

Faculté de santé publique

Faire d'un lieu de soins un lieu de vie

Comment le personnel des établissements de soins de longue durée pour personnes âgées peut-il contribuer au sentiment de chez soi des résidents ?

Mémoire réalisé par
Stéphanie Bienfait

Promoteur·rice(s)
John Cultiaux
Sara Alves Jorge

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Faire d'un lieu de soins un lieu de vie

Comment le personnel des établissements de soins de longue durée pour personnes âgées peut-il contribuer au sentiment de chez soi des résidents ?

Mémoire réalisé par
Stéphanie Bienfait

Promoteur·rice(s)
John Cultiaux
Sara Alves Jorge

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à exprimer ma reconnaissance auprès de toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de mon mémoire. Celle-ci n'aurait pas été possible sans leur précieuse aide.

Je souhaite avant tout remercier mon promoteur, John Cultiaux, et ma co-promotrice, Sara Alves Jorge, pour leur encadrement, leur disponibilité, le temps consacré à la relecture de mon mémoire, leurs avis éclairés et leurs riches conseils. Leur accompagnement bienveillant à chaque étape de ce travail m'a été d'une grande aide.

Je remercie évidemment les membres du personnel de la Résidence pour Seniors du CPAS de Watermael-Boitsfort qui ont accepté de m'accorder de leur temps et de répondre à mes nombreuses questions. Ce sont leurs témoignages qui font la richesse de ce travail.

Je remercie également mes parents du fond du cœur pour les nombreuses heures passées à relire, à peaufiner et à améliorer la rédaction de ce travail, ainsi que de tous les autres. Leur sollicitude et leurs encouragements m'ont portée tout au long de mon parcours.

Enfin, je tiens à adresser une pensée toute particulière à mon compagnon pour sa patience et son soutien inconditionnel, tant pendant la réalisation de ce mémoire que sur toute la durée de mon Master. Sa présence et son amour au quotidien m'ont donné la force de mener ce projet à son terme.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Note sur l'usage de l'intelligence artificielle

Je déclare avoir eu recours à plusieurs outils d'intelligence artificielle à des fins académiques durant la réalisation de mon mémoire.

L'outil « SciSpace » a été mobilisé dans le cadre de la recherche d'articles scientifiques pertinents pour la revue de littérature. Cet outil propose des publications sur la base de requêtes ciblées. Cette démarche a toutefois été complétée par des méthodes de recherche plus traditionnelles, notamment par mots clés et par effet « boule de neige », afin d'assurer l'exhaustivité et la pertinence des sources.

L'outil « TurboScribe » m'a permis de retranscrire automatiquement l'ensemble des entretiens menés dans le cadre de mon travail. Ceux-ci ont d'abord été enregistrés à l'aide du dictaphone de mon ordinateur, puis importés dans l'outil de transcription. Un travail personnel approfondi de vérification, de correction et d'anonymisation des propos a ensuite été réalisé afin de garantir la qualité, l'exactitude et la confidentialité des données recueillies. L'utilisation de ce programme m'a permis de gagner un temps précieux tout en conservant une maîtrise rigoureuse du contenu.

Enfin, l'outil « ChatGPT » a été utilisé pour la reformulation de certaines phrases dans le but d'améliorer la clarté et la fluidité de rédaction, sans toutefois en modifier le contenu ni les idées originales.

Malgré l'utilisation de ces différents outils d'intelligence artificielle, j'atteste que l'ensemble des idées, analyses et conclusions présentées dans ce mémoire est le fruit de mes propres recherches et réflexions personnelles.

Liste des abréviations

ESLD :	Établissements de Soins de Longue Durée pour personnes âgées
MR :	Maison de Repos
MRS :	Maison de Repos et de Soins
PP :	Patient partenaire
SCP :	Soins Centrés sur la Personne

Remarque :

Dans le cadre de ce mémoire, la dénomination « établissements de soins de longues durées pour personnes âgées (ESLD) » sera utilisée pour désigner les environnements institutionnels offrant des soins aux personnes âgées y résidant de manière permanente. Les ESLD offrent donc à la fois des services médicaux et paramédicaux, et un environnement de type domicile pour les personnes âgées. Cela inclut principalement les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS) (Davies et al., 2023). Par ailleurs, nous entendrons par « personne âgée » toute personne de 65 ans et plus, conformément à la définition de Statbel (Statbel, 2025). Enfin, deux appellations seront utilisées pour désigner les personnes vivant en ESLD : le terme « résident » sera employé lorsque nous y ferons référence de manière générale ; le terme « habitant » sera privilégié lorsque nous les évoquerons dans le contexte du projet Tubbe.

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
---------------------------	----------

Problématisation	2
-------------------------------	----------

I. Contexte	2
II. Enjeux	3
1. Les soins centrés sur la personne	3
1.1 La qualité de vie	5
1.2 L'autonomie	5
1.3 L'organisation des soins	6
2. Le sentiment de chez soi	7
2.1 Le contrôle de l'espace	8
2.2 La reconnaissance	9
3. La réalité du terrain	10
III. Question de recherche	11

Conceptualisation et cadre théorique	12
---	-----------

I. L'accompagnement	12
II. Le contrôle et l'autonomie	16
III. Les savoirs expérientiels en santé	20

Méthodes	24
-----------------------	-----------

I. Objectifs du travail	24
II. Description de la méthodologie	24
III. Terrain de recherche et échantillon	26
1. La Résidence pour Seniors du CPAS de Watermael-Boitsfort et le projet Tubbe	26
1.1 Mission	27
1.2 Valeurs	27
1.3 Le projet Tubbe	28
2. Recrutement et critères d'inclusion	31
3. Description des participants	31
IV. Collecte des données	32
V. Analyse des données	32
VI. Considérations éthiques	34

Résultats	35
------------------------	-----------

I. La définition du « chez soi » telle que perçue par le personnel de la Résidence pour Seniors	35
1. La chambre : la bulle, le cocon	35
1.1 Reconnaissance de l'espace privatif	35

1.2 Appropriation de la chambre.....	37
2. Les repères, les routines de la vie d'avant	37
3. La liberté d'expression et de choix	39
II. L'accompagnement par le personnel pour favoriser le développement du sentiment de chez soi	40
1. Apprendre à connaître l'habitant.....	40
2. Créer un espace d'écoute active.....	41
3. Personnaliser les prises en charge	42
4. Travailler ensemble	43
5. L'accompagnement spécifique des personnes atteintes de troubles cognitifs sévères.....	44
III. Les leviers au sentiment de chez soi	46
1. Le projet Tubbe	46
2. La pluridisciplinarité	47
3. La vie en communauté	48
4. Le temps, la patience, la persévérance.....	48
5. Les aides supplémentaires.....	49
6. Le bien-être au travail	50
IV. Les freins au sentiment de chez soi	51
1. La vie en communauté	51
2. Les règles de la Résidence pour Seniors.....	52
3. Le profil de l'habitant	54
4. La réalité du terrain pour le personnel	56
5. La lenteur de réalisation des projets.....	59
V. Pistes d'amélioration : comment faire mieux ?.....	60
1. Favoriser une entrée en douceur	60
2. Respecter l'habitant, son autonomie et son espace	61
3. Individualiser les règles et les prises en charge	63
4. Renforcer le soutien aux équipes de soins	64
VI. Conclusion : peut-on se sentir chez soi en maison de repos ?	65
<u>Discussion.....</u>	67
I. Interprétation des résultats	67
II. Comparaison avec la littérature	70
III. Limites.....	73
IV. Perspectives	75
<u>Conclusion et implication pour la pratique</u>	76
<u>Bibliographie</u>	79
<u>Annexes</u>	84

Annexe 1 – Guide d’entretien	84
Annexe 2 – Description de la composition de l’échantillon	86

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Renversement de la pyramide de gestion traditionnelle dans le modèle Tubbe -

Source : ZOOM Le Modèle Tubbe, s. d. 29

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène en constante progression dans nos sociétés modernes. Cette évolution s'accompagne d'un besoin croissant d'établissements de soins de longue durée pour personnes âgées (ESLD), dont le recours soulève plusieurs enjeux majeurs.

D'une part, l'entrée en ESLD représente une réelle source d'appréhension pour la personne âgée, notamment en raison de la perte de ses repères habituels. Dès lors, de nouveaux modèles d'organisation des soins ont vu le jour, tels que les soins centrés sur la personne (SCP). Ces approches visent à améliorer la qualité de vie au sein de l'établissement, à favoriser le maintien de l'autonomie de la personne et à proposer une prise en charge holistique.

D'autre part, le développement d'un sentiment de chez soi en ESLD représente un second enjeu central. En effet, ces établissements constituent à la fois le nouveau lieu de vie du résident, mais également son lieu de soins. De ce fait, la reconnaissance du résident en tant que personne, ainsi que son contrôle sur son nouvel espace de vie, sont souvent fragilisés, alors même qu'ils constituent des éléments essentiels au développement de ce sentiment.

Enfin, un troisième enjeu réside dans la réalité de terrain qui contraint encore souvent le personnel à prioriser les besoins physiques des résidents et les obligations organisationnelles, parfois au détriment de la qualité de vie et du sentiment de chez soi en ESLD.

Ces différents constats conduisent à la question de recherche suivante : *Comment le personnel des ESLD peut-il accompagner le besoin de contrôle et de reconnaissance des résidents, nécessaire au développement du sentiment de chez soi, malgré la structure organisationnelle et les contraintes professionnelles imposées par le contexte de soins ?* C'est à cette question que nous tenterons de répondre dans ce travail.

PROBLEMATISATION

La première partie de ce mémoire vise à établir le contexte et les enjeux ayant mené à la question de recherche au cœur de ce travail. Comme nous le verrons, le contexte de vieillissement de la population implique une augmentation du recours aux établissements de soins de longue durée pour personnes âgées (ESLD). Dès lors, différents enjeux, tels que les soins centrés sur la personne (SCP) ou l'importance du sentiment de chez soi dans son institution, voient le jour, malgré une réalité de terrain parfois porteuse de limites et de contraintes.

I. Contexte

Face au vieillissement de la population, la plupart des sociétés modernes sont confrontées à une augmentation de la demande en services de soins de santé. En effet, le vieillissement de la population engendre un risque accru de développer des affections liées à l'âge, notamment des maladies chroniques multiples, des comorbidités, des troubles cognitifs ou encore des déficits d'autonomie. Ces différents troubles pathologiques requièrent un besoin toujours plus important en soins complexes, continus et de longue durée (Altintas et al., 2018; Davies et al., 2023; Perruchoud et al., 2021). Dans ce contexte, le recours aux établissements de soins de longue durée pour personnes âgées (ESLD) est en constante augmentation et cette tendance devrait se poursuivre à mesure que la population continue de vieillir (Altintas et al., 2018; Brandburg et al., 2013; Chao et al., 2008; Davies et al., 2023; Rodgers et al., 2012; Van Malderen et al., 2016). Dès lors, dans l'ensemble des pays européens, la demande en personnel de santé, notamment spécialisé en gériatrie et en psychogériatrie, croît afin d'assurer la prise en charge de personnes âgées atteintes de pathologies multiples liées à l'âge, qu'elles soient somatiques ou psychiques (Perruchoud et al., 2021).

La Belgique n'est pas épargnée par ce phénomène mondial : sa population vieillit. D'après Statbel, on compte, au premier janvier 2025, 2 405 315 personnes âgées de 65 ans et plus. Par rapport à 1995, cette proportion a fortement augmenté, passant de 15,8% de la population belge à 20,3% (Statbel, 2025). Le Bureau Fédéral du Plan belge prévoit qu'elle dépassera 25% d'ici 2050 (Sciensano, 2024). La part des plus âgés (80 ans et plus) augmente également : en 2025, cette tranche de la population représente 5,6% de la population totale, contre 3,8% en 1995 (Statbel, 2025).

Pour répondre aux besoins de santé croissants de cette population en perte d'autonomie, le recours aux ESLD augmente. La Belgique compte actuellement environ 1 500 maisons de repos (et de soins), offrant ainsi un total de 147 096 lits (Solidaris, 2025). Offrir des soins institutionnels de haute qualité pour les personnes âgées est devenu une nécessité, une responsabilité sociale et un enjeu majeur de santé publique (Chao et al., 2008; Gilbert et al., 2021).

II. Enjeux

Dans ce contexte, le recours majoré aux ESLD s'accompagne de l'émergence de différents enjeux. La notion de soins centrés sur la personne (SCP) voit le jour, accompagnée d'une attention accrue à la qualité de vie et à l'autonomie des résidents, ainsi qu'à l'organisation des soins au sein des ESLD. Par ailleurs, la question du sentiment de chez soi au sein de ces institutions gagne en importance. Elle amène à interroger les facteurs qui l'influencent, notamment le contrôle que les résidents peuvent exercer sur leur espace ainsi que la reconnaissance qui leur est accordée. Néanmoins, ces enjeux se voient bien souvent limités par les contraintes d'une réalité de terrain complexe.

1. Les soins centrés sur la personne

La perte de son domicile et l'entrée en ESLD représentent bien souvent des événements brutaux et éprouvants pour les personnes âgées, d'autant plus anxiogènes qu'ils sont vécus comme la dernière grande étape de leur vie (De Veer & Kerkstra, 2001; Rijnaard et al., 2016; Rioux, 2008). Les ESLD sont généralement perçus négativement et les personnes âgées expriment bien souvent une préférence pour rester dans leur domicile. Néanmoins, au cours de ces dernières années, plusieurs mouvements ont cherché à modifier ces perceptions négatives et à faire de l'entrée en ESLD une expérience plus positive, notamment en adoptant des « soins centrés sur la personne » (SCP). Ce paradigme repose sur une vision holistique de la personne. Il vise à élargir les indicateurs de qualité pour mieux intégrer le point de vue des résidents et à déplacer l'attention, auparavant centrée sur les soins physiques et la réduction des risques, vers la reconnaissance de l'importance d'une prise en charge alignée sur les préférences des résidents (Boumans et al., 2022; Davies et al., 2023; Gilbert et al., 2021; Rijnaard et al., 2016). Cette approche, qui prend en considération le contexte, les valeurs, les croyances et les expériences du résident, fonde sa pratique sur la relation thérapeutique entre prestataire de soins et résident,

dont elle place le choix au centre. Elle valorise le fait de bien vivre plutôt que de simplement vivre plus longtemps. Les SCP évalueront donc la réussite d'une entrée en ESLD en mettant davantage l'accent sur la qualité de vie individuelle des résidents plutôt que sur les seuls indicateurs biomédicaux, auparavant privilégiés dans les soins de santé aux personnes âgées (Davies et al., 2023). En effet, même si les indicateurs cliniques sont utiles, ces mesures ne reflètent pas la manière dont les résidents vivent leurs soins, ni leur impact sur leur bien-être et leur qualité de vie (Gilbert et al., 2021). En adoptant un modèle de SCP plutôt qu'une approche uniforme, les résidents deviennent le centre d'attention des soins et services offerts, favorisant ainsi leur qualité de vie et leur autonomie (Davies et al., 2023).

Depuis quelques années, on voit émerger l'idée de dépasser l'approche centrée sur la personne et de faire du patient un partenaire des professionnels de santé pour relever ensemble les défis auxquels il fait face dans son parcours de soins. En effet, les SCP constituent une pratique où le patient est simplement l'objet de toutes les attentions d'une équipe qui gravite autour de lui. Elle ne pousse donc pas assez loin l'implication du patient dans ses soins. L'idée du patient partenaire (PP) est de faire évoluer la dynamique de la relation de soins vers une relation de collaboration et de co-construction, et de reconnaître au patient un statut d'expert lui permettant de prendre le contrôle sur sa santé. Les expériences et les compétences de soins du PP sont prises en compte, au même titre que les savoirs et expertises des professionnels de santé. Le concept de PP désigne ainsi un mode de collaboration entre un patient souhaitant être acteur de ses soins et un professionnel de santé. Ensemble, ils partagent et articulent leurs savoirs complémentaires : celui de la maladie pour le professionnel, et celui de la vie avec la maladie pour le patient. L'objectif de ce nouveau paradigme est de co-définir des orientations partagées et des solutions consensuelles. Néanmoins, les décisions concernant son traitement et sa santé appartiennent au patient, en fonction de son expérience, de ses aspirations, de ses priorités et de son projet de vie (Lecocq et al., 2017; Lecocq & Néron, 2018).

Cependant, la littérature scientifique consacrée aux personnes âgées vivant en ESLD traite majoritairement des SCP. C'est donc ce paradigme que nous retiendrons dans ce travail. Les sections suivantes en développent trois points d'attention essentiels : la qualité de vie, l'autonomie et l'organisation des soins.

1.1 La qualité de vie

Avec les SCP, la qualité de vie au sein des ESLD est devenue un indicateur essentiel pour évaluer la qualité des soins et services destinés aux personnes âgées (Van Malderen et al., 2016). En effet, elle a été reconnue comme un résultat global du « vieillissement en bonne santé » (Davies et al., 2023) et constitue donc un enjeu majeur et une préoccupation centrale pour tout personnel soignant travaillant en ESLD (Rodgers et al., 2012). L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (*WHOQOL - Measuring Quality of Life* | *The World Health Organization*, s. d.). Gilhooly et al. la décrivent comme « *le degré de satisfaction à l'égard de tous les domaines de la vie jugés importants par l'individu concerné* » (Gilhooly et al., 2005). La qualité de vie est donc une notion multidimensionnelle définie individuellement : l'importance de chaque dimension varie d'une personne à l'autre. Elle peut être influencée par divers domaines interconnectés tels que la santé physique, le bien-être psychologique, les relations sociales, l'environnement ou encore les soins reçus. C'est également un concept dynamique qui évolue au fil du temps en fonction des expériences passées et des attentes futures. Le sens qu'on donne à la qualité de vie change donc naturellement avec le vieillissement. En raison de la vulnérabilité de leurs résidents, les ESLD ont la responsabilité de créer un environnement favorable à l'amélioration de leur qualité de vie tout au long de leur séjour et dès leur admission (Davies et al., 2023; Van Malderen et al., 2016).

1.2 L'autonomie

Fournir des SCP suppose également de garantir que les résidents puissent faire leurs propres choix (Boumans et al., 2022). En effet, si l'entrée en ESLD fait généralement suite à un besoin accru de soins et de soutien, celui-ci doit être équilibré avec le soutien à l'autonomie. Le personnel doit voir au-delà des soins physiques pour offrir aux résidents un niveau de choix leur permettant de maintenir un sentiment d'identité (Davies et al., 2023). L'approche centrée sur la personne considère chaque individu dans son ensemble, or l'autonomie personnelle constitue la base du respect dû à chacun. En refusant une approche des soins paternaliste et axée sur les tâches, les SCP mettent en avant, comme condition essentielle à la réussite de cette approche, l'importance de connaître véritablement les résidents afin de respecter et de répondre à leurs préférences, valeurs, et besoins individuels. Il s'agit alors de redéfinir le concept d'autonomie en tenant compte de l'histoire, du développement et des expériences quotidiennes des résidents. Une compréhension de l'autonomie axée uniquement sur les actions et les choix

est idéalisée. Personnaliser le concept d'autonomie de sorte qu'il ait du sens pour le résident semble plus pertinent. En effet, l'autonomie est socialement conditionnée et contextuellement située. Ses expressions sont donc propres à chaque individu et peuvent évoluer au fil de la vie. La relation thérapeutique entre le personnel et les résidents permet de comprendre leur histoire personnelle, ce qui est important pour eux, la façon dont ils vivent leur situation actuelle ainsi que la façon dont ils souhaitent organiser leur vie quotidienne. Ensemble, ils peuvent dès lors renforcer ce sentiment d'autonomie et de participation active aux soins et s'accorder sur une prise en charge personnalisée tant au niveau des routines de soins que des activités. L'autonomie des résidents est donc identifiée comme un élément essentiel de l'approche centrée sur la personne, ainsi qu'une condition clé pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées vivant en ESLD (Davies et al., 2023; Rodgers et al., 2012).

1.3 L'organisation des soins

L'approche holistique des SCP implique par ailleurs de considérer l'organisation des soins dans les ESLD. Une culture organisationnelle valorisant le leadership auprès des membres du personnel favorise une pratique experte et réfléchie de leur part. L'écoute des résidents, la planification des soins selon leurs besoins et souhaits individuels, et leur participation active à leur propre prise en charge en sont autant de conséquences bénéfiques pour leur autonomie et leur qualité de vie. A l'inverse, un manque de leadership conduit souvent à des approches de soins fragmentées et centrées sur les tâches, ce qui a pour conséquence d'influencer négativement l'autonomie. L'organisation et la pratique des soins en ESLD peuvent donc influencer directement le niveau d'autonomie dont jouit un résident. Les modèles de soins qui commencent par le résident et qui se développent en interdépendance avec lui permettent de mettre en place des pratiques de soins favorisant l'expérience de l'autonomie des personnes vivant en ESLD (Davies et al., 2023; Rodgers et al., 2012).

Nous pouvons mentionner encore d'autres aspects de l'approche centrée sur la personne ayant un impact positif sur la qualité de vie des résidents en ESLD. Par exemple, l'ESLD devant être considéré comme le foyer du résident, créer un environnement « comme à la maison » via la personnalisation des espaces de vie individuels permet de favoriser un sentiment de normalité, de continuité et de réconfort, de faciliter l'adaptation au nouveau lieu de vie et de soutenir l'identité du résident. De même, inclure les résidents dans les discussions et prises de décisions liées à l'aménagement des espaces communs peut augmenter leur sentiment d'appartenance à la communauté et favoriser leurs interactions sociales. L'inclusion des familles, et de tout autre

acteur évoluant autour des résidents, dans la vie au sein de l'ESLD et dans les soins de leur proche constitue un autre élément essentiel des SCP. Elle permet de renforcer le sentiment de continuité d'une « vie normale », de faciliter l'adaptation aux changements et de personnaliser la prise en charge du résident. Celui-ci peut en tirer un soutien social et un plus grand épanouissement, pour autant que cette inclusion soit guidée par le résident lui-même (Davies et al., 2023).

2. Le sentiment de chez soi

Le sentiment de chez soi au sein des ESLD constitue un autre enjeu central de l'accueil des personnes âgées dans ces établissements. En effet, les ESLD ont la particularité de posséder une double nature : ils sont à la fois institution de soins et foyer. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles un nombre croissant d'ESLD proposent des approches axées sur « la bonne vie », tels que les SCP. L'enjeu est de transformer l'environnement de sorte qu'il ressemble davantage à un foyer pour les résidents, plutôt qu'à un établissement de soins dans lequel ils séjournent, comme un hôpital. Cependant, offrir à la fois des soins cliniques de qualité et un environnement semblable à un foyer représente un défi : avec toutes les exigences cliniques de base que l'ESLD doit remplir, comment offrir aux résidents un sentiment d'être chez eux ? (Rijnaard et al., 2016). En effet, malgré une culture organisationnelle aux considérations grandissantes pour les SCP, l'autonomie et la qualité de vie des résidents, beaucoup de personnes âgées éprouvent de grandes difficultés à se sentir chez elles en ESLD. Or le sentiment de chez soi est particulièrement important pour les résidents des ESLD en raison de la permanence de leur situation (De Veer & Kerkstra, 2001). Le sentiment d'être chez soi est un phénomène multifactoriel, influencé non seulement par l'environnement bâti, mais aussi par les caractéristiques psychologiques et sociales de la personne. Il est lié aux expériences, émotions et comportements personnels et ne se construit pas du jour au lendemain mais se développe progressivement. L'indépendance, la sécurité, l'identité personnelle et le sentiment de contrôle en sont autant de composantes (Rijnaard et al., 2016).

De nombreux facteurs contribuent au sentiment de chez soi, mais nous nous intéresserons ici tout particulièrement au contrôle des résidents sur leur espace et à la reconnaissance qui leur est accordée de la part des membres du personnel, ces deux aspects étant bien souvent mis à mal lors d'un emménagement en ESLD.

2.1 Le contrôle de l'espace

L'autonomie et le contrôle de l'espace sont des éléments majeurs pour développer un sentiment de chez soi. Pour se sentir chez eux, les résidents doivent s'adapter à leur environnement de vie en ESLD. Cette adaptation implique des remaniements spatio-territoriaux : entrer en ESLD, c'est quitter un logement familial, en faire le deuil pour intégrer un nouvel environnement auquel il faudra tenter de s'attacher. L'adaptation à un nouvel environnement de vie tel qu'un ESLD implique une appropriation des lieux. Celle-ci consiste en un ensemble de conduites développées par la personne pour dominer l'espace au lieu d'être dominé par lui. Le résident cherchera dès lors à investir l'espace d'intentions et d'actes de manière à contrôler le lieu (Rioux, 2008). Le sentiment de contrôle commence dès l'emménagement en ESLD : son caractère volontaire ou involontaire s'avère déterminant pour développer un sentiment de chez soi. En outre, la possibilité d'être maître de ses décisions, de faire ce que l'on souhaite et de faire les choses soi-même favorise un sentiment d'être chez soi. Ainsi par exemple, le maintien de routines personnelles et d'activités normales issues de la vie antérieure, comme des loisirs ou des tâches domestiques, reflète la capacité du résident à exercer un contrôle sur sa vie quotidienne. Les routines et règles imposées par l'organisation institutionnelle peuvent représenter une altération inconfortable du rôle de la personne, un manque de contrôle sur son espace et son quotidien et une intrusion dans sa vie privée. Les membres du personnel veilleront dès lors à consulter et à écouter les résidents de façon à leur offrir un maximum de contrôle et de choix dans les prises de décisions quotidiennes. On retrouve ici tout l'intérêt des SCP développés ci-dessus. Le respect de l'intimité est également très important pour se sentir chez soi en ESLD. La vie en groupe peut mener à des relations forcées ou indésirées, portant atteinte au contrôle et à l'autonomie des résidents. Dès lors, pouvoir fermer sa porte à clé ou choisir librement qui inclure ou exclure de son espace personnel augmente le sentiment de contrôle. Inviter quelqu'un dans sa chambre équivaut à inviter quelqu'un chez soi et entrer sans autorisation dans une chambre est souvent vécu comme une intrusion pour le résident. Enfin, la liberté de déplacement est un autre élément particulièrement important dans le sentiment de contrôle et donc dans le développement d'un sentiment de chez soi en ESLD. Les règles et pratiques professionnelles trop directives peuvent aller à l'encontre de l'impression de contrôle des résidents. A l'inverse, les prises de décisions partagées peuvent atténuer le sentiment de perte de contrôle et favoriser un sentiment de chez soi (Rijnaard et al., 2016).

