au sein d'un centre d'accueil de jour Alzheimer.* <https://pdfs.semanticscholar.org/3ecf/d08961157ef0e70b718e1bc7cb2cf7ab041f.pdf>

<sup>8</sup> Mascret, D. (2011). *Le temps passe plus ou moins vite selon l'âge.* Le Figaro.fr. <https://www.lefigaro.fr/sciences/2011/12/19/01008-20111219ARTFIG00415-le-temps-passe-plus-ou-moins-vite-selon-l-age.php>

<sup>9</sup> Ray, M.-C. (2016). *Horloge interne.* Futura-Sciences. <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/biologie-horloge-interne-15147/>

intervalle entre deux événements afin d'estimer à quelle est passé le temps. <sup>10</sup>Quand on fait une activité on ne voit pas forcément le temps passer, c'est en regardant quand est ce qu'a commencé l'occupation et combien de temps s'est écoulé que l'on pourra dire que « *le temps passe vite*<sup>11</sup> ».

Nous voyons bien que le temps se manifeste par des modalités de durée qui varient selon le point de vue en fonction duquel le temps est appréhendé. Le soignant est souvent confronté à une forme d'impuissance lorsqu'il voudrait passer plus de temps avec un patient qui le réclame mais qu'il en est empêché par la nécessité de s'occuper des autres malades qui ont également besoin de lui. « *Un dilemme éthique se pose à lui entre le respect du principe de justice et celui de bienfaisance* » (Delassus,2017, p.19). A la frustration du patient qui trouve que la journée n'en finit pas ou qu'on ne lui accorde pas le temps voulu s'ajoute la culpabilité du soignant qui a le sentiment d'être pressurisé et de ne pas pouvoir aller au bout de ses missions. Le temps passé sur l'ordinateur à assurer la traçabilité des soins effectués constitue pour encore beaucoup de soignants un moment volé à la relation de soin. Le décalage entre les valeurs soignantes et la réalité du terrain devient de plus en plus important. Il y a d'un côté un temps lié à des contraintes d'efficacité et de rentabilité et de l'autre un temps indissociable de la relation au patient. Le temps consacré à effectuer un geste technique peut être raccourci avec l'expérience ou l'utilisation de techniques plus performantes. En revanche, l'approche holistique de la personne soignée qui permet la mise en place d'une véritable relation d'aide et d'établir l'alliance thérapeutique prend toujours du temps. Sans égard pour « l'être-temps », le patient comme le soignant devient une chose figée et manipulable.

### 3.2.5 Le mal être des personnes âgées ?

#### *3.2.5.1 Dépression*

La maison de retraite a le statut d'un lieu de vie, soit un endroit où un certain bien être dans l'accompagnement de la vie quotidienne d'une personne devrait être rassurant et sécurisant. Cependant d'après la DRESS, 33% des résidents en EHPAD souffriraient de dépression. Dans la population générale des personnes âgées 60 à 70% seraient en états

---

<sup>10</sup> Mascret, D. (2011). *Le temps passe plus ou moins vite selon l'âge*. Le Figaro.fr.  
<https://www.lefigaro.fr/sciences/2011/12/19/01008-20111219ARTFIG00415-le-temps-passe-plus-ou-moins-vite-selon-l-age.php>

dépressifs méconnus, négligés ou mal traités.<sup>12</sup> En parallèle, le taux de suicide chez les plus de 65 ans est un des plus élevés que les autres tranches d'âges (28% d'après CépiDc-Inserme 2011<sup>13</sup>), cela représente environ 3000 suicides par an des personnes âgées avec un taux de mortalité important. La dépression est en lien avec le suicide car c'est environ 90% des personnes âgées qui se suicident sont en relié à un état dépressif.<sup>14</sup>

La dépression selon l'OMS est « un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. »

D'après maisons-de-retraite.fr, les causes de la dépression chez les sujets peuvent être différents : La solitude et l'isolement, l'absence de buts et d'objectifs dans la vie, les problèmes de santé, les médicaments, les peurs ou bien des deuils récents. Le mal être a l'air d'être bien présent qu'on on entend de la part des résidents « *j'ai peur* », « *ne me laissez pas tout seul* », « *un jour je vais me suicider* », « *je me sens abandonné* », « *mon mari me manque* », « *je ne veux pas mourir* » ou « *j'aimerais mourir* ».

La dépression et les suicides sont donc le résultat d'un certain mal être dans la société. Un mal être sociétal qui essaye peut-être d'être soigné par les benzodiazépines dont les plus de 65 ans sont les premiers consommateurs. D'après Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la France est au 2eme rang au niveau européen de la consommation de benzodiazépines avec 117 millions de boites vendu en 2015.<sup>15</sup>

Le manque de considération ou d'humanité des personnes âgées auraient-ils une influence sur la création de ces troubles de la dépression ? Quand on voit dans la situation de départ comme par exemple au moment des levers du matin « *certaines [les soignants] rentrent*

---

<sup>12</sup> Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gerontologie et societe*, 31 / n° 126(3), 141-155.

<sup>13</sup> Dicom-Anne.G. (2020). *État des lieux du suicide en France*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>

<sup>14</sup> Pigniez, J. (2015). *Suicide des personnes âgées : Des chiffres qui inquiètent!* Silver Economie. <https://www.silvereco.fr/suicide-des-personnes-agees-des-chiffres-qui-inquietent/3150304>

<sup>15</sup> ANSM. (2017). *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*. [http://ansm.sante.fr/content/download/103771/1314799/version/4/file/ANSM\\_Rapport\\_Benzo\\_2017-2.pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/103771/1314799/version/4/file/ANSM_Rapport_Benzo_2017-2.pdf)

*dans la chambre, allument la lumière et ne prennent pas le temps que la personne soit bien réveillée. »*

#### 3.2.4.2 Perte autonomie

La perte d'autonomie, aussi appelée dépendance est définie par : l'incapacité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante. D'après l'institution DRESS, en institution, 86 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont dépendantes.<sup>16</sup>

La fragilité est un état intermédiaire qui se développerait juste avant la dépendance. L'état de fragilité se caractérise par : la faiblesse musculaire, l'asthénie, une activité physique réduite, la lenteur de la marche et une perte de poids involontaire. Selon une étude réalisée à Genève, près de 80% des octogénaires passeraient ou étaient passés par cette phase de fragilité.<sup>17</sup> B.Vellas nous explique que « *Ces personnes âgées pré-fragile ou fragile ne sont, de nos jours, ni identifiées, ni réellement prises en compte de façon spécifique par notre système de santé* » C'est pourtant dans ce stade de fragilité que la prévention de la dépendance est encore possible.

Dans l'article écrit par B.Vellas « *prévention de la dépendance : Une nécessité de santé publique, un devoir pour la médecine gériatrique* », nous parle du problème de la dépendance et de dépendance « *iatrogène* » où il y a peu d'étude réalisé sur ce sujet.<sup>18</sup>

La Conférence Nationale de Santé définit le terme iatrogénie par « *toute pathogénie d'origine médicale au sens large, compte tenu de l'état de l'art à un moment donné, qui ne préjuge en rien d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence* ». Soit la « *dépendance iatrogène* » induite par les soins est une dépendance qui serait évitable. Par exemple quand le personnel soignant réalise des toilettes au lit en 15 minutes sans promouvoir l'autonomie du résident en faisant les choses à sa place afin que « *tout le monde soit prêt pour le repas* » comme la

---

<sup>16</sup> Calvet, L., & Pradines, N. (2016). *État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile* (N° 988). DRESS. <http://www.epsilon.insee.fr/jsui/bitstream/1/63093/1/er988.pdf>

<sup>17</sup> APRIL. (2011). *Les origines de la perte d'autonomie*. APRIL. <https://www.april.fr/informations/les-origines-de-la-perde-d-autonomie>

<sup>18</sup> Vellas, B. (2011). *Prévention de la dépendance : Une nécessité de santé publique, un devoir pour la médecine gériatrique*. [https://cag.revuesonline.com/gratuit/CAG3\\_S1\\_12612\\_2011\\_Article\\_197.pdf](https://cag.revuesonline.com/gratuit/CAG3_S1_12612_2011_Article_197.pdf)

situation de départ le décrit. Puis au moment des repas, les résidents les moins autonomes sont nourris à la cuillère pour aller plus vite. Ces soins pourraient-ils être évitables ?

L'article de B. Vellas présente plusieurs données sur la dépendance iatrogène comme :

« *Les personnes âgées qui vivent à domicile et qui commencent à recevoir l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) avec un degré de dépendance correspondant au GIR 4 qui nécessite la mise en place d'aides le plus souvent assistance à domicile. Nous avons pu observer que 50% de ces sujets vont, deux ans après, présenter une dépendance sévère, GIR 1 et 2.* »<sup>19</sup>

« *30 à 60% des patients âgés perdent de l'autonomie sur les activités de base de la vie quotidienne (ADL) au décours d'une hospitalisation. Cette perte d'indépendance résulte de l'affection aiguë qui a motivé l'hospitalisation mais est aussi liée aux modalités de prise en charge* »

La dépendance est souvent la raison pour laquelle les sujets âgés entrent en maison de retraite. Cependant, les personnes dépendantes ont toujours des capacités à faire des choses, le fait de ne pas stimuler ces personnes entraîne souvent une dégradation de l'autonomie et des facultés restantes.

### 3.2.6 Le quotidien et le bien être des personnes âgées

Comme le dit une psychologue, R.Sabourin : « *dans vieillesse, il y a vie.* »<sup>20</sup>, alors comment est organisé le quotidien de ces lieux de vies ? Maisons-de-retraite.fr a publié un article « *Conseils pour bien choisir sa maison de retraite* » car ils soulignent l'importance de « *trouver un équilibre entre règles communes et respect de la liberté individuelle* », afin que les résidents se sentent comme chez eux avec la prise en considération globale et des besoins de la personne, cela comporte : « *confort des chambres, qualité des repas, respect de leur intimité, vie sociale, ...etc.* »

---

<sup>19</sup> Le GIR est une échelle qui détermine le degré de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il existe 6 niveaux de perte d'autonomie : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 est le niveau de perte d'autonomie le plus faible.

<sup>20</sup> Guillaumin, J., & Reboul, H. (2016). *Le temps et la vie, les dynamismes du vieillissement* (2 éd.).

Dans l'organisation de la vie quotidienne nous retrouvons comme dans la situation de départ : les lever et coucher, les toilette, les repas, l'animation, la vie sociale, l'environnement de la maison de retraite. L'article réfère des questions à poser lorsque que l'ont veu aller en maison de retraites, en voici quelques-unes afin de se donner une idée sur le quotidien : « *quels sont les horaires de lever et de coucher ? Peuvent-ils être adaptés à mes besoins ? Si j'ai besoin d'aide pour la toilette, combien de douches par semaine pourrai-je prendre ? quelles sont les animations proposées au sein de la maison de retraite ? A quelle fréquence ? Sont-elles réalisées par des membres du personnel ou des intervenants externes ? y a-t-il un salon collectif, une salle de télévision ? Pourrai-je y accéder quand je le souhaite ? pourrai-je participer à des clubs de loisir (échecs, cartes, couture, cuisine, etc.) ? J'ai du mal à me déplacer : les bâtiments sont-ils adaptés (mains courantes, rampes, etc.) ? la maison de retraite a-t-elle noué des relations avec le village d'à côté, ou la ville voisine ? pourrai-je recevoir mes proches dans un salon particulier ? Existe-t-il des horaires de visite ?* »<sup>21</sup>

Ce sont des questions qui peuvent paraître banales mais essentielles car l'entrée en institution, c'est être contraint par l'organisation qu'elle impose. Le résident reste un citoyen comme tous les français, il doit donc jouir des mêmes droits que s'il était resté à son domicile.<sup>22</sup>

Cependant l'organisation des jours peut être vécue comme une routine avec le cycle institutionnel des journées qui peuvent se ressembler. Les résidents attendent les temps forts de la journée comme les repas, les repas qui sont « un enjeu institutionnel » d'après une cadre de santé, A.Pajot-Philouze. C'est un temps fort où les résidents passent un moment de partage et qui est important dans le cadre social. Cependant en dehors des temps dit « fort », il y a l'attente : « *c'est le silence d'une cinquantaine de résidents disposés plus ou moins différemment, en ligne ou en cercle dans leur fauteuil avec une petite musique de fond* », « *que les jours se ressemblent* ». Il y a aussi l'animatrice qui a le travail de donner vie à ce lieu mais qui paraît en contradiction avec les valeurs de l'animation « *Si on met les jeux à dispositions on va se les faire voler par les personnes qui déambulent* ».

---

<sup>21</sup> *La vie quotidienne en maison de retraite médicalisée (Ehpad)*. (s. d.). maisons-de-retraite.fr. Consulté 15 avril 2020, à l'adresse <http://www.maisons-de-retraite.fr/Bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Conseils-pour-bien-choisir-sa-maison-de-retraite/La-vie-quotidienne-en-maison-de-retraite-medicalisee-Ehpad>

<sup>22</sup> Plessis, A. (2011). *La vie quotidienne en Ehpad*. Doctissimo. <https://www.doctissimo.fr/html/dossiers/maisons-retraite/articles/vie-quotidienne-ehpad.htm>

A contrario des soignants qui courent après le temps, les résidents ont beaucoup de moments où ils s'ennuient ou ne font rien. Puis dans les besoins comme les levés, les toilettes, les repas, les couchés, les résidents voient moins de temps leur être accordé afin de rentrer dans l'organisation. L'article sur « *la concordance des temps à l'hôpital* » de L.Martin, cadre formateur, insiste sur les différentes collaborations nombreuses « *entre le temps individuel, le temps collectif, le temps professionnel, le temps des patients et de leur famille, sa synchronisation pour certains ou sa concordance pour d'autres, reste un élément essentiel qu'il est nécessaire de formaliser pour une prise en soins optimale des patients.* ».

Afin que le bien être du résident soit optimal, il faut satisfaire les besoins de celui-ci. Pour satisfaire les besoins de la personne, Virginia Henderson, infirmière a développé le célèbre concept des 14 besoins fondamentaux qui sont les suivants (avec en plus entre parenthèse, des éléments qui permettent d'évaluer ces critères) :

- Le besoin de respirer (sans gêne, dyspnée, besoin d'aide technique, ventilation assistée),
- Le besoin de boire et de manger (manger seul, installation/stimulation, besoin d'aide partiel ou totale),
- Le besoin d'éliminer (continence, besoin d'aide, transit normal...)
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position (se déplacer seul, avec une aide ou alité en permanence)
- Le besoin de dormir et de se reposer (dort naturellement, avec aide médicamenteuse, insomnies, réveils fréquents)
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir (s'habiller seul, besoin d'aide partiel ou totale),
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal (adapter ses vêtements à la température ambiante...)
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments (se lave seul, besoin d'être stimuler, aide partiel ou totale)
- Le besoin d'éviter les dangers (lucide, confus / désorienté épisodiquement ou en permanence...)
- Le besoin de communiquer (s'exprime sans difficulté, avec difficultés, aphasique),

- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances (autonome, sentiment de vide spirituel...)
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser (Autonome, triste, anxieux, angoissé, négation de soi...)
- Le besoin de se récréer (autonome, désintéressement, difficulté et incapacité, refuse d'accomplir des activités récréatives)
- Le besoin d'apprendre (se prend en charge, besoin de stimulation, apathique, refus).

D'après V.Henderson, chaque besoin ne peut être atteint seulement si les précédents sont déjà comblés.<sup>23</sup> Ce modèle de théorie du besoin s'est inspiré de la bien connue Pyramide de Maslow qui comprend hiérarchiquement : besoin de maintien de la vie, besoin de protection et sécurité, besoin d'amour et d'appartenance, besoin d'estime de soi et besoin de réalisation de soi. D'après un article d'un Dr.Mias, il nous dit que l'on peut observer que « *les quatorze besoins identifiés par V. Henderson entrent dans les cinq catégories de Maslow car chaque besoin est dépendant de facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux ou culturel.* »<sup>24</sup> Un besoin non satisfait aura pour conséquence d'entraîner une certaine dépendance. Le concept de V.Henderson a permis de créer une grille « *d'évaluation de la performance dans la satisfaction des besoins fondamentaux* », ce qui permet de voir où sont les problèmes afin de trouver un axe d'amélioration dans le but d'adapter au mieux les conditions de vies. Par exemple le travail de la psychologue ou bien de l'animatrice dans l'Ehpad permet de stimuler les besoins de communication, d'apprendre, de s'occuper, de se réaliser ou bien de se récréer. Puis les aides-soignants et les infirmiers aident les résidents à combler les autres besoins si nécessaire.

On peut y rencontrer différents outils pour évaluer une partie des besoins. Il y a l'échelle AGGIR qui détermine le niveau d'autonomie d'une personne âgée en se référant aux critères : de cohérence, d'orientation, de la toilette, l'habillement, l'alimentation, les transferts et déplacement. Il y a aussi l'existence des « Projets personnalisés » ou « Projet de vie » qui sont obligatoires depuis la loi du 2 janvier 2002. D'après un article de l'HAS sur « *le projet*

---

<sup>23</sup>Coutant, G. (2015). *Les besoins fondamentaux de la personne selon Virginia Henderson*. Infirmiers.com. <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

<sup>24</sup> Mias, L. (2001). *Besoins, Maslow et Henderson*. <http://papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.html>

*personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement* », « l'enquête nationale Anesm, Bientraitance de 2015 : 84 % des Ehpad ont élaboré des projets personnalisés, mais leur réévaluation n'est pas systématique. Et seulement 34 % des Ehpad réévaluent les projets personnalisés en cas de modification des potentialités du résident. »<sup>25</sup>. Durant mon stage, j'ai pu voir l'existence de ces projets personnalisés, cependant ils n'étaient pas pris en compte par les soignants, et le fait de voir que seulement 34% sont réévalués, on peut se poser demander s'ils sont réellement utilisés dans la prise en charge des résidents.

### **3.3 Le temps du soignant**

#### **3.3.1 Le soin et Prendre soin**

En 1080, le *soign* en ancien français serait défini d'après l'étymologie (qui reste incertaine) par « souci, peine ». Alors qu'en Latin, l'étymologie *somniare* a pu donner les termes *songer* et *soigner* ce qui donne comme sens « action de songer à quelqu'un, attention, soin ». <sup>26</sup>

Aujourd'hui d'après le *Larousse*, le soin est défini comme « *Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps* ». Alors qu'en parallèle la définition du prendre soin est d'après *Linternaute* est « *être attentif à, bien veiller à.* » <sup>27</sup>. En Anglais, la langue distingue le *to cure*, qui est le soin qui guérit et *to care* qui est le prendre soin attentif, le soin qui aide et donc qui n'a pas d'ambition de guérison. Le soin a donc plus une approche médicale dans le but de guérison et le prendre soin a une approche plus humaniste dans l'objectif de soigner l'être.<sup>28</sup> Confronter ces deux termes ouvre une réflexion autour de l'éthique du soin et de l'accompagnement.

---

<sup>25</sup> *Le projet personnalisé : Une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)*. (2018). ANESM. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet\\_personnalise\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf)

<sup>26</sup> *Soin : Définition de SOIN, subst. masc. / La langue française*. (2019). <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-soin/>

<sup>27</sup> *Prendre soin : Définition*. (s. d.). linternaute. Consulté 15 avril 2020, à l'adresse <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/prendre-soin/>

<sup>28</sup> Piveteau, D. (2009). Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec, Tome 57(2)*, 19-30.