2.2 La reconnaissance

La reconnaissance accordée aux résidents par les membres du personnel est un autre élément essentiel à la création d'un chez soi en ESLD. Se sentir respecté, reconnu et valorisé en tant que personne contribue largement à la continuité de l'identité personnelle et au sentiment d'être chez soi. Les relations développées entre les membres du personnel et les résidents jouent ici un rôle majeur. Il s'agit pour les membres du personnel, qui interagissent quotidiennement avec les résidents, de reconnaître la personne « derrière le résident », de reconnaître son identité et son unicité, et de s'en soucier personnellement. Ce type de reconnaissance permet au personnel soignant d'offrir des soins individualisés ainsi qu'un soutien émotionnel au résident. Cet aspect rejoint une fois encore l'approche centrée sur la personne. Développer au quotidien des liens privilégiés avec les membres du personnel, partager des conversations régulières et positives, passer du temps ensemble et échanger des marques d'estime et d'affection contribuent à transformer l'environnement institutionnel en foyer. A l'inverse, un traitement irrespectueux de la part du personnel nuit au sentiment d'être chez soi. En effet, dans une relation thérapeutique positive, le soignant représente un point de contact et procure un sentiment d'intimité, de sécurité et de protection. La disponibilité physique et émotionnelle, la fiabilité, la flexibilité et la bienveillance sont autant de qualités que devraient développer les membres du personnel (Rijnaard et al., 2016). La communication joue également un rôle important : si on n'y prête pas suffisamment attention, le langage des soins peut suggérer l'impuissance des résidents, renforçant ainsi leur sentiment d'être ignoré ou dévalorisé. La relation de confiance entre personnel et résident peut dès lors en être impactée. A l'inverse, une communication respectueuse augmentera l'estime de soi du résident et valorisera sa dignité. L'attention aux détails et l'attention portée à la famille du résident sont encore d'autres marques de reconnaissance dont les membres du personnel peuvent faire preuve. Enfin, la réciprocité dans la relation entre personnel et résidents est essentielle. Les résidents n'ont souvent aucun contrôle actif, se limitant à être des bénéficiaires passifs et reconnaissants. Des relations plus symétriques avec le personnel renforcent le sentiment de valeur personnelle et la confiance mutuelle (Rijnaard et al., 2016).

D'autres facteurs encore influencent le sentiment de chez soi en ESLD. Nous citerons par exemple les stratégies de coping des résidents face à leur entrée en ESLD ; le sentiment d'appartenance au groupe, qui s'exprime par un sentiment de solidarité, de connexion et de compagnonnage non seulement avec les autres résidents mais aussi avec les membres du personnel ; la démedicalisation de l'ESLD, par exemple via l'abandon du port de l'uniforme

pour les soignants, permettant également de supprimer la distance hiérarchique et d'équilibrer les rapports de pouvoir entre soignants et soignés ; la participation aux activités ; ou encore l'environnement bâti (Rijnaard et al., 2016).

3. La réalité du terrain

Malgré les meilleures intentions du personnel de mettre en place des SCP, d'honorer l'unicité de chaque résident et d'améliorer leur sentiment de chez eux en ESLD, bon nombre d'entre eux se voient contraints de prioriser les besoins physiques au détriment d'aspects parfois plus importants pour la qualité de vie (Rodgers et al., 2012). Les exigences et politiques organisationnelles, la charge de travail ou encore la conception physique du bâtiment peuvent dicter les comportements du personnel, le désengager de la relation de soins et réduire les interactions avec les résidents, mettant dès lors au second plan l'approche centrée sur la personne ainsi que les intentions visant à transformer l'environnement institutionnel en foyer. Les résidents qui emménagent dans un ESLD doivent s'adapter au passage d'une vie indépendante à un environnement communautaire réglementé, modifiant inévitablement leurs routines habituelles. Les nouvelles routines et contraintes, souvent imposées par l'organisation du travail et mises en application par le personnel, entravent parfois le sentiment de contrôle ainsi que la mise en œuvre de prises en charge complètement personnalisées telles qu'elles sont envisagées dans l'approche centrée sur la personne. Elles empêchent la prise de décision totalement partagée, restreignent l'autonomie des résidents et mettent d'avantage l'accent sur l'accomplissement de tâches que sur l'accompagnement, menaçant ainsi la qualité de vie des résidents. Ces obstacles peuvent dès lors susciter chez le personnel un sentiment de culpabilité et d'échec. Il est donc important d'examiner comment les routines organisationnelles et les routines personnalisées peuvent se compléter mutuellement pour améliorer la mise en place de SCP en ESLD plutôt que d'imposer aux soignants la pression d'une personnalisation complète pour chaque résident. Il s'agira de tenir compte des facteurs organisationnels tout en travaillant à améliorer l'expérience des résidents en ESLD, afin de créer une culture réaliste de l'approche centrée sur la personne et de renforcer le sentiment de chez soi. Malgré les multiples contraintes liées à l'organisation du travail, il est essentiel pour le personnel d'assurer la réussite des SCP, afin de maintenir la qualité de vie des résidents et de leur permettre de s'épanouir en ESLD, plutôt que de simplement y survivre. (Davies et al., 2023; Rijnaard et al., 2016).

III. Question de recherche

On le voit, il semble exister, pour les membres du personnel, une tension entre les pratiques institutionnelles et obligations organisationnelles nécessaires à l'encadrement clinique des résidents en ESLD et la mise en place d'actions et intentions visant à renforcer leur sentiment de chez eux. Le personnel doit faire face à des exigences concurrentes, étant parfois contraint de choisir entre les besoins purement organisationnels et médicaux des résidents et leurs besoins de contrôle et de reconnaissance pour créer une ambiance proche de celle d'un foyer. Les résidents sont chez eux, mais l'organisation du travail ne permet pas aux professionnels de respecter cet espace et sa nature privative. Les deux parties sont prises dans un jeu où ni l'une ni l'autre n'a tout à fait le contrôle et se voient obligées de négocier entre ce qu'elles voudraient et les contraintes. Ce constat nous mène à la question de recherche suivante : *Comment le personnel des ESLD peut-il accompagner le besoin de contrôle et de reconnaissance des résidents, nécessaire au développement du sentiment de chez soi, malgré la structure organisationnelle et les contraintes professionnelles imposées par le contexte de soins ?* Nous tenterons d'y apporter des éléments de réponses tout au long de ce mémoire.

Dans le chapitre suivant, nous explorerons trois concepts clés qui permettront d'éclairer cette problématique : l'accompagnement, le contrôle et l'autonomie, ainsi que les savoirs expérientiels en santé.

CONCEPTUALISATION ET CADRE THEORIQUE

Pour tâcher de répondre à la question de recherche qui nous intéresse, il semble nécessaire d'étudier trois concepts centraux qui permettent d'explorer les dynamiques à l'œuvre dans le phénomène étudié. Tout d'abord, il convient de comprendre le concept d'accompagnement dans la relation soignant-soigné. En effet, ce travail adopte le point de vue du personnel des ESLD et explore ce que celui-ci peut mettre en œuvre pour favoriser le développement d'un sentiment de chez soi chez les résidents. Ensuite, nous chercherons à clarifier les concepts d'autonomie et de contrôle dans le cadre spécifique des personnes dépendantes dans un contexte de soins. Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'autonomie est un concept central des SCP et une condition essentielle pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées vivant en ESLD. Elle constitue donc un élément clé dans le développement du sentiment de chez soi en ESLD, que l'accompagnement du personnel doit soutenir et favoriser. Enfin, nous explorerons le concept de savoirs expérientiels en santé. En effet, la considération portée à l'autonomie des résidents implique également la reconnaissance des ressources qu'ils développent au contact de leur situation de soins spécifique. Ce dernier point permettra de mettre en évidence l'importance de l'expérience des personnes concernées dans la construction des pratiques de soins et dans l'accompagnement en milieu institutionnel.

I. L'accompagnement

Le premier concept au cœur de notre problématique est l'accompagnement dans la relation de soins. Ce concept mérite d'être clarifié car, comme l'explique Sephora Boucenna, l'accompagnement est un processus qui recouvre des réalités multiples et concerne des sphères variées. Il est par conséquent difficile de le convoquer comme une notion générique facile à définir, dans la mesure où sa compréhension dépend du contexte et des enjeux propres à la situation concernée (Boucenna, 2017).

En effet, Michel Vial et Nicole Caparros-Mencacci attirent l'attention sur la confusion générale qui règne autour du concept de l'accompagnement. Le verbe « accompagner » ne dit rien de ce que l'on fait en le faisant. Ce mot supporte dès lors une pluralité de significations menant à une saturation sémantique. Étymologiquement, l'accompagnement représente le processus pendant lequel deux personnes, partenaires temporairement, deviennent compagnons. Pour Michel Vial et Nicole Caparros-Mencacci, l'accompagnement représente une façon d'étayer l'autre, c'est-

à-dire de le soutenir, de le renforcer pour l'aider à grandir et à se construire. L'étayage peut se faire de deux façons : en guidant ou en accompagnant, l'accompagnement étant le contraire du guidage. La distinction entre ces deux approches se situe dans la notion de contrôle. Guider, c'est être devant, montrer le chemin, donner une trajectoire. Ce concept entend une relation de pouvoir, une action de quelqu'un sur un autre. C'est la position que prendra, par exemple, un expert ou un tuteur. Accompagner, en revanche, c'est être avec l'autre, à ses côtés, pour faire en sorte qu'il chemine à sa façon. L'accompagnateur est une ressource qui n'impose jamais de choix. Il aide l'autre à prendre une orientation, il le stimule, mais ne le précède jamais. Il n'y a donc pas d'accompagnement programmable : le but poursuivi et le cheminement ne sont jamais fixés à l'avance. Ils dépendent uniquement de l'accompagné et de ses valeurs. Mais l'accompagnant n'est pas passif pour autant : il ne se contente pas simplement d'être présent et d'écouter. Même s'il n'existe aucun protocole d'accompagnement, l'accompagnant doit inventer et savoir faire face à l'imprévu. Il intervient sur le destin de l'autre et participe au changement. La relation d'accompagnement suit la logique d'un partenariat à l'issue duquel l'émancipation de l'accompagné est attendue. Ce partenariat implique une acceptation de l'autre, de l'altérité et demandera dès lors un travail à la fois de séparation et d'alliance (Vial & Caparros-Mencacci, 2007).

Dans cette perspective, l'accompagnement ne peut être réduit à un ensemble de techniques ou à un cadre opératoire uniformisé. Il s'inscrit au contraire dans une dynamique relationnelle singulière, marquée par l'incertitude, l'ajustement et la co-construction du cheminement. La conception de l'accompagnement de Maela Paul fait écho à ce constat. En effet, elle ne propose pas une définition unique et figée de l'accompagnement. Pour elle, l'accompagnement n'est pas une théorie, une méthode ou une aide descendante qu'il suffirait d'appliquer. Il s'agit plutôt d'une démarche relationnelle, réflexive et éthique, par laquelle le professionnel aide l'autre à s'inscrire dans une réalité qui soit viable pour lui et désirable par lui. L'auteure rejoint en ce sens l'importance du respect de la singularité et de l'autonomie de la personne dans la démarche même de l'accompagnement. L'accompagnement s'inscrit dès lors dans une posture de présence, d'écoute et de questionnement qui n'est possible que dans une pratique relationnelle. L'enjeu de cette démarche est donc la compréhension et la co-construction du sens d'une situation (Paul, 2020).

Mireille Cifali va dans le même sens : accompagner, c'est être en présence d'un autre pour lui permettre de trouver par quelles voies il veut aller là où il souhaite (Cifali Bega & Guyon,

2020). Accompagner ne consiste donc pas à appliquer une méthode standard à autrui, mais à construire un savoir à partir des situations réelles. Mireille Cifali conçoit dès lors l'accompagnement comme une démarche clinique : lorsque, confronté à des situations particulières, le but premier n'est pas de construire des connaissances généralisables mais de permettre à un autre d'accéder au savoir ou de dépasser une difficulté, la relation se situe dans un espace clinique qui mobilise une sagesse pratique. Autrement dit, dès lors que le professionnel agit dans une relation où l'un s'appuie sur l'autre pour grandir, celui-ci se comporte en clinicien dont le but est de construire un savoir de l'expérience et pas uniquement de transmettre un savoir disciplinaire. Pour ce faire, l'accompagnant doit nécessairement quitter ses positions habituelles d'expert, notamment celle de transmettre un savoir a priori ou d'analyser les situations sur base de théories et concepts. Il doit accepter l'ouverture, la surprise, la part d'incertitude et d'arbitraire inhérente à chaque situation d'accompagnement. La posture clinique d'accompagnement vise par ailleurs à privilégier l'intelligence de celui qui est impliqué, à travailler avec et à écouter au lieu d'être centré sur soi et de croire en un savoir préalable que l'on appliquerait, quel que soit l'évènement. Si le savoir préalable permet au praticien de se guider, la solution créée devra trouver sa base dans l'instant et la rencontre avec autrui (Cifali, 2021).

Dans cette perspective relationnelle, l'accompagnement suppose une adhésion partenariale réciproque entre accompagnant et accompagné. Cette relation pose alors la question du rapport hiérarchique ou égalitaire entre les partenaires. Si la littérature décrit souvent cette relation comme symétrique, parce que l'accompagnant reçoit autant qu'il donne à la relation, Sephora Boucenna soutient que la relation d'accompagnement est traversée d'asymétries. Celles-ci ne relèvent pas d'une domination frontale, mais d'un processus de comparaison de l'autre à soi : l'accompagnant peut se mettre à mesurer l'accompagné à partir de ses propres repères et représentations. Le risque pour l'accompagné est alors de se voir imposer ce que l'accompagnant estime raisonnable ou souhaitable. Ces processus de comparaison produisent alors des relations de domination et/ou de soumission (Boucenna, 2017).

Mireille Cifali fait le même constat. Elle attire l'attention sur le lien de dépendance qui se crée chez l'accompagné vis-à-vis de son accompagnant en raison de son impossibilité de faire seul. L'accompagnant occupe dès lors une place de pouvoir et peut abuser de la faiblesse et de la subordination de l'autre. En effet, même si le terme « accompagnement » semble mettre le professionnel à l'abri de toute violence et propulse des qualités comme l'altruisme, le respect

et la bienveillance, il est nécessaire de rester vigilant à ses pièges et ses dérives. Il est dès lors du devoir de l'accompagnant de créer un cadre protecteur afin de conserver un rapport éthique à l'autre. Ce cadre vise à garantir que la relation de dépendance puisse se vivre sous protection, dans un contexte de confiance, de fiabilité et de bienveillance. Mireille Cifali attire également l'attention sur une autre dérive, qui serait à l'inverse d'éviter la confrontation, d'annuler les hiérarchies de savoirs et de limer l'aspérité de toute rencontre pouvant aboutir ainsi à une paralysie. Or la situation d'accompagnement prend place dans un espace où l'intersubjectivité est nécessaire, où l'humain a besoin de l'autre pour grandir et apprendre. Il importe dès lors pour chacun de développer une réflexion sur sa place, sur celle de l'autre et sur ce que chacun peut apporter dans la relation (Cifali, 2021).

Maela Paul interroge justement les territoires propres occupés par l'accompagnant et l'accompagné. Ces territoires sont faits de leur histoire, leurs représentations et leurs valeurs. Le territoire du professionnel est délimité par le cadre institutionnel dans lequel il évolue, mais aussi par son implication personnelle et éthique. Le territoire de l'accompagné en revanche est un espace de subjectivation et d'autonomie. Via un travail personnel et réflexif, il sera amené à construire son propre soi, à s'approprier son propre chemin. La démarche d'accompagnement induira inévitablement la mise en relation de ces deux espaces de subjectivité. L'accompagnant devra donc accorder une attention toute particulière à ne pas envahir le territoire de l'accompagné : il n'a pas à « vouloir pour » l'autre, ni à occuper son espace de décision. Le professionnel doit rester du côté de la présence vigilante, mais pas du contrôle, afin que l'accompagné conserve son autonomie et sa responsabilité dans le cheminement. Pour Maela Paul, cette coexistence se joue dans une relation de réciprocité et d'asymétrie complémentaire. Le territoire de l'accompagnant doit ouvrir un espace de coopération sans fusion ni domination. La limite de chacun des territoires devient l'espace de la relation, c'est-à-dire un espace-tiers, un lieu de reconnaissance mutuelle où des transactions se jouent sans confusion des places : l'accompagnant encadre sans diriger, l'accompagné agit sans subir (Paul, 2020).

On le voit, la démarche d'accompagnement ne se limite pas à « aider » ou « soutenir », mais à donner un sentiment de contrôle, de reconnaissance et de dignité relationnelle aux personnes accompagnées. C'est une démarche qui reconnaît la capacité réflexive et le pouvoir de décision de la personne, même vulnérable. En adoptant une posture d'accompagnement soutenant et non-directive, le personnel soignant permet à la personne âgée en ESLD de retrouver un espace de choix dans son quotidien, que ce soit pour ses soins, ses activités ou même son rythme. Il

valide ses compétences restantes et encourage l'expression de son jugement. Le résident est reconnu comme acteur de sa vie, même dans la dépendance. La reconnaissance du résident occupe donc une place essentielle dans la démarche d'accompagnement. En étant reconnu comme sujet et non comme objet de soins, le résident se sent existant dans la relation, entendu dans sa singularité et non réduit à son corps malade ou vieillissant. C'est ainsi qu'il pourra exercer son autonomie et donc le contrôle nécessaire à son épanouissement en ESLD.

II. Le contrôle et l'autonomie

Dans le prolongement du concept d'accompagnement, la question du contrôle et de l'autonomie des résidents se révèle centrale. En effet, l'accompagnement assuré par le personnel des ESLD doit viser notamment à préserver, voire renforcer, l'autonomie des résidents. À ce titre, il importe d'explorer les différentes acceptions de cette notion.

Le respect de l'autonomie des patients constitue la pierre angulaire de la bioéthique clinique depuis plusieurs décennies (Sherwin & Winsby, 2011). Ce concept constitue d'ailleurs l'un des quatre principes fondamentaux de la morale commune telle que proposée par Beauchamp et Childress dans le courant du Principlism. Il renvoie à l'obligation pour tout soignant de respecter la volonté du patient, considéré comme une personne libre de décider de son propre bien. Celui-ci ne peut donc pas lui être imposé contre sa volonté, que ce soit par la force ou en profitant de son ignorance. La possibilité d'exprimer ses propres croyances et systèmes de valeurs doit donc être offerte au patient afin qu'il puisse prendre des décisions autonomes et éclairées, hors de toute contrainte. Le principe d'autonomie s'oppose en ce sens au paternalisme médical, bien qu'il n'empêche pas le patient de s'en remettre volontairement à son médecin (Beauchamp & Childress, 2008; Loute, 2026). Toutefois, bien que cette approche ait acquis au fil des années une influence considérable jusqu'à être considérée comme l'approche dominante de l'autonomie en bioéthique (Soofi, 2022), le concept de l'autonomie fait l'objet de différentes interprétations selon les traditions philosophiques considérées (Beauchamp & Childress, 2008; Loute, 2026; Sherwin & Winsby, 2011).

Selon la morale kantienne, une volonté autonome est une volonté libre, c'est-à-dire guidée uniquement par la raison. Une personne est ainsi considérée comme autonome dès lors qu'elle n'est soumise à aucune contraintes extérieures, comme la volonté d'autrui, ou intérieures, comme ses propres pulsions ou des troubles cognitifs. Dans cette perspective, la dignité de l'être

humain selon Kant réside dans la reconnaissance de chacun comme un être raisonnable, libre et autonome (Loute, 2026).

John Stuart Mill, quant à lui, défend le principe de liberté individuelle fondé sur l'autodétermination du sujet. Il s'agit de la capacité de disposer de soi à partir d'une décision absolument souveraine. Ce n'est donc plus ici uniquement la raison qui gouverne le sujet. En conséquence, le respect de l'autonomie exclut toute évaluation du caractère raisonnable ou non d'une décision : celle-ci est légitime dès lors qu'elle est prise librement et il n'y a pas d'autre légitimation de l'action d'un sujet que le fait qu'il l'ait décidé. On parle dès lors de l'autodétermination davantage en termes de droit que de capacité : il ne s'agit pas de savoir si l'individu a les capacités de décider, il a simplement le droit de choisir souverainement parmi toutes les options qui s'offrent à lui. Cette conception constitue une valeur centrale des courants politiques et philosophiques libéraux (Loute, 2026).

Si ces courants proposent différentes interprétations du concept d'autonomie, il reste nécessaire d'en développer une compréhension cohérente pour les personnes âgées vivant en ESLD. Dans ce contexte, l'autonomie perçue renvoie aux possibilités qu'ont les résidents de faire leurs propres choix et d'agir conformément à leur volonté dans la vie quotidienne au sein de l'institution, sans pression ni contrainte. Elle concerne essentiellement des décisions liées à l'alimentation, au repos et au sommeil, aux activités, à l'hygiène et à l'habillement, aux visites, ou encore à la gestion de l'argent et à l'aménagement des espaces privés. Le niveau d'autonomie dépend de divers facteurs, notamment du niveau de dépendance de la personne, de ses capacités physiques, cognitives et psychologiques, ou encore de ses caractéristiques personnelles, comme le niveau d'éducation. Il est également influencé par le soutien des proches et par les caractéristiques culturelles, organisationnelles et environnementales de l'ESLD (Moilanen et al., 2021).

Il est reconnu que la vie en ESLD peut influencer la manière dont les personnes âgées perçoivent leur autonomie (Moilanen et al., 2021; Wikström & Emilsson, 2014). En effet, l'entrée en ESLD engendre un sentiment de dépendance et confronte la personne au défi de trouver un moyen de continuer à vivre comme auparavant et selon ses propres préférences (van Loon et al., 2023). Malgré le fait qu'il soit communément admis que les résidents doivent être pris en charge avec le plus haut niveau d'autonomie, de contrôle, de participation, d'épanouissement personnel et de dignité humaine, l'autonomie des personnes vieillissantes

n'est pas toujours garantie (Wikström & Emilsson, 2014). La plus grande menace à cet égard réside dans la dépendance accrue des résidents vis-à-vis des professionnels de soins pour la satisfaction de leurs besoins quotidiens. Cette position de vulnérabilité augmente le risque de paternalisme médical et peut réduire les opportunités de participation aux décisions les concernant (Moilanen et al., 2021; Sherwin & Winsby, 2011). De plus, une approche âgiste dans les soins, c'est-à-dire une catégorisation, une stéréotypisation et une discrimination des personnes sur le seul critère de l'âge considéré comme avancé, peut amener le personnel à considérer les résidents comme des personnes âgées fragiles, peu compétentes et donc peu disposées à aspirer à l'autonomie (Sherwin & Winsby, 2011; Wikström & Emilsson, 2014). C'est pourquoi l'autonomie constitue un enjeu central dans les soins aux personnes âgées. Dans cette perspective, le rôle du personnel est fondamental. En effet, les professionnels assument une responsabilité importante dans la reconnaissance et le soutien de l'autonomie des résidents. Par leurs approches et pratiques de soins, ils peuvent soit favoriser, soit entraver ce sentiment d'autonomie. Ainsi des attitudes directives et inflexibles tenant peu compte des volontés des résidents ou leur offrant peu de choix vis-à-vis de leurs soins tendent à diminuer le sentiment de contrôle sur leur propre vie. À l'inverse, une posture égalitaire et respectueuse, fondée sur un dialogue ouvert et la prise en compte des demandes des résidents renforcent leur autonomie perçue (Moilanen et al., 2021). Ainsi, les soins centrés sur la personne, tels que présentés précédemment, sont considérés comme un moyen de renforcer l'autonomie (Sherwin & Winsby, 2011; van Loon et al., 2023). Par ailleurs, celle-ci peut également être limitée en ESLD pour des raisons de sécurité, à travers la mise en place de règles destinées à protéger les résidents. Il s'agit alors de trouver un équilibre entre la prise de risque et la promotion de l'autonomie pour préserver à la fois l'autonomie, la sécurité et le bien-être des personnes (Moilanen et al., 2021; Wikström & Emilsson, 2014).

Il importe de préciser que la dépendance accrue des résidents vis-à-vis du personnel de soins, liée à la diminution de leurs capacités fonctionnelles, ne limite pas nécessairement leur liberté intérieure ni leurs capacités de réflexion (Moilanen et al., 2021). En effet, un bon nombre d'entre eux sont capables de prendre des décisions concernant la manière dont ils souhaitent vivre, mais se trouvent limités dans la mise en œuvre de ces décisions en raison des conditions sous-jacentes qui les ont amenés à entrer en institution. Van Loon propose une définition de l'autonomie prenant en compte cette dimension. Pour lui, l'autonomie renvoie à la capacité d'influencer son environnement indépendamment de l'autonomie d'exécution et malgré la dépendance (van Loon et al., 2023). Ainsi, tant que les capacités intellectuelles restent

suffisantes pour prendre des décisions, l'autonomie peut être préservée. Il s'agit donc de porter une attention particulière à la distinction essentielle entre « indépendance » et « autonomie » (Moilanen et al., 2021), l'indépendance étant la dimension physique de l'autonomie. Il convient donc d'offrir aux résidents des ESLD la possibilité de maintenir le plus haut niveau de contrôle et d'autonomie, même lorsqu'ils dépendent des autres pour les activités de la vie quotidienne (Wikström & Emilsson, 2014).

Le cas particulier des personnes atteintes de troubles cognitifs interroge le concept d'autonomie tel que décrit ci-dessus étant donné que les notions classiques de prise de décision autonome ne s'appliquent pas directement à lui. Pourtant, il est précieux pour une personne d'exercer un certain contrôle sur sa vie, même si elle n'est plus capable de faire des choix autonomes dans la plupart ou la totalité des aspects de celle-ci. Dès lors, pour respecter l'autonomie de ces personnes, il est recommandé d'évaluer leur niveau d'autonomie, qui peut être considérée comme un continuum allant d'une autonomie complète à une absence totale d'autonomie. Il conviendra alors de respecter l'autonomie restante des individus et de leur permettre de participer, dans la mesure du possible, au processus décisionnel. Ensuite, il est recommandé de baser les délibérations et prises de décision clinique à la fois sur l'autonomie antérieure de la personne, les valeurs et préférences des patients désormais incompétents devant être respectées, mais aussi sur ses préférences actuelles (Soofi, 2022).

Pour terminer, il semble nécessaire de rappeler qu'au-delà du principe éthique fondamental en soins de santé, l'autonomie est un droit humain protégé par des déclarations et conventions universelles. C'est un signe de respect, de dignité et de valeur humaine (Moilanen et al., 2021). Le cas de l'autonomie chez les personnes âgées vivant en ESLD est particulièrement complexe car beaucoup connaissent une perte réelle et progressive à la fois d'indépendance et d'autonomie, et les exigences institutionnelles des ESLD rendent difficile la prise en compte complète des situations individuelles (Sherwin & Winsby, 2011). Toutefois, plusieurs études montrent que le respect de l'autonomie améliore la santé, notamment mentale, la qualité de vie, le bien-être physique et psychologique ou encore la satisfaction des résidents à l'égard des routines et pratiques organisationnelles de l'ESLD. A l'inverse, une autonomie limitée entraîne un sentiment d'enfermement et de frustration. Il semble donc essentiel de soutenir et de créer des opportunités d'autonomie pour les résidents en ESLD (Moilanen et al., 2021).

III. Les savoirs expérientiels en santé

La prise en compte et le respect de l'autonomie des résidents impliquent nécessairement la reconnaissance des ressources qu'ils développent au contact de leur parcours de soins et qui leur permettent de prendre des décisions adaptées à leur situation. Ces ressources et connaissances, construites à partir de leur expérience de soins, sont désignées dans la littérature scientifique sous le terme de « savoirs expérientiels en santé ».

Selon Hervé Breton, les « savoir expérientiels en santé » désignent une catégorie de ressources forgées par les patients au contact de la maladie, à l'épreuve de l'expérience de la vulnérabilité. Ce concept connaît un intérêt croissant depuis son introduction dans les années 1970. En effet, il permet de répondre à des considérations relevant de l'éthique du soin, des connaissances scientifiques sur les troubles et pathologies, ainsi que des politiques d'accueil et d'intervention en institution. Néanmoins, il interroge dans le même temps la validité et le statut scientifique des connaissances ainsi produites. En effet, ce concept a la particularité de confronter deux termes potentiellement incompatibles : le savoir, renvoyant à une dimension scientifique et objective, et l'expérience, relevant d'une dimension vécue et subjective (Breton, 2025). Le savoir expérientiel est aujourd'hui de plus en plus valorisé dans les pratiques de soins de santé, dans les politiques de santé publique, ainsi que dans les programmes de recherche et de formation en santé. En effet, il s'inscrit dans la dynamique portée par de nombreux systèmes de santé occidentaux promouvant l'implication des usagers et leur participation aux décisions de santé, tant individuelles que collectives, à chaque étape du parcours de soins (Halloy et al., 2023).

C'est en sciences de l'éducation, dans le domaine de la formation pour adultes, que le concept de savoirs expérientiels voit le jour. Il définit une modalité d'apprentissage et d'appropriation des savoirs par l'expérience, contrastant avec le modèle dominant : l'apprentissage par l'étude, sous sa forme scolaire traditionnelle (Breton, 2025; Gardien, 2017).

En 1976, Thomasina Borkman est la première à prolonger ce concept dans le domaine de la santé. Il vise alors à distinguer le savoir expérientiel du patient de celui du professionnel. Borkman définit le savoir expérientiel comme « *une vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt qu'une vérité acquise par raisonnement discursif, observation ou réflexions sur des informations fournies par d'autres* » (Borkman, 1976). L'enjeu sous-tendant

les savoirs expérientiels est donc une connaissance « vraie » d'une expérience spécifique. Seules les personnes ayant vécu une expérience similaire sont dès lors en mesure de juger si les connaissances produites à son sujet reflètent fidèlement – ou non – cette réalité. Ainsi, la notion de savoirs expérientiels repose sur une forme d'expertise spécifique : celle des pairs (Gardien, 2017).

Que ce soit en sciences de l'éducation ou dans le secteur de la santé, la notion de « savoirs expérientiels » désigne donc une catégorie de savoirs contrastant avec les savoirs formels et l'expertise scientifique, souvent considérés comme dominants. En plaçant l'expérience vécue du patient au cœur des considérations, le savoir expérientiel revendique l'existence d'un sujet au-delà du corps du malade et met en évidence un écart entre la perception du monde médical et le vécu du patient. Le savoir expérientiel en santé se construit dès lors en contre-modèle du savoir scientifique, afin de valoriser une forme de connaissance émancipée de l'emprise de l'institution médicale et de l'expertise des soignants. Cette visée émancipatrice instaure ainsi une tension, voire une opposition, entre le savoir du patient et la science biomédicale. Cette distinction interroge les enjeux de pouvoir régissant les relations entre patients et professionnels du fait de cette disparité des expertises, ainsi que les enjeux de légitimité des savoirs et les enjeux de reconnaissance des patients (Breton, 2025).

Le concept a par la suite été élargi à d'autres domaines du secteur de la santé, alimentant notamment les réflexions relatives aux approches coopératives et participatives. Ces approches se fondent entre autres sur la reconnaissance des expertises qui nourrissent les relations entre pairs au sein des institutions (Breton, 2025). En effet, même si leur pertinence pour autrui n'est pas systématique, les savoirs expérientiels ont la particularité de créer une adhésion spontanée auprès de nombreux pairs car ils apparaissent aux individus comme une vérité solidement fondée, ancrée dans des situations concernant directement les personnes (Gardien, 2017). Des notions nouvelles font dès lors leur apparition : démocratie en santé, patients-experts, pair-aidants, experts profanes, patients-formateurs, patients-partenaires... (Halloy et al., 2023) On observe donc une extension progressive du périmètre des champs d'application de l'énoncé « savoirs expérientiels en santé » (Breton, 2025).

Il est intéressant de noter que le savoir expérientiel est par nature évolutif. En effet, étant élaboré à partir de l'expérience du patient, il se remanie, se développe, se complète et se transforme au fil des situations, en fonction des nouvelles informations ou réflexions se présentant à

l'individu. Le savoir expérientiel n'est donc jamais abouti. C'est un concept dynamique qui reste en permanence ouvert à de nouvelles interprétations, selon les compréhensions acquises ou élaborées tout au long de la vie (Gardien, 2017).

Bien que l'importance des savoirs expérientiels des patients soit largement documentée, ils sont régulièrement ignorés en tant que savoirs. Eve Gardien identifie trois explications à cette non-reconnaissance. Tout d'abord, les savoirs de la vie ordinaires étant couramment assimilés à la réalité des choses, ils perdent par là-même leur statut de savoir. Avec la répétition, les situations deviennent habituelles, les actions deviennent automatiques et les significations deviennent invisibles. Les savoirs expérientiels disparaissent alors en tant que savoirs car ils sont intégrés dans ce que l'on considère comme normal. Ensuite, les savoirs expérientiels sont inégalement répartis dans les différents milieux sociaux. Dès lors, en fonction de la distribution sociale des expériences et des intérêts des individus, certains savoirs ne sont pas partagés par le plus grand nombre et, ne participant pas aux expériences communes, restent invisibles. Leur reconnaissance ou leur ignorance dépendra donc du contexte social dans lequel ils se développent. Enfin, la non-reconnaissance des savoirs expérientiels s'explique également par les valeurs, normes et processus de légitimation à l'œuvre dans nos sociétés. L'importance donnée aux savoirs scientifiques, à la logique et à la rationalité explique la considération de certains savoirs au détriment d'autres et donc l'invisibilisation des savoirs expérientiels (Gardien, 2017).

Pourtant, les savoirs expérientiels permettent de mieux comprendre des expériences humaines et sociales peu visibles et d'appréhender la réalité au plus près du vécu. En offrant une lecture différente de cette réalité, ils favorisent l'émergence de nouvelles compréhensions des situations et la formulation de nouveaux problèmes jusqu'alors peu pris en compte. Ces perspectives alternatives engagent dès lors à concevoir des solutions innovantes et pertinentes à partir d'un autre point de vue (Gardien, 2017). Ainsi, loin d'être réduits à de simples croyances profanes ou des convictions jugées illégitimes (Halloy et al., 2023), les savoirs expérientiels contribuent à enrichir le débat scientifique en diversifiant les perspectives et en introduisant une pluralité de vérités. Par leur complémentarité avec d'autres formes de savoirs, ils se révèlent dès lors utiles à la production de connaissances scientifiques, mais aussi pour les professionnels et les praticiens de terrain (Gardien, 2017). La mise en concurrence des différents types de savoirs soulève des questions. En effet, ils ne sont ni de même nature, ni produits selon des règles et procédures identiques ; ils ne répondent pas non plus aux mêmes intentions ni aux

mêmes critères de pertinences. Leurs utilités étant distinctes, une articulation des différents types de savoirs semble plus pertinente que leur opposition (Gardien, 2019).

La reconnaissance des savoirs expérientiels reconfigure donc la place des patients dans leur accompagnement ainsi que dans la vie des établissements qui les accueillent. En effet, si les professionnels apportent une expertise précieuse sur de nombreux aspects, ils ne peuvent pas répondre à toutes les questions se posant concrètement du fait même qu'ils n'en ont pas l'expérience, ni parfois même la conscience. Leur expertise porte sur des pans circonscrits des situations vécues et tend à orienter l'intervention principalement vers les soins. Les expériences singulières des personnes accompagnées constituent quant à elles une source de savoirs originaux et spécifiques, qui méritent d'être mobilisés pour une meilleure approche des situations concrètes. Leur pertinence est donc valable non seulement pour les pairs, mais aussi pour tous ceux œuvrant à leurs soins et à leur qualité de vie : professionnels, institutionnels et politiques (Gardien, 2019).

On le voit, les concepts d'accompagnement, d'autonomie et de savoirs expérientiels sont au cœur de notre problématique. Ils renvoient à l'essence même de l'approche centrée sur la personne et portent fondamentalement en eux les enjeux de reconnaissance et de contrôle indispensables au sentiment de chez soi des résidents en ESLD. Tout au long de ce travail, ils constitueront des repères essentiels pour structurer et éclairer nos réflexions et analyses.

Dans le prolongement de ce cadre conceptuel, il convient désormais de définir la manière dont notre sujet sera étudié sur le terrain. Le chapitre suivant présente la méthodologie de recherche, dans laquelle seront détaillés les objectifs de ce travail, les choix méthodologiques, le terrain de recherche, les modalités d'échantillonnage et de collecte des données, ainsi que les méthodes d'analyse de résultats retenues pour explorer notre problématique. Nous terminerons par un point sur les considérations éthiques ayant encadré notre travail.

METHODES

I. Objectifs du travail

Ce travail a pour objectif de répondre à la question de recherche susmentionnée : *Comment le personnel des ESLD peut-il accompagner le besoin de contrôle et de reconnaissance des résidents nécessaire au développement du sentiment de chez soi, malgré la structure organisationnelle et les contraintes professionnelles imposées par le contexte de soins ?*

Pour atteindre cet objectif, nous mènerons une recherche de terrain auprès du personnel d'un ESLD. Nous tâcherons ainsi d'explorer les perceptions du personnel soignant et les pratiques professionnelles mises en place pour accompagner le sentiment de chez soi des résidents. Nous nous intéresserons également aux leviers et aux freins liés au contexte organisationnel qui influencent ces pratiques. Enfin, nous chercherons à identifier des pistes d'amélioration pour renforcer cet accompagnement du sentiment de chez soi en ESLD. Sur cette base, nous analyserons les résultats obtenus au regard des enjeux et du cadre théorique détaillés ci-dessus, et nous proposerons des recommandations concrètes en matière d'accompagnement du sentiment de chez soi des résidents des ESLD. Ce travail a ainsi pour ambition d'orienter les professionnels de santé dans leurs pratiques d'accompagnement et de contribuer à un meilleur épanouissement des personnes âgées en ESLD.

Les revues de littérature présentées précédemment nous ont permis de clarifier le contexte, les enjeux et le cadre théorique nécessaires à l'analyse de cette problématique. La méthodologie détaillée ci-après expose de manière concrète la démarche adoptée pour mettre en œuvre cette recherche.

II. Description de la méthodologie

Pour répondre à nos objectifs, la démarche qualitative a été choisie, notamment pour sa visée compréhensive : le but de cette recherche est de comprendre comment les membres du personnel pensent et mettent en place leur accompagnement du sentiment de chez soi des résidents dans le contexte organisationnel particulier des ESLD. Pour appréhender ce sujet complexe et multifactoriel, une étude en contexte semble particulièrement intéressante : elle

donnera lieu à des descriptions et des récits incarnés par les premiers acteurs concernés (Aujoulat, 2025) et permettra ainsi de faire émerger des discours riches des perceptions et des expériences vécues des participants. En effet, en interrogeant directement des professionnels de terrain, l'objectif est de décrire et documenter des points de vue, des interprétations, des attitudes, des comportements et des actions qui ne peuvent être appréhendés par des indicateurs quantitatifs. La recherche sera donc fondée sur une démarche inductive, itérative et flexible, permettant ainsi de nous ouvrir à des observations inattendues (Aujoulat, 2025). En revanche, elle ne visera en aucun cas à quantifier ou à généraliser les résultats obtenus.

Nous mènerons dès lors des entretiens individuels en suivant un guide d'entretien semi-directif (Cf. [Annexe 1](#)) élaboré sur base de la revue de littérature ci-dessus. Ceci permettra aux participants de garder une certaine liberté et spontanéité de parole tout en restant dans un cadre thématique défini. Le guide d'entretien est construit en trois parties permettant d'aborder trois thématiques principales identifiées préalablement dans la revue de littérature, en suivant une suite logique : la première partie interroge la compréhension qu'ont les participants du sentiment de chez soi, la seconde aborde l'accompagnement que le personnel peut mettre en place pour soutenir ce sentiment de chez soi et la troisième explore les facteurs organisationnels influençant d'une part le sentiment de chez soi des résidents et d'autre part l'accompagnement apporté par le personnel. La formulation des questions ouvertes a été pensée pour favoriser des réponses souples et nuancées, permettant aux personnes interrogées de développer des idées dans leurs propres termes, tout en intégrant les dimensions essentielles à l'analyse.

Ces entretiens constitueront la principale source de données pour ce travail. Ils seront menés auprès de différents acteurs de l'accompagnement des personnes âgées en ESLD, notamment des membres de l'équipe de soins et de l'équipe paramédicale. Avec l'accord des participants, chaque entretien sera enregistré puis retranscrit intégralement afin de constituer un recueil complet et d'en faciliter l'analyse approfondie. Nous veillerons, tout au long du processus, à anonymiser les interventions pour assurer la confidentialité des participants. Notre collecte des données se clôturera lorsqu'un état de saturation descriptive sera atteint. Les données issues des entretiens seront ensuite traitées selon une analyse thématique visant à en dégager les grandes tendances.

En s'appuyant sur cette méthodologie, cette recherche ambitionne d'apporter un éclairage pertinent et concret sur les différents objectifs détaillés ci-dessus et de formuler des

recommandations adaptées en matière d’accompagnement du sentiment de chez soi des résidents en ESLD. Dans cette perspective, il convient à présent de présenter le terrain de recherche sur lequel s’appuiera notre étude, ainsi que la constitution de notre échantillon. Ceci permettra de contextualiser les résultats obtenus ainsi que les analyses qui en découleront.

III. Terrain de recherche et échantillon

Dans le cadre de ce mémoire, nous baserons notre recherche sur un terrain concret afin d’explorer, au plus près des pratiques, la manière dont les membres du personnel peuvent favoriser le sentiment de chez soi des résidents. Dans cette optique, notre étude sera menée au sein de la Résidence pour Seniors du CPAS de Watermael-Boitsfort, une maison de repos et de soins (MRS) qui inscrit son mode de gestion et d’organisation dans une approche centrée sur la personne, à travers le modèle Tubbe. Dans cette section, nous présenterons la Résidence pour Seniors, les modalités d’échantillonnage ainsi que la composition de notre échantillon de recherche.

1. La Résidence pour Seniors du CPAS de Watermael-Boitsfort et le projet Tubbe

Située au cœur de la commune, la Résidence pour Seniors du CPAS de Watermael-Boitsfort occupe une place centrale dans l’offre de services destinés aux personnes âgées. Cette MRS est une institution publique gérée par le CPAS de Watermael-Boitsfort et agréée et subventionnée par Iriscare et la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale¹. Pour assurer la prise en charge de ses aînés, la commune de Watermael-Boitsfort dispose de quatre maisons de repos (et de soins) totalisant 576 lits. Avec ses 128 lits, la Résidence pour Seniors est le deuxième plus grand ESLD de la commune (« Offre MRPA, MRS et CSJ • Stat Iriscare », s. d.). Depuis juin 2025, la Résidence pour Seniors a entamé d’importants travaux de rénovation et d’extension avec la construction d’un nouveau bâtiment. La capacité totale de la MRS passera ainsi de 128 à 151 lits. Ce nouveau bâtiment accueillera également un service de psychogériatrie, spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles neurologiques, ainsi que le Centre de Soins de Jour du CPAS de Watermael-Boitsfort. A terme, ces travaux visent la création d’un pôle dédié aux personnes âgées de la commune, permettant à la fois d’améliorer le confort et la qualité de prise en charge des résidents, tout en augmentant la capacité d’accueil (« CPAS - Création d’un Pôle de la personne âgée », 2020).

¹ Disponible à l’adresses : <https://cpas1170.brussels/residence>, consulté le 22/03/2026

1.1 Mission

La Résidence pour Seniors joue un rôle essentiel dans l'accompagnement et la prise en charge des aînés de la commune. Elle peut accueillir jusqu'à 128 résidents et dispose de 107 chambres organisées au sein de quatre unités de soins, permettant d'offrir un accompagnement adapté aux besoins de chacun. La Résidence pour Seniors accueille aussi bien des personnes valides et/ou autonomes que des personnes semi-valides, dépendantes et/ou désorientées. Elle dispose à cet égard d'un étage semi-sécurisé, d'activités adaptées et d'une référente pour la démence. La Résidence pour Seniors a à cœur d'accompagner ses résidents via une prise en charge globale, dans un souci pour le bien-être de la personne âgée et dans un esprit de dignité. C'est pourquoi l'admission est encadrée par le biais d'un Projet de Vie Individualisé (PVI) pour chaque résident et d'une rencontre des familles avec les psychologues, l'infirmière sociale et la référente pour la démence. Les questions relatives à la fin de vie sont également prises en considération à travers le Projet de Soins Personnalisé et Anticipé (PSPA) et un accompagnement fin de vie et soins palliatifs.

La Résidence pour Seniors est un lieu ouvert qui garantit à ses résidents une liberté de circulation. De nombreux espaces de vie sont mis à leur disposition afin qu'ils se sentent comme chez eux : un feu ouvert, un salon T.V., une bibliothèque, différentes terrasses, etc. Des activités variées, ludiques, manuelles ou intellectuelles sont proposées chaque jour de la semaine et ont pour objectifs de maintenir et augmenter l'autonomie et les capacités, favoriser les rencontres, briser l'isolement et valoriser l'estime de soi et l'identité de chacun. Des activités destinées aux familles sont également organisées, telles que des groupes de parole ou des activités visant à alimenter les liens avec leur proche. La Résidence pour Seniors organise en outre quatre événements festifs majeurs : la journée portes ouvertes, le barbecue, la fête des familles et la fête de fin d'année².

1.2 Valeurs

La Résidence pour Seniors fonde son action sur des valeurs essentielles qui guident l'accompagnement quotidien des résidents dans une ambiance familiale et de convivialité :

Le respect de la dignité, de l'identité et de l'individualité de chaque personne constitue un principe fondamental : chaque résident est considéré dans son histoire, ses choix et ses besoins spécifiques, afin de garantir des soins et un accompagnement personnalisés.

² Disponible à l'adresse : <https://cpas1170.brussels/residence>, consulté le 22/03/2026

L'autonomie et le bien-être occupent également une place centrale. L'équipe veille à stimuler les capacités préservées de chacun et à encourager l'autonomie, dans le respect du rythme et des possibilités de la personne, afin de favoriser une qualité de vie optimale.

Enfin, *la communication* est au cœur du fonctionnement de la Résidence pour Seniors. Elle repose sur des échanges constants et bienveillants entre les membres du personnel, mais aussi avec les résidents, leurs familles, les médecins et l'ensemble des équipes intervenantes. Cette collaboration permet d'assurer une prise en charge cohérente, attentive et adaptée aux besoins de chacun³.

1.3 Le projet Tubbe

Depuis juillet 2024, la Résidence pour Seniors s'est lancée dans le projet Tubbe avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin. Initialement développé en Suède, le modèle Tubbe est une approche organisationnelle et de gestion qui vise à faire des ESLD des environnements plaisants et motivants à vivre pour les résidents – appelés « habitants » – et à travailler pour le personnel. Depuis 2020, ce modèle s'est développé dans une quatre-vingtaine d'ESLD en Belgique (*Le Modèle Tubbe, La Gestion Des Maisons de Repos et de Soins Basée Sur La Relation*, s. d.; *ZOOM Le Modèle Tubbe*, s. d.). La Résidence pour Seniors bénéficie d'un coaching de deux ans visant à l'accompagner dans cette démarche.

Le modèle Tubbe repose essentiellement sur la reconnaissance de l'importance, pour les personnes âgées entrant en ESLD, de pouvoir s'y sentir comme chez elles. Ce modèle innovant d'organisation et de gestion vise dès lors à créer un lieu de vie fonctionnel, attractif et agréable, où chaque habitant peut être lui-même et où la vie conserve tout son sens et sa valeur. Afin d'y parvenir, le modèle Tubbe centre les soins prodigués par le personnel sur la relation et sur l'établissement de contacts authentiques avec les habitants. Le travail n'est plus axé sur les tâches, mais sur les êtres humains. Les membres du personnel considèrent dès lors qu'ils travaillent « chez les habitants » et adaptent, avec flexibilité, leur communication et les soins à l'unicité de chacun. Par ailleurs, le modèle Tubbe encourage chaque habitant à participer activement à la gestion de son ESLD et favorise de ce fait leur ancrage dans leur nouveau lieu de vie et au sein de la communauté. Les habitants n'ont donc plus à s'adapter à l'organisation car c'est l'organisation qui, en concertation et dans la mesure du possible, s'adapte à eux. Le modèle Tubbe reconnaît également que le bien-être des habitants est étroitement lié à celui des

³ Disponible à l'adresse : <https://cpas1170.brussels/residence>, consulté le 22/03/2026

familles et des membres du personnel. Par conséquent, un rôle actif leur est aussi dévolu dans la gestion de l'ESLD. Comme l'illustre la figure 2, la pyramide organisationnelle et de gestion traditionnelle est dès lors renversée dans le modèle Tubbe. La direction de l'ESLD évolue d'un management hiérarchique à un rôle de coach. Elle veille à la mise en œuvre du modèle Tubbe, à l'élaboration d'une vision commune partagée par l'ensemble des parties prenantes et à la responsabilisation des équipes dans leur travail quotidien (*Le Modèle Tubbe, La Gestion Des Maisons de Repos et de Soins Basée Sur La Relation*, s. d.; *ZOOM Le Modèle Tubbe*, s. d.).

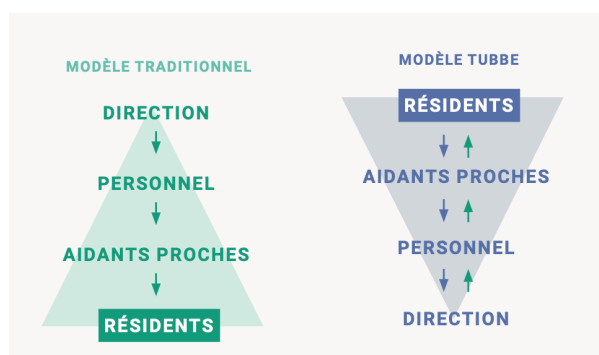


Figure 1 - Renversement de la pyramide de gestion traditionnelle dans le modèle Tubbe - Source : ZOOM Le Modèle Tubbe, s. d.

Du fait de cette gestion réalisée par et pour les différentes parties prenantes, chaque organisation adoptant le modèle Tubbe devient unique (*Le Modèle Tubbe, La Gestion Des Maisons de Repos et de Soins Basée Sur La Relation*, s. d.). En effet, la mise en place du modèle Tubbe ne consiste pas en l'application d'un processus invariable mais propose un accompagnement personnalisé, développé progressivement sur le terrain et adapté à chaque organisation (*ZOOM Le Modèle Tubbe*, s. d.). Néanmoins, si ce modèle ne peut pas se résumer à un ensemble de règles et prescriptions de management, il suit toutefois six principes incontournables :

1. *Décision partagée* : il s'agit d'impliquer systématiquement les habitants et les employés dans les décisions concernant l'organisation de la vie quotidienne dans l'ESLD, notamment par le biais de groupes de travail thématiques abordant par exemple la gestion des repas, des activités, des horaires, etc. Une attention particulière est accordée à rester ouvert aux questions, souhaits et besoins des habitants.
2. *Valorisation des forces* : une attention particulière est portée à la promotion de l'autonomie et de l'estime de soi de chaque habitant en identifiant et valorisant les capacités et les talents de chacun. En ne réduisant pas les habitants à leurs limitations,

l'objectif est de maximiser les possibilités qu'ils ont de réaliser des tâches et de prendre des décisions qui les concernent.