D'après D. Piveteau « Dans le « prendre soin », l'essentiel est d'entrer en relation. Tout le travail est de faire émerger le besoin dans ce qu'il a de plus singulier, y compris au sein de ces gestes essentiels du manger et du boire, du lever, du coucher et des soins du corps. L'aidant qui prend soin est, on l'a dit, un être à l'écoute ; non pas à l'écoute des symptômes, comme le médecin qui pose un diagnostic, mais à l'écoute des attentes radicalement subjectives d'une personne. Au sens que donne à ce mot la philosophie personnaliste : un être en relation. »<sup>29</sup>

Le soin se fait normalement avec le consentement du patient et l'acte peut être vécu différemment en fonction du moment où il est réalisé. En première partie de mémoire, nous avons vu « Kairos » qui est le moment dit opportun. Selon le moment, le soin n'est pas vécu de la même manière par la personne. Peut-on qualifier de soin un soin subi ? En école d'infirmier, un intervenant anthropologue Mr. Bourgues nous disait souvent « est ce que c'est ça le soin ? » afin de nous faire réfléchir sur nos pratiques et comment penser au lieu de ne faire que panser.

Le soin doit être dit global afin d'amener le soigné vers un bien-être. Les théories de l'école des besoins par Henderson et de la Pyramide de Maslow cité précédemment doivent être des modèles dans le but du soin et prendre soin.

### 3.3.2 Soin relationnel

Le soin relationnel défini par le Guide du service IDE n°3 : *terminologie des soins IDE* est « L'interventions verbales ou non verbales visant à établir une communication en vue d'apporter une aide à une personne ou un groupe ». La définition de J. Salome, psychosociologue, du soin relationnel est aussi intéressante à aborder. Pour lui c'est « L'ensemble des attitudes, des comportements spécifiques et volontaristes, des actes, des paroles tant réalistes que symboliques qui sont proposés par un soignant, un accompagnant, à une personne en difficulté de santé. ». On retrouvera dans la relation la communication, l'écoute, le toucher, le regard et l'empathie.

---

<sup>29</sup> Piveteau, D. (2009). Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec*, Tome 57(2), 19-30.

Les soins relationnels sont très importants dans la profession infirmière et aussi dans tout le personnel des établissements de santé car ils permettent de rentrer en relation, d'écouter les sujets enfermés dans leurs solitudes et leurs souffrances. Cela permet au résident de se sentir en sécurité et de créer une certaine relation de confiance. La relation fait partie des besoins naturels de l'homme, nous sommes des êtres sociaux. Comme dit précédemment, avec les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson, inspiré de la pyramide de Maslow, le besoin d'appartenance, d'amour et protection et sécurité sont fondamentale dans les besoins de l'homme.

On parle d'une relation soignant soigné asymétrique car ces deux statuts sont différents. Le soignant a la connaissance et peut aider, c'est lui qui délivre les soins préventifs, curatifs ou palliatifs. Alors que le soigné n'a pas forcément les connaissances, a besoin d'aide et peut bénéficier des soins délivrés par le soignant.<sup>30</sup> Cependant dans le cadre d'un soin il ne faut pas oublier l'humain qui se cache derrière une maladie. Nous soignons une personne dans sa globalité (somatique, psychique, mental, sociales et subjective). De plus dans un contexte de lieu de vie, nous accompagnons des résidents. L'accompagnement qui veut dire étymologiquement « *partager son pain avec* » ou bien « *cheminer avec* »<sup>31</sup>.

Le soin relationnel doit faire partie des soins en général et devenir un « outil » dans une prise en charge. Cela permettra d'entrer dans une relation de confiance et de créer une alliance thérapeutique. C. Rogers définit l'alliance thérapeutique comme « *l'engagement comme essentiel à la thérapie en y englobant la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité, avec des buts communs pour le patient et le soignant.* ».

La relation est donc au cœur du métier, car qu'on le veuille ou non, entrer dans une chambre ou dire bonjour, c'est déjà de la relation. Il faut savoir s'en servir afin que cela soit bénéfique pour tout le monde et amène vers un bien être mutuelle.

### 3.3.3 Les freins du temps des soins : contexte institutionnel et sociétal

---

<sup>30</sup> Khammar, L. (2016). *Relation soignant/soigné*. [http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation\\_soignat\\_soigne2019khammar.pdf](http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf)

<sup>31</sup> Furstenberg, C. (2011). La clé des soins relationnels : La sollicitude en chemin au domicile. *Recherche en soins infirmiers*, N° 107(4), 76-82.

Depuis l'ère industrielle, notre société s'est accélérée avec par exemple l'apparition du fordisme, le taylorisme ou bien d'autres nouvelles formes de management qui ont pour but commun la croissance. La notion d'efficacité est souvent utilisée qui est définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) comme une « *Aptitude (d'une machine, d'une technique, d'une personne ou d'une entreprise) à fournir le meilleur rendement.* »<sup>32</sup> Soit produire le plus et à moindre coût. L. Martin nous parle de la complexité du temps dans les hôpitaux avec son texte : « La concordance des temps à l'hôpital ». Il nous parle de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) qui souligne le fait que : « *l'organisation des soins dans les établissements de santé pose le problème de l'organisation des ressources humaines et de leurs activités, notamment en ce qui concerne la temporalité des différentes interventions* ». Cette observation de l'ANAP pose donc le cadre des différents problèmes dans les institutions de soins. D'après le texte « On ne naît pas bien traité, mais on peut le devenir » de JM. Longneaux, les organisations dans le médical reposent sur trois piliers qui peuvent être contraignants dans les soins, le scientifique, l'économique et le juridique :

Les sciences sont des savoirs qui « *ont dû payer le prix de leurs efficacités [en se contentant] de ce qui est objectivable* ». C'est-à-dire que pour acquérir ces connaissances, la science a laissé le sujet de la personne au second plan afin de connaître les meilleures prises en charge pour la santé des personnes au niveau somatique en formalisant des protocoles de soins. Les soignants, pour la science ne sont « *que de bons techniciens qui doivent appliquer correctement les réponses techniques aux problèmes rencontrés* ». A chaque problème, une solution : « *Un patient est agité ? Contention. Manger ? Une simple question de calories à absorber. Besoins urinaires trop fréquents ? Langes* ». La science amène à une « *lente déshumanisation des soins* » qui amène vers le sentiment de maltraitance pour le patient, tout comme le soignant.

Ensuite le pilier économique doit assurer la stabilité des institutions et des soins grâce à une bonne gestion. Pour cela « *le prix à payer est lourd : on tend vers une standardisation des soins* ». Rationalisation et procédure encadrée assurent un nombre d'actes à effectuer au niveau quantitatif au détriment du qualitatif, « *la dimension qualitative se réfugie dans les*

---

<sup>32</sup> *EFFICACITÉ : Définition de EFFICACITÉ.* (s. d.). Consulté 15 avril 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/efficacite>

*chiffres* » d'après L.Martin. De plus, avec la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007, la fameuse tarification à l'activité (T2A) a vu le jour dans les soins. C'est un mode de financement des hôpitaux qui est réfléchi au niveau comptable. Cela peut poser des questions au niveau du sens du travail et « *trace une limite entre des activités de soin rentables, qui rapportent à l'hôpital, et celles qui le sont moins.* »<sup>33</sup> Par exemple les institutions peuvent redouter que des personnes aillent mieux et changent de catégorie de GIR (car la tarification sera plus élevée si la personne est moins autonome.). Le pilier économique est assez fragile et engendre des restrictions à cause des contraintes budgétaire : le personnel peut être réduit au strict minimum, les salaires peuvent être peu attractifs et ne pas attirer du personnel qui est pourtant parfois manquant, le linge des résidents est changé à des heures fixes, le manque de matériel comme un lève malade... L. Martin nous dit « *il faut obéir à des contraintes de rentabilité et d'efficacité* » pour faire marcher l'entreprise. Ces problèmes ont donc des influences sur le bien être des résidents et des soignants qui deviennent objet de l'organisation.

Puis il y a le pilier juridique, qui amène vers de nouvelles avancées et problématiques. Depuis la loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 Mars 2002, les patients ont enfin acquis de meilleurs droits assurant leur sécurité, leurs qualités de prise en charge et le consentement. Cela permet au patient et aux familles de faire entendre leurs voix afin qu'ils ne soient plus passifs mais acteurs de leur santé. Nonobstant la présence juridique entraîne un nouveau problème du côté des soignants : « *désormais la peur du procès parasite la relation avec le patient* ». Ceci entraîne « *le règne des procédures à respecter et des dossiers chronophages à remplir correctement.* ». De plus F. Prouteau dans « le temps des autres » nous parle de l'arrivée des écrans dans le soin. Le soignant passe parfois plus de temps derrière un écran à tracer ce qu'il fait au lieu de passer du temps avec le patient.

Ces différents piliers ont donc une influence sur la temporalité dans les soins et ont du mal à s'intégrer dans une bonne concordance des temps qui auront pour conséquence des

---

<sup>33</sup>Favereau, E. (2016). L'hôpital malade de sa logique financière. Libération. [https://www.liberation.fr/france/2016/11/06/l-hopital-malade-de-sa-logique-financiere\\_1526631](https://www.liberation.fr/france/2016/11/06/l-hopital-malade-de-sa-logique-financiere_1526631)

problèmes pour les patients et les soignants eux-mêmes. Avec un contexte comme cela, les soignants en viendront peut-être à se poser des questions sur leurs propres valeurs.

### 3.3.4 Valeurs soignantes

D'après l'article de L.Dumont paru dans la revue *Esprit*, l'étymologie du mot valeur en latin signifie « saine vigueur, force, et désignait au Moyen Age la bravoure du guerrier ». Aujourd'hui d'après le *Larousse*, valeur est défini comme « *Ce par quoi quelqu'un est digne d'estime sur le plan moral, intellectuel, professionnel, etc..* ». Dans le milieu soignant nous entendons souvent parler des concepts de dignité, bienveillance, humanité, tolérance, empathie, respect ou bien autonomie de la personne soignée. La morale est au centre du métier de soignant. Il soigne ou accompagne pour le bien des autres.

Cependant de nos jours, certains soignants parlent de perte de sens. L'article « Les valeurs en crise » écrit par F.Gruat nous parle de ce mal être sociétal : « *Ce qui peut nous inquiéter au sein de notre société, comme à l'hôpital, ce n'est pas l'immoralité, ni l'amoralité, mais plutôt la disparition du sentiment de culpabilité engendrée par la transgression morale.* ». On entend parler de personnel parfois démotivé. Ne plus respecter ses valeurs amène vers une souffrance soignante et parfois dans les soins à une « crise relationnelle ». Il y a les valeurs individuelles et d'autres dites de groupe qui ne peuvent pas toujours s'accorder comme par exemple « *je suis pour l'euthanasie pour respecter la dignité de la personne* ». Les avis divergeront sur ce sujet car chaque valeur a plus ou moins d'importance selon le soignant. Certains auront comme première valeur l'autonomie de la personne, d'autres la dignité ou encore le respect. Les valeurs sont-elles mises de côté ? « *Quand je demande à l'AS de me montrer comment elle procède pour une toilette en « technique », elle va justement essayer de « laisser faire le résident », « le patient a l'air de moins subir cet acte quotidien ».*

Les valeurs restent donc propres à l'individu, surtout qu'il n'y a pas vraiment de référence de ces concepts. Le code de déontologie médicale parle très peu de valeurs. F.Gruat écrit dans son article : « *Faut-il admettre avec Nietzsche que les infirmières, soumises au pouvoir médical se sont inventées des valeurs morales pour peser sur la conscience de ces derniers,* ». Cette réflexion est intéressante car cela peut susciter des questions. Les valeurs sont-elles un moyen de se protéger via la médecine et se protéger soit même ?

Heureusement que depuis ces dernières années, le concept de l'éthique s'est bien implanté dans le milieu médical. L'éthique qui est définie dans le Larousse comme « *concernant la morale, les valeurs et les règles de conduite de notre société.* ». Ce terme permet aujourd'hui de réfléchir individuellement et en groupe sur des problématiques comme les conditions ou situations qui questionnent ce qui est bon ou mauvais, grâce à la mise en place de comités éthiques et de réunions d'analyse de pratique.

La perte des valeurs de l'individu peut engendrer un mal être et amener vers une réelle souffrance soignante.

### 3.3.5 Souffrance Soignante

La souffrance soignante comme vue précédemment peut être le résultat d'un contexte organisationnel qui engendre des conséquences sur le bien-être du soignant. Voici des résultats de différentes études afin d'illustrer le sujet. D'après l'Observatoire de la Souffrance au Travail des professionnels infirmiers (OSAT) : « *30 infirmiers agressés chaque jour. 20% des infirmières partent en retraite avec un taux d'invalidité, et une espérance de vie inférieure de 7 ans (78 ans au lieu de 85 ans pour une femme). 30% des jeunes diplômés abandonnent la profession dans les 5 ans qui suivent le diplôme. Perte de sens, charge de travail impossible, stress, burnouts, dépressions, suicides : face à la souffrance infirmière* »<sup>34</sup> Au niveau des lieux de vie une étude de la DRESS constate que « *le nombre d'arrêts de travail dans les EHPAD est deux fois supérieur à la moyenne nationale.* »<sup>35</sup> . Une étude réalisée par le Groupe Pasteur Mutualité indique « *91% des infirmiers expriment une difficulté d'exercice* »<sup>36</sup>. Pour finir avec ces chiffres, l'article « *l'IDE et le burn-out* » écrit par S.Molenda et F.Ducricq nous signale : « *Les résultats obtenus avec cette échelle révèlent des scores de burn-out moyens et*

---

<sup>34</sup> *Souffrance Infirmière—Prendre en charge et accompagner les infirmières en souffrance.* (2019, avril 26). <https://souffrance-infirmiere.fr/Souffrance-au-travail-des-soignants>

<sup>35</sup> Pitttore, A. (2017). Les arrêts de travail explosent dans les EHPAD. *entreprise.news*. <http://www.entreprise.news/les-ehpad-deux-fois-plus-touchees-que-le-btp-par-les-arrets-de-travail/>

<sup>36</sup> Boubjedra, K., Clerc, C., & Surbled, M. (2014). *91 % des infirmiers expriment une difficulté d'exercice.* Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. <https://www.actusoins.com/22849/91-infirmiers-expriment-difficulte-dexercice.html>

élevés chez respectivement 58,8 % et 16,6 % des infirmiers de moins de 5 ans d'ancienneté. »<sup>37</sup>

Santé publique France définit le burnout ainsi : « *Le burnout ou épuisement professionnel est caractérisé comme un état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes. Le syndrome inclut trois dimensions : l'épuisement, à la fois physique et psychique ; la dépersonnalisation (ou cynisme), se traduisant par un retrait et une indifférence vis-à-vis du travail, et enfin, la perte d'efficacité au travail et la dévalorisation de soi.* »

La perte de valeurs, la culture des entreprises de soins avec l'organisation à la chaîne, la charge importante de travail, les contraintes économiques, la perte et le manque de personnel, le stress, la culpabilité, l'énervement, l'empathie additionnée aux détresses, abandons, douleurs et cris des résidents, la présence de la mort, l'aggravation de maladie ou du handicap sont des problèmes auxquels les soignants font face au long d'une journée en gériatrie, où l'on peut se sentir démuni, amènés vers une « *souffrance éthique* »<sup>38</sup>.

C. Badey-Rodriguez écrit dans son article Lutter contre les rigidités organisationnelles : « *On ne peut œuvrer au bien être des personnes âgées sans se préoccuper du bien être des soignants* ». Le constat était que dans la maison de retraite où le stage s'est déroulé, les arrêts de travail étaient assez nombreux.

Toutes ces souffrances ont donc des conséquences et on peut y trouver ce qu'on appelle des mécanismes de défenses.

### 3.3.6 Mécanisme de défense soignant

Afin de faire face aux tensions, au stress, aux différents problèmes perçus parfois au quotidien, certains disent que le soignant se « blindent ». Dans l'article : Être soignant, un défi de tous les jours à quel prix ? écrit par R.Salicru, le soignant « *se durcit, il n'écoute plus, il n'entend plus, il ne réagit plus, il encaisse.* ». C'est une façon de se protéger pour ceux qui prodiguent des soins. Les mécanismes de défenses sont comme un système de résilience qui

---

<sup>37</sup> Molenda, S., & Ducrocq, F. (2011). *L'IDE et le burn-out*. 53e congrès national d'anesthésie et réanimation. [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/L\\_IDE\\_et\\_le\\_burn-out.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/L_IDE_et_le_burn-out.pdf)

<sup>38</sup> Gineste, Y., Pellisier, J., Ploton, L., Salicru, R., & Badey-Rodriguez, C. (2012). *Être soignant en gériatrie un défi ?* 8, 2-7.

permet de stabiliser notre mental afin de nous protéger de ces évènements dit « traumatisant » ou difficile. Dans ce système on y retrouve les mécanismes de défense. Chez Freud, un mécanisme de défense est un processus de défense élaboré par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure, et permettant de lutter contre l'anxiété. Il existe des mécanismes selon notre organisation. Pour les soignants nous allons parler des mécanismes plutôt névrotiques. D'après H.Chabrol dans son article : Les mécanismes de défense<sup>39</sup>, la classification de ces processus sont compliqués à classer car les auteurs ne s'entendent pas mais d'après le DSM4, ils ont proposé une première classe de mécanismes en fonction de leurs effets adaptatifs et une seconde en fonction de leurs cibles principales les émotions ou les pensées. Il existe une grande multitude de mécanismes de défenses. Via l'article de H.Chabrol, un cours de Mr.Giffard pour les infirmiers de secteur psychiatrique<sup>40</sup> et un article de l'Institut Rafaël écrit par Dr.Toledano<sup>41</sup>, nous allons regarder ce que l'on pourrait rencontrer dans le milieu soignant en EHPAD.

Pour commencer, le déni. Selon le DSM-IV « *Le déni est une réponse aux conflits et aux stress en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres* ». On peut voir dans la situation « mais non ça va aller » quand des personnes se sentent abandonnées ou en souffrance. C'est le défaut de reconnaître une condition insupportable et l'incapacité à admettre la réalité d'une situation. Nous pouvons y joindre le mécanisme de la banalisation, c'est-à-dire la capacité du soignant à se focaliser sur une seule partie du sujet qui est en souffrance. Dans ce mécanisme, le soignant ne prend en compte que l'aspect somatique et non psychique de la personne.

Il y a aussi la compensation, c'est la Sur-réalisation dans un domaine pour compenser les lacunes réelles ou perçues dans un autre. Par exemple dans ma situation je parle des infirmières et aides-soignants qui font des transmissions pendant de longues durées. Elles avaient l'habitude de faire des transmissions très complètes comme si elles avaient passé beaucoup de temps avec les résidents.

---

<sup>39</sup> Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, N° 82(3), 31-42.

<sup>40</sup> Giffard, D. (1985). *Les mécanismes de défense*. <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/mecanisme-defense.htm>

<sup>41</sup> Toledano, A. (2018, novembre 22). *Les mécanismes de défense des soignants*. Institut Rafaël. <https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/>

Ensuite le mécanisme du refoulement expulse « *de la conscience des désirs, des pensées ou des expériences perturbantes. La composante affective peut rester consciente mais détachée des représentations qui lui sont associées* » (DSM IV). On peut y associer le mécanisme de l'évitement ou de l'inhibition, le soignant évite de s'adresser au patient afin de ne pas trouver de problème ou une situation qui révélera en nous des pulsions pénibles. Un problème imprévu qui rajoutera du temps de travail dans sa journée, tel un mécanisme de fuite ; la fuite que l'on peut observer avec le constat que les pauses café ou cigarette ont tendance à être plus longues dès que le travail est terminé au lieu de passer du temps à parler avec les résidents comme nous l'explique C.Badey-Rodriguez dans l'article : Lutter contre les rigidités organisationnelles, via ses observations et tout comme on le constate dans la situation.

La rationalisation, d'après le DSM IV est un mécanisme qui « *dissimule les motivations réelles de ses propres pensées, actions, sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées.* » Le Surmoi cherche des appuis moraux pour renforcer les défenses du Moi. La rationalisation peut nous faire penser à la pratique du mensonge. Le mensonge permettrait au soignant de rejeter une angoisse et paradoxalement à entretenir une relation de confiance avec la personne. Nous constatons l'utilisation du mensonge à deux reprises dans la situation de départ. Une fois afin qu'une résidente ne refuse pas de se laver en lui disant « *que sa famille va passer aujourd'hui* » et une deuxième fois le soir quand les résidents sont couchés à 19h, qu'ils demandent l'heure car il est tôt et qu'on leur répond qu'il est 21h. Ce mécanisme de défense permet d'éviter le conflit intra et extra personnel.

Il y a aussi la déniation qui est un procédé par lequel le sujet exprime un désir, une pensée, un sentiment jusqu'ici refoulé en se défendant, en le niant. C'est une négation de précaution qui met en fait l'accent sur ce qui est important : « *je vais vous dire ce que je ne suis pas* » (c'est en fait ce que je suis).

De plus, la dérision ou l'humour est aussi bien présent en tant que mécanisme : « *cela consiste à s'abstraire à une véritable relation, ne pas reconnaître une souffrance banalisée.* » d'après le Dr.Toledano.

Pour les entreprises de soin, des soignants dans ces états particuliers rendent les patients/résidents objets. Y.Gineste et J.Pellissier écrivent dans leur article, La souffrance éthique : « *C'est qu'il ressemble alors tellement à l'image du bon soignant qui ne pense pas,*

*qui ne ressent pas, qui fait ce qu'on lui dit de faire, ni plus ni moins.* ». Le résultat donc d'une rigidité organisationnelle qui formaterait le soignant ?

D<sup>r</sup> Toledano conclut son article en disant : « *Si chaque soignant pouvait être conscient de ses propres mécanismes de défense face à la maladie grave et remettre en question parfois ses attitudes spontanées, cela faciliterait souvent la relation avec les patients en souffrance.* » Au-delà de la seule responsabilité organisationnelle, n'y aurait-il pas un déni des soignants face à leurs mécanismes de défense, un refus en quelque sorte à prendre leur part de responsabilité dans l'échec de la relation ?

#### **4. Problématisation**

Les concepts que j'ai abordé dans mon cadre théorique m'ont permis de réaliser que le rapport au temps est parfaitement subjectif, qu'il y a ceux qui vivent dans le passé et ceux qui courent vers demain. Les Ehpad qui ont pour vocation d'être des lieux de vie accueillent des vieillards ayant bien souvent renoncés à affronter leur quotidien et qui se sont parfois même réfugiés dans la démence. Les soignants qui y travaillent s'efforcent avec les moyens du bord de rendre la vie plus douce à ceux qui n'attendent plus rien et qui paradoxalement demandent beaucoup. Mais peut-on encore prendre soin, prendre le temps du soin lorsque la pression institutionnelle vous pousse à la rationalisation ? Dans quelle mesure, la rencontre entre des soignants pressés et des résidents désœuvrés est-elle encore possible ? Y a-t-il des réponses individuelles ou seulement collectives à notre interrogation ? Au moment de partir mener notre recherche sur le terrain, notre questionnement initial a évolué vers la question suivante :

**De quelle manière notre rapport au temps en tant que soignant conditionne l'accompagnement des résidents en Ehpad ?**

## **5. Enquête de terrain**

### **5.1 Méthodologie**

#### 5.1.1 Choix de la méthode et de la population

Pour aborder notre problématique pratique, nous souhaitons nous entretenir avec des professionnels du terrain afin qu'ils nous expriment ce que leur inspire la délicate question du rapport au temps en Ehpad. Le sujet qui nous intéresse concerne essentiellement le ressenti, la perception qu'ont les personnes, c'est pourquoi nous nous orientons vers une méthode qualitative. Ce travail d'initiation à la recherche ne vise pas à une généralisation des cas, nous voulons essayer de comprendre à travers le recueil de différents témoignages, la singularité, la vérité de chacune des personnes interrogées. L'analyse des entretiens nous permettra de mettre en exergue des idées qui font sens, de trouver éventuellement des pistes de réflexion pour un meilleur accompagnement du résident âgé.

Notre méthode exploratoire est donc la méthode clinique, nous avons envisagé initialement de mener des entretiens semi directifs auprès de deux infirmiers, d'un aide-soignant, d'une animatrice travaillant en EHPAD et d'un résident. L'enquête sera réalisée dans le même établissement pour toutes les personnes interrogées dans le but d'avoir différents ressentis dans une sphère commune d'un lieu de vie. Cependant, à l'heure de l'écriture de ce mémoire, nous traversons une crise pandémique de Covid-19. Les conditions dans les Ehpad sont difficiles. Le personnel est débordé, le nombre d'arrêt maladie a apparemment augmenté dans ces lieux. À la suite de la prise de contact avec l'établissement, trois entretiens téléphoniques avec des personnes volontaires ont été autorisés. Les entrevues se passeront donc avec un infirmier, un aide-soignant et l'animatrice.

Avant la crise pandémique, le choix des populations interrogées était le suivant : deux infirmières et un aide-soignant car ils sont au cœur des soins dans le quotidien de l'établissement. Ils pourront expliquer leurs visions du temps durant les soins, est-ce qu'ils se sentent en accord avec leurs valeurs, comment est-ce qu'ils voient le soin relationnel dans leurs pratiques, s'ils se sentent en souffrance par rapport à l'organisation de travail et comment est-ce qu'ils pensent que les résidents ressentent le temps dans la maison de retraite. Le choix de faire un entretien avec une animatrice permet d'avoir une autre vision du temps dans les maisons de retraite car elle ne fait pas concrètement partie des soins dit de base comme le

nursing ou la physiopathologique. Elle a la mission de donner de la vie dans ces lieux grâce à des activités. Le but sera donc de connaître son ressenti sur le quotidien des résidents et de l'organisation des activités. L'animatrice pourra donc nous donner un regard extérieur du temps pour les résidents et de celui des soignants. Puis nous aurions aimé aller à la rencontre d'un résident afin qu'il exprime comment il vit son séjour au sein de l'institution et qu'il nous parle de son ressenti face aux soins, au quotidien, aux soignants et de son rapport avec le temps. Mais avec le contexte du covid-19, les résidents sont tous isolés dans leur chambre afin d'éviter la propagation de ce virus.

### 5.1.2 Construction de l'outil : entretien semi-directif

Initialement le choix était de réaliser des entretiens semi directif sur l'établissement des populations interrogés. Cela aurait permis de libérer la parole et les ressentis des différentes personnes questionnées dans le but de pouvoir recueillir des informations plus qualitatives que quantitative. De plus, si besoin des questions de relance pourront être utilisées afin de clarifier et préciser certaines idées. Cependant cela sera des entretiens semi directifs téléphonique à cause de la crise pandémique, nous perdrons donc un peu de leurs ressenti au niveau du non verbal. Les entretiens seront enregistrés avec le téléphone à l'aide d'une application en tenant compte de l'accord de l'interrogé et de la garantie de son anonymat.

Une grille d'entretien a été réalisée à partir de différents thèmes afin de mieux définir ce que nous souhaitons comprendre à la lumière de notre cadre de référence. Les thèmes abordés sont les suivants : le temps du soignant, le temps du résident, le quotidien, les valeurs soignantes, la souffrance soignante et du résident. A la fin de la grille, nous avons décidé d'ouvrir le questionnaire afin de voir s'il existe des moyens ou solutions alternatives pour améliorer les conditions de la souffrance du soignant et du résident.

Matrice de la grille d'entretien :

Thème	Questions		Question de relance	Cadre de référence
	Ce que je veux savoir	Ce que je demande		
Le temps du soignant	La perception personnelle du sujet	<p>En tant que soignant, quel est votre rapport avec le temps en Ehpad ?</p> <p>Est-ce que vous avez en tête une situation où vous avez dû consacrer plus de temps que prévu à un résident et comment vous avez vécu ce moment hors du temps planifié ?</p> <p><b>Animation :</b> En tant qu'animatrice qu'elle est votre rapport avec le temps en Ehpad ? Comment voyez-vous le temps des soignants ?</p>	<p>Pensez-vous manquer de temps ?</p> <p>Pensez-vous que le manque de temps se répercute sur la qualité de vos soins ?</p> <p>Quand vous parlez de soin, est ce que vous intégrez le soin relationnel ?</p>	<p>Les freins institutionnels</p> <p>La rationalisation du travail</p> <p>Le soin relationnel</p> <p>Le soin et le prendre soin</p>
Le temps du résident	Le ressenti extérieur du résident	<p>Comment voyez-vous le temps des résidents ?</p> <p><b>Animation :</b> En tant qu'animatrice est ce que vous arrivez à passer du temps, toucher tous les résidents de l'Ehpad ?</p>	<p>Est-ce que le temps du résident et le temps des soignants sont compatibles ?</p> <p>Au niveau de la perte d'autonomie des résidents, vous le ressentez comment le temps pour eux ?</p>	<p>La subjectivité</p> <p>L'attente et l'ennui</p> <p>La dépression</p> <p>La perte d'autonomie</p>
Le quotidien La routine	Prendre soin, Soin relationnel, contrainte institutionnelle	Que pensez-vous des prises en charge des résidents au quotidien ?	Est-ce que vous êtes satisfait de votre travail concernant les soins et le relationnel ?	<p>La dépendance iatrogène</p> <p>Les besoins de la personne âgée</p> <p>L'organisation des soins</p>

		Pensez-vous qu'il existe une sorte de maltraitance institutionnelle ?	Vous la décririez comment cette maltraitance ?	La souffrance soignante  Les mécanismes de défenses
Les valeurs soignantes	Transgression morale ? Idéal thérapeutique.	Est-ce que vous diriez que vos valeurs de soignant ont changé depuis le début de votre carrière ?	Devez-vous faire des compromis avec ce qui était votre idée du soin ? Vous pensez qu'il y a des valeurs qui peuvent partir ?	La souffrance soignante  La perte du sens
La souffrance des soignants et celle du résident	S'il y a des moyens ou solutions alternatives	D'après vous comment pourrait-on améliorer le bien-être des résidents et des soignants en Ehpad ?  Avez-vous suivi une formation à l'humanité ou une autre approche de ce type ?	Des moyens humains, économique, d'organisation, de philosophie ?  Qu'est-ce que vous pensez que ça peut apporter au quotidien ?  Est-ce que vous pensez que la méthode à des limites ?	Question de moyen
		Est-ce que vous avez envie de rajouter quelque chose à cet entretien ?		

## **6. Déroulement des entretiens**

### **6.1 Enquête de terrain**

La première prise de contact avec l'établissement remonte au lundi 9 mars avec la Cadre de santé qui ne voyait pas d'inconvénient sur mon projet d'étude. Nous en avons un peu discuté et m'a informé que les équipes ont commencé à se former sur la méthode Montessori. La cadre a dit qu'elle me recontactera après en avoir discuté avec son équipe afin de voir s'il y a des volontaires. Cependant le mardi 17 mars, le confinement mise en place par l'Etat en vu de la crise sanitaire du covid-19 complexifie l'enquête de terrain. La demande d'entretien est mise de côté. Lundi 30 mars, un nouvel appel téléphonique est réalisé avec la Cadre de santé. Elle réussit à me trouver trois volontaires pour des entretiens téléphoniques et me donne l'adresse mail de la direction qu'elle a déjà informé. Le vendredi 03 avril, le directeur m'autorise de réaliser l'enquête (ANNEXE 1). La cadre m'a ensuite envoyé les numéros personnels des personnes volontaires.

Mercredi 8 avril, le premier entretien téléphonique de vingt-quatre minutes est recueilli avec l'infirmier volontaire. (ANNEXE II (E1)). Samedi 11 avril, un deuxième appel de trente-une minutes est fait avec l'animatrice (ANNEXE II (E3)). Dimanche 12 avril, le troisième entretien est effectué avec l'aide-soignant qui dura seize minutes. (ANNEXE (E2))

Les trois interrogés m'ont autorisé à enregistrer l'appel et ont été informé de la certification de leur anonymat verbalement. Ils ont tous les trois prit de leurs temps personnels sur leurs jours de repos. Les entretiens se sont déroulés dans une ambiance assez détendue malgré la contrainte que cela a été réalisé par téléphone.

### **6.2 Difficultés rencontrées et regard critique**

Dans un premier temps une des difficultés rencontrées concerne la crise sanitaire, car la communication et l'organisation pour avoir et réaliser ces entretiens a compliqué les choses. Dans un second temps est d'avoir mené des entretiens téléphoniques au lieu de les faire en face à face. La parole a pu être moins spontanée. Il n'y a pas la notion de communication du non verbal qui peut être relevée avec les expressions du visage ou des attitudes corporelles. La communication non verbale aurai pu amener des éléments en plus comme par exemple observer si une question a pu être dérangeante. De plus, pour fixer les rendez-vous

d'entretiens, les deux soignants m'ont demandé de leurs envoyer les questions par messages pour qu'ils puissent y réfléchir avant l'appel. Il me paraissait compliqué de leurs répondre « non ». Quelques questions phare de la grille ont été communiquées. Concernant la question du temps des résidents, l'infirmier et l'aide-soignant ont eu du mal à la comprendre. Est-ce qu'elle était mal formulée ? Est-ce que réfléchir à la subjectivité temporelle de quelqu'un d'autre est compliqué ? Est-ce qu'ils n'ont pas l'habitude de s'interroger sur les ressentis des résidents ?

Ensuite le fait de n'avoir pu réaliser seulement trois entretiens enlève la possibilité d'avoir d'autres avis sur les questions posées et donc avoir un contenu plus riche qualitativement et quantitativement à analyser. Puis au niveau de l'entretien avec l'infirmier, le fait qu'il soit un jeune diplômé, peut être que sa réflexion avec le temps et les différentes questions n'ont pas encore abouti. Je parle de ce ressenti car durant l'entretien, l'infirmier a souvent cherché ses mots ou hésitait dans ses réponses. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer l'entretien avec une infirmière avec plus d'expérience.

### **6.3 Exploitation de l'enquête**

A la suite des entretiens téléphoniques, les retranscriptions ont été effectuées (ANNEXE II). Cela a permis de réaliser une première analyse verticale des questionnements en regroupant les différentes réponses des interrogés (ANNEXE III). On peut plus facilement observer les divergences et les mêmes avis en fonction des interlocuteurs.

Afin de répondre à la question de départ « De quelle manière notre rapport au temps en tant que soignant conditionne l'accompagnement des résidents en Ehpad ? ». Nous avons relevé six thèmes différents pour exploiter les entretiens de manière à faire une analyse croisée :

- Un rapport au temps très subjectif
- Le manque de temps : un frein à la relation
- Le temps de l'institution : des soignants sous pression
- Une souffrance commune mais non partagée. Des valeurs soignantes qui protègent qui ?
- La dépendance des PA en institution : une iatrogénie évitable ?
- Vers des solutions à l'amélioration de la relation.

Cette analyse croisée comparera les différents propos de chacun des entretiens et le confortera au cadre de référence.

## 7. Analyse des entretiens

### 7.1 Un rapport au temps très subjectif

Le temps passe plus ou moins vite selon la place à laquelle on se trouve. L'infirmier parle d'emblée d'un rapport au temps compliqué voire « *conflictuel (L2)* » car de la quantité de temps dont il dispose va dépendre la qualité des soins : E1 L6 « *quand tu as vraiment peu de temps et beaucoup de travail, la qualité de tes soins peut en pâtir* ». On voit bien comme l'exprime Sénèque qu'il y a un fossé entre « *le temps que je possède et le temps qui me possède* ». On n'a pas vraiment de contrôle sur le temps qui nous est donné. L'aide-soignant parle d'un temps qui passe très vite et que l'organisation dans une journée est fragile E2 L4-5 : « *le temps passe vachement vite. Il suffit qu'il y ait un imprévu pour bien gêner le temps et la prise en soin* ». L'animatrice nous dit aussi que le « *temps passe très vite sur une journée* » L2-3. Cependant elle nous verbalise qu'elle « *prend le temps* » L1. Kant dans *Critique de la raison pure* nous dit « *Le temps n'est qu'une condition subjective de notre condition humaine et il n'est rien en soit en dehors du sujets* ». On peut voir que les interrogés sont tous pris par le temps et ce qu'il faut réaliser dans l'organisation. Mise à part l'animatrice qui possède peut-être moins de contrainte face à l'organisation L3 « *j'essaye de prendre le temps avec tout le monde malgré parfois la frustration que cela peut entraîner.* ». Durant les entretiens de l'infirmier et de l'aide-soignant, ils ont eu du mal en première abord de parler du temps du résident. Je me suis posé la question de s'il n'y avait pas une objectivation des résidents car les soignants étaient beaucoup fixés sur les actes et l'organisation à faire sur une journée.

Le temps des soignants et celui des résidents ne s'écoule pas de la même façon. D'après l'avis des interrogés, les personnes âgées subissent le temps différemment : E1 L36-38 « *paradoxalement ils sont proches de la fin, ils manquent de temps par rapport à ça. Contrairement à nous qui avons peu de temps dans la journée pour exécuter nos soins mais il nous reste toute notre vie devant nous* », E3 L19-21 « *Les résidents sont tous différents. Il y en a qui vive le temps de manière ralentie, qui dorme beaucoup, qui ne se rend compte du*

*temps qui passe puis il y en a d'autres qui sont très en demandes, qui voient le temps passer très lentement, il y en a qui sont toujours en attente d'avoir quelqu'un à coter d'eux. »*

Chacun aura donc sa propre perception du temps. Comme le dit L.Perot, c'est l'ensemble des facteurs interactionnels et corporels qui favorisent la propre vision de la temporalité.

Ensuite il y a l'aide-soignant qui nous parle du frein de l'effet du vieillissement sur l'organisme L20-21 *« il y en a beaucoup qui n'ont pas notion du temps à cause de leurs troubles cognitifs mais d'autres sont impactés »*. Mais est ce qu'ils ne subissent tout de même pas le temps malgré l'apparition de trouble cognitif ? Est-ce que cela ne sera pas en rapport avec la « crise de la sénescence » d'écrit dans la partie psychologie et vieillissement ? *« Henry Ey nous parle du Moi démentiel « il se vide de la structure logique qui organise la personne en sujet de sa connaissance en conformité à un système de valeur communes, qui sont les lois de la raison », il ne s'agirait pas seulement d'une atteinte fonctionnelle cérébrale mais que la personne se cache, ne veut plus comprendre le monde qui l'entourent afin de réduire ses angoisses »*

Le temps sera peut être belle et bien subjectif comme insiste l'animatrice quand on lui demande si elle a quelque chose à rajouter en fin d'entretien : L92-94 *« la temporalité est propre à chacun. Quelqu'un qui est dans sa bulle, il ne voit pas le temps qui passe, d'autre on l'impression que le temps ne passe pas vite ou trop vite. Ensuite l'attente est toujours là, l'attente d'une activité, du repas »*

## **7.2 Le manque de temps : un frein à la relation**

Travailler dans un lieu de vie, c'est être dans l'accompagnement d'une personne. Cela inclurait donc le relationnel en première ligne ? Cependant on dira bien que le manque de temps favoriserait les soins techniques, soit ce qui est quantifiable. E1 L48-49 *« quand nous n'avons pas le temps, ce n'est pas une priorité pour nous. On peut délaisser parfois ces résidents qui nous interpellent dans le couloir »*, E2 L21-22 *« certains ne nous demandent pas quand ils ont besoin car ils ont peur de nous retarder, ils le savent. On ne répond pas toujours à leurs besoins. »*. L'article sur « La concordance des temps à l'hôpital » de L.Martin insiste sur *« le temps individuel, le temps collectif, le temps professionnel, le temps des patients et de leur famille, sa synchronisation pour certains ou sa concordance pour d'autres, reste un élément essentiel qu'il est nécessaire de formaliser pour une prise en soins optimale des patients. »*. On voit ici qu'une mauvaise organisation de ces temps ou tout simplement le

manque de temps empêche la concordance de tous ces temps afin qu'il y ai une prise en charge « optimal ». E2 » L34 « *j'aimerais toujours pouvoir faire plus.* », E3 L10-11 « *Après ils sont tout le temps dans la demande. Parfois tu es obligé de dire non à certain pour pouvoir t'occuper de d'autre personne* », E3 L23 « *Je pense que le temps lié au soin est trop court, soit ils sont dans l'attente du soin.* ». Un moment l'animatrice (anciennement aide-soignante) me dit E3 L38 « *Le nursing doit être fait en soin relationnel non ?* ». Il est vrai que cela peut être une évidence mais est-ce que c'est le cas pour tous les soignants ? L'infirmier durant l'entretien était très fixé sur la qualité et la quantité de soin. La question de l'objectisation patients / résidents peut se poser.