3. *Participation à des activités ayant du sens* : il est essentiel, pour favoriser un sentiment de chez soi, que les habitants se sentent utiles. Proposer des expériences et des responsabilités partagées, permettant au personnel et aux habitants de participer ensemble à des activités telles que les repas, la cuisine, l'entretien ou les loisirs, renforce leur implication et leur sentiment d'utilité au sein de l'ESLD.
4. *Milieu de vie ouvert* : l'ESLD est considéré comme un lieu de rencontre. Les liens avec les proches et la communauté locale sont donc valorisés.
5. *Mobilisation des acteurs autour du changement* : la mise en pratique du modèle Tubbe nécessite de créer l'adhésion et l'engagement dans le changement, ainsi qu'une vision partagée entre le personnel et les habitants grâce à une approche étape par étape et une communication ouverte. L'ESLD définit lui-même, de manière progressive et en concertation avec toutes les parties concernées – habitants, familles, personnel et direction – la façon dont le modèle doit être mis en œuvre au sein de l'établissement.
6. *Coaching* : la direction de l'ESLD veille à maximiser l'autonomie et la capacité de décision du personnel grâce à une attitude de leader-coach. Elle stimule la réflexion et se montre ouverte à de nouvelles idées afin d'abandonner les anciens automatismes (*Le Modèle Tubbe, La Gestion Des Maisons de Repos et de Soins Basée Sur La Relation*, s. d.; *ZOOM Le Modèle Tubbe*, s. d.).

Bien que la participation soit centrale dans le modèle Tubbe, il convient de souligner que le refus de s'impliquer dans les décisions, que ce soit par les habitants ou le personnel, est toujours respecté. Par ailleurs, lorsque les habitants présentent des troubles cognitifs tels que la démence, l'approche pour appliquer le modèle Tubbe diffère, tout en conservant le même principe. L'établissement veillera par exemple à associer les proches, à accorder une attention particulière aux petites actions qui favorisent l'épanouissement de l'habitant, ainsi qu'aux relations humaines et à la chaleur du lien social (*ZOOM Le Modèle Tubbe*, s. d.).

Depuis son lancement en 2024, le projet Tubbe s'implémente progressivement à la Résidence pour Seniors. Si la participation des habitants était déjà une préoccupation de l'institution, notamment via le Conseil Participatif ou le Comité Menu, différents projets continuent de voir le jour à leur initiative et à celle des membres du personnel. Nous citerons, à titre d'exemples,

les cours de yoga dispensés par une habitante à destination des membres du personnel, le brunch hebdomadaire ou encore la nouvelle décoration de la salle à manger et le service à table.

2. Recrutement et critères d'inclusion

La Résidence pour Seniors du CPAS de Watermael-Boitsfort a été retenue comme terrain de recherche sur la base d'un critère de convenance. En effet, notre activité professionnelle au sein de cet établissement nous permet d'en connaître l'organisation interne ainsi que le personnel pluridisciplinaire et ses disponibilités. Cette proximité a facilité le processus de recrutement des participants pour la constitution de notre échantillon. Par ailleurs, cette MRS illustre un modèle représentatif des réalités des ESLD en Belgique, permettant d'identifier des problématiques et implications pouvant être étendues à d'autres structures similaires.

Pour constituer notre échantillon, un mail de recrutement a été envoyé à tous les membres du personnel répondant aux critères d'inclusion suivants : exercer une profession impliquant des soins infirmiers ou des actes paramédicaux auprès des habitants et travailler en ESLD depuis au moins un an. Nous visons de cette manière tout le personnel infirmier et paramédical accompagnant quotidiennement les habitants de l'institution. En revanche, sont exclus les assistants sociaux, le personnel administratif (accueil et comptabilité), le personnel d'entretien, les ouvriers ou encore la direction de l'établissement. Interroger des professionnels issus de différents domaines nous permet de varier les sources d'information et les perspectives, afin de construire une compréhension globale et diversifiée de notre problématique et d'augmenter la richesse, la rigueur et la cohérence de nos résultats (Aujoulat, 2025). Le critère d'ancienneté professionnelle nous permet de cibler les membres du personnel ayant une expérience suffisante pour porter un regard réflexif sur leur propre pratique.

3. Description des participants

Sur les vingt-et-un mails envoyés, quinze étaient adressés directement à des membres du personnel via leur adresse électronique individuelle, tandis que six étaient destinés aux différents services de la Résidence pour Seniors via des adresses électroniques collectives. Cette démarche nous a permis de nous assurer que l'ensemble du personnel éligible à notre étude ait bien été contacté. Quinze personnes ont répondu positivement à l'appel à participation. Toutefois, les entretiens ont été arrêtés à 11 participants, le seuil de saturation des données ayant été considéré comme atteint. En effet, les derniers entretiens n'ont pas permis de faire émerger de nouvelles catégories d'analyse et les thématiques abordées apparaissaient de manière

récurrente. Cette saturation peut s'expliquer par l'homogénéité de notre échantillon, tous les participants exerçant au sein de la même structure et occupant des fonctions relativement proches dans le domaine du soin à la personne âgée. Le tableau présenté à [l'annexe 2](#) détaille la composition de l'échantillon. Nous avons eu la possibilité d'interroger au moins un représentant de chaque profession, ce qui constitue un atout précieux pour diversifier les points de vue, élaborer une compréhension globale de notre problématique et ainsi renforcer la pertinence et la richesse des données recueillies. Il convient désormais d'exposer la manière dont ces données ont été collectées sur le terrain.

IV. Collecte des données

L'ensemble des entretiens individuels ont été réalisés en présentiel à la Résidence pour Seniors du CPAS de Watermael-Boitsfort, afin de faciliter la participation des intervenants. Avant chaque entretien, le cadre et les objectifs de la recherche, les modalités de l'entretien, le caractère volontaire de la participation, la possibilité de se retirer à tout moment, ainsi que l'usage confidentiel des propos recueillis ont été rappelés. L'entretien ne débutait qu'après une nouvelle confirmation du participant. La posture adoptée lors des entretiens s'est voulue à la fois attentive, bienveillante et neutre, afin d'encourager l'expression des participants tout en respectant leur subjectivité. Les premiers entretiens nous ont permis de tester notre guide. Bien qu'aucune modification majeure n'ait été nécessaire, cette étape nous a permis d'affiner la formulation des questions afin d'en garantir la clarté et la compréhension pour les participants. La durée moyenne des entretiens est de 29'06'', le plus long ayant duré 46'07'' et le plus court 19'48''. Comme mentionné précédemment, la collecte des données s'est poursuivie jusqu'à l'atteinte d'une saturation des informations, caractérisée par la redondance des discours recueillis, confirmant ainsi la suffisance et la cohérence du matériau au regard de notre problématique de recherche. Il apparaît pertinent de détailler à présent la manière dont ces données ont été analysées et interprétées. Le point suivant est consacré à la présentation de cette démarche.

V. Analyse des données

Les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude ont été enregistrés à l'aide d'une application d'enregistrement audio. La retranscription a ensuite été effectuée à l'aide de l'outil

d'intelligence artificielle « TurboScribe », puis soigneusement relue et corrigée manuellement afin de garantir une restitution fidèle des propos recueillis. Pour préserver la confidentialité des données, les entretiens ont ensuite été anonymisés. Le corpus ainsi obtenu nous a permis d'en réaliser une analyse thématique approfondie, suivant une démarche inductive, itérative et flexible.

L'analyse a adopté une approche essentiellement descriptive, afin de documenter le sujet étudié et de faire émerger des éléments de réponse à notre question de recherche. Elle a débuté par une lecture globale et approfondie des entretiens afin d'obtenir une vue d'ensemble des propos recueillis. Cette première étape nous a permis d'identifier les principaux axes de réponses relatifs à notre question de recherche et au cadre théorique développé ci-avant. Grâce à plusieurs relectures, les données ont ensuite été codées manuellement, sans recours à un logiciel spécialisé, puis regroupées en thèmes significatifs au regard des objectifs de notre étude. Cette codification a été réalisée de manière inductive, sans partir d'un modèle théorique préalable : les codes et thèmes ont émergé progressivement de notre matériau, et ont été ajustés et affinés au cours de l'analyse des entretiens, selon une logique itérative. Une attention particulière a été portée à la cohérence des codes et thèmes d'analyse, ainsi qu'à notre posture de chercheur afin de limiter l'influence de nos propres représentations sur l'interprétation des données.

Les thèmes retenus pour notre analyse portent sur la définition du « chez soi » telle que perçue par le personnel de la Résidence pour Seniors ; l'accompagnement par le personnel pour favoriser le développement du sentiment de chez soi ; les leviers au sentiment de chez soi ; les freins au sentiment de chez soi ; et les pistes d'amélioration. Les données brutes, issues des propos des participants et conservées sous forme de verbatims, ont d'abord été classées dans ces différentes catégories, avant d'être analysées et explicitées de manière plus approfondie. Les résultats ont ainsi systématiquement été illustrés par des extraits de verbatims, permettant de rendre compte de manière fidèle des discours des participants. À l'issue de ce processus, les résultats ont été mis en perspective avec la littérature scientifique et le cadre théorique développés dans la première partie de ce travail. Cette confrontation avec les références et concepts théoriques nous a permis d'enrichir l'interprétation des résultats et de formuler des recommandations en lien avec notre problématique.

Au-delà des choix méthodologiques et analytiques réalisés, des considérations éthiques nous ont guidé tout au long de notre démarche. Le point suivant leur est consacré.

VI. Considérations éthiques

Ce mémoire repose exclusivement sur des témoignages de professionnels de la santé à propos de leurs pratiques, sans aborder d'éléments à caractère sensible ou intrusif. Au regard de la nature des données collectées, il n'a donc pas été jugé nécessaire de solliciter l'approbation préalable du comité d'éthique facultaire.

Néanmoins, des considérations éthiques ont encadré l'ensemble de notre démarche. Afin de garantir un consentement libre et éclairé, les participants ont été informés préalablement du cadre, des objectifs et des modalités de la recherche, du caractère volontaire de leur participation, de la possibilité de se retirer à tout moment, ainsi que de l'usage confidentiel des propos recueillis. Ces éléments ont été rappelés avant le début de chaque entretien, afin d'obtenir une nouvelle confirmation de leur volonté de participer. Par ailleurs, les retranscriptions des entretiens ont été anonymisées afin d'empêcher toute identification des participants, garantissant ainsi la confidentialité des données collectées. Les enregistrements audio et les retranscriptions sont stockées sur un support sécurisé, accessible uniquement dans le cadre de ce travail, et seront supprimés après la validation de celui-ci. La possibilité de relire la retranscription de leur entretien et/ou l'ensemble de ce mémoire a été offerte aux participants, afin de s'assurer que leurs propos n'aient pas été déformés. Enfin, une attention particulière a été portée à la posture adoptée tout au long de la démarche, afin d'assurer un climat respectueux et bienveillant, favorisant une expression libre de la part des participants.

Au terme de ce chapitre méthodologique, la manière dont nous avons mené notre recherche sur le terrain a été présentée, en explicitant les choix méthodologiques opérés. Sur cette base, le chapitre suivant présente les résultats issus de l'analyse thématique des différents entretiens, en mettant en évidence les principaux thèmes émergents et en les illustrant par des extraits représentatifs.

RESULTATS

Afin de structurer la présentation des résultats, nous les organiserons sous cinq thématiques distinctes, suivant la structure globale de notre guide d'entretien. L'analyse a fait émerger des points de convergence importants au sein de chacune de ces thématiques, que nous illustrerons à l'aide d'extraits représentatifs issus des entretiens. Nous commencerons par examiner la définition du « chez soi » telle qu'elle est perçue par le personnel de la Résidence pour Seniors. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à l'accompagnement que réserve le personnel aux habitants pour favoriser leur sentiment de chez soi. Nous identifierons ensuite les éléments considérés par le personnel comme des leviers contribuant à renforcer le sentiment de chez soi. Dans un quatrième temps, nous envisagerons les contraintes qui limitent la liberté du personnel dans la mise en place de telles initiatives. Enfin, nous présenterons les pistes d'amélioration proposées par le personnel interrogé pour atteindre pleinement l'objectif d'un véritable sentiment de chez soi en ESLD.

I. La définition du « chez soi » telle que perçue par le personnel de la Résidence pour Seniors

Trois éléments de définition du « chez soi » émergent des entretiens. Nous les catégoriserons comme suit : la chambre : la bulle, le cocon – les repères, les routines de la vie d'avant – la liberté d'expression et de choix.

1. La chambre : la bulle, le cocon

Le premier élément qui définit le « chez soi » selon le personnel de la Résidence pour Seniors est la chambre. Deux idées principales ont attiré notre attention dans les différents entretiens : d'une part, la chambre doit être reconnue par tous comme un espace privatif appartenant à l'habitant. D'autre part, une appropriation de cet espace par la personne est nécessaire pour qu'il soit réellement considéré comme son chez soi.

1.1 Reconnaissance de l'espace privatif

Chaque personne interrogée identifie systématiquement le lieu physique de la chambre comme élément essentiel et primordial pour développer un sentiment de chez soi en ESLD. En effet, la chambre devient à la fois le nouveau lieu de vie, le seul qui soit « privatif », le nouveau « chez soi », et à la fois le lieu de souvenir de la vie d'antan. Il est dès lors impératif, tous les

participants s'accordent sur ce point, que ce lieu appartienne pleinement à l'habitant. Comme le résume l'un d'entre eux : « *Quand ils ouvrent leur porte, c'est chez eux. Ils ne se sentent pas en maison de repos, ils ne se sentent pas ailleurs. C'est leur petit cocon, leur moment où ils peuvent respirer, où personne ne peut venir les déranger.* »

Pour cela, la chambre doit être reconnue par tous – l'habitant lui-même, le personnel, les autres habitants, les proches, et toute autre personne extérieure – comme son espace à lui, espace sur lequel il a le contrôle et pour lequel il prend des décisions. Ainsi, il revient à l'habitant la liberté de posséder une clé, de choisir de ne pas être dérangé, d'autoriser ou non l'accès à sa chambre, ou encore de permettre ou non au personnel de manipuler ses effets personnels. Comme le souligne un membre du personnel : « *Même si on sait bien que c'est pour aider quand on va ranger les vêtements, c'est quand même quelque chose d'assez intrusif au final d'aller dans l'armoire de quelqu'un. C'est une part de l'intimité.* » La chambre constitue ainsi l'endroit unique où l'habitant doit pouvoir faire ce qu'il veut, quand il veut et comme il veut, sans regard extérieur. Le seul endroit où il peut se retrouver seul, dans son intimité. Comme l'exprime un participant : « *C'est pouvoir avoir un endroit où on se sent bien aussi, pouvoir se retrouver seul. Il faut avoir l'opportunité de rencontrer d'autres personnes, mais aussi pouvoir avoir son intimité.* » Le respect des règles définies par l'habitant sur sa chambre est dès lors essentiel. Frapper avant d'entrer, attendre une réponse, ou encore respecter les consignes de l'habitant sont autant de pratiques indispensables qui contribuent directement au sentiment d'être chez soi. Comme l'explique un intervenant : « *Le respect de ces règles, c'est important. Par exemple, je sais que sur des portes, quelque fois, il est mis "ne pas frapper la nuit" ou "ne pas rentrer la nuit". Et donc il faut respecter ces demandes. (...) On est censé frapper aussi, attendre la réponse et puis rentrer (...) Et je pense que le fait qu'il ait une clé, c'est très bien (...).* » Un autre ajoute : « *Il faut que l'environnement extérieur ne rentre pas comme dans un moulin. Il doit apprendre, comme quand on va chez quelqu'un : on toque, on sonne, on se présente. (...) Je trouve que si l'extérieur fait attention, la personne pourra vraiment se sentir chez soi, en tout cas au niveau de la chambre.* »

Enfin, cette reconnaissance du caractère privatif de la chambre passe aussi par le langage utilisé par le personnel. L'un d'entre eux explique : « *Il faut avoir un langage qui montre bien que c'est pas chez nous. "On retourne dans la chambre", par exemple, ça c'est pas idéal. Alors que dire "on retourne chez vous" (...) ça leur faire sentir que c'est chez eux.* »

1.2 Appropriation de la chambre

Toutes les personnes interrogées s'accordent également sur l'importance, pour l'habitant, de pouvoir transposer, au moins en partie, son ancien lieu de vie dans son nouvel environnement afin d'y développer un sentiment de chez soi. Cela passe notamment par la présence d'objets personnels et familiers rappelant la vie d'avant : des souvenirs, des photos, un petit meuble, une couverture... Comme le souligne un intervenant : « *Pour me sentir chez moi, j'ai besoin d'avoir mes affaires, mes repères, que ça me ressemble.* » Un autre ajoute : « *Il faut pouvoir transposer ce qu'on a créé dans sa maison. (...) On a accumulé plein de souvenirs, plein d'habitudes de vie.* » Cette idée est renforcée par un troisième : « *Il faudrait (...) des choses qui rappellent le quotidien. Que ce soit des photos, que ce soit des décors.* »

Dans cette perspective, il est essentiel que l'habitant ait la possibilité de personnaliser sa chambre, le seul espace vraiment à lui. Il doit pouvoir la décorer et la meubler selon son goût, comme l'exprime un participant : « *Personnaliser avec son ancienne déco et avec des draps ou des rideaux ou quelque chose qui fasse vraiment du bien à l'habitant et que ce soit à son goût.* » Certains évoquent même la possibilité de repeindre les murs dans une couleur de son choix : « *Je trouve que, dans l'idéal, ce qui serait chouette, ce serait de pouvoir peindre la chambre en une couleur qui parle à l'habitant. Pourquoi pas la couleur de son salon.* » Outre la nécessité de personnaliser le nouveau lieu de vie, un autre enjeu majeur consiste à atténuer le caractère médicalisé de l'ESLD. En effet, si l'on comprend que certains équipements, comme le lit médicalisé, sont imposés, il semble indispensable que les autres meubles et accessoires soient laissés au choix de l'habitant. Comme le suggère un participant, il faudrait « *un mobilier beaucoup plus varié (...) des vrais draps, une vraie couverture, un vrai oreiller, qui font penser à comme chez eux avant en fait, beaucoup moins hospitalier* », afin de recréer une atmosphère plus chaleureuse et familiale.

On le voit, tous les avis convergent pour dire que la chambre représente un enjeu tout à fait particulier pour approcher un sentiment de chez soi en ESLD. Mais elle ne suffit pas à elle seule. Le sentiment de sécurité et de bien-être, étroitement lié aux repères et routines de la vie d'avant, joue également un rôle central.

2. Les repères, les routines de la vie d'avant

Un autre élément clé de la définition du « chez soi », selon le personnel de la Résidence pour Seniors, réside dans le sentiment de confort et de sérénité que doit procurer le lieu de vie.

Comme le souligne un intervenant : « *Le sentiment de chez soi, c'est pouvoir se sentir confortable dans son environnement, avoir ses habitudes, se sentir en confiance chez soi.* » Un autre complète : « *C'est un lieu dans lequel on se sent bien, qui pourrait aider à un certain apaisement, une certaine sérénité, en fait un certain confort aussi. (...) Voilà, c'est un sentiment d'appartenance à un lieu qu'on s'est approprié.* »

Ce sentiment de confort et de sérénité passe notamment par la transposition dans le nouveau lieu de vie de repères et routines de la vie d'avant. Comme l'explique un participant : « *On a accumulé plein de souvenirs, plein d'habitudes de vie. Et du coup, ce sentiment de chez soi, je pense que c'est pouvoir garder des habitudes qu'on a créées pendant toutes ces années chez soi.* » En effet, on sait que la difficulté d'adaptation à l'entrée en ESLD provient essentiellement de la perte des repères d'avant, comme le souligne un membre du personnel : « *C'est super important pour chaque habitant de se sentir chez lui parce que quand on rentre dans une maison de repos, on perd ses repères.* » Dès lors, s'il parvient à recréer les routines de la vie d'avant, le nouveau lieu de vie peut devenir un espace où l'habitant retrouve un sentiment de sécurité, tant matérielle et qu'affective, lui permettant ainsi de se sentir chez lui. Un intervenant résume : « *Pour moi, le sentiment de chez soi, c'est de se sentir en sécurité. (...) Le côté sécurité, c'est la sécurité matérielle mais aussi affective, d'avoir ses repères et de pouvoir, dans le cadre de la Résidence, continuer à avoir ses petites routines un peu comme à la maison, dans la mesure du possible.* »

Dans cette perspective, il est donc essentiel que l'habitant puisse maintenir ses routines autant que possible : organiser l'horaire de sa journée, choisir ses heures de lever et de coucher, ses heures de repas, son régime alimentaire, le moment de sa toilette, pouvoir accueillir ses proches quand il le souhaite, choisir librement de sortir et de rentrer dans la Résidence pour Seniors, ou encore poursuivre ses loisirs et hobbies d'avant. Comme le souligne un participant : « *Je pense que ce qui est important pour que l'habitant se sente chez lui, c'est d'abord de respecter son rythme et ses habitudes de vie au niveau horaire et alimentation.* ». Un autre ajoute : « *Être chez soi, c'est un peu faire ce qu'on veut quand on a envie.* » Un troisième illustre concrètement cette approche dans sa pratique : « *J'essaie au maximum de non seulement l'aider dans sa maladie, mais je sais qu'elle a aussi ses petites habitudes. Par exemple, la petite routine de gymnastique. (...) Elle adore aussi aller cueillir des fleurs, etc. (...) Et du coup, l'accompagner pour faire ses balades, aller des fois se promener, ça fait aussi notre objectif kiné. (...) Pour moi, c'est allier l'utile à l'agréable. (...) Et essayer de transposer un peu ça ici.* »

Dans ce contexte de perte de repère, la présence rassurante des visages connus de la famille semble jouer également un rôle prépondérant dans le sentiment de sécurité affective. Comme l'exprime un participant : *« Je trouve que c'est vraiment bien que la famille soit présente aussi. Parce que, quand l'habitant rentre, il n'a plus de repères, il n'a plus rien. Et du coup, d'avoir des visages qu'il connaît régulièrement, ça fait du bien aussi. »*

Il ressort de ce qui précède que la perte de repères liée à l'entrée en ESLD est telle que, sans une continuité et une transposition des routines d'avant, ni l'adaptation à l'établissement, ni le sentiment de chez soi ne pourront réellement être atteints. Cela étant, la chambre, en tant que bulle, et la transposition des repères ne seront accessibles que si l'habitant trouve, dans son nouveau lieu de résidence, une liberté d'expression et de choix reconnue et respectée par tous.

3. La liberté d'expression et de choix

Le troisième axe essentiel pour se sentir chez soi en ESLD concerne donc la liberté d'exprimer ses choix et le sentiment d'être écouté. L'ensemble des personnes interrogées souligne que, même si l'habitant ne peut plus être totalement indépendant, on lui doit fondamentalement de préserver son autonomie. On entend par là une autonomie de poser des choix, même lorsque leur mise en œuvre dépend de l'aide d'autrui. Comme l'exprime un membre du personnel : *« L'autonomie c'est de pouvoir faire des choix. Mais par contre, tu peux être dépendant de quelqu'un pour les appliquer. »* L'ESLD se doit donc d'être un lieu où l'habitant peut exprimer ses besoins, ses envies, mais aussi ses refus, tout en lui procurant le sentiment d'être écouté. Comme le souligne un intervenant : *« Ils devraient pouvoir avoir l'opportunité de s'exprimer, de dire ce dont ils ont besoin et aussi, dans le même cas, ce dont ils n'ont pas du tout envie. »* Un autre ajoute : *« Il y en a qui veulent qu'on leur fiche la paix. Par exemple : "Les activités, ce n'est pas pour moi. Moi, je suis bien dans ma chambre avec mon journal". Et c'est bon ainsi. »*

Concrètement, cela implique de laisser à l'habitant des marges de décision dans son quotidien : choisir s'il souhaite être appelé par son prénom ou non, s'il souhaite être tutoyé ou vouvoyé, décider de sa tenue du jour, de participer ou non aux activités proposées, de disposer d'un moment de solitude ou, au contraire, de recevoir de la visite, ou encore de solliciter de l'aide pour une chose ou l'autre. Comme le souligne un participant : *« Ça peut passer même par des*

petites choses. (...) C'est même leur offrir la possibilité de : "qu'est-ce que vous voulez mettre comme tenue aujourd'hui ? Est-ce que c'est une jupe, un pantalon, une robe ?" Déjà par là en fait, ça leur donne ce sentiment d'autonomie. Parce que peut-être qu'ils ne sont pas indépendants, mais dans leur choix ils peuvent être autonomes. » Un autre précise : « Si la personne a envie de se sentir tutoyée ou vouvoyée, je pense que c'est un choix qu'elle doit pouvoir faire. » Un troisième conclut : « Il y a quand même un réel intérêt à maintenir des petits choix comme ça qui ne changent rien pour les soignants. Mais pour la personne, pouvoir faire ces mini choix, je pense que c'est encore utile. Ça permet de redonner un peu d'autonomie là où on peut. »

En conclusion, les différentes réponses à la question « que vous évoque le sentiment de chez soi ? » mettent en évidence trois éléments incontournables pour définir ce sentiment en ESLD : la chambre en tant que seul espace privatif, la nécessité de prolonger les routines d'avant et l'autonomie dans les choix. Ces trois dimensions, étroitement liées et interdépendantes, doivent co-exister. Nous verrons, dans le point suivant, comment le personnel de la Résidence pour Seniors accompagne concrètement les habitants au quotidien afin de favoriser le développement de ce sentiment de chez soi.

II. L'accompagnement par le personnel pour favoriser le développement du sentiment de chez soi

Dans cette section, nous développons ce que le personnel de la Résidence pour Seniors met en place au quotidien pour favoriser le sentiment de chez soi des habitants. Ces actions s'articulent autour de cinq axes complémentaires : apprendre à connaître l'habitant – créer un espace d'écoute active – personnaliser les prises en charge – travailler ensemble – proposer un accompagnement spécifique aux personnes atteintes de troubles cognitifs sévères.

1. Apprendre à connaître l'habitant

Les avis sont unanimes : une posture d'écoute attentive et bienveillante est indispensable pour créer un lien de confiance, essentiel à l'accompagnement du sentiment de chez soi. Dès l'entrée en ESLD, apprendre à connaître la personne s'avère déterminant pour garantir un accueil réussi. Un participant décrit ainsi sa conception de l'accompagnement : « Ça me fait penser à "non-jugement", "empathie". (...) J'écoute, mais j'écoute attentivement, quoi. (...) C'est créer du lien

avec la personne et une relation de confiance. (...) C'est primordial dans les premiers jours de l'admission de créer un lien de qualité avec eux. » Un autre souligne l'importance de ne pas réduire la personne à sa pathologie, mais de la considérer dans toute sa richesse et son parcours de vie. Il ne s'agit pas d'un patient se résumant à un tableau clinique, mais bien d'une personne avec une histoire, une expérience de vie, une famille, un métier : « Ne mettez pas d'étiquette. Apprenez à découvrir qui sont vraiment les personnes. Ne voyez pas les individus comme des personnes qui ont, par exemple, Parkinson. Elle n'a pas juste Parkinson : elle a été mère, elle a voyagé, elle connaît telle langue... Il ne faut pas la réduire à son tableau clinique, à ses symptômes, il n'y a pas que ça. Il y a une personne qui a vécu et qui vit encore. »

Cette connaissance de l'autre et cette relation de confiance, initiées dès l'accueil, se construisent et s'enrichissent tout au long de la vie de la personne au sein de la Résidence pour Seniors. Elles contribuent également à instaurer un espace d'écoute active, deuxième élément essentiel d'un accompagnement de qualité.

2. Créer un espace d'écoute active

Dans le prolongement de cet accueil, la mise en place d'un espace d'écoute active permet à l'habitant d'exprimer son ressenti, ses besoins, ses frustrations et ses envies au personnel. Comme l'explique un intervenant : « Au fil des séances, on discute de plus en plus. On apprend à connaître ce qu'ils aiment et ce qu'ils n'aiment pas. » Le personnel doit donc veiller à adopter une attitude disponible et ouverte. Il questionnera et se fera le porte-parole des souhaits et besoins émis. Un participant souligne à ce sujet l'importance de « la disponibilité, d'être à l'écoute, de remonter l'information en réunion pluridisciplinaire et d'essayer de pouvoir adapter les choses. » Un autre précise : « Au fur et à mesure des semaines, il y a ce lien qui se crée. Et du coup c'est comme ça qu'ils peuvent éventuellement me faire part de ce dont ils ont besoin. (...) J'essaie d'être la porte-parole de leur frustration ou besoin auprès des personnes intéressées. » La relation de confiance, amorcée dès l'accueil avec les membres du personnel, permet une relation d'adulte à adulte, dans laquelle l'habitant peut se sentir libre d'exprimer ce qu'il sait bon pour lui et reconnu dans son autonomie. Plusieurs participants l'expriment ainsi : « Finalement, c'est une relation d'adulte à adulte. (...) D'égal à égal. » ; « Il faut toujours se dire que c'est l'habitant qui sait lui-même ce qui est le mieux pour lui et pas nous. »

La relation de confiance et l'espace d'écoute active encouragés par le personnel constituent donc des éléments essentiels pour permettre un accompagnement adapté aux habitants et favoriser ainsi leur sentiment de chez soi. En effet, s'appuyer sur ce que l'habitant a pu exprimer permet notamment de personnaliser les prises en charge. Il s'agit du troisième axe de l'accompagnement mis en évidence par les participants.

3. Personnaliser les prises en charge

Chaque habitant présentant un profil unique, il s'avère indispensable de personnaliser la prise en charge de chacun en fonction de ce que la personne exprime dans la relation établie avec les membres du personnel. Comme le souligne un participant, il s'agit d' *« essayer de faire pour chacun un travail unique »* et de *« personnaliser un peu les approches. »* Cela demande la mise en place d'un cadre aussi souple que possible afin d'autoriser une grande flexibilité dans les pratiques professionnelles. Plusieurs intervenants insistent ainsi sur l'importance que *« les prises en charges ne soient pas standardisées et qu'il n'y ait pas des procédures appliquées de manière hyper strictes »*. Ils rappellent néanmoins la nécessité de *« mettre un léger cadre (...) pour expliquer la différence quand on vit en communauté et quand on habitait seul. »*

Pour y parvenir, il est conseillé que les professionnels procèdent par essais-erreurs afin de répondre au mieux aux attentes et aux besoins de la personne. Comme l'explique un membre du personnel : *« Il faut faire presque un petit travail avec la personne en essayant de faire des tests de mise en place de nouvelles organisations et réévaluer avec la personne, et continuer ainsi jusqu'à ce que la personne soit contente de ce qu'on a mis en place. »* De plus, toute situation étant susceptible d'évoluer dans le temps, cette démarche requiert une grande adaptabilité de la part de chacun, comme l'explique un participant : *« C'est ok les retours en arrière : on teste, ça fonctionne pas, on essaye autre chose, ça prend un an et puis on fait encore autre chose... Bref c'est vraiment avoir une flexibilité et une disponibilité, une écoute. (...) Rien n'est figé dans le temps, on peut toujours revenir sur quelque chose. Ce qui est normal, parce que la personne va s'adapter différemment au fur et à mesure. »* Cette démarche doit, en outre, se construire en collaboration avec la personne concernée pour assurer des ajustements aussi pertinents que possibles. Un intervenant précise : *« Il faut essayer de mettre des choses en place. Mais en collaboration, je pense, avec la personne. C'est le mieux parce qu'en tant que soignant, on va penser que c'est une bonne idée de mettre en place certaines choses, mais ça ne va peut-être pas correspondre du tout. »*

Dans cette perspective, une attention particulière doit être accordée au maintien de l'autonomie de la personne. Un participant illustre : *« Par exemple, on ne les oblige pas à aller aux activités. On leur demande s'ils ont envie de faire des activités. Mais s'ils ne veulent pas, on n'insiste pas. »* Il s'agit également de permettre à la personne de faire tout ce qu'elle est encore capable de réaliser par elle-même : faire avec elle, sans faire à sa place. Comme le souligne un professionnel : *« Il faut respecter cette indépendance et cette autonomie en leur laissant faire tout ce qu'ils savent faire encore eux-mêmes. »* Par ailleurs, s'il le souhaite, des tâches et des rôles peuvent être confiés à l'habitant dans la mesure de ses capacités. Un intervenant explique : *« Je pense que ce qui serait bien aussi, (...) c'est de pouvoir aider, si ils ont envie de participer aussi à la vie commune. "J'ai envie de participer à la vaisselle parce que je considère que quand je mange, je fais la vaisselle." (...) Sans que ce soit une obligation, évidemment, ça doit être à leur volonté. Mais d'avoir aussi des tâches qui permettent de se dire : "je ne suis pas comme à l'hôtel, je suis vraiment chez moi, j'ai des responsabilités aussi et j'ai envie de continuer à travailler pour la maison dans laquelle je suis". Je pense que c'est intéressant, même s'il y a du service pour tout, de pouvoir les laisser participer à ce qu'ils aimeraient continuer à faire dans leur quotidien. »* Cette implication favorise l'ancrage de l'habitant dans son lieu de vie et renforce son sentiment de chez soi en lui permettant de participer à l'organisation de la vie collective. Comme l'exprime un participant : *« Quand tu as un rôle quelque part, tu prends finalement de l'importance. Et donc ça, ça augmente un peu ce sentiment de chez soi. »*

Ainsi, la personnalisation des prises en charge contribue au sentiment de chez soi en ESLD, notamment en permettant d'adapter les routines de soins aux habitudes de vie des habitants. Elle implique toutefois une collaboration étroite entre l'ensemble des professionnels, tous services confondus. L'importance de cette collaboration pluridisciplinaire constitue dès lors le quatrième axe de l'accompagnement développé par les participants.

4. Travailler ensemble

Toutes les personnes interrogées soulignent l'importance d'une étroite collaboration entre tous les services. Comme l'explique un participant : *« A cause de l'approche qu'on a, liée à notre métier, on a des connaissances aussi toutes un peu différentes de la personne qui vont permettre, au final, de faire comme des pièces d'un puzzle pour avoir une vision assez globale. »* Un autre ajoute : *« Les réunions projets de vie individualisés, ça regroupe tous les autres collègues et on*

parle des habitants pour leur permettre une prise en charge cohérente avec leurs besoins. » Par ailleurs, une collaboration avec les membres de la famille est également perçue comme un élément positif et essentiel pour la réussite de la prise en charge de la personne, pour autant que la famille soit investie.

Si ces quatre premiers axes font consensus auprès de notre échantillon pour favoriser un accompagnement de qualité du sentiment de chez soi, tous les participants mettent toutefois en évidence que les personnes atteintes de troubles cognitifs sévères nécessitent une approche spécifique. Celle-ci est abordée dans le point suivant, en tant que cinquième axe d'un accompagnement réussi.

5. L'accompagnement spécifique des personnes atteintes de troubles cognitifs sévères.

Les personnes interrogées relèvent que les habitants indépendants et autonomes, sans trouble cognitif, ont plus de facilité pour participer à la construction d'un espace de vie dans lequel ils peuvent se sentir chez eux. Comme l'explique l'une d'elles : *« Les personnes valides ont plus de contrôle sur ce qu'elles peuvent mettre en place pour apprivoiser l'environnement, alors que, clairement, quand on arrive dans un état déjà beaucoup plus dépendant, c'est plus difficile. »* Une autre précise : *« Je pense que plus les personnes sont indépendantes et autonomes, sans troubles cognitifs, mieux elles arrivent à se sentir chez elles. (...) Parce qu'en fait elles ont un contrôle sur ce qu'elles font, ce qu'elles disent, ce qu'elles acceptent, ce qu'elles refusent. »*

Pour les personnes présentant des troubles cognitifs sévères, l'accompagnement prend dès lors une autre forme, souvent centrée sur le registre sensoriel : une présence, un geste, un regard, une musique... Un participant décrit ainsi son approche : *« Je suis une présence, juste peut-être tenir la main ou lire un texte, mettre de la musique. Parfois, c'est même à travers le regard. (...) Être vraiment là en fait. Entrer en relation sans passer forcément par le verbal. »* Un autre ajoute : *« La priorité c'est vraiment (...) le sensoriel. (...) Très sur l'instant présent en fait (...) Un peu en fonction du non-verbal (...) de l'observation. »* Pour favoriser son sentiment de chez soi, l'accompagnant peut également se mettre en lieu et place de la personne afin d'estimer l'approche la plus adéquate dans la situation donnée et ajuster au mieux son intervention, comme l'illustre cet extrait : *« C'est à nous d'avoir des principes, d'être assez intelligents, avec assez de ressources ou de connaissances pour se dire "si quelqu'un vient chez moi, qu'est-ce*

que j'aimerais qu'on fasse ?" (...) Donc se mettre à la place de l'autre. » L'accompagnant peut alors évaluer le bien-fondé de son approche en se focalisant sur la réponse, souvent non-verbale, émise par l'habitant. Comme l'explique un participant : « Ça vient plus vraiment de l'observation de la personne et de la conscience de la personne. On observe. On voit. On tente. On essaye. Et on fait en fonction de ça. » Les intervenants insistent toutefois sur l'importance de maintenir, autant que possible, des possibilités de choix afin de préserver l'autonomie de la personne là où cela reste encore possible : « Même quelqu'un qui a un MMSE 0 sur 30, j'exagère, a quand même des choix à faire et peut quand même manifester des préférences. (...) Je pense qu'il y a quand même un réel intérêt à maintenir des petits choix comme ça. (...) Ça permet de redonner un peu d'autonomie là où on peut. » Un autre participant ajoute : « En fait, il faut arrêter de s'imaginer que, parce qu'ils sont désorientés, ils ne savent plus choisir. (...) Il faut essayer de garder le peu d'autonomie ou de contrôle sur les choses sur lesquelles c'est possible. Même du basique. » Par ailleurs, si la communication devient difficile, il importe d'apprendre à connaître la personne par un chemin détourné, notamment en s'appuyant sur les proches qui peuvent raconter la personne et sa vie antérieure. Comme le souligne un membre du personnel : « Je pense que c'est important de trouver des alliés, parfois avec la famille, si tant est que la famille est de bonne composition et pas dans un déni des capacités de son proche. » Enfin, même si le bien-être procuré par ces interventions peut sembler de courte durée, la mémoire étant défaillante, les participants rappellent que l'accompagnement est quand même inscrit dans la mémoire émotionnelle de la personne, lui procurant un soulagement qui n'est pas vain : « Même si la personne ne se souvient plus par l'idée qu'elle a passé un bon moment, je pense qu'il y a quand même quelque chose d'inscrit dans le corps, et que ça sert à quelque chose, (...) Ça fait quand même 30 minutes de soulagement qui ont été apportées. Et ce n'est pas vain. »

Nous l'avons vu, les membres du personnel mettent en place bien des éléments pour favoriser le développement du sentiment de chez soi. Si, dans un premier temps, la relation de confiance ainsi que l'écoute active et respectueuse permettent de connaître la personne dans ce qu'elle est aujourd'hui et a été auparavant, la collaboration entre tous les intervenants s'avère indispensable pour personnaliser au mieux l'accueil de la personne et lui permettre de se sentir chez elle. L'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs sévères repose, quant à lui, sur une proximité relationnelle et sensorielle toute particulière. Il est à noter que chacune des initiatives du personnel vise à rencontrer les éléments de définition du chez soi tels qu'expliqués au point précédent. En effet, le personnel a à cœur de respecter la bulle de

l'habitant, de reproduire ses routines de la vie d'avant et d'écouter et respecter ses choix. Attardons-nous à présent sur les leviers organisationnels facilitant l'accompagnement et le développement du sentiment de chez soi au sein de la Résidence pour Seniors.

III. Les leviers au sentiment de chez soi

Différents leviers favorisant le développement du sentiment de chez soi en ESLD ont été identifiés par les personnes interrogées. Nous les avons regroupés en six catégories distinctes : le projet Tubbe – la pluridisciplinarité – la vie en communauté – le temps, la patience et la persévérance – les aides supplémentaires – le bien-être au travail.

1. Le projet Tubbe

Le projet Tubbe révolutionne le fonctionnement de la Résidence pour Seniors. Il réinvente la manière de travailler et induit un changement de mentalité, en plaçant l'habitant au centre des préoccupations, plutôt que les tâches du personnel. Comme le souligne un participant : *« Le projet Tubbe met vraiment l'habitant au centre de l'institution et c'est vraiment chez lui. Et nous on est là pour l'accompagner en fonction de ses besoins, de ses demandes, de ses attentes. Donc c'est une philosophie de gestion de l'établissement, une politique de gestion, une dynamique institutionnelle. C'est changer les mentalités quoi. »* Ce nouveau paradigme induit que le personnel n'intervient plus dans un cadre strictement institutionnel, mais qu'il travaille chez l'habitant. D'après les intervenants, ce changement de posture favorise une meilleure compréhension des besoins et un accompagnement plus adapté : *« Si on sensibilise un peu par rapport au fait qu'on travaille chez l'habitant, je pense que ça peut aider à se mettre plus à la place et à mieux accompagner. »* Par ailleurs, grâce au processus participatif au cœur du modèle, l'habitant reprend un rôle actif dans sa vie quotidienne. Il est invité à prendre part aux décisions et à assumer des responsabilités au sein de la Résidence pour Seniors, y compris lorsqu'il présente des troubles cognitifs. Ainsi, il ne se contente plus de subir son quotidien, mais retrouve une place porteuse de sens au sein de son ESLD. Comme l'explique un membre du personnel : *« Tubbe, c'est ça. C'est demander leur avis aux habitants. (...) C'est pas uniquement la collectivité, c'est aussi la personne elle-même dans son environnement. »* Un autre ajoute : *« Le projet Tubbe, ça permet de leur trouver des rôles un peu plus actifs dans la Résidence, même pour les personnes avec des troubles cognitifs. (...) Ça leur permet également de retrouver un peu un sens dans la Résidence. (...) Et plus de se laisser vivre. Je veux dire que*

la personne reprend sa vie en charge. » Ce projet, initié et soutenu par la direction, devient la nouvelle culture institutionnelle. Le personnel est formé et accompagné dans cette démarche par une coach spécialisée, ce qui constitue un soutien important dans la mise en œuvre de cette approche, comme en témoigne un participant : « On a les formations qui vont avec, c'est des éléments clés qui nous aident à avoir une plus grande ouverture d'esprit, à envisager au moins les choses, et voir dans quelle mesure c'est faisable ou pas. »

Enfin, le projet Tubbe encourage également le travail en pluridisciplinarité, qui constitue un second levier du sentiment de chez soi, développé dans le point suivant.

2. La pluridisciplinarité

En second lieu, la pluridisciplinarité est unanimement identifiée par le personnel comme un levier facilitant l'accompagnement du sentiment de chez soi des habitants. Le travail en équipe pluridisciplinaire permet d'élargir la réflexion et d'aboutir à une compréhension plus fine de la personne, favorisant ainsi un accompagnement plus ciblé et pertinent de ses besoins. La pluridisciplinarité est ainsi reconnue comme une réelle plus-value dans la prise en charge quotidienne, en offrant une vision globale de l'habitant et de ce qui est bénéfique pour lui. Comme le souligne un intervenant : « On a la chance aussi de travailler en pluridisciplinarité, de demander justement aux uns et aux autres, et ça c'est une énorme plus-value, comment aider au quotidien l'habitant. Et ça peut nous faire aussi réfléchir à des choses auxquelles on n'avait pas pensé. » Dans le même sens, un autre participant précise : « Collaborer au maximum avec les autres disciplines permet vraiment d'avoir une vision globale du patient. » Par ailleurs, les participants estiment qu'un accompagnement de qualité serait difficilement réalisable, en termes de temps et d'énergie, sans une collaboration entre les différents services. Comme en témoigne un membre du personnel : « Si j'avais été toute seule, ce n'est pas possible en termes de temps et d'énergie. Tu aurais l'impression de soulever des montagnes. Clairement, le travail en pluridisciplinarité, c'est un levier, je pense, organisationnel. » Enfin, les membres du personnel soulignent que les équipes paramédicales sont de plus en plus nombreuses et mieux formées. Ensemble, elles forment une équipe soudée, dynamique, motivée et passionnée par le travail auprès des aînés. Un participant paramédical explique : « Le fait qu'on soit beaucoup de paramédicaux et de plus en plus formés aussi, ça nous permet d'avoir une meilleure vision. (...) Au niveau organisationnel, la population des travailleurs devient de plus en plus jeune. Je

trouve que les jeunes s'intéressent de plus en plus à la gériatrie. Du coup, on redynamise aussi un petit peu. ».

Mais le travail pluridisciplinaire n'est pas la seule richesse apportée par les relations interpersonnelles. Comme nous le verrons dans la section suivante, la vie en communauté constitue également un levier pour le développement d'un sentiment de chez soi en ESLD.

3. La vie en communauté

La vie en communauté a été identifiée comme un troisième levier favorisant le développement du sentiment de chez soi en ESLD. En effet, le nombre important d'habitants et de membres du personnel facilite les rencontres et les échanges, ainsi que la création des liens d'amitié, particulièrement appréciés par les personnes qui souffraient de solitude à leur domicile. Une nouvelle communauté se forme alors, parfois perçue comme une nouvelle famille, comme l'explique ce participant : *« Le fait qu'on ait quand même pas mal d'habitants permet aussi que chacun puisse trouver des gens avec qui il partage des points communs, une même origine, un même style de vie, où chacun a plus l'occasion de trouver chaussure à son pied pour créer un peu des liens, avec qui développer des affinités. »* Un autre ajoute : *« Tous les jours, on a des gens qui nous disent qu'ils se sentent chez eux, qu'ils ont l'impression d'avoir créé une nouvelle famille aussi avec les autres habitants, avec le personnel. »* Néanmoins, il est reconnu que la vie en communauté peut également constituer un frein au sentiment de chez soi, comme le nuance cet intervenant : *« La communauté apporte quand même certains points positifs. Même si le fait de vivre en communauté peut peut-être impacter le sentiment de chez soi plus d'un point de vue vraiment organisationnel. »* Cette ambivalence sera approfondie dans le point IV.

Toutefois, même si la vie en communauté présente des avantages pour le développement du sentiment de chez soi, un temps d'adaptation est souvent nécessaire pour les habitants. Faire preuve de patience et de persévérance est donc considéré par les membres du personnel comme un élément facilitateur, comme nous l'aborderons dans le point suivant.

4. Le temps, la patience, la persévérance

S'il est communément admis que l'entrée en ESLD constitue un bouleversement important et une perte de repères considérable, les personnes interrogées soulignent le rôle essentiel du temps, de la patience et de la persévérance dans l'adaptation des nouveaux habitants à leur lieu

de vie. En effet, un tel changement de cadre et d'habitudes ne peut être surmonté du jour au lendemain. Il apparaît donc essentiel de faire preuve de patience, tant du côté de l'habitant que de celui des membres du personnel qui l'accompagnent dans cette adaptation progressive. Comme l'explique ce membre du personnel : *« Il faut laisser le temps à la personne aussi. Parce qu'une personne qui arrive la première semaine peut dire "je ne me sens pas du tout chez moi ici, je n'apprécie pas, je n'aime pas". Une semaine après, en voyant calmement les choses de façon plus apaisée, elle peut dire, "moi j'adore ici, je me sens même mieux qu'à la maison". Et donc parfois, c'est vraiment une question de temps. Une question d'adaptation, par rapport à tout ça. »* Ainsi, la persévérance et le fait de croire en ce nouveau projet de vie permettent progressivement de dépasser les découragements et les incertitudes des débuts.

Cependant, le manque de personnel soignant et la surcharge de travail limitent souvent la possibilité, pour le personnel, de prendre ce temps dans sa pratique quotidienne. C'est pourquoi la présence d'aides supplémentaires constitue un cinquième levier pour accompagner le développement du sentiment de chez soi en ESLD.

5. Les aides supplémentaires

Un élément très récurrent dans les entretiens menés auprès des membres du personnel de la Résidence pour Seniors concerne le temps nécessaire à un accompagnement optimal des habitants en ESLD. Or, comme on le sait, la pénurie de personnel dans le secteur des soins de santé empêche souvent les professionnels d'accorder autant de temps qu'ils le souhaiteraient à leurs prises en charge. Ce frein sera développé plus en détail dans le point « la réalité sur le terrain pour le personnel » ci-dessous.

Dans ce contexte, le soutien apporté, par exemple, par les bénévoles ou les stagiaires dans les tâches quotidiennes du service représente une aide précieuse et un levier pour améliorer l'accompagnement. En effet, cela permet aux professionnels de se concentrer sur les aspects techniques des soins, tandis que les dimensions plus relationnelles peuvent être prises en charge par ces aidants. Un participant l'exprime clairement : *« Il n'y a pas assez de personnel, malheureusement. (...) Quand, par exemple, on a des étudiants, c'est très agréable parce qu'on s'occupe de la personne avec l'étudiant. Et puis, (...) on demande à l'étudiant de rester un peu avec la personne, de discuter. Et on voit toute la différence. (...) La personne est plus apaisée, plus calme. »* Un autre complète : *« Il y avait une période Covid, justement, où beaucoup de*

bénévoles venaient. Et du coup, on les sollicitait pour les personnes plus dépendantes. Et c'était une autre ambiance, c'était un autre ressenti. On les voyait beaucoup plus apaisées, beaucoup plus accompagnées. Donc, les soins étaient différents, le temps donné aussi. Et c'est vrai qu'avec plus de personnes sur le terrain, ça fait déjà beaucoup de différence. Plus de personnes pour pouvoir plus prendre le temps d'accompagner. » La prise en charge apparaît ainsi plus complète, permettant un accompagnement de meilleure qualité et favorisant le sentiment de chez soi des habitants.

Le contexte de pénurie du personnel et de surcharge de travail nous permet d'introduire un autre enjeu majeur du secteur des soins de santé, qui constitue également un levier pour un accompagnement de qualité : le bien-être du personnel au travail, développé ci-dessous.

6. Le bien-être au travail

Le dernier levier relevé par les personnes interrogées concerne le bien-être au travail du personnel. Comme l'explique un participant : *« Pour que tout fonctionne bien, il faut que les membres du personnel soient aussi bien dans leur boulot. »* En effet, un personnel qui se sent bien au quotidien sera davantage motivé et impliqué dans ses tâches professionnelles. Par conséquent, un accompagnement de meilleure qualité pourra être proposé, favorisant le sentiment de chez soi des habitants en ESLD. Comme l'exprime un intervenant : *« Je pense que si à la base, nous, on ne se sent pas bien, c'est difficile d'être disponible aux autres. Donc il y a ce côté prendre soin de soi en tant qu'accompagnant, se reposer, pour être pleinement là. »* Un autre ajoute : *« Je pense que si on est à l'écoute de soi, on peut être plus à l'écoute des autres. »*

On le voit, la philosophie de gestion de l'ESLD et sa dynamique institutionnelle, la collaboration entre les professionnels, les interactions offertes par la vie en communauté, le soutien des bénévoles et des étudiants, le temps d'adaptation laissé aux habitants, ainsi que le bien-être du personnel, constituent autant de leviers favorisant, d'une part, le développement progressif du sentiment de chez soi chez l'habitant et, d'autre part, la capacité du personnel à l'accompagner dans cette démarche. Néanmoins, se sentir chez soi en ESLD demeure un défi important. En effet, plusieurs points d'attention ont été identifiés par les personnes interrogées comme des freins à ce sentiment. Ceux-ci sont développés dans le point suivant.