Vient la question du prendre soins et de donner des soins. Les soignants ont l'air de plus donner du soin car il y a beaucoup d'actes à réaliser. Alors que l'animatrice semble être dans un penchant de prendre soin : E3 L40-44 « *l'animation est-elle un soin ? Si on part de l'étymologie de mot, animation, animar c'est donner une âme, donner vie. Je pense que cette histoire de soin c'est plutôt le prendre soin. Des fois je fais des petits massages, des ateliers relaxation, je fais de l'atelier esthétique, c'est prendre soin et puis prendre la main de quelqu'un et discuter avec lui s'est aussi du prendre soin. C'est du soin relationnel.* ». Est-ce que c'est un sens de priorité qui change entre les soignants et l'animatrice ? Est-ce que c'est qu'une question de temps ? D.Piveteau dans le « Prendre soin » nous dit que « *l'essentiel est d'entrer en relation. Tout le travail est de faire émerger le besoin dans ce qu'il a de plus singulier, y compris au sein de ces gestes essentiels du manger et du boire, du lever, du coucher et des soins du corps. L'aidant qui prend soin est, on l'a dit, un être à l'écoute ; non pas à l'écoute des symptômes, comme le médecin qui pose un diagnostic, mais à l'écoute des attentes radicalement subjectives d'une personne.* ». Est-ce que c'est parce que je n'ai pas assez creusé les questionnements pour les soignants que ce prendre soin n'a pas était mis en valeurs ? Cependant d'après l'expérience de l'aide-soignant E2 L33-34 « *je suis actuellement en ehpad pour cela car en milieu hospitalier je n'ai pas retrouvé ce côté relationnel* ». Cela veut dire que la notion de relationnel est importante dans sa prise en charge mais le manque de temps pourrai influencer ce relationnel. E2 L43 « *On s'adapte à la réalité.* ».

### 7.3 Le temps de l'institution : des soignants sous pression

Le temps imposé par l'institution peut avoir des conséquences sur ceux qui l'investissent. On peut voir qu'avec la logique financière, les soignants sont pressurisés et donnent la priorité aux soins techniques parce qu'ils sont visibles, quantifiables et traçables E1 L10 « *tu te focalises sur le plus important, soit le soin technique* », E2 L25-26 « *Certains voudraient qu'on passe une heure avec eux mais nous ne disposons que de 20min par personnes le matin. Il nous faudrait effectivement une heure pour faire un vrai travail de qualité* ». Nous rappelons que l'Agence Nationale d'Appuis à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) souligne le fait que : « l'organisation des soins dans les établissements de santé pose le problème de l'organisation des ressources humaines et de leurs activités, notamment en ce qui concerne la temporalité des différentes intervention ». Les soignants sont donc embarqués dans une course effrénée avec une standardisation des soins, c'est le culte de l'urgence, « *il fallait se dépêcher, se dépêcher* » les soins sont chronométrés or « *un soin fait montre en main est plus une technique de gestion qu'un soin* » (Svandra). ». Et d'ailleurs, le soignant en retire une vraie frustration E1 L23 « *c'était frustrant et énervant* », L25 « *il faut se dépêcher, se dépêcher, se dépêcher* », E2 L2 « *C'est aussi parfois stressant et frustrant* ». L'organisation médicale est coupée en trois piliers comme nous le dit J.Longneaux. Le pilier le plus contraignant qui est ressorti dans les entretiens est bien celui de l'économie. E1 L63 « *Ça tourne souvent autour de l'argent, l'argent peut acheter de l'humain et du matériel.* », E2 L6-L7 « *on n'est pas assez nombreux. Puis il y a aussi les aléas des arrêts de travail dans les équipes. Du coup on doit s'adapter au jour le jour* ». Une pression qui engendre peut-être ces arrêts maladies ? Les soignants doivent réussir à s'adapter malgré les contraintes du manque de personnels et de temps pour réaliser les actes de soins correctement. Pourquoi les soignants devraient s'adapter au lieu que ce soit l'organisation qui s'adapte ? E2 L 29-30 « *Même si on essaie de faire au mieux, malheureusement avec la conjoncture actuelle des ehpad on ne peut pas.* », E2 L-37-39 « *le mot maltraitance c'est vrai que ça peut paraître fort mais faut dire les choses effectivement. Il y a une maltraitance car nous avons un rendement à faire. C'est un peu comme une usine.* ». Sur les trois entretiens, leurs avoir demandé s'il existait une « sorte de maltraitance institutionnel » à l'air de n'avoir surpris personne. E3 L63-65 « *Bien sûr, la maltraitance commence dès que le cadre est posé. Il y des personnes levées à 6h30 du matin, d'autres qui*

*sont couchées à 17h de l'après-midi. Le cadre c'est le repas, le petit déjeuner, tous ce qui est imposé et qu'il faut respecter* ». L. Martin nous dit « il faut obéir à des contraintes de rentabilité et d'efficacité » pour faire marcher l'entreprise. Les soignants ont l'air donc sous pression, ce qui est peut-être à la base d'un certain mal-être ou bien même d'une souffrance.

#### **7.4 Une souffrance commune mais non partagée. Des valeurs soignantes qui protègent qui ?**

La pression institutionnelle des soignants peut amener vers une souffrance. E2 L55-56 « *Au début de ma carrière j'ai eu pleins de remises en question car je me suis dit on m'a menti sur le métier* ». Cependant cela engendre une souffrance pour les résidents eux même. E2 L42-43 « *De devoir faire des choix, par exemple aujourd'hui toi je lave les jambes et demain je ne pourrai pas te les laver* », E2 L44-45 « *Ça peut passer pour eux mais ça reste compliqué.* ». Le « *ça peut passer* » révèle ce mal être qui ne devrait pas être là pour une prise en charge globale. L'animatrice hors des soins « techniques » vit aussi une souffrance avec les résidents E3 L68-71 « *Cette maltraitance, moi bien souvent, quand j'ai des gens qui sont souillés ou qui veulent aller aux toilettes et que je ne peux pas répondre à ça. Je vais chercher un soignant qui n'est pas disponible ou que ce n'est pas dans l'organisation. Je suis parfois frustré par mon travail. Ça m'est arrivé d'avoir des gens qui sont tous souillés et on me dit que ce n'est pas le moment.* ». Le rythme de l'organisation engendre cette maltraitance et donc cette souffrance. Possiblement parce que ce n'était pas « l'heure prévu » pour aider les personnes âgées à être au propre. La cadence amène à une nécessité d'aller plus vite. On prend le risque de faire mal au patient / résident : E1 L27 « *c'était douloureux pour lui* ». N'aurait-il pas été préférable de différer le soin et d'utiliser le méopa ou un traitement antalgique en prévision du pansement ? Ce n'était peut-être pas le moment dit opportun : le « Kairos ». Le soignant se retrouve malgré lui à faire des choses contre-valeur au risque d'une souffrance éthique. Ici l'infirmier se déculpabilise en disant qu'il fallait bien le faire E1 L29 « *c'était tout de même un soin essentiel* ». De plus les arrêts maladies viennent envenimer cette souffrance. E1 L78 « *chez les aides-soignants on a 4 arrêts* ». Cela peut prouver que la pénibilité conduit à ces interruptions de travail. Il faudrait s'interroger sur le manque de considération et de reconnaissance des soignants en Ehpad. Nous rappelons que selon une étude de la DRESS « *le nombre d'arrêts de travail dans les EHPAD est deux fois supérieur à la moyenne nationale.* ». Face à la réalité de ce manque de personnel engendre des dérives :

E1 L52-53 « *cela met en porte à faux les soignants qui devront prioriser leur soin et dégrader la qualité de la prise en charge* », E1 L57 « *Les soins de nursings, on appelait ça la macarena* ». Ici on constate que l'humour, la dérision est utilisée comme moyen de défense par les soignants pour se protéger d'une réalité trop pénible.

Viens la question des valeurs soignantes. Ici les interrogés expriment que leurs valeurs ont grandi avec le temps : E2 L50 « *Mes valeurs se sont bonifiées avec le temps* », E3 L73-74 « *Non j'ai toujours les mêmes valeurs et je pense même qu'elles ont grandi.* », E3 L77-78 « *Mes valeurs restent les mêmes, c'est accompagner du mieux possible la personne jusqu'à la fin de sa vie.* ». Il faut tout de même remettre dans le contexte. Il y a eu seulement ces trois personnes qui se sont portés volontaire pour être interrogé, cela veut dire que nous n'avons pas eu « l'occasion » de pouvoir s'entretenir avec quelqu'un qui exprime une baisse de ses valeurs. E2 L52-53 « *Oui ça peut arriver, il a des soignants qui abandonnent, qui n'ont plus les mêmes valeurs qu'ils avaient de base.* » E1 L74-75 « *Je pense qu'en valeur il faudrait du courage car on peut baisser les bras.* ». Cependant l'animatrice a rapporté certains éléments qui peuvent décrire une souffrance et baisse de valeur des soignants. E3 L89-90 « *Après entre nous, il y en a certain tu leurs donnerai tous les moyens, il y en a qui continuerai à se planquer et à glander.* », E3 L96-100 « *Tous les soignants disent qu'ils n'ont pas le temps. Il y en a, quand ils ont du temps ils prennent le temps auprès des personnes, ils vont au bout des choses. Puis des fois je vois que quand l'équipe est très nombreuse et qu'ils se dépêchent quand même de faire le travail et prennent ensuite le temps de faire de longue pause. Des fois c'est à se demander si certain ne font pas le travail plus tôt pour pouvoir se poser plus tôt* ». Est-ce que ces réponses sont un jugement de valeur ou un réel constat de dérives professionnelles ? Comme l'explique C.Badey-Rodriguez dans « *Lutter contre les rigidités organisationnelles* », cela ressemble au mécanisme de défense de fuite « *l'on peut observer avec le constat que les pauses café ou cigarette ont tendance à être plus longues dès que le travail est terminé au lieu de passer du temps à parler avec les résidents* ». Une fuite qui permettra de ne pas être confronté à des pulsions pénibles et donc une souffrance.

## **7.5 La dépendance des personnes âgées en institution : une iatrogénie évitable ?**

La dépendance iatrogène des personnes âgées en institution est une problématique importante comme nous en parle B.Vellas dans « prévention de la dépendance : Une nécessité de santé publique, un devoir pour la médecine gériatrique » : « Nous avons pu observer que 50% de ces sujets vont, deux ans après, présenter une dépendance sévère, GIR 1 et 2 ». Les soignants ont la notion que pour préserver les états des résidents il faut stimuler leurs autonomies : E1 L94-97 « *On peut améliorer leurs autonomies. Un soin réalisé en partie par le résident va lui apporter du bien être en termes de valorisation. Ils sont contents de pouvoir réaliser une tâche qu'ils faisaient avant. C'est une tâche qui aura pris du temps mais le soignant ne fait pas à sa place. On laisse le temps au résident.* », E2 L66 « *adapter nos soins en fonction de leurs besoins* ». Cependant la charge de travail et le manque de personnels ne permet pas tout le temps de laisser le temps au résident. L'animatrice nous parle bien de ce manque de temps qui peut avoir la conséquence d'une aggravation de la dépendance : E3 L24-30 « *Il y a tous ce temps entre les soins ou la personne est dans l'attente. Soit elle devient apathique, elle s'endort... Après dans un ehpad, si une personne est alitée c'est encore plus difficile, pour eux c'est le regard au plafond, et donc là ils perdent vite les capacités, ils se mettent un peu comme dans une bulle et c'est compliqué de les en sortir. Quelque part ils ne sont plus stimulés. Rien que le fait d'être levé, amener à la salle à manger, il y a les stimulés extérieurs alors que quand elle est alitée, elle reste dans sa bulle et le syndrome de glissement arrive rapidement.* ». Comment pourrait-on repenser le soin pour éviter une iatrogénie dans l'institution ?

## **7.6 Vers des solutions à l'amélioration de la prise en charge et de la relation.**

Chacun des interrogés ont des solutions qui pourrait améliorer le tout. L'infirmier, l'aide-soignant et l'animatrice nous parlent de moyen économique et humain : E1 L82 « *cela reste une question de moyens* », E1 L85 « *il faudrait qu'on soit tout le temps au complet afin d'améliorer la qualité* », E2 L60 « *Contestablement avec plus de moyens humains* », E3 L82-83 « *Donc si tu es 2 soignants pour 15, cela serait bien* », E3 L88 « *Ce qu'il manque surtout ce sont des moyens humains* ». Ensuite les soignants nous soulignent l'importance de l'organisation personnelle du travail : E1 69-70 « *Quand tu es organisé même si tu n'as pas*

*beaucoup de temps, tu améliores la rapidité de tes soins. Tu peux donc rajouter l'autorité. », E2 171-72 « ce qu'il faut c'est une organisation et de la réflexion. Puis bien sûr de la bienveillance. ». Puis il y a la demande de formations adaptées afin de s'améliorer : E1 L86-87 « Il faut aussi que le soignant soit bien formé avec des bonnes connaissances. », E2 L62 « plus de formation ».*

La maison de retraite est on dirait dans la volonté d'amélioration avec la mise en place de la formation Montessori. Nonobstant est ce que cela va suffire comme solution pour que cela fonctionne ? E2 L68-69 « *Je ne pense pas que cela marche avec tout le monde car ça demande vraiment un changement d'organisation, avec le niveau horaire et effectif, mais c'est faisable* », E3 L51-52 « *Maria Montessori elle dit, « aide moi à faire seul », ça veut dire pour les toilettes, pour tout, tous les gestes de la vie quotidienne.* », E3 L57-61 « *Après les autres [les soignants] vont t'en parler, d'un point de vu des soignants, ce n'est pas clair, ils ont l'impression que cela va leur faire perdre du temps de laisser faire les gens tous seul. Les soignants pensent que ça va plus vite de faire à leur place. Le problème après c'est que tu fais perdre de l'autonomie encore plus.* ». Faire une formation sans proposer forcément les moyens qui permettront de mettre en application les connaissances acquises, est ce que cela ne va pas engendrer une plus grande frustration chez le soignant ? E1 L90 « *la formation Montessori est quelque que chose qui aurait dû être fait plus tôt.* », plus tôt dans le but de pouvoir rectifier le tir ? Il aurait été intéressant d'interroger un lieu de vie où cette méthode est déjà mise en place depuis longtemps pour observer la différence. L'animatrice propose d'autre fonctionnement d'établissement qui ont pour elle une meilleure prise en charge de la personne âgées : E3 : L33-34 « *L'idéal c'est une petite structure où on fait participer les gens sur la vie quotidienne et les stimuler un maximum* », E3 L83-84 « *L'idéale serai comme les maisons carpe diem au Canada. Ce sont des maisons qui accueillent des personnes âgées et toute la vie se déroule comme une grande famille.* ». Chacun des interrogés ont donc des solutions afin d'améliorer la prise en charge et la relation mais est-ce que c'est qu'une question de moyen ?

## **8. Question centrale de recherche**

Notre rapport au temps est propre à chacun même si on peut voir dans l'analyse si dessus que les contraintes du travail d'accompagnement des résidents conditionnent notre manière de faire. Il parait intéressant de s'ouvrir sur demain vu le contexte actuel dans les établissements de santé que nous avons observer avec ce travail de fin d'étude.

Est-ce que la méthode Montessori peut-elle être une solution pour libérer la souffrance des soignant et personne âgés en lieu de vie emprisonné dans le temps qui leurs est compté ?

## 9. Conclusion

Ainsi à partir de la situation de départ, nous avons pu aborder et découvrir dans les cadres théoriques différentes thématiques en rapport avec la temporalité dans le milieu des Ehpad. Ce mémoire permet mener une introspection sur le soignant que nous voulons être plus tard. Il fait réfléchir sur l'importance du temps dans les soins et de la concordance des temps qui s'articule autour d'une journée de travail. Ce travail amène aussi à méditer sur le mal-être des soignants et des personnes que l'on soigne ou accompagne. Dans un premier temps nous avons exploré comment le temps pouvait être défini en général et succinctement comment il est étudié en philosophie. Dans un deuxième temps, c'était la temporalité du résident. Nous avons constaté le contexte actuel des personnes âgées, les effets du vieillissement sur le corps avec le processus de la dégénérescence, puis cherché dans le domaine de la psychologie du vieillissement qui intègre le mécanisme de la crise de la sénescence. Ensuite nous avons compris que le temps était propre à chacun en fonction de l'environnement, de l'état d'être du moment et de notre horloge biologique. Par la suite, l'observation de la temporalité dans le vieillissement et les Ehpad nous montre un mal être chez la personne âgée avec l'important taux de dépression et de suicide, puis la présence de la perte d'autonomie et d'une dépendance iatrogène induite par les prises en charges non adaptées. Parallèlement au mal être, nous nous sommes penchés sur le quotidien et le bien être des résidents à l'égard de l'intérêt de l'organisation des lieux de vie et des 14 besoins fondamentaux de V.Henderson. En troisième partie de ce cadre théorique, nous avons étudié le temps du soignant en comparant le soin, le prendre soin, et le soin relationnel. Pour décrire la temporalité du soignant il a fallu étudier le contexte institutionnel et sociétal qui peut être un frein dans la concordance des différents moments d'une journée de travail avec l'économie qui prime sur ce qui est non quantifiable. A la suite de ce constat nous nous sommes concentrés sur le mal être soignant en parlant de valeurs mises à l'épreuve, du burn out en augmentation et des mécanismes de défenses que les soignants utilisent pour se protéger. L'enquête exploratoire aura permis de confirmer plusieurs parties du cadre théorique et aura permis d'ouvrir le mémoire sur des solutions alternatives pour redonner sens au temps.

## 10. Bibliographie

### Ouvrage et article de référence :

- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, N° 82(3), 31-42.
- Daune, F. (2010). Corps, temps, soignés, soignants. *Le Journal des psychologues*, n° 275(2), 34-37.
- De Duchêne, A., Simon, A., & Guernic, Y. (2019). *Vieillir aujourd'hui. Perspectives cliniques et politiques (Psychanalyse)* (Champs social).
- Delbrouck, M. (2007). Burn-out et médecine. *Cahiers de psychologie clinique*, no 28(1), 121-132.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33-42.
- Furstenberg, C. (2011). La clé des soins relationnels : La sollicitude en chemin au domicile. *Recherche en soins infirmiers*, N° 107(4), 76-82.
- Giffar, D. (1985). *Les mécanismes de défense*.  
<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/mecanisme-defense.htm>
- Gineste, Y., Pellisier, J., Ploton, L., Salicru, R., & Badey-Rodriguez, C. (2012). *Être soignant en gériatrie un défi ?* 8, 2-7.
- Gonord, A. (2014). *Le temps*.
- Grivel, C. (2003). *Le refus alimentaire chez la personne âgée et son placement en institution* [Lumière Université Lyon 2]. [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2003.grivel\\_c&part=77540](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2003.grivel_c&part=77540)
- Gruat, F. (2009). Les valeurs en crise. *Recherche en soins infirmiers*, N° 96(1), 5-7.
- Guillaumin, J., & Reboul, H. (2016). *Le temps et la vie, les dynamismes du vieillissement* (2 éd.).
- Hecquet, M. (2011). Les Ehpad, lieux de vie, lieux de mort. *Le Journal des psychologues*, n° 287(4), 31-34.
- Longneaux, J.-M. (2010). On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. *Gerontologie et société*, 33 / n° 133(2), 33-41.