IV. Les freins au sentiment de chez soi

De nombreux freins au développement du sentiment de chez soi en ESLD ont été mis en évidence dans les différents entretiens. Nous les avons organisés en cinq catégories : la vie en communauté – les règles de la Résidence pour Seniors – le profil des habitants – la réalité du terrain pour les professionnels – la lenteur de réalisation des projets.

1. La vie en communauté

Si la vie en communauté a été identifiée précédemment comme un levier favorisant le développement du sentiment de chez soi en ESLD, notamment grâce aux rencontres qu'elle permet et la réduction de l'isolement social, il semble évident qu'elle peut également constituer un frein important.

Premièrement, comme évoqué précédemment, tous les intervenants soulignent que la chambre de l'habitant constitue le seul espace où il est réellement possible de se sentir chez soi. En effet, le partage des espaces communs avec de nombreux autres habitants et membres du personnel en limite l'appropriation. Il devient dès lors plus difficile de s'y sentir chez soi, comme l'explique un intervenant : *« C'est très différent de chez soi de vivre en constante cohabitation avec d'autres personnes. Ça peut être aussi intrusif de sentir beaucoup de personnel. (...) Et il y a tous les espaces communs aussi à partager avec les autres et donc dans tout ça, il faut que chacun trouve sa place pour se sentir chez soi. »*

Par ailleurs, les intervenants rappellent que la vie en collectivité implique nécessairement le respect des libertés individuelles, tout en veillant à préserver l'harmonie et le vivre-ensemble. Un participant explique : *« Il faut expliquer que, parfois, le contexte organisationnel fait que tout n'est pas possible. Mais il faut entendre les besoins et réfléchir pour voir comment on peut mettre en place quelque chose. »* En effet, si chaque habitant est chez lui dans l'ESLD, il est essentiel de respecter les choix et l'intimité de chacun, selon le principe : *« ma liberté s'arrête là où celle des autres commence »*. Un membre du personnel illustre : *« On vit quand même en communauté, et ça, il faut qu'on respecte. Il y a un habitant qui est déjà descendu ici en boxer (...) Mais les autres habitants qui habitent ici, ben ils vont être choqués de voir ça, ils sont chez eux aussi, en fait. »* Enfin, la vie en communauté implique inévitablement une organisation afin d'assurer son bon fonctionnement global. Cette organisation peut limiter l'hyperpersonnalisation des routines et des prises en charges, constituant ainsi un frein au

sentiment de chez soi. Comme le souligne un intervenant : *« C'est toujours aussi la question de liberté individuelle et ce que la collectivité impose pour son fonctionnement global. Et donc ça doit vraiment trouver l'équilibre entre ce qu'il est possible de mettre en place pour une personne en particulier et la limite de la collectivité pour que ça ne perturbe pas l'ensemble des habitants. (...) C'est réussir à personnaliser, mais en même temps en étant dans un contexte où on doit vivre ensemble. Le côté communauté impose quand même des limites à cette personnalisation. »*

On le voit, tout repose sur un équilibre entre les libertés individuelles et les exigences de la vie en communauté. Celle-ci implique par ailleurs la mise en place de règles, en complément des lois et normes de sécurité, afin d'organiser la vie et le travail au sein de l'ESLD. Ces règles sont identifiées, elles aussi, comme des freins au sentiment de chez soi en ESLD, comme nous le développons dans la section suivante.

2. Les règles de la Résidence pour Seniors

Le deuxième frein identifié par les intervenants concerne les différentes règles imposées au sein de la Résidence pour Seniors.

D'une part, les ESLD sont tenus de respecter un ensemble de lois et de normes de sécurité. Celles-ci concernent notamment les règles d'hygiène, le mobilier médical, l'aménagement des chambres pour permettre le passage de brancards, ou encore l'organisation de la journée. Comme l'explique un participant : *« On a même une loi qui impose aux institutions de servir leur repas entre midi et midi 45 et pas plus tard. (...) La législation nous freine énormément. »* Un autre ajoute : *« Parfois, j'ai l'impression qu'on passe très vite au côté sécuritaire, parce que ça implique aussi des responsabilités de la maison. S'il arrive un accident, on a toujours peur. »*

D'autre part, un certain nombre de règles permettent de structurer logistiquement la vie en collectivité et d'organiser le travail des professionnels. Elles concernent, par exemple, les heures de visite, de lever, de coucher, de repas, d'activité et de soins. Comme l'illustre un intervenant : *« On a déjà commencé le test Tubbe de la salle à manger. (...) On va élargir, par exemple, l'heure de repas, mais il faut aussi qu'ils soient conscients qu'on ne va pas pouvoir rester, par exemple, dans la salle à manger jusqu'à 23 heures. (...) Il faut un cadre quand même. »* Un autre complète : *« C'est un peu difficile d'avoir des heures de visite pour certaines*

personnes. Si on est chez soi, on peut recevoir quand on a envie. Pourquoi en maison de repos, on n'a pas le droit de recevoir quand on a envie ? » Ces règles organisent également les horaires de travail du personnel ainsi que le fonctionnement des différents services. Un membre du personnel précise : « C'est normal qu'on ait des horaires. Mais ça peut être aussi perturbant pour les habitants. (...) Une fois que notre horaire est fini, c'est normal qu'on rentre chez nous. On doit s'adapter dans nos horaires à nous et ça peut être contraignant. »

Par ailleurs, en structurant les journées autour d'horaires précis, ces règles peuvent amener le personnel à multiplier les passages dans les chambres des habitants. Dès lors, si on ne porte pas une attention particulière aux règles élémentaires de savoir-vivre, telles que frapper à la porte, demander si on dérange, si on peut rentrer, etc., l'habitant peut se sentir envahi et bousculé dans son espace personnel. Comme l'exprime un intervenant : « Ça peut être aussi intrusif de sentir beaucoup de personnel, beaucoup de passages dans leur bulle qui est leur chambre. » Un autre ajoute : « On oublie les règles de vie de base : frapper à la porte, demander si on dérange, si on peut rentrer... Le personnel soignant, dans le milieu institutionnel, adopte des nouvelles habitudes que on n'adopterait pas en dehors. » Les différents intervenants soulignent ainsi la nécessité de réinterroger le bien-fondé de certaines pratiques afin de limiter les passages intempestifs et de mieux s'adapter aux habitudes de vie des habitants : « Les horaires, c'est vraiment un énorme frein. (...) C'est des choses qui n'ont jamais été pensées parce que, dès l'école, on nous apprend que les toilettes c'est le matin, qu'il faut manger à midi. »

La question des animaux de compagnie constitue également un sujet de réflexion récurrent. En effet, s'il est généralement admis que leur présence en ESLD est difficile à envisager pour des raisons d'hygiène, de sécurité et de vie en communauté, les intervenants reconnaissent néanmoins leur importance dans la continuité de la vie d'avant et dans le sentiment de chez soi. Comme l'explique un membre du personnel : « Je pense que pour toute personne qui a un animal, c'est très compliqué de le laisser en dehors de la maison de repos. (...) C'est tout un débat. Est ce qu'on peut ou pas avoir des animaux en maison de repos ? Je pense que ce serait compliqué quand même dans l'organisation. Mais (...) je pense que les animaux, ça fait partie aussi des compagnons de vie qu'on a. »

On le voit, ces règles, appliquées de manière uniforme à l'ensemble des habitants, limitent l'hyperpersonnalisation des routines et des prises en charge. Elles peuvent dès lors être perçues comme des injonctions et freiner leur sentiment de chez soi. Selon les professionnels interrogés,

une adaptation plus individualisée des règles, en fonction des situations et des capacités cognitives de chaque habitant, favoriserait ce sentiment. Un participant illustre : « *Que ce soit un peu du cas par cas. Par exemple, oui, qu'on puisse interdire une bouilloire chez un habitant qui a des troubles cognitifs et qui pourrait se mettre en danger ou mettre en danger toute l'institution. Mais pour d'autres qui adorent le thé et qui, en fait, une bouilloire, ils savent très bien l'utiliser et sont très au courant des dangers, ça devrait être permis.* » Un autre ajoute : « *Je pense qu'avoir la clé, c'est... Pour les personnes qui ont encore la capacité cognitive et qui ne sont pas dangereuses pour elles-mêmes, c'est bien d'avoir cette responsabilité de clé pour qu'eux puissent fermer et ouvrir quand ils ont envie.* » Un troisième résume : « *Je pense qu'il faut trouver la bonne balance entre risque et autonomie.* » Néanmoins, tous s'accordent sur l'importance de maintenir un cadre souple, indispensable au bon fonctionnement de la vie en collectivité et au respect du personnel. Comme l'explique un intervenant : « *La vie en communauté fait que (...) forcément, il faut fixer un cadre commun pour que tout puisse fonctionner au mieux. Donc c'est vrai que là, on est obligé de garder certaines règles, même logistiquement par rapport au personnel soignant.* » Un autre complète : « *Ce qui peut être dangereux avec le fait qu'on puisse laisser l'opportunité à tout le monde de faire vraiment comme il veut, c'est que ce soit un peu l'anarchie.* »

Dans le point suivant, nous verrons qu'au-delà des facteurs collectifs, tels que la vie en communauté ou les règles institutionnelles, des éléments plus individuels, comme le profil de l'habitant, peuvent également influencer négativement le développement du sentiment de chez soi en ESLD.

3. Le profil de l'habitant

Un troisième frein déterminant dans le développement du sentiment de chez soi en ESLD concerne le profil des habitants. Comme évoqué précédemment, les personnes indépendantes et autonomes, ne présentant pas de trouble cognitif, ont davantage de facilité à participer à la construction d'un espace de vie dans lequel elles peuvent se sentir chez elles. Au-delà de l'état cognitif et du niveau de dépendance et d'autonomie, le caractère volontaire ou non de l'entrée en institution joue également un rôle déterminant. En effet, les différents intervenants soulignent que l'accompagnement d'une personne ayant choisi d'entrer en ESLD est généralement plus aisé que celui d'une personne ayant été contrainte de quitter son domicile. Le développement du sentiment de chez soi s'en trouve dès lors influencé, comme l'explique

un participant : « *Quand c'est un choix personnel, ça se passe beaucoup mieux. (...) D'autres ne s'y habituent jamais.* » Un autre ajoute : « *Les personnes qui sont contraintes (...) Ça reste difficile. C'est une déception, une forme d'échec pour eux. Et donc, pour eux, l'accompagnement va être beaucoup plus long que pour quelqu'un qui a déjà fait le chemin dans sa tête et qui a décidé de venir ici.* » Malheureusement, l'image négative des ESLD dans notre société limite le nombre d'entrées volontaires, rendant l'adaptation des nouveaux habitants plus difficile, comme le souligne cet intervenant : « *On a une vision très négative encore de la maison de repos et donc ça n'aide pas non plus.* » De plus, l'entrée en institution s'accompagne inévitablement du deuil de la vie d'avant, y compris des souvenirs avec l'être aimé. Dans son nouveau lieu de vie, l'habitant est alors amené à construire de nouveaux souvenirs ce qui requiert beaucoup de volonté et de résilience. Comme l'exprime un membre du personnel : « *Elles font le deuil de l'appartement mais aussi d'un endroit où il y avait une tête connue. (...) Ici, elles doivent créer des nouveaux souvenirs et c'est des souvenirs sans leur mari décédé. Donc c'est difficile mais avec de la résilience, avec un bon accompagnement je pense que c'est possible.* »

En outre, le personnel souligne le rôle essentiel de l'habitant dans le développement de son propre sentiment de chez soi. Si l'ESLD a une responsabilité dans l'accompagnement et la facilitation de l'adaptation, l'habitant doit également faire preuve de volonté pour s'approprier son nouvel environnement et s'y sentir chez lui. Comme l'explique un participant : « *Il y a un travail à faire du côté de l'organisation, de l'institution et des membres du personnel. Mais aussi, il faut une volonté de la part de l'habitant de se sentir chez lui. C'est quelque chose qui doit aller dans les deux sens.* » Les intervenants relèvent également que de nombreux habitants éprouvent une peur de déranger en raison des nombreuses demandes qu'ils formulent pour s'approprier et s'adapter à leur nouveau lieu de vie. Le personnel a dès lors la responsabilité d'accompagner au mieux les habitants dans leurs demandes afin de les rassurer et ainsi réduire ce sentiment de déranger. Comme l'exprime un professionnel : « *Je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui ont vite ce sentiment de ne pas oser poser les questions, ne pas oser faire par peur de déranger. Et je pense que ce sentiment de déranger, c'est un sentiment qui nuit au sentiment d'être bien chez soi.* »

Enfin, le projet Tubbe, qui repose sur un processus participatif, invite les habitants à prendre part aux discussions et aux décisions concernant l'institution. Toutefois, sa mise en œuvre se heurte à certaines difficultés, notamment en raison de l'investissement en temps et en énergie

qu'elle requiert. Comme l'explique un membre du personnel : « *Ce n'est pas facile au final. Même en faisant la démarche, d'aller chercher auprès des personnes ce qu'il leur faudrait. (...) Il faut avoir envie de s'investir, de mettre de l'énergie, même de la part des habitants, dans le changement pour se sentir chez soi.* » Il ne suffit donc pas de proposer aux habitants de participer, mais bien de parvenir à les mobiliser et à les inclure dans le processus sans les contraindre. Les différents intervenants mettent ainsi en évidence un paradoxe : bien que les habitants aient la possibilité de s'impliquer dans les décisions et l'organisation de leur lieu de vie, et ainsi de renforcer leur sentiment de chez eux, peu saisissent cette opportunité. Un participant fait part de cette difficulté : « *Parfois, l'habitant lui-même ne veut pas s'investir. (...) Il faut arriver à composer avec ça aussi. (...) C'est pas facile pour nous, quand on essaye de mettre des choses en place. (...) Et en même temps, les obliger, ça ne contribuera pas à se sentir chez eux. Et en même temps, y participer, ça veut dire prendre des décisions pour leur nouvelle maison. Tu vois, c'est hyper ambivalent.* » Par ailleurs, la question de la représentativité se pose également. En effet, s'il est plus aisé d'inclure des habitants autonomes, les personnes plus dépendantes sont, quant à elles, très peu représentées, comme le remarque un intervenant : « *Les habitants, il n'y en a pas eu beaucoup qui sont venus participer. Et puis aussi la représentation, ceux qui viennent, c'est pas représentatif de notre population, en fait.* »

On le voit, malgré les initiatives mises en place pour favoriser le sentiment de chez soi, le personnel doit composer avec différents facteurs qui limitent parfois son action. La vie en communauté, les règles de la Résidence pour Seniors ou encore le profil des habitants peuvent en effet constituer des obstacles à cet accompagnement. À ces éléments s'ajoute la réalité du terrain pour le personnel, qui apparaît comme un quatrième frein à l'accompagnement du sentiment de chez soi en ESLD.

4. La réalité du terrain pour le personnel

Le quatrième frein identifié par les personnes interrogées concerne la réalité du travail de terrain pour le personnel. Bien que les professionnels aient la volonté de proposer un accompagnement de qualité favorisant le sentiment de chez soi des habitants, les conditions de travail, parfois difficiles, peuvent entraver cette démarche. Tout d'abord, la pénurie de soignants entraîne une surcharge de travail et un épuisement des équipes. L'absentéisme se fait alors ressentir dans les équipes et le personnel présent est amené à prendre une certaine distance vis-à-vis de son travail afin de se préserver. Comme l'explique un participant : « *Le fait qu'il y ait beaucoup d'absents,*

ça donne une charge de travail supplémentaire. » Un autre ajoute : « Il y a un moment où on se protège aussi, on met un peu de distance parce que c'est épuisant. » Dans ce contexte, les soins techniques deviennent prioritaires, reléguant au second plan le temps consacré à l'accompagnement, comme l'exprime un membre du personnel : « Il n'y a pas assez de personnel et donc ils sont overbookés. Donc ils n'ont pas le temps. Les priorités c'est les soins. Pas le temps d'avoir quelque chose autour. »

Deuxièmement, toutes les personnes interrogées soulignent l'existence de réalités de terrain très différentes entre les équipes soignantes et paramédicales. En raison du manque de personnel mentionné ci-dessus, les soignants sont soumis à un rythme de travail plus soutenu que les paramédicaux. Dès lors, ces derniers disposent généralement de davantage de temps et de disponibilité, tant physique que mentale, pour accompagner les habitants. Comme l'exprime une professionnelle paramédicale : *« Je suis bien consciente que tout ce qui est personnel soignant, ils sont contraints par... Ils ont un timing très serré. Et du coup, malheureusement, ils ne peuvent pas prendre le temps de choisir ce que veulent vraiment les personnes. Tandis que nous, les paramédicaux, on a plus le temps de les écouter et alors on va faire valoir leurs besoins un peu plus. (...) Il y a vraiment une différence dans le personnel par rapport à ça. »* Par ailleurs, les membres de l'équipe paramédicale ont la particularité de ne pas être assignés à un seul service, mais d'intervenir dans plusieurs étages. Ils ont ainsi l'occasion de côtoyer des habitants aux profils très variés, des plus invalides et dépendants aux plus valides et autonomes. Cette grande diversité parmi les habitants leur offre la possibilité de varier leurs approches et leurs prises en charges. Les soignants, quant à eux, sont affectés à un seul service. Ils n'ont dès lors pas accès à cette diversité de prises en charge. Or, certains services sont reconnus comme étant plus lourds en raison du profil des habitants, ce qui peut accentuer l'épuisement des équipes et impacter la qualité de l'accompagnement. Comme le souligne un professionnel : *« C'est plus compliqué pour eux aussi d'être dans cette confrontation très permanente. Nous, on a un peu plus de recul possible, ou en tout cas de variation. Moi, je sais que je suis hyper contente de varier les profils. »*

Par ailleurs, les intervenants mettent en évidence les effets néfastes des routines et des habitudes organisationnelles au sein des services de soins. Ces automatismes tendent à structurer le travail infirmier selon des horaires rigides, limitant ainsi les possibilités d'accompagnement et reléguant parfois la dimension humaine des soins au second plan. Comme l'explique un participant : *« Avec le temps, (...) on voit ça comme notre gagne-pain : on arrive, on a telle*

tâche à faire et le côté humain, on le perd un petit peu. (...) Et ça, ça peut être un frein, justement. Les habitudes. Enfin, nos habitudes, le fait de rentrer dans une certaine routine. »

Un autre ajoute : *« Je suis arrivé dans ce système-là, où on a été matrixés, entre guillemets, à finir les toilettes à 10h. Mais rien n'empêche de faire les toilettes après 10h. Mais pour ça, il faut encore, je pense, un peu de temps pour que ça rentre dans la tête. Il faut mettre en place une nouvelle culture de travail. »*

Tous les intervenants soulignent néanmoins la difficulté de faire évoluer ces habitudes une fois qu'elles sont bien installées. Cet immobilisme empêche les services de soins d'évoluer pour répondre pleinement aux besoins et attentes des habitants, ainsi qu'aux exigences d'un accompagnement plus individualisé et centré sur la personne. Comme l'exprime un intervenant : *« On est trop ancré dans des habitudes. (...) Le problème, c'est que le changement veut dire aussi que nous-mêmes, on va devoir changer. C'est difficile d'accepter. C'est dur. Le changement fait peur. (...) Il ne faut pas trop suivre les routines et les habitudes ancrées parce que c'est ça qui tue le dynamisme et l'amélioration. »*

Enfin, les différents intervenants attirent l'attention sur la difficulté, dans un métier aussi humain et au sein d'une organisation comptant de nombreux travailleurs, d'avancer tous dans la même direction. Ils mettent en évidence des divergences de points de vue, de positionnements éthiques et de philosophies de travail entre les membres du personnel. Comme l'explique un participant : *« Ce qui est difficile, c'est d'avoir une philosophie de travail qui n'est pas partagée par tous. (...) C'est difficile, je trouve, de faire bloc dans la même philosophie de travail avec autant de personnel. »*

Un autre précise : *« Je trouve que tous les aspects éthiques sont hyper intéressants et qu'ils sont de plus en plus pris en compte. (...) C'est des choses qui sont hyper importantes et qui font partie de l'accompagnement. (...) J'ai l'impression que c'est quelque chose qui n'est pas toujours évident. (...) Tout le monde n'a pas la même philosophie au niveau éthique. »*

Ces divergences concernent à la fois les décisions prises pour les habitants, mais aussi l'organisation du travail en pluridisciplinarité. Malgré le modèle Tubbe, qui encourage la collaboration entre l'ensemble des professionnels, l'organisation des services en silo, héritée du modèle hospitalier, reste profondément ancrée dans le fonctionnement de la Résidence pour Seniors. Comme le souligne un professionnel : *« Il y a parfois des différences de mentalité, parce qu'il y en a c'est vraiment "moi je suis engagée pour soigner la personne et voilà". On sort pas des limites de son métier quoi. »*

Par ailleurs, les intervenants remarquent des niveaux de motivation différents parmi les membres du personnel, notamment face aux changements liés à la mise en place du modèle Tubbe : *« Il y a un décalage, et on le voit bien, au niveau des équipes de soins. Quand il y a des réunions Tubbe il faut aller les tirer, il faut les motiver, il faut*

les informer non-stop. (...) Il y a une culture peut-être organisationnelle ou une culture de travail qui n'est pas la même en fonction des équipes. Et le sentiment d'implication n'est pas le même. » Enfin, plusieurs intervenants déplorent un manque de formation pour accompagner adéquatement certains profils spécifiques. Ce manque de formation peut engendrer des écarts et des divergences entre professionnels dans leurs pratiques d'accompagnement. Un intervenant explique : *« Je pense qu'il y a des gens qui n'ont pas eu le même background au niveau des études et qui arrivent ici et découvrent certaines pathologies. »* Un autre ajoute : *« Parfois on est un peu démuni par rapport à des comportements ou des démences. Par exemple, la maladie de Parkinson, c'est un truc que je ne connais pas assez. Et j'aimerais bien me former. Et c'est vrai que c'est des cas assez spéciaux dans tout ce qui est accompagnement. »*

Dans ce contexte déjà contraignant, un cinquième frein vient encore complexifier l'accompagnement du sentiment de chez soi en ESLD : la lenteur de réalisation des projets, qui limite la mise en œuvre concrète des améliorations envisagées. Ce point est développé ci-dessous.

5. La lenteur de réalisation des projets

Un dernier frein identifié par les intervenants dans l'accompagnement du sentiment de chez soi des habitants concerne la lenteur de réalisation des projets au sein de la Résidence pour Seniors. En effet, bien que les idées visant à améliorer la vie quotidienne au sein de la Résidence pour Seniors soient nombreuses, leur concrétisation peut prendre plus de temps, notamment en raison des procédures et des mécanismes de financement propres au secteur public. Cette inertie administrative risque d'entraîner une diminution de la motivation et de l'implication des habitants dans le processus participatif au cœur du modèle Tubbe, ainsi que dans la construction de leur propre sentiment de chez eux. Comme le souligne un participant : *« Tout ce qui est financier ça prend des plombes et donc les résultats prennent du temps... On va au ralenti quoi. Des projets sont lancés et qui sont dans cette philosophie d'améliorer le sentiment de bien-être, de chez soi etc. mais ils sont freinés pour des raisons financières. (...) C'est pas forcément le manque d'idées ou le manque de projets. Parce que ça les habitants ils ont mille idées. Et elles sont chouettes. (...) Ça amène beaucoup de frustration. (...) Donc peut-être que leur implication, elle, va diminuer... »*

Ces différentes observations mettent bien en évidence les freins auxquels sont confrontés tant le personnel que les habitants dans le développement du sentiment de chez soi en ESLD. Toutefois, les entretiens ont également fait émerger plusieurs pistes d'amélioration à explorer afin de mieux soutenir ce sentiment. Ces propositions sont présentées dans la section suivante.

V. Pistes d'amélioration : comment faire mieux ?

Les pistes d'amélioration identifiées par le personnel interrogé dans le cadre de notre étude peuvent être regroupées en quatre axes principaux : favoriser une entrée en douceur – respecter l'habitant, son autonomie et son espace – individualiser les règles et les prises en charge – renforcer le soutien aux équipes de soins.

1. Favoriser une entrée en douceur

La première piste d'amélioration mise en évidence par les personnes interrogées concerne l'entrée des habitants au sein de la Résidence pour Seniors.