Luck, I. (2018). *Le temps du soin*. Fédération des Médecins de France. <https://www.fmfpro.org/le-temps-du-soin%E2%80%8B.html>

Martin, L., & Prouteau, G. (2017). *La concordance des temps à l'hôpital*. 101, 15-26.

Perot, L. (2017). *Le temps d'une vie, le temps du soin : La psychomotricité auprès de nos aînés au sein d'un centre d'accueil de jour Alzheimer*. <https://pdfs.semanticscholar.org/3ecf/d08961157ef0e70b718e1bc7cb2cf7ab041f.pdf>

Piveteau, D. (2009). Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec, Tome 57(2)*, 19-30.

### **Sitographie :**

Anon, S. (2015). *Heidegger et le Dasein*. <https://la-philosophie.com/heidegger-dasein>

ANSM. (2017). *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*. [http://ansm.sante.fr/content/download/103771/1314799/version/4/file/ANSM\\_Rapport\\_Benzo\\_2017-2.pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/103771/1314799/version/4/file/ANSM_Rapport_Benzo_2017-2.pdf)

APRIL. (2011, juillet 18). *Les origines de la perte d'autonomie*. APRIL. <https://www.april.fr/informations/les-origines-de-la-perte-d-autonomie>

Boubjedra, K., Clerc, C., & Surbled, M. (2014). *91 % des infirmiers expriment une difficulté d'exercice*. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. <https://www.actusoins.com/22849/91-infirmiers-expriment-difficulte-dexercice.html>

Calvet, L., & Pradines, N. (2016). *État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile* (N° 988). DRESS. <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/63093/1/er988.pdf>

Coutant, G. (2015). *Les besoins fondamentaux de la personne selon Virginia Henderson*. Infirmiers.com. <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

Deroyon, T. (2019). *En 2018, l'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes* (N° 1127). DRESS. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1127.pdf>

Dicom-Anne.G. (2020). *État des lieux du suicide en France*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>

*EFFICIENCE : Définition de EFFICIENCE*. (s. d.). Consulté 15 avril 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/efficience>

Favereau, E. (2016). L'hôpital malade de sa logique financière. *Libération*. [https://www.liberation.fr/france/2016/11/06/l-hopital-malade-de-sa-logique-financiere\\_1526631](https://www.liberation.fr/france/2016/11/06/l-hopital-malade-de-sa-logique-financiere_1526631)

*Heidegger et le Dasein*. (2016). La philosophie. <https://la-philosophie.com/heidegger-dasein>

Khammar, L. (2016). *Relation soignant/soigné*. [http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation\\_soignat\\_soigne2019khammar.pdf](http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf)

Khelifa, A. (2018). *Le vieillissement humain*. La Gériatrie Pratique. <https://geriatrie.webs.com/gnralits.htm>

*La vie quotidienne en maison de retraite médicalisée (Ehpad)*. (s. d.). maisons-de-retraite.fr. Consulté 15 avril 2020, à l'adresse <http://www.maisons-de-retraite.fr/Bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Conseils-pour-bien-choisir-sa-maison-de-retraite/La-vie-quotidienne-en-maison-de-retraite-medicalisee-Ehpad>

*L'accompagnement des personnes âgées*. (2018). <https://www.ars.sante.fr/laccompagnement-des-personnes-agees>

*Le projet personnalisé : Une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)*. (2018). ANESM. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet\\_personnalise\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf)

Le temps dans les soins. (2012). *Revue Soins et La Revue De l'Infirmiere*, 769. <http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/dossier-soins/dossier-soins-le-temps-dans-les-soins.html>

*Le Temps en philosophie*. (2012). <https://la-philosophie.com/le-temps-en-philosophie>

- Mascret, D. (2011). *Le temps passe plus ou moins vite selon l'âge*. Le Figaro.fr. <https://www.lefigaro.fr/sciences/2011/12/19/01008-20111219ARTFIG00415-le-temps-passe-plus-ou-moins-vite-selon-l-age.php>
- Mias, L. (2001). *Besoins, Maslow et Henderson*. <http://papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.html>
- Molenda, S., & Ducrocq, F. (2011). *L'IDE et le burn-out*. 53e congrès national d'anesthésie et réanimation. [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/L\\_IDE\\_et\\_le\\_burn-out.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/L_IDE_et_le_burn-out.pdf)
- Pacific, C. (2013). *Des soignants flashés à plus de 200 km/h en plein boulot!* <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/recherche-en-soins-infirmiers/des-soignants-flashes-a-plus-de-200-km-heure-en-plein-boulot.html>
- Pajot-Philouze, A. (2001). *Le temps du repas en maison de retraite: Enjeu institutionnel*. [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/dess/pajot\\_philouze.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/dess/pajot_philouze.pdf)
- Pigniez, J. (2015). *Suicide des personnes âgées: Des chiffres qui inquiètent!* Silver Economie. <https://www.silvereco.fr/suicide-des-personnes-agees-des-chiffres-qui-inquietent/3150304>
- Pitttore, A. (2017). Les arrêts de travail explosent dans les EHPAD. *entreprise.news*. <http://www.entreprise.news/les-ehpad-deux-fois-plus-touchees-que-le-btp-par-les-arrets-de-travail/>
- Plessis, A. (2011, janvier 1). *La vie quotidienne en Ehpads*. Doctissimo. <https://www.doctissimo.fr/html/dossiers/maisons-retraite/articles/vie-quotidienne-ehpad.htm>
- Prendre soin: Définition*. (s. d.). linternaute. Consulté 15 avril 2020, à l'adresse <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/prendre-soin/>
- Ray, M.-C. (2016). *Horloge interne*. Futura-Sciences. <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/biologie-horloge-interne-15147/>
- Soin: Définition de SOIN, subst. masc. | La langue française*. (2019). <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-soin/>
- Souffrance Infirmière—Prendre en charge et accompagner les infirmières en souffrance*. (2019, avril 26). <https://souffrance-infirmiere.fr/Souffrance-au-travail-des-soignants>

- Sultan, J. (2019). *Mécanismes de défense des soignants, module 5*. Soignant en EPHAD. <https://www.soignantenehpad.fr/pages/formation/formation-aide-soignant/module-5/mecanismes-de-defense-des-soignants.html>
- Temps. (s.d.). Dans Le dictionnaire *Larousse en ligne*. En ligne <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temps/77238> , consulté le 3 janvier 2020.
- Temps. (s.d.). Dans Le dictionnaire *Dicophilo en ligne*. En ligne <https://dicophilo.fr/definition/temps/> , consulté le 3 janvier 2020.
- Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gerontologie et societe*, 31 / n° 126(3), 141-155.
- Toledano, A. (2018, novembre 22). *Les mécanismes de défense des soignants*. Institut Rafaël. <https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/>
- Van Reeth, A. (2017). *Qu'est-ce que le Dasein ? - Ép. 1/4—Etre et Temps de Heidegger*. France culture. <https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/etre-et-temps-de-heidegger-1-quest-ce-que-le-dasein>
- Vellas, B. (2011). *Prévention de la dépendance : Une nécessité de santé publique, un devoir pour la médecine gériatrique*. [https://cag.revuesonline.com/gratuit/CAG3\\_S1\\_12612\\_2011\\_Article\\_197.pd](https://cag.revuesonline.com/gratuit/CAG3_S1_12612_2011_Article_197.pd)

## ANNEXES

### ANNEXE I : Autorisation du directeur pour les entretiens

#### Entretien téléphonique - mémoire IDE ▶

Monsieur bonjour,

Suite à votre demande d'autorisation d'entretiens téléphoniques pour votre projet de mémoire infirmier, je vous confirme mon accord pour qu'il s'effectue auprès de certains professionnels de l'établissement, sous réserve de leur accord. Il est évoqué un entretien avec un AS et un IDE, les IDEC étant en copie de ma réponse.

Je vous souhaite aussi une pleine réussite mais aussi une bonne continuation en cette période difficile !

03/04/2020.

### ANNEXE II : Retranscription des entretiens

#### Entretien Infirmier (E1)

A 27ans, Infirmier diplômé de juillet 2018, travail dans le même Ephad depuis septembre (soit depuis un an et demi)

1 En tant que soignant, quel est votre rapport avec le temps en Ehpad ?

2 Mon rapport est plus ou moins conflictuel, c'est-à-dire quand on a du temps, on peut augmenter la  
3 quantité de soin dans une même journée. Quand tu augmentes la quantité des soins et que tu as du  
4 temps, tu peux conserver la qualité. Ce qui est très important tout de même. Paradoxalement quand tu  
5 n'as pas de temps il faut prioriser tes soins, tu as moins le temps de faire des soins dans la quantité.  
6 Parfois quand tu as vraiment peu de temps et beaucoup de travail, la qualité de tes soins peut  
7 en pâtir.

8 Quand vous parlez de soin, est ce que vous intégrez le soin relationnel ?

9 Oui tout à fait. Quand tu as du temps tu peux augmenter le temps de relation avec le résident et quand  
10 tu ne l'as pas tu te focalises sur le plus important, soit le soin technique. Tu peux toujours discuter en  
11 même temps mais ça peut être compliqué quand on n'a pas beaucoup d'expérience au début mais  
12 aujourd'hui avec le temps ça va.

13 Est-ce que vous avez en tête une situation où vous avez dû consacrer plus de temps que prévu à un  
14 résident et comment vous avez vécu ce moment hors du temps planifié ?

15 Oui, le contexte, c'était une matinée assez chargée en soin, en plus de ça on était en sous-effectif  
16 infirmier. Normalement on travaille à deux infirmiers le matin, j'étais seul. Il était 11h du matin, il me  
17 restait plus qu'une seule réflexion de pansement. Il me restait à faire ma tournée de glycémie, ma  
18 tournée de traitement. On va dire que ça pouvait le faire. Or là je rentre dans la chambre du résident où  
19 je défais le pansement, ce pansement-là, qui m'avait pris 5minutes deux jours auparavant. Il a eu une

20 mauvaise évolution, la plaie était sale avec beaucoup d'exsudat. Donc au lieu de passer 5min j'ai passé  
21 20 à 25min à faire le nettoyage, le méchage, enlever le pu.

22 Comment vous avez vécu ce moment qui n'était pas prévu ?

23 C'était frustrant et énervant car il était 11h30, je n'avais pas commencé mon tour de glycémie que j'ai  
24 l'habitude de commencer à 11h15. C'était problématique car il faut se dépêcher comme on est une  
25 équipe, j'ai mis en retard mon équipe. Il fallait se dépêcher, se dépêcher, se dépêcher.

26 Dans c'est moment-là, comment vous pensez que le résident vivait le soin ?

27 C'était douloureux pour lui, il fallait que je rende au plus propre la plaie. Je ne pense pas qu'il ait  
28 apprécié ce soin. Puis il n'a pas pu me le dire car c'était un patient qui a des gros troubles cognitifs,  
29 qui ne parle pas. Tu peux voir seulement son faciès. C'était tout de même un soin essentiel.

30 Comment vous voyez le temps des résidents ?

31 Ta question est bien compliquée (réfléchie...)

32 Comment vous voyez le résident d'un regard extérieur ? Qu'est-ce que vous ressentez quand vous les  
33 voyez au moment du repas ? Dans le couloir ?

34 Vraiment compliqué, J'hésite, j'hésite, (hésite, « ils ont de la chance » dit à voix basse) c'est  
35 paradoxal, parce que on peut voir qu'il on le temps et qu'ils peuvent faire ce qu'ils veulent de leurs  
36 journées mais paradoxalement ils sont proches de la fin, ils manquent de temps par rapport à ça.  
37 Contrairement à nous qui avons peu de temps dans la journée pour exécuter nos soins mais il nous  
38 reste toute notre vie devant nous. Nous avons du temps, très paradoxal.

39 Au niveau de la perte d'autonomie des résidents, vous le ressentez comment le temps pour eux ?

40 Ce qui ont perdu leur autonomie, je pense qu'ils leurs faut beaucoup plus de temps pour effectuer des  
41 tâches. Donc dans leurs journées, ils sont moins productifs qu'à l'époque donc c'est vraie cas l'époque  
42 ils avaient plus de temps. Ils étaient plus rapides à faire les choses. Ils pouvaient faire beaucoup plus  
43 de chose dans le quotient. Ils subissent un peu plus le temps. Surtout que ce n'est pas quelque chose de  
44 contrôlable le temps. Ils sont dépendant de nous soignant qui leurs perçoivent peu de temps.

45 Qu'est-ce que vous en pensez quand des résidents parfois qui vous interpelle dans le couloir, qu'ils ont  
46 besoin d'aide et qu'on ne peut pas forcément accéder à leurs demandes ?

47 Ça arrive souvent je trouve, nous en tant que soignant on essaye le plus possible d'y répondre mais  
48 quand nous n'avons pas le temps, ce n'est pas une priorité pour nous. On peut délaissé parfois ces  
49 résidents qui nous interpellent dans le couloir.

50 Qu'est-ce que vous pensez de la prise en charge des résidents au quotient ?

51 La prise en charge peut être correct au quotidien si on donne les moyens humains et matériel  
52 constamment. Si ces paramètres ne sont pas respectés, cela met en porte à faux les soignants qui  
53 devront prioriser leur soin et dégrader la qualité de la prise en charge.

54 Est-ce que vous pensez qu'il existe une sorte de maltraitance institutionnelle ?

55 Je pense qu'on peut parler de maltraitance institutionnelle quand vraiment les soignants sont mis en  
56 porte à faux par leur manque de moyens. C'est-à-dire par exemple une matinée avec 4 AS au lieu de 6,  
57 1 infirmier au lieu de 2. Les soins de nursings, on appelait ça la macarena, on passe au résident suivant  
58 tout en laissant l'autre résident au lit. On peut dire que c'est maltraitant pour une personne qui souhaite  
59 être levé et l'AS n'a pas le temps d'effectuer cela car il lui reste une dizaine de toilette à faire derrière.  
60 On ne peut pas se permettre de ne pas laver quelqu'un. Nous en tant qu'infirmier, quand vraiment  
61 nous avons des imprévus, par exemple une urgence, on fait les autres soins plus rapidement  
62 qu'habituellement. On peut dire que c'est maltraitant parce que c'est un manque de moyen humains et  
63 d'argent. Ça tourne souvent autour de l'argent, l'argent peut acheter de l'humain et du matériel.

64 Est que vous diriez que vos valeurs de soignant ont changé depuis le début de votre carrière ?

65 Je ne pense pas qu'elles aient changé. Mes valeurs comme l'empathie, le respect, l'honnêteté, non je  
66 ne pense pas qu'elles ont changé. Je pense que j'en ai qui se sont rajoutés. Je ne pensais pas qu'il y  
67 avait autant besoin d'autorité. Par exemple le week-end, il n'y a pas de supérieur et c'est toi qui dois  
68 diriger l'équipe soignant, qui doit tenir la barre du bateau. Quand on parle d'organisation, cela se  
69 réfère beaucoup au temps. Quand tu es organisé même si tu n'as pas beaucoup de temps, tu améliores  
70 la rapidité de tes soins. Tu peux donc rajouter l'autorité.

71 Vous pensez qu'il y a des valeurs qui peuvent partir ?  
72 Oui, tu peux avoir des valeurs qui diminuent. ... (Hésite)  
73 Est-ce que vous pensez que ça existe ?  
74 Oui il peut avoir une forme de ras-le-bol. Je pense qu'en valeur il faudrait du courage car on peut  
75 baisser les bras. Je comprends que certains peuvent baisser les bras. Le courage peut être absent chez  
76 des personnes avec le manque de sécurité que l'on peut voir dans ce contexte. (Covid-19)  
77 Vous en avez des collègues qui partent en arrêt maladie ?  
78 Au niveau infirmiers on a de la chance mais chez les aides-soignants on a 4 arrêts. Ça se ressent sur les  
79 équipes. Après au niveau matériel là ça va un peu mieux mais avant il y avait un plus gros manque de  
80 sécurité.  
81 Comment vous pensez que l'on pourrait améliorer le bien-être des résidents et des soins en Ehpad ?  
82 Je pense que cela reste une question de moyens. Il faut du matériel pour le soignant. Il ne faut pas que  
83 le soignant s'aperçoive qu'il lui manque quelque chose. Par exemple des protections ou des allaises.  
84 Les allaises qui peuvent faire gagner du temps afin d'éviter de changer le lit. Pareil au niveau des  
85 équipes, il faudrait qu'on soit tout le temps au complet afin d'améliorer la qualité. Un soignant qui a le  
86 temps pourra toujours discuter avec le résident. Il faut aussi que le soignant soit bien formé avec des  
87 bonnes connaissances.  
88 Vous me parler de formation, j'ai entendu dire que vous avez eu une formation sur l'approche  
89 Montessori ?  
90 Oui, la formation Montessori est quelque chose qui aurait dû être fait plus tôt. Dommage qu'avec  
91 le contexte actuel, la formation s'est arrêtée et je n'ai pas eu le temps d'être formé.  
92 Qu'est-ce que vous pensez que ça peut apporter au quotidien ?  
93 Je n'ai pas été formé mais de ce que je sais, ça améliore le quotidien des résidents, surtout ceux qui  
94 sont plus ou moins autonome. On peut améliorer leurs autonomies. Un soin réalisé en partie par le  
95 résident va lui apporter du bien être en termes de valorisation. Ils sont contents de pouvoir réaliser une  
96 tâche qu'ils faisaient avant. C'est une tâche qui aura pris du temps mais le soignant ne fait pas à sa  
97 place. On laisse le temps au résident.  
98 Est-ce que vous avez envie de rajouter quelque chose à cet entretien ?  
99 Le temps, le temps, le temps... Il peut être notre meilleur ami ou être notre pire ennemi.

## **Entretien AS (E2)**

A 30ans, a eu un diplôme d'aide médico-psychologique puis a passé le diplôme d'aide-soignant. AS depuis 13ans, a travaillé 3ans en milieu hospitalier et est maintenant sur le même ehpad depuis 10ans.

1 Qu'elle est votre rapport avec le temps en tant que soignant dans l'ehpad ?  
2 En ehpad c'est parfois compliqué. C'est aussi parfois stressant et frustrant. Dans le sens où tu ne peux  
3 pas faire ce que tu aimerais faire avec tout le monde, ce que je souhaiterais ou comment je l'ai appris  
4 avec ma formation initiale. Car justement le temps passe vachement vite. Il suffit qu'il y ait un  
5 imprévu pour bien gêner le temps et la prise en soin. Il y a beaucoup de résidents à prendre en soin et  
6 malheureusement on n'est pas assez nombreux. Puis il y a aussi les aléas des arrêts de travail dans les  
7 équipes. Du coup on doit s'adapter au jour le jour  
8 Est-ce que vous pensez que ce manque de temps se répercute sur vos soins ?  
9 Considérablement, oui, sur la qualité des soins.  
10 Est-ce que vous avez en tête une situation où vous avez dû consacrer plus de temps que prévu à un  
11 résident, et comment avez-vous vécu ce moment ?  
12 Une situation particulière, je n'en ai pas en tête mais après il y a vraiment les situations lorsqu'il y a un  
13 décès. Cela demande une désorganisation totale de la journée, car il faut mobiliser plusieurs soignants,  
14 accompagner la famille. Ça demande une organisation différente et même nous sur notre psychologie.  
15 Est-ce que ça vous ait arrivé de passer plus de temps imprévu mais privilégié avec un résident ? Est-ce  
16 que ça vous a procuré quelque chose en plus ?

17 Oui ça m'arrive tous les jours, ça arrive quand un résident ne se sent pas bien où il faut passer un peu  
18 plus de temps avec lui.

19 Comment vous voyez le temps des résidents ?

20 Pour certains résidents, il y en a beaucoup qui n'ont pas notion du temps à cause de leurs troubles  
21 cognitifs mais d'autres sont impactés. En plus certains ne nous demandent pas quand ils ont besoin car  
22 ils ont peur de nous retarder, ils le savent. On ne répond pas toujours à leurs besoins.

23 Est-ce que vous pensez que le temps du résident et celui du soignant est compatible ?

24 Pas du tout, le résident souhaiterait une présence avec lui. On est les seuls où on pourrait passer du  
25 temps. Certains voudraient qu'on passe une heure avec eux mais nous ne disposons que de 20min par  
26 personnes le matin. Il nous faudrait effectivement une heure pour faire un vrai travail de qualité.

27 Que pensez-vous des prises en charge des résidents au quotidiens ?

28 Parfois mal adapté, mal adapté aux besoins, aux souhaits de la personne, avec les habitudes de vie  
29 antérieur qu'ils avaient chez eux. Même si on essaie de faire au mieux, malheureusement avec la  
30 conjoncture actuelle des ehpad on ne peut pas.

31 Concernant les soins relationnels, est-ce que pour vous dans votre travail vous êtes satisfait du travail  
32 que vous fournissez ?

33 Oui ça va, je suis actuellement en ehpad pour cela car en milieu hospitalier je n'ai pas retrouvé ce côté  
34 relationnel. Là-bas les patients sont des numéros de chambre. Même si j'aimerais toujours pourvoir  
35 faire plus. Je suis tout de même satisfait des liens qu'on peut faire dans ces lieux de vie.

36 Pensez-vous qu'ils existe une sorte de maltraitance institutionnelle ?

37 Oui complètement, après le mot maltraitance c'est vrai que ça peut paraître fort mais faut dire les  
38 choses effectivement. Il y a une maltraitance car nous avons un rendement à faire. C'est un peu  
39 comme une usine. Mais malheureusement, c'est sûr qu'il y a une différence entre ce qu'on apprend à  
40 l'école, ce qu'on voit à l'école et sur le terrain.

41 Vous la décrieriez comment cette maltraitance ?

42 Le fait de ne pas pouvoir faire les soins correctement. De devoir faire des choix, par exemple  
43 aujourd'hui toi je lave les jambes et demain je ne pourrai pas te les laver. On s'adapte à la réalité.  
44 Heureusement qu'on est avec une génération qui ne se lavait pas tous les jours. Ça peut passer pour  
45 eux mais ça reste compliqué.

46 Est-ce que pour vous diriez que vos valeurs de soignants ont changé depuis le début de votre carrière ?

47 Changer non mais je dirai plus bonifier. De base j'ai toujours voulu soigner, aider, protéger mais  
48 toutes ces valeurs là ce sont amplifiées à force d'acquérir de l'expérience au fur et à mesure des  
49 années, du fait des formations que j'ai fait et aussi la maturité personnelle. Je ne suis plus le même de  
50 quand j'avais 19ans. Mes valeurs se sont bonifiées avec le temps.

51 Est-ce que vous pensez que dans la globalité les valeurs peuvent se modifier ?

52 Oui ça peut arriver, il a des soignants qui abandonnent, qui n'ont plus les mêmes valeurs qu'ils avaient  
53 de base. Mais pour ma part, plus le temps passe et cela reste inchangé.

54 Est-ce que ça vous est déjà arrivé de faire des compromis par rapport à vos valeurs et au soin ?

55 Non mais ça peut arriver de faire un deuil entre ce que je voulais faire et ce que je peux faire. Au début  
56 de ma carrière j'ai eu pleins de remises en question car je me suis dit on m'a menti sur le métier. J'ai  
57 eu une bonne période de remise en question sur ma carrière mais au final j'ai réussi à surmonter cela et  
58 m'adapter à mon métier.

59 Comment pourrez t'on améliorer le bien-être des résidents et des soignants en ehpad ?

60 Contestablement avec plus de moyens humains qui nous permettra d'avoir plus de temps auprès des  
61 résidents, d'adapter notre prise en charge et essayer d'être au plus des habitudes de vie. Plus de  
62 personnel et plus de formation. La formation permet de nous adapter aux nouvelles choses et de mieux  
63 gérer certaine situation, tout en gagnant du temps.

64 Là vous me parlez de formation, apparemment vous avez commencé à vous former sur la méthode  
65 Montessori ?

66 Qui s'approche vraiment sur les habitudes de vie, d'adapter nos soins en fonction de leurs besoins.

67 Est-ce que vous pensez que cette méthode peut marcher dans les établissements ?

68 Je ne pense pas que cela marche avec tout le monde car ça demande vraiment un changement  
69 d'organisation, avec le niveau horaire et effectif, mais c'est faisable.  
70 Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?  
71 Tout est faisable sur une journée de travail au niveau du temps mais ce qu'il faut c'est une  
72 organisation et de la réflexion. Puis bien sûr de la bienveillance.

### **Entretien Animatrice (E3)**

A 52ans, cela fait 30 ans qu'elle est dans cet Ehpad, A été 16 ans aide soignante avant l'animation (où elle est passé en chirurgie, rééducation fonctionnel) et cela fait 16ans qu'elle est animatrice, et à suivi des formations comme gym douce, atelier esthétique, sophrologie, salle snoezelen et méthode Montessori. Elle a voulu devenir animatrice car elle voulait « une prise en charge plus globale de la personne âgée »

1 En tant qu'animatrice qu'elle est votre rapport avec le temps en Ehpad ?  
2 Moi en faite, je prends le temps. Le temps passe très vite sur une journée de 8h mais j'essaye de  
3 prendre le temps avec tout le monde malgré parfois la frustration que cela peut entraîner. Tout en  
4 mettant des priorités dans la journée.  
5 Est-ce que pour vous il y a quelque chose de frustrant de passer plus de temps avec un ou deux  
6 résidents au lieu des autres ? Est-ce que vous avez une situation en tête ?  
7 Oui c'est déjà arrivé mais comme je propose un panel d'activité qui correspond aux souhaits des  
8 résidents adapté aux différentes capacités, ce qui permet la participation de nombreux résidents. Par  
9 exemple une séance snoezelen, c'est environ 30min pour une personne alors que quand je fais un  
10 atelier lecture je peux prendre 15personnes. Après ils sont tout le temps dans la demande. Parfois tu es  
11 obligé de dire non à certain pour pouvoir t'occuper de d'autre personne  
12 En tant qu'animatrice est ce que vous arrivez à passer du temps, toucher tous les résidents de l'ehpad ?  
13 Globalement en fonctions des activités, je dirai que je touche 125 résidents sur 150. Après c'est en  
14 fonction des propositions. Il y en a qui aime venir à l'atelier chant, d'autre la gymnastique, d'autre la  
15 sophrologie, d'autre l'esthétique. Nous avons un projet d'animation construit sur l'année qui est fait  
16 pour toucher le maximum de personne. En plus comme on reçoit beaucoup d'association, on permet  
17 de toucher encore plus de personne.  
18 Pour vous comment vous voyez le temps des résidents, de votre avis extérieur ?  
19 Les résidents sont tous différents. Il y en a qui vive le temps de manière ralentie, qui dorment  
20 beaucoup, qui ne se rendent pas compte du temps qui passe puis il y en a d'autres qui sont très en  
21 demande, qui voient le temps passer très lentement, il y en a qui sont toujours en attente d'avoir  
22 quelqu'un à coter d'eux.  
23 Pour vous le temps des soignants et de celui des résidents est -il compatible ?  
24 Je pense que le temps lié au soin est trop court, soit ils sont dans l'attente du soin. Le temps du soin est  
25 trop court, je pense que si un soignant peut consacrer 20min à la personne c'est déjà bien. Il y a tous ce  
26 temps entre les soins ou la personne est dans l'attente. Soit elle devient apathique, elle s'endort...  
27 Apres dans un ehpad, si une personne alitée c'est encore plus difficile, pour eux c'est le regard au  
28 plafond, et donc là ils perdent vite les capacités, ils se mettent un peu comme dans une bulle et c'est  
29 compliqué de leurs en sortir. Quelque part ils ne sont plus stimulés. Rien que le fait d'être levé,  
30 amener à la salle à manger, il y a les stimuli extérieurs alors que quand elle est alitée, elle reste dans  
31 sa bulle et le syndrome de glissement arrive rapidement.  
32 Qu'est-ce que vous pensez de la prise en charge des résidents dans la globalité ?  
33 Moi dans l'ehpad où je travaille c'est une trop grosse structure. Avec les 150 résidents, la prise en  
34 charge n'est pas idéale. L'idéal c'est une petite structure où on fait participer les gens sur la vie  
35 quotidienne et les stimuler un maximum. Donc je ne pense pas que ce soit idéal, sur tous les plans, car  
36 il y a forcément de l'attente, de la demande. On a quelques personnes autonomes qui arrivent bien à se  
37 prendre en charge mais globalement non.  
38 Qu'est-ce que vous en pensez des soins relationnels par rapport aux autres soins ?  
39 Le nursing doit être fait en soin relationnel non ?

40 Il n'y a pas que dans le soin du nursing qu'on fait du soin relationnel ?

41 Oui, après il y a cette grande question, l'animation est-elle un soin ? Si on part de l'étymologie de mot,  
42 animation, animar c'est donner une âme, donner vie. Je pense que cette histoire de soin c'est plutôt le  
43 prendre soin. Des fois je fais des petits massages, des ateliers relaxation, je fais de l'atelier esthétique,  
44 c'est prendre soin et puis prendre la main de quelqu'un et discuter avec lui s'est aussi du prendre soin.  
45 C'est du soin relationnel. Je pense que quelque part tous les intervenants en ehpad doivent avoir cette  
46 notion de soin relationnel. Puis aussi de nos jours, toutes les formations sont accés là-dessus. On veut  
47 mettre en place la méthode Montessori, c'est adapter à chaque personne, à ses capacités, à son histoire.  
48 Adapter l'accompagnement, le faire participer au maximum pour garder les capacités le plus  
49 longtemps possible.

50 Vous me parlez de la méthode Montessori, qu'est-ce que vous pensez que cela peut apporter à  
51 l'ehpad ?

52 Une meilleure prise en charge adaptée à chaque personne. Maria Montessori elle dit, « aide-moi à faire  
53 seul », ça veut dire pour les toilettes, pour tout, tous les gestes de la vie quotidienne.

54 Est-ce que vous pensez que la méthode à des limites ?

55 La limite dépend des personnes. La méthode correspond bien aux personnes qui ont des troubles  
56 cognitifs mais qui marche, ont encore des capacités. Donc là avec cette méthode, c'est maintenir les  
57 capacités, les faire participer. Mais quand on a des personnes alitées, ou polypathologiques, qui ne  
58 peuvent bouger ni pied ni patte, qui ne peuvent pas manger tous seuls, c'est compliqué. Après les autres  
59 [les soignants] vont t'en parler, d'un point de vu des soignants, ce n'est pas clair, ils ont l'impression  
60 que cela leurs faire perdre du temps de laisser faire les gens tous seuls. Les soignants pensent que ça  
61 va plus vite de faire à leurs places. Le problème après c'est que tu fais perdre de l'autonomie encore  
62 plus.

63 Est-ce que vous pensez qu'il existe une sorte de maltraitance institutionnel ?

64 Bien sûr, la maltraitance commence dès que le cadre est posé. Il y des personnes levées à 6h30 du  
65 matin, d'autres qui sont couchées à 17h de l'après-midi. Le cadre c'est le repas, le petit déjeuner, tous  
66 ce qui est imposé et qu'il faut respecter. L'interdiction pour la plupart de sortir dans la rue. Le nombre  
67 de toilette par soignants. Une personne qui veut partir et qu'on empêche de partir.

68 Vous en tant qu'animatrice, comment vous la ressentez cette maltraitance ?

69 Cette maltraitance, moi bien souvent, quand j'ai des gens qui sont souillés ou qui veulent aller aux  
70 toilettes et que je ne peux pas répondre à ça. Je vais chercher un soignant qui n'est pas disponible ou  
71 que ce n'est pas dans l'organisation. Je suis parfois frustré par mon travail. Ça m'est arrivé d'avoir des  
72 gens qui sont tous souillés et on me dit que ce n'est pas le moment.

73 Est-ce que vous pensez que vos valeurs d'ancienne soignante et d'animatrice ont pu changer ?

74 Non j'ai toujours les mêmes valeurs et je pense même qu'elles ont grandi. Après c'est aussi pour ça  
75 que j'ai changé de métier car quand tu es soignant et que tu es dans la frustration et que ça va trop vite  
76 et que tu aimerais faire autre chose et que tu ne peux pas. Le soignant est dans le corps à corps, il est  
77 dans la douleur, quand tu soulèves quelqu'un, que tu le tournes. Moi j'arrive après et les résidents  
78 reconnaisse mon visage parce que moi je suis plus dans le coté plaisir. Mes valeurs restent les mêmes,  
79 c'est accompagner du mieux possible la personne jusqu'à la fin de sa vie.

80 D'après vous comment pourrait ont améliorer le bien être des résidents et des soignants en ehpad ?

81 Je pense qu'il faut crée des petits lieux de vie où justement le soignant prend un petit peu tout en  
82 charge, un petit peu comme dans les secteurs protégés. Où tu as une quinzaine de personnes où tu vas  
83 de A à Z sur les activités quotidienne. La toilette, le repas, les activités... Donc si tu es 2 soignants  
84 pour 15, cela serait bien. L'idéale serai comme les maisons carpe diem au Canada. Ce sont des  
85 maisons qui accueillent des personnes âgées et toute la vie se déroule comme une grande famille.  
86 Montessori c'est un peu inspiré de ça.

87 Est-ce que vous pensez qu'il y a un problème au niveau des moyens mis à disposition ?

88 Oui, je ne dirai pas au niveau matériel, car globalement nous avons tous ce qu'il faut : lève malade,  
89 des rails au plafond. Ce qu'il manque surtout ce sont des moyens humains. Je crois que chaque  
90 soignant prend en charge une quinzaine de personnes le matin. J'espère qu'un jour cela va changer.

91 Après entre nous, il y en a certain tu leurs donnerai tous les moyens, il y en a qui continuerai à  
92 se planquer et à glander.

93 Est-ce que vous avez quelques choses à rajouter ?

94 Après par rapport au temps, je pense que la temporalité est propre à chacun. Quelqu'un qui est dans sa  
95 bulle, il ne voit pas le temps qui passe, d'autre on l'impression que le temps ne passe pas vite ou trop  
96 vite. Ensuite l'attente est toujours là, l'attente d'une activité, du repas.

97 Comment voyez-vous le temps du soignant ?

98 Tous les soignants disent qu'ils n'ont pas le temps. Il y en a, quand ils ont du temps ils prennent le  
99 temps auprès des personnes, ils vont au bout des choses. Puis des fois je vois que quand l'équipe est  
100 très nombreuse et qu'ils se dépêchent quand même de faire le travail et prennent ensuite le temps de  
101 faire de longue pause. Des fois c'est à se demander si certain ne font pas le travail plus tôt pour  
102 pouvoir se poser plus tôt. Bien sûr après ce n'est pas une généralité.

### ANNEXE III Grille d'entretien / Analyse Vertical :

Thème	Questions		Cadre de référence	Entretiens
	Ce que je veux savoir	Ce que je demande		
Le temps du soignant	La perception personnelle du sujet	<p><b>En tant que soignant, quel est votre rapport avec le temps en Ehpad ?</b></p> <p><u>Question de relance :</u> Est-ce que vous pensez que ce manque de temps se répercute sur vos soins ?</p> <p><b>Animation : En tant qu'animatrice qu'elle est votre rapport avec le temps en Ehpad ?</b></p>	<p>Les freins institutionnels</p> <p>La rationalisation du travail</p> <p>Le soin relationnel</p> <p>Le soin et le prendre soin</p>	<p><b>IDE (E1) :</b> L2-6 « Mon rapport est plus ou moins conflictuel », Quand tu augmentes la quantité des soins et que tu as du temps, tu peux conserver la qualité », « quand tu n'as pas de temps il faut priorité tes soins », « quand tu as vraiment peu de temps et beaucoup de travail, la qualité de tes soins peut en pâtir »,</p> <p><b>AS (E2) :</b> L2-3 « En ehpad c'est parfois compliqué. C'est aussi parfois stressant et frustrant. Dans le sens où tu ne peux pas faire ce que tu aimerais faire avec tout le monde », L4 « le temps passe vachement vite », L5-7. « Il y a beaucoup de résidents à prendre en soin et malheureusement on n'est pas assez nombreux. Puis il y a aussi les aléas des arrêts de travail dans les équipes. Du coup on doit s'adapter au jour le jour », L9 manque de temps et soins « Considérablement, oui, sur la qualité des soins. »,</p> <p><b>Animatrice (E3) :</b> L96-100 « Tous les soignants disent qu'ils n'ont pas le temps. Il y en a, quand ils ont du temps ils prennent le temps auprès des personnes, ils vont au bout des choses. Puis des fois je vois que quand l'équipe est très nombreuse et qu'ils se dépêchent quand même de faire le travail et prennent ensuite le temps de faire de longue pause. Des fois c'est à se demander si certain ne font pas le travail plus tôt pour pouvoir se poser plus tôt. Bien sûr après ce n'est pas une généralité »</p> <p><b>Animatrice (E3) :</b> L2-4 « Moi en fait, je prends le temps. Le temps passe très vite sur une journée de 8h mais j'essaie de prendre le temps avec tout le monde malgré parfois la frustration que cela peut entraîner. Tout en mettant des priorités dans la journée »</p>

		<p><b>Est-ce que vous avez en tête une situation où vous avez dû consacrer plus de temps que prévu à un résident et comment vous avez vécu ce moment hors du temps planifié ?</b></p> <p>Quand vous parlez de soin, est ce que vous intégrez le soin relationnel ?</p>		<p><b>IDE (E1) :</b> L9-10 « Quand tu as du temps tu peux augmenter le temps de relation avec le résident et quand tu ne l'as pas tu te focalises sur le plus important, soit le soin technique. » L23-25 « C'était frustrant et énervant car il était 11h30, je n'avais pas commencé mon tour de glycémie que j'ai l'habitude de commencer à 11h15 », « j'ai mis en retard mon équipe. Il fallait se dépêcher, se dépêcher, se dépêcher. »</p> <p><b>AS (E2) :</b> L12-13 « Une situation particulière, je n'en ai pas en tête mais après il y a vraiment les situations lorsqu'il y a un décès. Cela demande une désorganisation totale de la journée » L 17-18 « Oui ça m'arrive tous les jours, ça arrive quand un résident ne se sent pas bien où il faut passer un peu plus de temps avec lui. »</p> <p><b>Animatrice (E3) :</b> L7-11 « Oui c'est déjà arrivé mais comme je propose un panel d'activité qui correspond à différentes capacités et personne, j'arrive à voir pleins de résident différents. Par exemple quand je fais du snoezelen, je prends 30min pour une personne alors que quand je fais un atelier écriture je peux prendre 15personnes. Après ils sont tout le temps dans la demande. Parfois tu es obligé de dire non à certain pour pouvoir t'occuper de d'autre personne »</p>
Le temps du résident	Le ressenti extérieur du résident	<p><b>Comment voyez-vous le temps des résidents ?</b></p> <p><u>Questions de relance :</u> Est-ce que le temps du résident et le temps des soignants sont compatibles ? Au niveau de la perte d'autonomie des résidents, vous le ressentez comment le temps pour eux ?</p>	<p>La subjectivité</p> <p>L'attente et l'ennui</p> <p>La dépression</p> <p>La perte d'autonomie</p>	<p><b>IDE (E1) :</b> L31 « Ta question est bien compliquée (réfléchie...) », L34-38 « j'hésite, (hésite, « ils ont de la chance » dit à voix basse) », « on peut voir qu'il on le temps et qu'ils peuvent faire ce qu'ils veulent de leurs journées mais paradoxalement ils sont proches de la fin, ils manquent de temps par rapport à ça. Contrairement à nous qui avons peu de temps dans la journée pour exécuter nos soins mais il nous reste toute notre vie devant nous. ». L40-42 « Ce qui ont perdu leur autonomie, je pense qu'ils leurs faut beaucoup plus de temps pour effectuer des taches. Donc dans leurs journées, ils sont moins productifs qu'à l'époque donc c'est vraie cas l'époque ils avaient plus de temps. »</p> <p><b>AS (E2) :</b> L20-21 « Pour certains résidents, il y en a beaucoup qui n'ont pas notion du temps à cause de leurs troubles cognitifs mais d'autres sont impactés » L24-26 Temps soignant / résidents compatible « Pas du tout, le résident souhaiterait une présence avec lui. On est les seuls où on pourrait passer du temps. Certains voudraient qu'on passe une heure avec eux mais nous ne disposons que de 20min par personnes le matin. Il nous faudrait effectivement une heure pour faire un vrai travail de qualité. »</p> <p><b>Animatrice (E3) :</b> L19-21 « Les résidents sont tous différents. Il y en a qui vive le temps de manière ralentie, qui dort beaucoup, qui ne se rend compte du temps qui passe puis il y en a d'autres qui sont très en demandes, qui voient le temps passer très lentement, il y en a qui sont toujours en attente d'avoir quelqu'un à coter d'eux. »</p> <p>L23-30 « Je pense que le temps lié au soin est trop court, soit ils sont dans l'attente du soin. Le</p>