Afin de favoriser une transition plus douce, les participants proposent de transposer, autant que possible, l'ancien lieu de vie et les habitudes de l'habitant à l'ESLD, avant même son arrivée. Dans cette perspective, la visite de son ancien domicile apparaît comme une démarche particulièrement pertinente. Un intervenant explique ainsi : *« Moi, j'adorerais pouvoir aller visiter l'ancien lieu d'habitation de la personne et du coup essayer de reproduire un espace de vie où elle passait beaucoup de temps. Par exemple, il y en a, ils passent beaucoup de temps dans leur cuisine, donc essayer de retrouver des couleurs ou des odeurs ou des choses qui pourraient être agréables pour eux, comme une espèce de photographie qu'on déplacerait. »* Dans le même ordre d'idée, certains participants insistent sur l'importance de connaître les routines et les centres d'intérêt de la personne avant son entrée en ESLD, afin de pouvoir les préserver dès les premiers instants dans l'établissement. Un participant précise : *« Ce serait bien (...) qu'on ait vraiment une idée de sa journée type avant de rentrer en maison de repos, pour essayer de garder cette même routine-là. Et je pense qu'il faut qu'on apprenne les centres d'intérêt de chacun aussi avant de rentrer. »* Par ailleurs, la personnalisation de la chambre avant l'arrivée de l'habitant pourrait également contribuer à adoucir cette transition. Comme le souligne un membre du personnel : *« Ce serait chouette que la chambre soit personnalisée avant que la personne arrive. Que tout soit mis en place avant que la personne arrive. Genre*

la télé fonctionne, les cadres sont mis, la chambre est peinte dans la couleur de la personne. Limite, son lit est déjà avec son plaid. »

Enfin, le soin accordé à l'accueil de la personne est également identifié comme un élément déterminant pour favoriser une entrée en douceur en ESLD. Les membres du personnel interrogés soulignent l'importance d'accueillir l'habitant en présence de l'ensemble de l'équipe, mais aussi de l'accompagner durant les premiers jours suivant son arrivée. Un intervenant explique : *« Ce serait chouette qu'on soit tous dispo finalement pour ce jour d'entrée. (...) Et ce serait chouette qu'il y ait quelqu'un qui puisse rester aussi avec le nouvel habitant. Je pense à un membre du personnel, dans un premier temps. Les premiers jours, tu vois, pour rassurer, pour réexpliquer. Parce que finalement, on reçoit plein d'infos le premier jour. »* Un autre participant ajoute : *« Je pense que ça serait bien de pouvoir accompagner la personne dans les trois premiers mois de son entrée, parce que c'est un gros changement. »* Dans le prolongement de cette idée, plusieurs membres du personnel évoquent la possibilité de désigner, d'un commun accord entre l'habitant et les professionnels, une personne de référence pour chaque nouvel arrivant. Cette désignation ne devrait pas être imposée, mais tenir compte des affinités de l'habitant. Un participant exprime cette idée de la manière suivante : *« Il faudrait avoir une personne de référence peut-être, à qui on peut formuler des demandes ou des besoins. Mais pas une personne imposée. Je trouve que ça, ça doit être en fonction des affinités. »* Dans le même esprit, un autre propose de créer un petit comité d'accueil des nouveaux par les habitants eux-mêmes : *« Il faudrait une petite équipe (...) qui ferait un comité d'adaptation, un truc comme ça. Avec des habitants aussi. »*

Ainsi, une attention particulière doit être accordée à l'habitant avant même son arrivée dans l'ESLD, afin de favoriser une entrée en douceur et de faciliter son adaptation à son nouveau lieu de vie dès les premiers instants. Cette attention participe déjà au respect de l'habitant, de son autonomie et de son espace, qui constitue le deuxième axe d'amélioration identifié dans les entretiens.

2. Respecter l'habitant, son autonomie et son espace

Comme développé précédemment, le respect de l'habitant, de son autonomie et de son espace est essentiel au développement d'un sentiment de chez soi en ESLD. Si différentes initiatives

existent déjà en ce sens, les participants de notre étude ont toutefois identifié plusieurs pistes d'amélioration.

Tout d'abord, dans une perspective de respect de l'autonomie, il paraît nécessaire d'évaluer l'état de la personne au jour le jour, voire à différents moments de la journée. En effet, sa situation n'est pas figée, mais peut varier d'un moment à l'autre, comme l'explique un membre du personnel : « *Il y a une grande fluctuation de l'état de la personne, d'un jour à l'autre ou d'une heure à l'autre. Elle peut être très bien, capable de faire des choses, et puis après, beaucoup moins bien, moins capable de s'exprimer, de poser des choix. Donc il faut même réévaluer presque au cours de la journée.* » Une telle réévaluation permettrait au personnel d'adapter l'accompagnement aux besoins précis de l'habitant au moment considéré.

Par ailleurs, le savoir de l'habitant concernant sa propre situation, ses besoins et ce qu'il estime bon pour lui doit être davantage écouté et respecté. Le personnel doit ainsi reconnaître que l'habitant est la personne la mieux placée pour exprimer ses besoins et ses souhaits. Il s'agit dès lors, pour les professionnels, de maintenir une posture d'accompagnement, plutôt que d'imposer leurs propres représentations de ce qu'il conviendrait de faire, au risque d'entraver l'autonomie de la personne. Un intervenant souligne : « *Je pense que c'est pas à nous de définir ce qui est important pour eux. Parce qu'on déciderait encore à leur place et ça, ça ne va pas.* » Un autre ajoute : « *Il ne faut pas hésiter à poser des questions à l'habitant parce que la seule personne qui va savoir répondre, c'est l'habitant, c'est pas quelqu'un d'autre. Toujours bien avoir la validation de l'habitant de ce que lui veut, et pas de ce qu'il entend autour, de ce qu'eux veulent. (...) Toujours se dire que c'est l'habitant qui sait lui-même ce qui est le mieux pour lui et pas nous.* » Ainsi, la définition du chez soi ne devrait pas être imposée aux habitants, mais construite par et avec eux. Leur implication doit donc être centrale dans l'accompagnement proposé par le personnel pour les aider à se sentir chez eux. Un participant exprime cette idée de la manière suivante : « *Tout ça, c'est un travail avec les habitants, au final. Voir leur vision de ce que serait être chez soi. Ce que vraiment eux visualiseraient ici pour que ce soit vraiment chez eux. Je pense que ça partirait surtout d'eux. Donc faire quelque chose de plus participatif où on les implique dans leur sentiment de chez soi. Aller voir ce qui leur conviendrait, ce qu'il leur faudrait pour être chez soi.* »

Enfin, une attention toute particulière doit être portée au respect de l'habitant et de son espace personnel. A cet effet, l'élaboration d'un code des règles de vie de base, applicable à toute

personne au sein de la Résidence pour Seniors, est suggérée. Un membre du personnel explique : « *Il faudrait une formation des règles de vie de base, de frapper à la porte, demander si on dérange, si on peut rentrer.* »

On le voit, le respect de l'habitant, de son autonomie et de son espace apparaît comme une dimension centrale du développement d'un sentiment de chez soi en ESLD. Il s'agit toutefois d'un enjeu qui pourrait encore faire l'objet d'une attention accrue de la part du personnel soignant. En outre, cette question est étroitement liée à l'individualisation des règles et des prises en charge, qui constitue le troisième axe d'amélioration mis en évidence par les participants à notre étude.

3. Individualiser les règles et les prises en charge

Les différents entretiens menés auprès du personnel de la Résidence pour Seniors ont fait émerger un troisième axe d'amélioration, relatif à l'individualisation des règles et des prises en charge.

Tout d'abord, les participants insistent sur la pertinence d'assouplir certaines règles, notamment lorsque les demandes des habitants ne présentent de danger ni pour eux-mêmes, ni pour autrui. Nous pouvons reprendre ici, à titre d'illustration, les exemples de la bouilloire ou de la clé de la chambre, développés précédemment. De même, la question des animaux de compagnie a suscité de nombreuses réflexions au cours des entretiens. Comme expliqué ci-avant, leur importance dans la vie des habitants, et donc dans le développement du sentiment de chez soi, est reconnue par de nombreux participants, malgré les contraintes d'hygiène, de sécurité et de vie en communauté qu'ils peuvent représenter. Les membres du personnel encouragent dès lors à poursuivre la réflexion autour de cette problématique, afin d'identifier des solutions adaptées. Enfin, les horaires ont été identifiés comme particulièrement limitant pour le développement d'un sentiment de chez soi en ESLD. Les différents intervenants suggèrent donc de définir des horaires davantage personnalisés, afin que les habitants se sentent mieux considérés, puissent s'organiser, et que les membres du personnel sachent à quel moment passer sans déranger. Un intervenant explique : « *Par exemple, les dames de ménage sont obligées de passer parce qu'elles doivent aussi faire leur boulot. Mais en fait, qu'on sache à l'avance entre quelle heure et quelle heure elles vont passer dans cette chambre. Tous les lundis, entre 10h et 10h30 par exemple. Comme ça les habitants ne sont pas surpris. Et je sais qu'ils sont fort dérangés par le*

nombre, par la quantité de passages. » Cette attention devrait également être accordée aux personnes plus dépendantes. Comme l'explique un participant : « Pour les personnes moins autonomes et moins valides, on se permet, entre guillemets, d'aller les chercher quand on peut, quand on veut. Donc, ça peut être déroutant pour certaines personnes. Et je pense que ça peut être un point à améliorer, d'essayer de, même pour eux, avoir une routine. »

Ainsi, l'individualisation des règles et des prises en charge apparaît comme un point d'attention important pour améliorer l'accompagnement du sentiment de chez soi en ESLD. Si les trois axes développés ci-dessus constituent des pistes d'amélioration, les membres du personnel interrogés attirent toutefois l'attention sur la nécessité de soutenir les équipes afin de leur permettre de proposer un accompagnement de qualité. Le quatrième axe identifié concerne dès lors le renforcement du soutien aux équipes de soins.

4. Renforcer le soutien aux équipes de soins

Comme exposé plus haut, les conditions de travail, souvent difficiles, peuvent freiner le personnel dans sa démarche d'accompagnement du sentiment de chez soi des habitants. Le dernier axe d'amélioration identifié par les participants au cours des différents entretiens concerne dès lors le soutien aux équipes de soins.

En premier lieu, les différents intervenants soulignent l'importance d'une présence humaine au-delà des soins. Le personnel exprime en effet une frustration liée au manque de temps disponible pour être simplement présent auprès des habitants, passer du temps avec eux et leur offrir une écoute attentive. Un intervenant l'exprime ainsi : *« On n'a simplement pas le temps de passer ne fut-ce qu'une heure, assis à côté d'eux, à discuter avec eux. »* Un autre ajoute : *« Pour les personnes plus dépendantes, il faudrait une soignante qui pourrait prendre le temps de la préparer le matin, de lui donner à manger, de rester avec, de la repositionner après. Chose qu'on ne sait pas forcément faire. (...) Je pense que dans un accompagnement vraiment optimal, il faudrait une aide-soignante pour une petite matinée pour ces personnes-là »*. D'ailleurs, certains habitants expriment le besoin de passer davantage de temps avec le personnel. Comme le souligne un participant : *« Il y a des personnes (...) qui sont carrément en demande de dire : "J'aimerais bien que tu t'assoies à côté de moi et que tu me parles parce que je me sens seule". »* Face à ce constat, plusieurs personnes interrogées évoquent la nécessité d'engager davantage de personnel soignant. Un membre du personnel explique : *« Il faudrait engager beaucoup plus*

de personnes pour pouvoir prendre plus le temps de faire, avec chaque personne. » Une autre piste consisterait à constituer une équipe de personnes de compagnie, dont le rôle serait d'assurer une présence auprès des habitants. Un participant présente cette idée de la manière suivante : « Il faudrait peut-être avoir des dames de compagnie pour suppléer, en fait, le personnel. (...) S'il y avait une section dames de compagnie, ou des personnes qui restent avec l'habitant une partie de la journée, ça serait énorme. » En outre, la présence de la famille peut également être envisagée comme un soutien complémentaire aux équipes, en contribuant à maintenir une présence relationnelle auprès des habitants.

Par ailleurs, les soignants expriment le souhait de pouvoir, de temps à autre, sortir du cadre strictement lié aux soins afin de participer à d'autres activités avec les habitants. Cette possibilité contribuerait, d'une part, à soulager le personnel soignant en diversifiant ses activités et, d'autre part, à lui permettre d'accompagner les habitants au-delà des seuls actes de soin. Un participant explique : « Ce serait chouette vraiment que les soins quittent ce côté soins et qu'ils viennent un peu plus dans la vie quotidienne. » Un autre ajoute : « Ce que j'aurais trouvé bien aussi, c'est que nous, en tant qu'infi ou AS, on participe à certaines activités. (...) Tu vois, le fait qu'on les voit juste pour des soins d'hygiène, etc., je trouve que... Enfin, on ne voit pas le côté, on va dire, "plaisir". (...) Ça permettrait de voir l'habitant dans autre chose que tout ce qui est soins. (...) On a d'autres discussions qu'on n'a pas ici, tu vois. Parce qu'ici on n'a pas le temps. Et justement, on redécouvre, certains habitants. »

On le voit, bien que de nombreuses initiatives soient déjà mises en place au sein de la Résidence pour Seniors afin de favoriser le sentiment de chez soi de ses habitants, le personnel identifie encore plusieurs pistes d'amélioration à explorer.

VI. Conclusion : peut-on se sentir chez soi en maison de repos ?

A l'exception d'une personne interrogée, travaillant en unité de grande dépendance, l'ensemble des professionnels de notre échantillon estime qu'il est possible de se sentir chez soi en ESLD. Tous s'accordent néanmoins sur le fait qu'il s'agit d'un processus long et complexe, qui requiert patience et persévérance. Le personnel se montre engagé et a déjà mis en place de nombreux moyens pour favoriser ce sentiment chez les habitants. On l'a vu, ces dispositifs pourraient encore être davantage exploités, notamment le projet Tubbe, récemment introduit au sein de la Résidence pour Seniors. Cependant, plusieurs freins entravent la mise en œuvre efficace de

certaines initiatives. Malgré cela, les professionnels continuent de mobiliser activement les leviers dont ils disposent pour faire évoluer les pratiques et ont encore de nombreuses pistes à explorer pour soutenir au mieux le développement du sentiment de chez soi en ESLD.

Les résultats présentés dans ce chapitre permettent désormais d'en proposer une interprétation et de les mettre en perspective avec la littérature scientifique, afin de répondre à notre question de recherche. Le chapitre suivant présente également les limites de notre démarche, ainsi que les pistes de recherche futures qui mériteraient d'être explorées pour approfondir ce travail.

DISCUSSION

I. Interprétation des résultats

Nous repartons de notre question de recherche pour interpréter nos résultats : *Comment le personnel des ESLD peut-il accompagner le besoin de contrôle et de reconnaissance des résidents nécessaire au développement du sentiment de chez soi, malgré la structure organisationnelle et les contraintes professionnelles imposées par le contexte de soins ?* On constate sur le terrain que les enjeux de la reconnaissance et du contrôle sont reconnus par les membres du personnel et intégrés dans leur pratique.

En effet, les démarches initiées par le personnel pour apprendre à connaître l'habitant à travers un espace d'écoute active et respectueuse et la construction d'un lien de confiance tout au long de sa vie au sein de la Résidence pour Seniors – et ce dès l'accueil du premier jour – constituent une première étape essentielle dans la reconnaissance de la personne. La personnalisation des prises en charge, en fonction du profil unique de chaque habitant, de ses besoins, de ses envies et de ses non-envies, ainsi que l'adaptation des routines à ses habitudes de vie, représentent une deuxième étape cruciale. Enfin, le respect de la liberté de choix, quel que soit le degré de dépendance, constitue un troisième axe fondamental pour parvenir à cette reconnaissance. Une attention toute particulière est ainsi accordée à la connaissance que la personne a de sa propre situation et de ce qu'elle sait bon pour elle. C'est essentiellement le concept de savoirs expérientiels qui est mobilisé ici. En effet, en reconnaissant la personne derrière l'habitant et en l'invitant à échanger sur son vécu, le personnel s'ouvre à une nouvelle compréhension de sa réalité. Cette démarche permet de mettre en évidence des points d'attention qui auraient été peu pris en considération sans le savoir spécifique de l'habitant, et d'élaborer ainsi des solutions à la fois innovantes et pertinentes. En s'inscrivant dans cette démarche de valorisation du savoir de la personne sur sa propre situation et sur ses besoins spécifiques, le personnel met en place une véritable collaboration avec elle et la reconnaît comme étant la mieux placée pour orienter sa prise en charge. La définition du sentiment de chez soi et l'approche à adopter pour en favoriser le développement sont ainsi construites par et avec l'habitant. Le personnel adopte alors une posture d'accompagnement, qui ne vise pas à imposer ses propres représentations à l'habitant, mais à le soutenir dans sa quête d'une qualité de vie maximale. On le voit, la complémentarité des savoirs – scientifiques du côté du personnel, et expérientiels du côté des habitants – occupe une place centrale dans l'accompagnement du sentiment de chez soi en

ESLD. Elle permet de combler l'écart qui peut exister entre la perspective du monde médical et le vécu réel des habitants. Les approches participatives, comme celle au cœur du projet Tubbe, présentent dès lors un intérêt majeur : elles offrent une nouvelle place aux habitants et mobilisent les ressources qu'ils ont forgées au contact de leur propre parcours de soins, au bénéfice non seulement de leur propre situation individuelle, mais aussi de celle de leurs pairs, des soignants, et des institutions de soins. Les savoirs expérientiels des habitants constituent une ressource précieuse, susceptible d'enrichir les pratiques professionnelles et de nourrir la réflexion sur la qualité de l'accompagnement institutionnel.

Le deuxième enjeu, celui du contrôle exercé par l'habitant sur son espace de vie et sur sa vie en général, est également pris en compte par le personnel, notamment à travers une attention particulière portée à la continuité des habitudes de vie antérieures. La chambre est reconnue comme le seul espace privatif de l'habitant, lui permettant de préserver un minimum d'intimité. Il est donc important qu'il puisse se l'approprier, tant par sa personnalisation que par les règles et décisions qu'il souhaite y voir appliquées. Dans cette même logique, les repères de la vie d'avant et les routines habituelles doivent être maintenues autant que possible. Dans ce cas, c'est le concept d'autonomie qui est au centre des préoccupations. En effet, l'attention portée par le personnel à la possibilité, pour les habitants, de poser leurs propres choix au quotidien, même lorsqu'ils dépendent d'autrui pour les faire appliquer, s'inscrit dans une volonté de respecter leur contrôle et leur autonomie. Il en va de même pour l'attribution de rôles et de tâches dans l'ESLD. Il convient toutefois de rappeler que le respect de l'autonomie constitue un enjeu particulièrement délicat dans l'accueil et le soin des personnes âgées en perte d'autonomie. La vie en communauté implique, en effet, un certain nombre de contraintes qui limitent, à plusieurs égards, les possibilités de contrôle individuel. On peut citer, à titre d'exemple, le partage des espaces communs, l'équilibre complexe entre libertés individuelles et vivre-ensemble, ou encore les règles qui encadrent le travail des professionnels. Par ailleurs, rappelons que le niveau d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne dépend également de nombreux autres facteurs, tels que les capacités physiques, psychologiques et cognitives de la personne. Ainsi, malgré l'attention importante portée par le personnel au respect de l'autonomie des habitants, notamment en individualisant, autant que possible, les règles et les prises en charge aux spécificités de chaque situation, cet enjeu demeure particulièrement sensible en ESLD. Une vigilance constante à l'égard du risque de paternalisme médical et d'âgisme, ainsi qu'une attention particulière à la distinction entre autonomie et dépendance, restent donc essentielles pour garantir le respect du contrôle et de l'autonomie des habitants.

Contrôle et reconnaissance sont donc deux enjeux pris en compte par le personnel dans leur démarche d'accompagnement des habitants vers le développement d'un sentiment de chez soi en ESLD. Dans un cas comme dans l'autre, le personnel s'inscrit dans une dynamique relationnelle respectueuse de la singularité de chaque personne. Il vise ainsi à soutenir les habitants en tant qu'acteurs de la construction de leur sentiment de chez soi, plutôt qu'à appliquer une démarche ou un savoir défini a priori. En quittant cette posture d'expert, l'accompagnement prend dès lors la forme d'un partenariat. Cependant, il convient de rester particulièrement vigilant à l'asymétrie inhérente de la relation soignant-soigné, susceptible d'engendrer un rapport de pouvoir du personnel vis-à-vis de l'habitant. Les professionnels doivent donc veiller à maintenir un accompagnement éthique et bienveillant, qui reconnaît le territoire de l'accompagné au lieu de l'envahir.

Au-delà de ces enjeux relationnels, la mise en œuvre concrète de cet accompagnement peut également se heurter aux réalités de terrain. La structure organisationnelle et les exigences professionnelles peuvent en effet constituer des contraintes à la mise en place et à la réussite des initiatives proposées pour le développement d'un sentiment de chez soi. Comme mentionné plus haut, les exigences de la vie en communauté peuvent être vécues comme une entrave à ce sentiment, et les règles de l'établissement peuvent limiter la liberté de choix et l'autonomie. La réalité professionnelle du personnel et ses conditions de travail, souvent difficiles, peuvent également reléguer au second plan l'accompagnement du sentiment de chez soi. Enfin, les contraintes financières et administratives de la structure sont identifiées comme des freins à la mise en œuvre rapide des nouveaux projets. Dans cet environnement complexe, les SCP prennent tout leur sens. Des initiatives, comme le modèle Tubbe mis en place au sein de la Résidence pour Seniors, constituent une piste intéressante pour replacer la personne au centre des soins et faire face aux contraintes organisationnelles et professionnelles détaillées ci-avant. Ce modèle repense les pratiques et change les mentalités en plaçant l'habitant au centre et non plus les tâches du personnel. Son processus participatif réorganise la vie en communauté et redéfinit les règles de la Résidence pour Seniors, permettant ainsi à l'habitant de reprendre le contrôle de sa vie. La réussite d'une telle démarche repose cependant sur ceux qui la mettent en œuvre. Un nouvel enjeu ressort à ce titre de notre recherche et mérite d'être souligné : celui du bien-être au travail du personnel, condition essentielle à la mise en place d'un accompagnement de qualité.

On le voit, les SCP, tels que le modèle Tubbe, mobilisent les trois concepts au cœur de notre travail. En plaçant l'habitant au centre du processus et le soignant dans une posture d'accompagnant soutenant et non directif, la personne âgée est reconnue comme actrice de sa vie, même en situation de dépendance. Elle existe dans la démarche d'accompagnement, n'est plus réduite à son corps vieillissant et peut exercer son autonomie. Le respect et le maintien de l'autonomie constituent à ce titre un enjeu central dans les SCP. Le soignant se doit de respecter la volonté de l'habitant, libre de décider pour lui-même sans pression ni contrainte, quand bien même il serait dépendant pour la mise en œuvre de ses choix. Le respect de cette autonomie améliore la santé physique et psychologique et contribue ainsi à un sentiment de bien-être global. En plaçant l'expérience vécue du patient au cœur des considérations, les SCP accordent une importance particulière aux savoirs expérientiels de la personne. Ils reconnaissent l'existence d'un sujet au-delà du corps malade et valorisent son expertise sur sa propre situation. La reconnaissance des savoirs expérientiels replace ainsi les patients au centre de leur accompagnement dans la vie au sein des établissements qui les accueillent. Les concepts d'accompagnement, d'autonomie et de savoirs expérientiels sont l'essence même de l'approche centrée sur la personne et portent les enjeux de reconnaissance et de contrôle indispensables au sentiment de chez soi des habitants en ESLD.

II. Comparaison avec la littérature

Les résultats issus de notre recherche illustrent précisément les revues de littérature présentées en début de ce travail.

Tout d'abord, l'évènement brutal et éprouvant que représente l'entrée en ESLD (De Veer & Kerkstra, 2001; Rijnaard et al., 2016; Rioux, 2008) est reconnu et pleinement pris en compte par le personnel de la Résidence pour Seniors. En effet, celui-ci accorde une attention et un soin particuliers à l'accueil des nouveaux habitants, afin de les soutenir dans leur adaptation à ce nouveau lieu de vie.

Ensuite, l'enjeu des SCP est clairement illustré par le projet Tubbe, dans lequel s'inscrit la Résidence pour Seniors. Comme nous l'avons déjà abordé ci-dessus, ce modèle adopte une vision holistique des habitants, qu'il place au centre des préoccupations, et intègre leurs points de vue et leurs préférences (Boumans et al., 2022; Davies et al., 2023; Gilbert et al., 2021;

Rijnaard et al., 2016), aussi bien dans les décisions qui les concernent directement, que dans celles relatives à l'organisation de la vie au sein de l'établissement. Une attention particulière est également accordée à la relation entre les professionnels et les habitants (Davies et al., 2023), qui se veut respectueuse et bienveillante. Enfin, la qualité de vie des habitants (Davies et al., 2023; Rodgers et al., 2012; Van Malderen et al., 2016) constitue la préoccupation centrale du projet Tubbe, notamment à travers l'attention portée à la reconnaissance des personnes, à l'évaluation de leur niveau d'autonomie, à la personnalisation de leurs prises en charge, ainsi qu'à l'organisation des soins en fonction de leurs besoins et de leurs souhaits, et non les tâches du personnel.

Toutefois, en raison du processus participatif qui se trouve au cœur du projet, les habitants ne sont pas uniquement l'objet de l'attention des équipes, qui graviteraient simplement autour d'eux. Le modèle Tubbe dépasse en réalité l'approche centrée sur la personne pour s'inscrire davantage dans une dynamique de partenariat entre professionnels et habitants, afin de faire face ensemble aux défis rencontrés au quotidien. En ce sens, il rejoint le concept de PP décrit par Lecocq et al. : les habitants sont véritablement impliqués dans leurs prises en charge et dans l'organisation de la vie au sein de l'établissement, dans une logique de collaboration active avec les professionnels qui leur permet de reprendre le contrôle sur différents aspects de leur vie. Dans cette perspective, leurs savoirs expérientiels sont pris en compte au même titre que les savoirs scientifiques des professionnels, leur articulation et leur complémentarité permettant de construire un accompagnement adapté, ancré dans la réalité vécue des habitants (Lecocq et al., 2017; Lecocq & Néron, 2018).

Il est par ailleurs intéressant de noter que certains aspects des SCP que nous avons mentionnés dans notre revue de littérature sans les développer, tels que la personnalisation des espaces de vie individuels, l'inclusion des habitants dans les discussions et les prises de décisions relatives aux espaces communs, ou encore l'implication des familles dans la vie au sein de l'ESLD et dans les soins de leurs proches (Davies et al., 2023) sont également ressortis de nos entretiens. Ceux-ci ont en effet mis en évidence que ces éléments permettent de soutenir l'identité des habitants, de favoriser un sentiment de continuité, d'appartenance et de réconfort, et de faciliter leur adaptation à leur nouveau lieu de vie.