				<p>temps du soin est trop court, je pense que si un soignant peut consacrer 20min à la personne c'est déjà bien. Il y a tous ce temps entre les soins ou la personne est dans l'attente. Soit elle devient apathique, elle s'endort... Après dans un ehpad, si une personne alitée c'est encore plus difficile, pour eux c'est le regard au plafond, et donc là ils perdent vite les capacités, ils se mettent un peu comme dans une bulle et c'est compliqué de leurs en sortir. Quelque part ils ne sont plus stimulés. Rien que le fait d'être levé, amener à la salle à manger, il y a les stimuli extérieurs alors que quand elle est alitée, elle reste dans sa bulle et le syndrome de glissement arrive rapidement. »</p>
		<p><b>Animation :</b>  <b>En tant qu'animatrice est ce que vous arrivez à passer du temps, toucher tous les résidents de l'ehpad ?</b></p>		<p><b>Animatrice (E3) :</b> L13-16 « Globalement en fonctions des activités, je dirai que je touche que je touche 125 résidents sur 150. Après c'est en fonction des propositions. », « Nous avons un projet d'animation construit sur l'année qui est fait pour toucher le maximum de personne »</p>
<p>Le quotidien  La routine</p>	<p>Prendre soin,  Soin relationnel,  contrainte  institutionnelle</p>	<p><b>Que pensez-vous des prises en charge des résidents au quotidien ?</b></p>	<p>La dépendance iatrogène</p> <p>Les besoins de la personne âgée</p> <p>L'organisation des soins</p> <p>La souffrance soignante</p> <p>Les mécanismes de défenses</p>	<p><b>IDE (E1) :</b> L51-53 « La prise en charge peut être correct au quotidien si on donne les moyens humains et matériel constamment », « les soignants qui devront prioriser leur soin et dégrader la qualité de la prise en charge. »</p> <p><b>AS (E2) :</b> L28-30 « Parfois mal adapté, mal adapté aux besoins, aux souhaits de la personne, avec les habitudes de vie antérieur qu'ils avaient chez eux. Même si on essaie de faire au mieux, malheureusement avec la conjoncture actuelle des ehpad on ne peut pas. »</p> <p><b>Animatrice (E3) :</b> L32-36 « Moi dans l'ehpad où je travaille c'est une trop grosse structure. Avec les 150 résidents, la prise en charge n'est pas idéale. L'idéal c'est une petite structure où on fait participer les gens sur la vie quotidienne et les stimuler un maximum. Donc je ne pense pas que ce soit idéal, sur tous les plans, car il y a forcément de l'attente, de la demande. On a quelques personnes autonomes qui arrivent bien à se prendre en charge mais globalement non. »</p>
		<p><u>Question de relance :</u>  Est-ce que vous êtes satisfait de votre travail concernant les soins et le relationnel ?</p>		<p><b>AS (E2) :</b> L33-35 « Oui ça va, je suis actuellement en ehpad pour cela car en milieu hospitalier je n'ai pas retrouvé ce côté relationnel », « Même si j'aimerais toujours pouvoir faire plus »</p> <p><b>Animatrice (E3) :</b> L38 « Le nursing doit être fait en soin relationnel non ? », L40-42 « après il y a cette grande question, l'animation est-elle un soin ? Si on part de l'étymologie de mot, animation, animar c'est donner une âme, donner vie. Je pense que cette histoire de soin c'est plutôt le prendre soin. », L43-45 « prendre la main de quelqu'un et discuter avec lui s'est aussi</p>

				dû prendre soin. C'est du soin relationnel. Je pense que quelque part tous les intervenant en ehpad doivent avoir cette notion de soin relationnelle. Puis aussi de nos jours, toutes les formations sont accès là-dessus »
		<p><b>Pensez-vous qu'il existe une sorte de maltraitance institutionnelle ?</b></p> <p><u>Question de relance :</u> Vous la décririez comment cette maltraitance ?</p>		<p><b>IDE (E1) :</b> L55-56 « Je pense qu'on peut parler de maltraitance institutionnelle quand vraiment les soignants sont mis en porte à faux par leur manque de moyens. », L56 une matinée avec un manque de personnel « Les soins de nursings, on appelait ça la macarena » L57-58 « c'est maltraitant pour une personne qui souhaite être levé et l'AS n'a pas le temps d'effectuer cela car il lui reste une dizaine de toilette à faire derrière ». L61-62 « On peut dire que c'est maltraitant parce que c'est un manque de moyen humains et d'argent. Ça tourne souvent autour de l'argent, l'argent peut acheter de l'humain et du matériel. »</p> <p><b>AS (E2) :</b> L37-39 « Oui complètement, après le mot maltraitance c'est vrai que ça peut paraître fort mais faut dire les choses effectivement. Il y a une maltraitance car nous avons un rendement à faire. C'est un peu comme une usine. », L42-43 « Le fait de ne pas pouvoir faire les soins correctement. De devoir faire des choix, par exemple aujourd'hui toi je lave les jambes et demain je ne pourrai pas te les laver. On s'adapte à la réalité. »</p> <p><b>Animatrice (E3) :</b> L63-66 « Bien sûr, la maltraitance commence dès que le cadre est posé. Il y a des personnes levées à 6h30 du matin, d'autres qui sont couchées à 17h de l'après-midi. Le cadre c'est le repas, le petit déjeuner, tous ce qui est imposé et qu'il faut respecter. L'interdiction pour la plupart de sortir dans la rue. Le nombre de toilette par soignants. Une personne qui veut partir et qu'on empêche de partir. » L68-71 « Cette maltraitance, moi bien souvent, quand j'ai des gens qui sont souillés ou qui veulent aller aux toilettes et que je ne peux pas répondre à ça. Je vais chercher un soignant qui n'est pas disponible ou que ce n'est pas dans l'organisation. Je suis parfois frustré par mon travail. Ça m'est arrivé d'avoir des gens qui sont tous souillés et on me dit que ce n'est pas le moment. »</p>
Les valeurs soignantes	Transgression morale ? Idéal thérapeutique.	<p><b>Est-ce que vous diriez que vos valeurs de soignant ont changé depuis le début de votre carrière ?</b></p> <p><u>Questions de relance :</u> Devez-vous faire des compromis avec ce qui était votre idée du soin ? Vous pensez qu'il y a des</p>	La souffrance soignante  La perte du sens	<p><b>IDE (E1) :</b> L65-67 « Je ne pense pas qu'elles aient changé. Mes valeurs comme l'empathie, le respect, l'honnêteté, non je ne pense pas qu'elles ont changé. Je pense que j'en ai qui se sont rajoutés. Je ne pensais pas qu'il y avait autant besoin d'autorité » L71 « Oui, tu peux avoir des valeurs qui diminuent... (Hésite) », L73-75 « Oui il peut avoir une forme de ras-le-bol. Je pense qu'en valeur il faudrait du courage car on peut baisser les bras. Je comprends que certains peuvent baisser les bras. Le courage peut être absent chez des personnes avec le manque de sécurité que l'on peut voir dans ce contexte »</p> <p><b>AS (E2):</b> L47-49 « Changer non mais je dirai plus bonifier. De base j'ai toujours voulu soigner, aider, protéger mais toutes ces valeurs là ce sont amplifiées à force d'acquérir de l'expérience au fur et à mesure des années, du fait des formations que j'ai fait et aussi la maturité</p>

		valeurs qui peuvent partir ?		<p>personnelle »</p> <p>L52-53 « Oui ça peut arriver, il a des soignants qui abandonnent, qui n'ont plus les mêmes valeurs qu'ils avaient de base »</p> <p><b>Animatrice (E3):</b> L73-76 « Non j'ai toujours les mêmes valeurs et je pense même qu'elles ont grandi. Après c'est aussi pour ça que j'ai changé de métier car quand tu es soignant et que tu es dans la frustration et que ça va trop vite et que tu aimerais faire autre chose et que tu ne peux pas. Le soignant est dans le corps à corps, il est dans la douleur, quand tu soulèves quelqu'un, que tu le tournes. », L77-78 « Mes valeurs restent les mêmes, c'est accompagner du mieux possible la personne jusqu'à la fin de sa vie. »</p>
La souffrance des soignants et celle du résident	S'il y a des moyens ou solutions alternatives	<p><b>D'après vous comment pourrait-on améliorer le bien-être des résidents et des soignants en Ehpad ?</b></p> <p><u>Question de relance :</u> Des moyens humains, économique, d'organisation, de philosophie ?</p>	Question de moyen	<p><b>IDE (E1) :</b> L78-80« Au niveau infirmiers on a de la chance mais chez les aides-soignants on a 4 arrêts. Ça se ressent sur les équipes. », « il y avait un plus gros manque de sécurité. » L82 « Je pense que cela reste une question de moyens. Il faut du matériel pour le soignant », L84-87 « gagner du temps », « au niveau des équipes, il faudrait qu'on soit tout le temps au complet afin d'améliorer la qualité. Un soignant qui a le temps pourra toujours discuter avec le résident. Il faut aussi que le soignant soit bien formé avec des bonnes connaissances. »</p> <p><b>AS (E2) :</b> L60-63 « Contestablement avec plus de moyens humains qui nous permettrait d'avoir plus de temps auprès des résidents, d'adapter notre prise en charge et essayer d'être au plus des habitudes de vie. Plus de personnel et plus de formation. », « tout en gagnant du temps »</p> <p><b>Animatrice (E3) :</b> L80-83 « Je pense qu'il faut crée des petits lieux de vie où justement le soignant prend un petit peu tout en charge, un petit peu comme dans les secteurs protégés. Où tu as une quinzaine de personnes où tu vas de A à Z sur les activités quotidienne. La toilette, le repas, les activités... Donc si tu es 2 soignants pour 15, cela serait bien. » L87-90 « je ne dirai pas au niveau matériel, car globalement nous avons tous ce qui lève malade, des rails au plafond. Ce qu'il manque surtout ce sont des moyens humains. Je crois que chaque soignant prend une quinzaine de personnes le matin. J'espère qu'un jour cela va changer. Après entre nous, il y en a certain tu leurs donnerai tous les moyens, il y en a qui continuerai à se planquer et à glander. »</p>
		<p><b>Avez-vous suivi une formation à l'humanité ou une autre approche de ce type ?</b></p> <p><u>Questions de relance :</u></p>		<p><b>IDE (E1) :</b> L90-95 « la formation Montessori est quelque que chose qui aurait dû être fait plus tôt », « ça améliore le quotidien des résidents, surtout ceux qui sont plus ou moins autonome. On peut améliorer leurs autonomies. Un soin réalisé en partie par le résident va lui apporter du bien être en termes de valorisation », L97 « On laisse le temps au résident. »</p> <p><b>AS (E2) :</b> L66 « Qui s'approche vraiment sur les habitudes de vie, d'adapter nos soins en fonction de leurs besoins. », L68-69 « Je ne pense pas que cela marche avec tout le monde car</p>

		<p>Qu'est-ce que vous pensez que ça peut apporter au quotidien ?</p> <p>Est-ce que vous pensez que la méthode à des limites ?</p>		<p>ça demande vraiment un changement d'organisation, avec le niveau horaire et effectif, mais c'est faisable. »</p> <p><b>Animatrice</b> (E3): L46-48 « la méthode Montessori, c'est adapter à chaque personne, à ses capacités, à ses histoires, à ses ennuis. Adapter l'accompagne, le faire participer au maximum pour garder les capacités le plus long possible », L51-52 « Maria Montessori elle dit, « aide moi à faire seul » ».</p> <p>L54-56 « La limite dépend des personnes. La méthode correspond bien aux personnes qui ont des troubles cognitifs mais qui marche, ont encore des capacités. Donc là avec cette méthode, c'est maintenir les capacités, les faire participer »</p> <p>L57-61 « Après les autres [les soignants] vont t'en parler, d'un point de vu des soignants, ce n'est pas clair, ils ont l'impression que cela leurs faire perdre du temps de laisser faire les gens tous seuls. Les soignants pensent que ça va plus vite de faire à leurs places. Le problème après c'est que tu fais perdre de l'autonomie encore plus. »</p>
		<p><b>Est-ce que vous avez envie de rajouter quelque chose à cet entretien ?</b></p>		<p><b>IDE</b> (E1) : L99 « Le temps, le temps, le temps... Il peut être notre meilleur ami ou être notre pire ennemi »</p> <p><b>AS</b> (E2): 71-72 « Tout est faisable sur une journée de travail au niveau du temps mais ce qu'il faut c'est une organisation et de la réflexion. Puis bien sûr de la bienveillance »</p> <p><b>Animatrice</b> (E3): « Après par rapport au temps, je pense que la temporalité est propre à chacun. »</p>

## ANNEXE IV : Grille d'Analyse Horizontal

Thème	Cadres de référence	Entretiens
<p>7.1 Un rapport au temps très subjectif</p>	<p><b>Le temps en philosophie</b>            Kant dans <i>Critique de la raison pure</i> nous dit « Le temps n'est qu'une condition subjective de notre condition humaine et il n'est rien en soit en dehors du sujets ».</p> <p>M.Heidegger invente le concept du « Dasein » publié dans son livre «Être et temps » Le Dasein est cette entité qui, dans son Etre, traite l'Etre comme un problème” ce qui nous amène à plusieurs modalités d'existence de la réalité humaine : l'être dans le monde (le sujet est engagé dans le monde et ne peut s'en retirer), l'être avec (avec la notion d'altérité soit sous l'emprise de l'autre dans le quotidien), l'être jeté (le fait qu'on ne choisit pas notre existence et qu'on doit malgré tous donner du sens), l'être pour la mort (qui est la finitude de l'être), le souci ( par rapport à la compréhension de l'Etre) et la temporalité (qui concerne le futur car la temporalité induit la projection humaine).</p> <p><b>Effet du vieillissement sur l'organisme</b></p> <p><b>La psychologie et le vieillissement</b>            Crise de la Sénescence            L'idéal du Moi et le Surmoi sont en conflit et doivent s'équilibrer afin de ne pas créer des névroses qui amèneraient vers la démence. Henry Ey nous parle du Moi démentiel « il se vide de la structure logique qui organise la personne en sujet de sa connaissance en conformité à un système de valeur communes, qui sont les lois de la raison », il ne s'agirait pas seulement d'une atteinte fonctionnelle cérébrale mais que la personne se cache, ne veut plus comprendre le monde qui l'entourent afin de réduire ses angoisses.</p> <p><b>Le temps et la subjectivité</b>            Chacun a sa propre perception du temps. C'est l'ensemble des facteurs</p>	<p><b>IDE E1</b> : I2 « Mon rapport est plus ou moins conflictuel »            L6-7 « quand tu as vraiment peu de temps et beaucoup de travail, la qualité de tes soins peut en pâtir. »,            L36 « paradoxalement ils sont proches de la fin, ils manquent de temps par rapport à ça. »,            L37-38 « nous qui avons peu de temps dans la journée pour exécuter nos soins mais il nous reste toute notre vie devant nous », L43-44 « Ils subissent un peu plus le temps. Surtout que ce n'est pas quelque chose de contrôlable le temps »            L99 « Le temps, le temps, le temps... Il peut être notre meilleur ami ou être notre pire ennemi. »</p> <p><b>AS E2</b> : L4-5 « le temps passe vachement vite. Il suffit qu'il y ait un imprévu pour bien gêné le temps et la prise en soin »            L20-21 « il y en a beaucoup qui n'ont pas notion du temps à cause de leurs troubles cognitifs mais d'autres sont impactés »</p> <p><b>Animatrice E3</b> :</p> <p>L2-3 « Moi enfaite, je prends le temps. Le temps passe très vite sur une journée de 8h mais j'essaye de prendre le temps avec tout le monde malgré parfois la frustration que cela peut entrainer. »            L19-21 « Les résidents sont tous différents. Il y en a qui vive le temps de manière ralentie, qui dort beaucoup, qui ne se rend compte du temps qui passe puis il y en a d'autres qui sont très en demandes, qui voient le temps passer très lentement, il y en a qui sont toujours en attente d'avoir quelqu'un à coter d'eux. »            L92-94 « la temporalité est propre à chacun. Quelqu'un qui est dans sa bulle, il ne voit pas le temps qui passe, d'autre on l'impression que le temps ne passe pas vite ou trop vite. Ensuite l'attente est toujours là, l'attente d'une activité, du repas »</p>

	<p>interactionnels et corporels qui favorise sa propre vision de la temporalité. Le rapport avec le temps se façonne en fonction des expériences vécues au quotidien (l'environnement et l'état d'être du moment).</p> <p>« Le temps passe vite quand on s'amuse ». Le Professeur en psychologie J. Wearden en se référant à Saint Augustin, met en évidence que la perception du temps se mesure avec un intervalle entre deux événements afin d'estimer à quelle est passé le temps</p>	
<p>7.2 Le manque de temps : un frein à la relation ou le travail en Ehpad : donner des soins ou prendre soin ?</p>	<p><b>Le quotidien et le bien être des personnes âgées</b></p> <p>Cependant l'organisation des jours peut être vécue comme une routine avec le cycle institutionnel des journées qui peuvent se ressembler. Les résidents attendent les temps forts de la journée comme les repas, les repas qui sont « un enjeu institutionnel » d'après une cadre de santé, A.Pajot-Philouze. C'est un temps fort où les résidents passent un moment de partage et qui est important dans le cadre social. Cependant en dehors des temps dit « fort », il y a l'attente.</p> <p>L'article sur « la concordance des temps à l'hôpital » de L.Martin, cadre formateur, insiste sur les différentes collaborations nombreuses « entre le temps individuel, le temps collectif, le temps professionnel, le temps des patients et de leur famille, sa synchronisation pour certains ou sa concordance pour d'autres, reste un élément essentiel qu'il est nécessaire de formaliser pour une prise en soins optimale des patients. ».</p> <p>Virginia Henderson, infirmière a développé le célèbre concept des 14 besoins fondamentaux</p> <p><b>Le soin et Prendre soin</b></p> <p>D'après D. Piveteau « Dans le « prendre soin », l'essentiel est d'entrer en relation. Tout le travail est de faire émerger le besoin dans ce qu'il a de plus singulier, y compris au sein de ces gestes essentiels du manger et du boire, du lever, du coucher et des soins du corps. L'aidant qui prend soin est, on l'a dit, un être à l'écoute ; non pas à l'écoute des symptômes, comme le médecin qui pose un diagnostic, mais à l'écoute des attentes radicalement subjectives d'une personne. Au sens que donne à ce mot la philosophie personnaliste : un être en relation. »</p>	<p><b>IDE E1</b> : L48-49 « quand nous n'avons pas le temps, ce n'est pas une priorité pour nous. On peut délaissé parfois ces résidents qui nous interpellent dans le couloir »</p> <p><b>AS E2</b> : L17 « Oui ça m'arrive tous les jours, ça arrive quand un résident ne se sent pas bien où il faut passer un peu plus de temps avec lui. », L21-22 « certains ne nous demandent pas quand ils ont besoin car ils ont peur de nous retarder, ils le savent. On ne répond pas toujours à leurs besoins. », L 24-25 « le résident souhaiterait une présence avec lui. On est les seuls où on pourrait passer du temps »</p> <p>L33-34 « je suis actuellement en ehpad pour cela car en milieu hospitalier je n'ai pas retrouvé ce côté relationnel » L34-35 « j'aimerais toujours pouvoir faire plus. Je suis tout de même satisfait des liens qu'on peut faire dans ces lieux de vie », L43 « On s'adapte à la réalité. »</p> <p><b>Animatrice E3</b> : L10-11 « Après ils sont tout le temps dans la demande. Parfois tu es obligé de dire non à certain pour pouvoir t'occuper de d'autre personne » L13 « je dirai que je touche que je touche 125 résidents sur 150 » L23 « Je pense que le temps lié au soin est trop court, soit ils sont dans l'attente du soin. », L38 « Le nursing doit être fait en soin relationnel non ? », L40-44 « l'animation est-elle un soin ? Si on part de l'étymologie de mot, animation, animar c'est donner une âme, donner vie. Je pense que cette histoire de soin c'est plutôt le prendre soin. Des fois je fais des petits massages, des atelier relaxation, je fais de l'atelier esthétique, c'est prendre soin et puis prendre la main de quelqu'un et discuter avec lui s'est aussi dû prendre soin. C'est du soin relationnel. »</p>

	<p><b>Soin relationnel</b></p> <p>La définition de J. Salome, psychosociologue, du soin relationnel est aussi intéressante à aborder. Pour lui c'est « L'ensemble des attitudes, des comportements spécifiques et volontaristes, des actes, des paroles tant réalistes que symboliques qui sont proposés par un soignant, un accompagnant, à une personne en difficulté de santé. ». On retrouvera dans la relation la communication, l'écoute, le toucher, le regarde et l'empathie.</p> <p>Les soins relationnels sont très importants dans la profession infirmière et aussi dans tout le personnel des établissements de santé car ils permettent de rentrer en relation, d'écouter les sujets enfermés dans leurs solitudes et leurs souffrances. Cela permet au résident de se sentir en sécurité et de crée une certaine relation de confiance. La relation fait partie des besoins naturels de l'homme, nous sommes des êtres sociaux</p> <p>On parle d'un relation soignant soigné asymétrique car ces deux statuts sont différents. Le soignant a la connaissance et peut aider</p> <p>Nous soignons une personne dans sa globalité (somatique, psychique, mental, sociales et subjective). De plus dans un contexte de lieu de vie, nous accompagnons des résidents. L'accompagnement qui veut dire étymologiquement « partager son pain avec » ou bien « cheminer avec »</p>	
<p>7.3 Le temps de l'institution : des soignants sous pression</p>	<p><b>Les freins du temps des soins : contexte institutionnel et sociétal</b></p> <p>L'Agence Nationale d'Appuis à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) qui souligne le fait que : « l'organisation des soins dans les établissements de santé pose le problème de l'organisation des ressources humaines et de leurs activités, notamment en ce qui concerne la temporalité des différentes intervention ».</p> <p>« On ne nait pas bien traitant, mais on peut le devenir » de JM.Longneaux, les organisations dans le médical reposent sur trois piliers qui peuvent être contraignant dans les soins, le scientifique, l'économique et le juridique :</p> <p>Le pilier économique doit assurer la stabilité des institutions et des soins grâce à une bonne gestion. Pour cela « le prix à payer est lourd : on tend vers une standardisation des soins ». Rationalisation et procédure encadrée assurent un nombre d'actes à effectuer au niveau quantitatif au détriment du qualitatif, « la dimension qualitative se réfugie dans les chiffres »</p> <p>Le pilier économique est assez fragile et engendre des restrictions à cause des contraintes budgétaire : le personnel peut être réduit au strict minimum, les salaires peuvent être peu attractifs et ne pas attirer du personnel qui est</p>	<p><b>IDE E1</b> : L10 « tu te focalises sur le plus important, soit le soin technique », L15 « ça on était en sous-effectif », L20-21 « au lieu de passer 5min j'ai passé 20 à 25min à faire », L23 « C'était frustrant et énervant », L24-25 « C'était problématique car il faut se dépêcher comme on est une équipe, j'ai mis en retard mon équipe. Il fallait se dépêcher, se dépêcher, se dépêcher », L63 « Ça tourne souvent autour de l'argent, l'argent peut acheter de l'humain et du matériel. »</p> <p><b>AS E2</b> : L2-3 « En ehpad c'est parfois compliqué. C'est aussi parfois stressant et frustrant. Dans le sens où tu ne peux pas faire ce que tu aimerais faire avec tout le monde, », L6-L7 « on n'est pas assez nombreux. Puis il y a aussi les aléas des arrêts de travail dans les équipes. Du coup on doit s'adapter au jour le jour »</p> <p>L25-26 « Certains voudraient qu'on passe une heure avec eux mais nous ne disposons que de 20min par personnes le matin. Il nous faudrait effectivement une heure pour faire un vrai travail de qualité », L 29-30 « Même si on essaie de faire au mieux, malheureusement avec la conjoncture actuelle des ehpad on ne peut pas. »</p> <p>L-37-39 « Oui complètement, après le mot maltraitance c'est vrai que ça peut paraître fort mais faut dire les choses effectivement. Il y a une maltraitance car nous avons un rendement à faire. C'est un peu comme une usine. »</p>

	<p>pourtant parfois manquant, le linge des résidents est changé à des heures fixes, le manque de matériel comme un lève malade... L. Martin nous dit « il faut obéir à des contraintes de rentabilité et d'efficacité » pour faire marcher l'entreprise.</p>	<p><b>Animatrice E3</b> : L4-5 « Tout en mettant des priorités dans la journée. », L24 « Je pense que si un soignant peut consacrer 20min à la personne c'est déjà bien » L32-33 « je travaille c'est une trop grosse structure. Avec les 150 résidents, la prise en charge n'est pas idéale. », L63-65 « Bien sûr, la maltraitance commence dès que le cadre est posé. Il y des personnes levées à 6h30 du matin, d'autres qui sont couchées à 17h de l'après-midi. Le cadre c'est le repas, le petit déjeuner, tous ce qui est imposé et qu'il faut respecter »</p>
<p>7.4 Une souffrance commune mais non partagée. Des valeurs soignantes qui protègent qui ?</p>	<p><b>Le soin et Prendre soin</b> Le soin se fait normalement avec le consentement du patient et l'acte peut être vécu différemment en fonction du moment où il est réalisé. En première partie de mémoire, nous avons vu « Kairos » qui est le moment dit opportun. Selon le moment, le soin n'est pas vécu de la même manière par la personne.</p> <p><b>Souffrance Soignante</b> Au niveau des lieux de vie une étude de la DRESS constate que « le nombre d'arrêts de travail dans les EHPAD est deux fois supérieur à la moyenne nationale. ». Une étude réalisée par le Groupe Pasteur Mutualité indique « 91% des infirmiers expriment une difficulté d'exercice ».</p> <p>La perte de valeurs, la culture des entreprises de soins avec l'organisation à la chaîne, la charge importante de travail, les contraintes économiques, la perte et le manque de personnel, le stress, la culpabilité, l'énervement, l'empathie additionné aux détresses, abandons, douleurs et cris des résidents, la présence de la mort, l'aggravation de maladie ou du handicap sont des problèmes auxquels les soignants font face au long d'une journée en gériatrie, où l'on peut se sentir démunis, amenés vers une « souffrance éthique »</p> <p><b>Mécanisme de défense soignant</b> « Être soignant, un défi de tous les jours à quel prix ? » écrit par R.Salicru, le soignant « se durcit, il n'écoute plus, il n'entend plus, il ne réagit plus, il encaisse. ». C'est une façon de se protéger pour ceux qui prodiguent des soins. Les mécanismes de défenses sont comme un système de résilience qui permet de stabiliser notre mental afin de nous protéger de ces événements dit « traumatisant » ou difficile. Pour les entreprises de soin, des soignants dans ces états particuliers rendent</p>	<p><b>IDE E1</b> : L27 « C'était douloureux pour lui », L27-28 Je ne pense pas qu'il ait apprécié ce soin. Puis il n'a pas pu me le dire car c'était un patient qui a des gros troubles cognitifs », L29 « C'était tout de même un soin essentiel », L52-53 « cela met en porte à faux les soignants qui devront prioriser leur soin et dégrader la qualité de la prise en charge », L57 « Les soins de nursings, on appelait ça la macarena » L74-75 « Je pense qu'en valeur il faudrait du courage car on peut baisser les bras. », L78 « chez les aides-soignants on a 4 arrêts » L79-80 « manque de sécurité. »</p> <p><b>AS E2</b> : L42-43 « De devoir faire des choix, par exemple aujourd'hui toi je lave les jambes et demain je ne pourrai pas te les laver » L44-45 « Ça peut passer pour eux mais ça reste compliqué. » L50 « Mes valeurs se sont bonifiées avec le temps », L52-53 « Oui ça peut arriver, il a des soignants qui abandonnent, qui n'ont plus les mêmes valeurs qu'ils avaient de base. » L55-56 « Au début de ma carrière j'ai eu pleins de remises en question car je me suis dit on m'a menti sur le métier » L57-58 « j'ai réussi à surmonter cela et m'adapter à mon métier. »</p> <p><b>Animatrice E3</b> : L68-71 « Cette maltraitance, moi bien souvent, quand j'ai des gens qui sont souillés ou qui veulent aller aux toilettes et que je ne peux pas répondre à ça. Je vais chercher un soignant qui n'est pas disponible ou que ce n'est pas dans l'organisation. Je suis parfois frustré par mon travail. Ça m'est arrivé d'avoir des gens qui sont tous souillés et on me dit que ce n'est pas le moment. » L73-76 « Non j'ai toujours les mêmes valeurs et je pense même qu'elles ont grandi. Après c'est aussi pour ça que j'ai changé de métier car quand tu es soignant et que tu es dans la frustration et que ça va trop vite et que tu aimerais faire autre chose et que tu ne peux pas. Le soignant est dans le corps à corps, il est dans la douleur, quand tu soulèves quelqu'un, que tu le tournes. », L77-78 « Mes valeurs restent les mêmes, c'est accompagner du mieux possible la personne jusqu'à la fin de sa vie. »</p>

	<p>les patients/résidents objets. Y.Gineste et J.Pellissier écrivent dans leur article « La souffrance éthique » : « C'est qu'il ressemble alors tellement à l'image du bon soignant qui ne pense pas, qui ne ressent pas, qui fait ce qu'on lui dit de faire, ni plus ni moins. ».</p> <p>De plus, la dérision ou l'humour est aussi bien présent en tant que mécanisme : « cela consiste à s'abstraire à une véritable relation, ne pas reconnaître une souffrance banalisée. » d'après le Dr.Toledano.</p> <p>On peut y associer le mécanisme de l'évitement ou de l'inhibition, le soignant évite de s'adresser au patient afin de ne pas trouver de problème ou une situation qui révélera en nous des pulsions pénibles. Un problème imprévu qui rajoutera du temps de travail dans sa journée, tel un mécanisme de fuite ; la fuite que l'on peut observer avec le constat que les pauses café ou cigarette ont tendance à être plus longues dès que le travail est terminé au lieu de passer du temps à parler avec les résidents comme nous l'explique C.Badey-Rodriguez dans « Lutter contre les rigidités organisationnelles »</p>	<p>L89-90 « Après entre nous, il y en a certain tu leurs donnerai tous les moyens, il y en a qui continuera à se planquer et à glander. »</p> <p>L96-100 « Tous les soignants disent qu'ils n'ont pas le temps. Il y en a, quand ils ont du temps ils prennent le temps auprès des personnes, ils vont au bout des choses. Puis des fois je vois que quand l'équipe est très nombreuse et qu'ils se dépêchent quand même de faire le travail et prennent ensuite le temps de faire de longue pause. Des fois c'est à se demander si certain ne font pas le travail plus tôt pour pouvoir se poser plus tôt » (Attitude de fuite, démission, négligence...)</p>
<p>7.5 la dépendance des PA en institution : une iatrogénie évitable ?</p>	<p><b>Les freins du temps des soins : contexte institutionnel et sociétal</b></p> <p>Les soignants, pour la science ne sont « que de bons techniciens qui doivent appliquer correctement les réponses techniques aux problèmes rencontrés ». A chaque problème, une solution : « Un patient est agité ? Contention. Manger ? Une simple question de calories à absorber. Besoins urinaires trop fréquents ? Langes ». La science amène à une « lente déshumanisation des soins » qui amène vers le sentiment de maltraitance pour le patient, tout comme le soignant.</p> <p><b>Le quotidien et le bien être des personnes âgées</b></p> <p>Maisons-de-retraite.fr a publié un article « Conseils pour bien choisir sa maison de retraite » car ils soulignent l'importance de « trouver un équilibre entre règles communes et respect de la liberté individuelle », afin que les résidents se sentent comme chez eux avec la prise en considération globale et des besoins de la personne, cela comporte : « confort des chambres, qualité des repas, respect de leur intimité, vie sociale, ...etc. »</p> <p><b>Le mal être des personnes âgées ?</b></p>	<p><b>IDE E1</b> : L94-97 « On peut améliorer leurs autonomies. Un soin réalisé en partie par le résident va lui apporter du bien être en termes de valorisation. Ils sont contents de pouvoir réaliser une tâche qu'ils faisaient avant. C'est une tâche qui aura pris du temps mais le soignant ne fait pas à sa place. On laisse le temps au résident. »</p> <p><b>AS E2</b> : L66 « d'adapter nos soins en fonction de leurs besoins »</p> <p><b>Animatrice E3</b> : L8-10 « j'arrive à voir pleins de résident différents. Par exemple quand je fais du snoezelen, je prends 30min pour une personne alors que quand je fais un atelier écriture je peux prendre 15personnes »</p> <p>L15-16 « Nous avons un projet d'animation construit sur l'année qui est fait pour toucher le maximum de personne. », L24-30 « Il y a tous ce temps entre les soins ou la personne est dans l'attente. Soit elle devient apathique, elle s'endort... Apres dans un ehpad, si une personne alitée c'est encore plus difficile, pour eux c'est le regard au plafond, et donc là ils perdent vite les capacités, ils se mettent un peu comme dans une bulle et c'est compliqué de leurs en sortir. Quelque part ils ne sont plus stimulés. Rien que le fait d'être levé, amener à la salle à manger, il y a les stimuli extérieurs alors que quand elle est alitée, elle reste dans sa bulle et le syndrome de glissement arrive rapidement. »</p>

	<p>B.Vellas nous explique que « Ces personnes âgées pré-fragile ou fragile ne sont, de nos jours, ni identifiées, ni réellement prises en compte de façon spécifique par notre système de santé » C'est pourtant dans ce stade de fragilité que la prévention de la dépendance est encore possible.</p> <p>B.Vellas « prévention de la dépendance : Une nécessité de santé publique, un devoir pour la médecine gériatrique », nous parle du problème de la dépendance et de dépendance « iatrogène » où il y a peu d'étude réalisé sur ce sujet</p> <p>« Nous avons pu observer que 50% de ces sujets vont, deux ans après, présenter une dépendance sévère, GIR 1 et 2 »</p>	
<p>7.6 Vers des solutions à l'amélioration de la prise en charge et de la relation.</p>		<p><b>IDE E1 :</b> 69-70 « Quand tu es organisé même si tu n'as pas beaucoup de temps, tu améliores la rapidité de tes soins. Tu peux donc rajouter l'autorité. »</p> <p>L82 « cela reste une question de moyens », L85 « , il faudrait qu'on soit tout le temps au complet afin d'améliorer la qualité », L86-87 « Il faut aussi que le soignant soit bien formé avec des bonnes connaissances. », L90 « la formation Montessori est quelque chose qui aurait dû être fait plus tôt. », L93 « ça améliore le quotidien des résidents »</p> <p><b>AS E2 :</b> L60 « Contestablement avec plus de moyens humains », L62 « et plus de formation », L68-69 « Je ne pense pas que cela marche avec tout le monde car ça demande vraiment un changement d'organisation, avec le niveau horaire et effectif, mais c'est faisable » L71-72 « ce qu'il faut c'est une organisation et de la réflexion. Puis bien sûr de la bienveillance. »</p> <p><b>Animatrice E3 :</b> L33-34 « L'idéal c'est une petite structure où on fait participer les gens sur la vie quotidienne et les stimuler un maximum », L46-48 « la méthode Montessori, c'est adapter à chaque personne, à ses capacités, à ses histoires, à ses ennuis. Adapter l'accompagne, le faire participer au maximum pour garder les capacités le plus long possible », L51-52 « Une meilleure prise en charge adapter à chaque personne. Maria Montessori elle dit, « aide moi à faire seul », ça veut dire pour les toilettes, pour tout, toutes de la vie quotidienne. » L55-61 « c'est maintenir les capacités, les faire participer. Mais quand on a des personnes alitées, ou polypathologiques, qui ne peuvent bouger ni pied ni patte, qui ne peuvent pas manger tous seuls, c'est compliqué. Après les autres [les soignants] vont t'en parler, d'un point de vu des soignants, ce n'est pas clair, ils ont l'impression que cela leurs faire perdre du temps de laisser faire les gens tous seuls. Les soignants pensent que ça va</p>

plus vite de faire à leurs places. Le problème après c'est que tu fais perdre de l'autonomie encore plus. »

L82-83 « ... Donc si tu es 2 soignants pour 15, cela serait bien », L83-84 « L'idéale serai comme les maisons carpe diem au Canada. Ce sont des maisons qui accueillent des personnes âgées et toute la vie se déroule comme une grande famille. »

L88 « Ce qu'il manque surtout ce sont des moyens humains »

## ANNEXE V : Autorisation de diffusion de mémoire



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussigné(e) (Prénom, NOM) : *Quentin ARNISOILLE*

Promotion : *2019-2020*

**Autorise**, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à **diffuser** le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) *Personnes âgées et soignants en EHPAD : Soignons le Temps.*

**En version papier** (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

**En version numérique** - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le *23/05/2020* Signature :

## **Personnes âgées et soignants en EHPAD : Soignons le Temps**

### Résumé :

Dans un contexte où notre société a toujours tendance à vouloir s'accélérer, ce mémoire porte une analyse et un regard sur la temporalité assez contradictoire des soignant et de celui de personnes âgées vivant en lieu de vie. Le soin relationnel est réduit au nom de l'efficacité pour satisfaire les contraintes institutionnelles. Les recherches révèlent une souffrance soignante et un réel mal être de la personne âgée.

Des entretiens semi directif ont été réalisé dans un même établissement au près d'un infirmier, d'un aide-soignant et une animatrice. Il en ressort que le rapport au temps est subjectif pour tous, que le manque de temps peut être un frein à la relation et que le temps de l'institution peut engendrer une certaine souffrance pour les soignants et les résidents. Ce travail de fin d'étude accès sur la réflexion permet d'ouvrir le sujet sur les améliorations possibles pour faire évoluer le contexte actuel au sein des EHPAD.

### Mots clés :

Temps, vieillissement, prendre soin, maltraitance institutionnelle, EHPAD

## **Seniors and caregivers in nursing home: Care for Time**

### Abstract:

In a context where our society always tends to accelerate, this dissertation is an analysis and a look at the rather contradictory temporality of caregivers and elderly people living in retirement homes. Relational care is reduced in the name of efficiency to meet institutional constraints. Research reveal that there is indeed, suffering for caregivers and discomfort for the elderly.

Semi-directive interviews were carried out in one and same establishment with a nurse, a care assistant and an animator. It showed that the relation to time is subjective for everyone, that the lack of time can be a hindrance to the relationship between these two and that the time in the institution can cause some suffering for the caregivers and residents. This end-of-study work focused on the reflection allow us to open the subject on the possible improvements to make to the current context evolving within the nursing home.

### Keywords:

Time, ageing, take care, institutional abuse, nursing home

**Quentin ARNISSOLLE**