Le deuxième enjeu mis en évidence dans notre revue de littérature, relatif au sentiment de chez soi en ESLD, est également richement illustré par nos entretiens. La problématique liée à la

double nature de ces établissements, à la fois institutions de soins et lieux de vie (Rijnaard et al., 2016), se trouve au cœur des réflexions soulevées par les professionnels de la Résidence pour Seniors. Ceux-ci ont très justement relevé le défi que représente d'offrir à la fois des soins de qualité et un environnement proche du foyer, en mettant en évidence les contraintes organisationnelles et professionnelles que cela implique. Les entretiens ont également permis de rendre compte de la dimension progressive et multifactorielle de la définition du chez soi (Rijnaard et al., 2016), qui dépend non seulement de l'environnement physique, mais aussi des caractéristiques personnelles et des habitudes de vie des habitants.

Le rôle central du personnel dans cet enjeu a également été largement documenté, notamment en ce qui concerne le contrôle de l'espace et la reconnaissance des habitants, comme développé dans le point précédent. Ainsi, l'appropriation des lieux, décrite par Rioux comme nécessaire à l'adaptation des habitants à leur nouvel environnement de vie (Rioux, 2008), a été illustrée à plusieurs reprises, notamment à travers les réflexions sur le deuil de la vie d'avant, la personnalisation de la chambre, le maintien des routines et le respect des règles que l'habitant souhaite voir appliquées dans son espace personnel. Il en va de même pour le sentiment de contrôle décrit par Rijnaard et al., qui renvoie notamment à l'influence du caractère volontaire ou involontaire de l'entrée en ESLD, à l'importance du respect des choix de l'habitant et du maintien de ses routines, ainsi qu'au bénéfice que peut représenter l'attribution de tâches au sein de l'établissement. Ces auteurs soulignent également l'importance du respect de l'intimité au sein de la collectivité, notamment par la possibilité de fermer la porte de sa chambre à clé et de choisir qui inclure ou exclure de son espace personnel (Rijnaard et al., 2016). Ces différents éléments ont tous été illustrés par les propos du personnel de la Résidence pour Seniors. En ce qui concerne la reconnaissance accordée aux habitants par les membres du personnel, ces mêmes auteurs attirent l'attention sur l'importance des relations de confiance réciproques, qui permettent d'offrir des soins individualisés ainsi qu'un soutien émotionnel aux habitants (Rijnaard et al., 2016). Si l'importance des liens privilégiés entre habitants et personnel a fréquemment été abordée dans les entretiens, plusieurs professionnels de soins ont toutefois déploré le manque de temps disponible pour partager des moments relationnels de qualité, pourtant présentés dans la littérature comme contribuant à transformer l'environnement institutionnel en foyer, en procurant un sentiment d'intimité et de sécurité (Rijnaard et al., 2016). Enfin, le rôle de la communication et du langage de soins est également identifié dans la littérature comme facteur influençant le sentiment de chez soi (Rijnaard et al., 2016), et a été

illustré dans nos entretiens par l'utilisation de l'expression « chez vous » pour désigner la chambre des habitants.

Pour finir, les entretiens font largement écho au dernier enjeu de notre revue de littérature : la réalité de terrain. Tout comme l'ont relevé Rodgers et al., les participants à notre étude soulignent que les exigences organisationnelles et les conditions de travail du personnel peuvent les amener à prioriser les besoins physiques au détriment de la qualité de vie des habitants, malgré une intention sincère de mettre en place des SCP et d'accompagner le développement du sentiment de chez soi (Rodgers et al., 2012). Par ailleurs, les habitants doivent composer avec les règles imposées par l'ESLD, qui peuvent impacter leur autonomie, leurs habitudes de vie, et la personnalisation complète des prises charge (Davies et al., 2023; Rijnaard et al., 2016). Une fois encore, ce constat a été illustré par nos entretiens.

La concordance générale entre les résultats de notre recherche et les données issues de la littérature nous permet de formuler un avis confiant quant à la rigueur et à la validité de nos résultats.

III. Limites

Bien que notre démarche ait été pensée pour répondre de la manière la plus pertinente possible à notre question de recherche, nous avons conscience qu'elle présente certaines limites que nous nous sommes efforcé de maîtriser tout au long du processus.

Tout d'abord, afin de délimiter clairement le champ de notre recherche, notre approche adopte exclusivement la perspective des membres du personnel impliqués dans l'accompagnement quotidien des résidents des ESLD. Ce travail se concentre donc uniquement sur les professionnels médicaux et paramédicaux réalisant des soins journaliers auprès des résidents, par exemple les infirmiers, les aides-soignants, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les logopèdes, les diététiciens ou encore les psychologues. Néanmoins, nous avons conscience d'exclure ainsi toute une série de professionnels ayant un rôle essentiel au sein des ESLD, comme les assistants sociaux, le personnel administratif (accueil et comptabilité), le personnel d'entretien ou encore les ouvriers. Or, indépendamment de son service ou de sa fonction au sein de l'ESLD, chaque membre du personnel participe, à travers ses interactions quotidiennes avec

les résidents, à nourrir leur sentiment de reconnaissance et, par conséquent, de chez soi. De même, la perspective de la direction et des autres membres de la hiérarchie n'est pas incluse dans le cadre de cette étude. Il convient toutefois de souligner que, bien qu'ils n'interviennent pas directement au chevet des résidents, ils demeurent responsables des pratiques institutionnelles et des politiques organisationnelles instaurées au sein de l'ESLD. Celles-ci influencent l'ensemble des pratiques de soins et donc l'accompagnement des résidents par les membres du personnel. Enfin, la limite majeure de ce travail réside probablement dans son approche unidirectionnelle, excluant la perspective des résidents. Dans le cadre de travaux ultérieurs, il serait utile et pertinent de compléter cette démarche en y intégrant également leur point de vue. Une telle triangulation des données permettrait d'enrichir et d'approfondir la compréhension de notre problématique. Il en va de même pour l'implication des familles, essentielle dans les SCP et dans le développement d'un sentiment de chez soi en ESLD.

Une autre limite importante de notre démarche est le risque de porter un regard orienté sur les entretiens réalisés auprès des professionnels, et d'influencer ainsi l'interprétation des résultats. En effet, en tant que professionnel soignant en MRS, nos propres pratiques et représentations de l'accompagnement des résidents peuvent influencer la manière dont nous percevons le sujet de ce travail. Néanmoins, cette expérience pratique peut nous ouvrir à une compréhension plus fine et nuancée du produit de notre recherche. De plus, la subjectivité du chercheur joue un rôle central dans la démarche qualitative, le chercheur étant lui-même l'outil principal de collecte des données et d'analyse. La démarche qualitative s'intéresse à des thèmes qui révèlent la subjectivité des personnes, leur expérience, leur histoire. Elle ne cherche pas à objectiver et à généraliser ses résultats. Au contraire, la collecte des données, leur traitement et leur analyse révèlent inévitablement une part de la subjectivité du chercheur. Or cette subjectivité a de la valeur car elle permet au chercheur de se laisser surprendre par le récit des participants à l'étude. La subjectivité n'est donc plus un biais à évaluer et à corriger, mais une limite qu'il convient d'identifier pour veiller à ne pas projeter sa propre expérience dans les réponses attendues. Nous avons dès lors veillé à engager une réflexivité personnelle et épistémologique tout au long du processus de notre recherche, afin de limiter l'influence de nos propres représentations sur l'interprétation des données (Aujoulat, 2025). Cette réflexivité ne vise pas à éliminer la subjectivité du chercheur, mais à la rendre visible, contrôlée et assumée.

Une troisième limite de notre démarche de recherche concerne le critère de convenance utilisé pour sélectionner l'ESLD dans lequel notre étude a été menée. En effet, bien que ce choix

facilite le processus d'échantillonnage, il s'agit d'une autre source de biais potentiel à laquelle il a fallu être vigilant. Les relations professionnelles et les affinités partagées avec les participants de notre étude ont pu influencer leur récit ou l'interprétation que nous en avons faite. Néanmoins, s'adresser à une personne connue et partageant la même réalité professionnelle peut encourager un échange plus ouvert et une plus grande liberté de parole. Ayant conscience de ce risque d'influence sur notre collecte des données et sur notre analyse, nous avons maintenu, une fois encore, un regard critique et réflexif sur notre démarche scientifique.

Pour finir, il est nécessaire de garder à l'esprit que les ESLD accueillent des résidents aux profils variés, tant sur le plan physique que cognitif. Par conséquent, l'accompagnement du sentiment de chez soi, du contrôle de l'espace et de la reconnaissance des résidents par le personnel soignant prend des significations très différentes selon que le résident est autonome, dépendant ou atteint de démence. Il importe dès lors de différencier et de contextualiser les données recueillies lors des entretiens en fonction du profil de résident concerné. Afin d'explorer cet aspect de l'accompagnement, une question spécifique à l'accompagnement des résidents déments a été ajoutée au guide d'entretien (Cf. Annexe 1).

IV. Perspectives

Comme mentionné ci-dessus, il serait pertinent de compléter cette recherche par une approche incluant la perspective des résidents et de leur famille. La triangulation des données ainsi recueillies permettrait d'enrichir et d'approfondir la compréhension de la problématique. Par ailleurs, une approche comparative entre différents ESLD offrirait la possibilité d'affiner ou de nuancer certains résultats.

Enfin, le sentiment de chez soi étant un concept large, subjectif et multidimensionnel, il ne se résume sous doute pas aux deux seules dimensions du contrôle de l'espace et de la reconnaissance. Des recherches ultérieures pourraient ainsi mettre en évidence d'autres composantes pertinentes à explorer.

CONCLUSION ET IMPLICATION POUR LA PRATIQUE

En guise de conclusion et en réponse à notre question de recherche, nous proposons de formuler quelques recommandations concrètes en matière d'accompagnement et de développement du sentiment de chez soi des habitants des ESLD. L'objectif est d'orienter les professionnels de la santé dans leurs pratiques d'accompagnement et de contribuer à un meilleur épanouissement des personnes âgées en ESLD.

Vivre en ESLD implique nécessairement une vie en communauté. Dans ce contexte, le développement d'un sentiment de chez soi exige une attention particulière au respect de chaque habitant dans sa singularité, son autonomie et son espace. Le personnel veillera dès lors à respecter l'espace privatif que constitue la chambre, notamment en respectant les règles élémentaires de savoir-vivre – telles que frapper à la porte, se présenter et demander la permission d'entrer – mais également les choix et les décisions de l'habitant concernant cet espace. Il encouragera également son appropriation, par exemple en permettant à la personne de décorer et de meubler sa chambre selon ses goûts, ou d'y installer des objets personnels et familiers rappelant sa vie d'avant. Il tâchera par ailleurs de transposer tant que possible les habitudes de vie et les routines de l'habitant à son nouveau lieu de vie. En outre, les professionnels encourageront l'habitant à exprimer ses besoins, ses envies et ses choix, et porteront une attention toute particulière au respect de ceux-ci, dans un souci de maintien d'un niveau d'autonomie maximal. Le savoir de l'habitant concernant sa propre situation, ses besoins et ce qu'il estime bon pour lui devra être écouté et reconnu. Le personnel veillera ainsi à adopter une posture d'accompagnement plutôt que d'imposer ses propres représentations. Dans cette perspective, la définition du chez soi sera construite par et avec les habitants. Afin de favoriser une entrée en douceur au sein de l'ESLD et de faciliter l'adaptation de la personne à son nouveau lieu de vie dès les premiers instants, ces différents points d'attention devront être considérés avant même son arrivée dans l'établissement. Un soin particulier sera également accordé à son accueil, et un accompagnement individualisé sera mis en place durant les premiers jours, par exemple par une personne de référence ou un comité d'accueil.

A force de patience et de persévérance, les professionnels apprendront à connaître les habitants à travers une posture d'écoute active et bienveillante. Ils développeront ainsi progressivement une relation de confiance et adapteront leurs pratiques à chaque profil particulier, en individualisant autant que possible les routines et les prises en charges. Ils s'ajusteront au niveau

d'autonomie de chaque personne en faisant preuve d'une grande adaptabilité afin de répondre au mieux à ses attentes et à ses besoins, tout en lui permettant de réaliser par elle-même tout ce dont elle est encore capable. Les professionnels tâcheront également de responsabiliser l'habitant en lui donnant des tâches ou un rôle actif, que ce soit dans sa propre prise en charge ou dans l'organisation de la vie commune au sein de l'établissement, tout en veillant néanmoins à respecter ses souhaits et ses envies. Ils s'inscriront ainsi dans une démarche d'accompagnement plaçant l'habitant au cœur des considérations en tant qu'acteur principal de la construction de son sentiment de chez soi. Ils l'inciteront à participer activement à ce processus, tout en faisant preuve de patience et en lui laissant le temps nécessaire à son adaptation. Enfin, l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs sévères demandera une attention particulière et reposera davantage sur une proximité relationnelle et sensorielle. Les professionnels chercheront à se mettre à la place de la personne afin de proposer une prise en charge la plus adéquate possible. Leur intervention s'appuiera notamment sur l'observation attentive de la personne et sur le préservation de son autonomie, là où celle-ci reste encore possible.

Pour permettre au personnel de s'engager dans une telle démarche centrée sur la personne, il est indispensable de créer un environnement de travail soutenant et de mettre en place des leviers facilitateurs. L'un de ces leviers est le travail en pluridisciplinarité, qui permet, grâce une réflexion partagée et à une vision globale des habitants, de proposer des prises en charges pertinentes et cohérentes. Le renforcement des équipes, par de nouveaux engagements ou par l'intervention d'aidants et de soutiens supplémentaires, tels que des bénévoles, des personnes de compagnie ou des stagiaires, constitue un deuxième levier important. Il permet d'assurer une présence humaine au-delà des seuls actes de soins. Enfin, la possibilité de varier les activités, les approches et les prises en charge face à la diversité des profils des habitants représente un troisième levier essentiel. Ces différents éléments contribueront en outre à améliorer le bien-être au travail du personnel, condition indispensable à un accompagnement de qualité. La responsabilité de mettre en place ce cadre de travail optimal incombe à la direction de l'ESLD. Cette dernière doit inscrire son mode de gestion et de management dans une démarche participative et centrée sur la personne, à l'image du projet Tubbe. Elle induira ainsi un changement de mentalité dans le soin à la personne âgée et encouragera son personnel à réinventer ses manières de travailler, ainsi qu'à réinterroger le bien-fondé de certaines règles et pratiques, afin de mieux s'adapter aux habitants. La direction adoptera dès lors un rôle de coach afin de veiller à la mise en œuvre de la philosophie qui sous-tend son projet et développera une

vision commune et partagée par l'ensemble des acteurs. Elle motivera et responsabilisera les équipes dans leur travail quotidien, stimulera leur réflexion et restera ouverte aux nouvelles idées permettant de dépasser les stéréotypes et les automatismes. Elle veillera en outre à la concrétisation des projets visant à améliorer la vie quotidienne au sein de l'ESLD. Enfin, elle envisagera une certaine individualisation des règles organisant la vie et le travail au sein de l'ESLD, en fonction des situations particulières de chaque habitant. Une telle approche permettra de limiter l'impact de ces règles sur les libertés individuelles, de renforcer la personnalisation des prises en charges, et de favoriser le développement d'un sentiment de chez soi.

En définitive, nous retiendrons qu'il existe une multitude de façons d'œuvrer ensemble à la création d'un ESLD centré sur la personne. Cette marge de liberté doit être pleinement exploitée afin de mettre en place un modèle de soins évolutif, en rupture avec les schémas traditionnels, et ainsi tendre vers un véritable sentiment de chez soi en ESLD.

BIBLIOGRAPHIE

- Altintas, E., Guerrien, A., Vivicorsi, B., Clément, E., & Vallerand, R. J. (2018). Leisure Activities and Motivational Profiles in Adaptation to Nursing Homes. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 37(3), 333-344.
<https://doi.org/10.1017/S0714980818000156>
- Aujoulat, I. (2025). Cours : WFSP2106—Introduction aux méthodes qualitatives | MoodleUCLouvain. <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=2093>
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2008). *Les Principes de l'éthique biomédicale*.
<https://www.lesbelleslettres.com/livre/9782251430157/les-principes-de-l-ethique-biomedicale>
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge : A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456. <https://doi.org/10.1086/643401>
- Boucenna, S. (2017). L'accompagnement : Symétrie dans les asymétries ? *Phronesis*, 6(4), 60-70.
- Boumans, J., Van Boekel, L. C., Verbiest, M. E., Baan, C. A., & Luijkx, K. G. (2022). Exploring how residential care facilities can enhance the autonomy of people with dementia and improve informal care. *Dementia*, 21(1), 136-152.
<https://doi.org/10.1177/14713012211030501>
- Brandburg, G. L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G., & Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home : A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 862-874. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06075.x>
- Breton, H. (2025). Savoirs expérientiels en santé : Revue systématique de littérature. *Santé Publique*, 37(3), 241-251. <https://doi.org/10.3917/spub.255.0241>
- Chao, S.-Y., Lan, Y.-H., Tso, H.-C., Chung, C.-M., Neim, Y.-M., & Jo Clark, M. (2008). Predictors of Psychosocial Adaptation Among Elderly Residents in Long-Term Care

- Settings. *Journal of Nursing Research*, 16(2), 149-158.
<https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000387300.22172.c6>
- Cifali Bega, M., & Guyon, R. (2020). « Accompagner, c'est ainsi être en présence d'un autre pour lui permettre de trouver par quelles voies il veut aller là où il souhaite ». *Diversité*, 197(1), 11-15. <https://doi.org/10.3406/diver.2020.8312>
- Cifali, M. (2021). Analyser les pratiques professionnelles : Exigences d'un accompagnement. *Éducation et francophonie*, 35(2), 12-23. <https://doi.org/10.7202/1077646ar>
- CPAS - Création d'un Pôle de la personne âgée. (2020). 1170 - *Périodique officiel d'information de la Commune de Watermael-Boitsfort*, (37), 6-7.
- Davies, M., Zúñiga, F., Verbeek, H., Simon, M., & Staudacher, S. (2023). Exploring Interrelations Between Person-Centered Care and Quality of Life Following a Transition Into Long-Term Residential Care : A Meta-Ethnography. *The Gerontologist*, 63(4), 660-673. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac027>
- De Veer, A. J. E., & Kerkstra, A. (2001). Feeling at home in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 427-434. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01858.x>
- Gardien, È. (2017). Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie sociale*, 20(4), 31-44. <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0031>
- Gardien, È. (2019). Les savoirs expérientiels : Entre objectivité des faits, subjectivité de l'expérience et pertinence validée par les pairs. *Vie sociale*, 2526(1), 95-112.
<https://doi.org/10.3917/vsoc.191.0095>
- Gilbert, A. S., Garratt, S. M., Kosowicz, L., Ostaszkiewicz, J., & Dow, B. (2021). Aged Care Residents' Perspectives on Quality of Care in Care Homes : A Systematic Review of Qualitative Evidence. *Research on Aging*, 43(7-8), 294-310.
<https://doi.org/10.1177/0164027521989074>

- Gilhooly, M., Gilhooly, K., & Bowling, A. (2005). Quality of life : Meaning and measurement. *Gilhooly, M. and Gilhooly, K. and Bowling, A. (2005) Quality of life: meaning and measurement. In: Walker, A., (ed.) Understanding Quality of Life in Old Age. Open University Press, Maidenhead, UK. ISBN 0335215238.*
- Halloy, A., Simon, E., & Hejoaka, F. (2023). Defining patient's experiential knowledge : Who, what and how patients know. A narrative critical review. *Sociology of Health & Illness*, 45(2), 405-422. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13588>
- Le modèle Tubbe, la gestion des maisons de repos et de soins basée sur la relation.* (s. d.). Calameo.Com. Consulté 22 mars 2026, à l'adresse <https://www.calameo.com/read/001774295d0b28607f0f7?authid=CMxqlUlQQqyx>
- Lecocq, D., Lefebvre, H., & Néron, A. (2017). *UN MODÈLE POUR AMÉLIORER L'ADHÉSION AUX TRAITEMENTS, LA QUALITÉ DES SOINS ET RÉDUIRE LES COÛTS.*
- Lecocq, D., & Néron, A. (2018). *Le patient partenaire de ses soins et du système de soins de santé.*
- Loute, A. (2026). *Cours : WFSP2108—Bioéthique | MoodleUCLouvain.* <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=2900>
- Moilanen, T., Kangasniemi, M., Papinaho, O., Mynttinen, M., Siipi, H., Suominen, S., & Suhonen, R. (2021). Older people's perceived autonomy in residential care : An integrative review. *Nursing Ethics*, 28(3), 414-434. <https://doi.org/10.1177/0969733020948115>
- Offre MRPA, MRS et CSJ • Stat Iriscare. (s. d.). *Stat Iriscare.* Consulté 22 mars 2026, à l'adresse <https://stat.iriscare.brussels/home/aines/institutions-pour-aines/offre-mrpa-mrs-et-csj/>

- Paul, M. (2020). *La démarche d'accompagnement—Repères méthodologiques et ressources théoriques* (2e édition revue et augmentée). De Boeck Supérieur.
- Perruchoud, E., Weissbrodt, R., Verloo, H., Fournier, C.-A., Genolet, A., Rosselet Amoussou, J., & Hannart, S. (2021). The Impact of Nursing Staffs' Working Conditions on the Quality of Care Received by Older Adults in Long-Term Residential Care Facilities : A Systematic Review of Interventional and Observational Studies. *Geriatrics*, 7(1), 6. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7010006>
- Rijnaard, M. D., Van Hoof, J., Janssen, B. M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom, A., Beerens, H. C., Molony, S. L., & Wouters, E. J. M. (2016). The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes : A Systematic Review from the Perspective of Residents. *Journal of Aging Research*, 2016, 1-16. <https://doi.org/10.1155/2016/6143645>
- Rioux, L. (2008). L'entrée en maison de retraite. *Pratiques Psychologiques*, 14(1), 89-99. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2007.09.006>
- Rodgers, V., Welford, C., Murphy, K., & Frauenlob, T. (2012). Enhancing autonomy for older people in residential care : What factors affect it? *International Journal of Older People Nursing*, 7(1), 70-74. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00310.x>
- Sciensano. (2024, février 1). *Soins aux personnes âgées*. Vers une Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees>
- Sherwin, S., & Winsby, M. (2011). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 14(2), 182-190. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x>

- Solidaris. (2025). *Maisons de repos : À quel prix?* https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2025/01/Etude_MaisonsDeRepos_2025_Etude-complete.pdf
- Soofi, H. (2022). Respect for Autonomy and Dementia Care in Nursing Homes : Revising Beauchamp and Childress's Account of Autonomous Decision-Making. *Journal of Bioethical Inquiry*. <https://doi.org/10.1007/s11673-022-10195-7>
- Statbel. (2025, juin 11). *Structure de la population*. Bevolking Sinds 1831. <https://app.luzmo.com/s/76906e84-73d3-4d8d-8c92-e2d68f2200e6>
- Van Malderen, L., De Vriendt, P., Mets, T., & Gorus, E. (2016). Active ageing within the nursing home : A study in Flanders, Belgium. *European Journal of Ageing*, 13(3), 219-230. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0374-3>
- van Loon, J., Janssen, M., Janssen, B., de Rooij, I., & Luijkx, K. (2023). Developing a person-centred care environment aiming to enhance the autonomy of nursing home residents with physical impairments, a descriptive study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 747. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04434-8>
- Vial, M., & Caparros-Mencacci, N. (2007). *L'accompagnement professionnel ?*. Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.vial.2007.01>
- WHOQOL - Measuring Quality of Life| The World Health Organization. (s. d.). Consulté 8 octobre 2025, à l'adresse <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Wikström, E., & Emilsson, U. M. (2014). Autonomy and Control in Everyday Life in Care of Older People in Nursing Homes. *Journal of Housing For the Elderly*, 28(1), 41-62. <https://doi.org/10.1080/02763893.2013.858092>
- ZOOM Le modèle Tubbe : Une inspiration pour nos maisons de repos et de soins. (s. d.). Calameo.Com. Consulté 22 mars 2026, à l'adresse <https://www.calameo.com/read/001774295a0d908545d1b?authid=eRV8dR6wzuxW>

ANNEXES

Annexe 1 – Guide d’entretien

Bonjour,

Je suis étudiante en deuxième année de master en sciences de la santé publique. Dans le cadre de mon mémoire, je m’intéresse à l’accompagnement que les membres du personnel des établissements de soins de longue durée pour personnes âgées mettent en place pour soutenir le besoin de contrôle et de reconnaissance des résidents nécessaire au développement du sentiment de chez soi, malgré la structure organisationnelle et les contraintes professionnelles imposées par le contexte de soins.

L’entretien sera enregistré et retranscrit avec votre accord. Cela me permettra d’augmenter la précision de mon analyse. Ces informations resteront bien entendu confidentielles et seront traitées uniquement par moi dans le cadre de mon travail. Votre nom ne sera mentionné à aucun moment. Si vous le souhaitez, je peux vous transmettre les résultats de mon étude, ou l’intégralité de mon mémoire, une fois celui-ci terminé. Vous pouvez interrompre l’entretien et/ou l’enregistrement à tout moment et vous avez le droit de refuser de répondre à une question. Il n’y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Avant de commencer, avez-vous des questions pratiques concernant le déroulement de l’entretien ? Confirmez-vous votre participation à cet entretien ?

Introduction

- Pouvez-vous vous présenter et me décrire votre fonction et vos rôles au sein de l’institution ?
 - o Tâches principales ?
 - o Années d’ancienneté dans ce métier et dans l’institution ?

Sentiment de chez soi

- Que vous évoque « le sentiment de chez soi » ?
- D’après vous, qu’est-ce qui est important pour que le résident se sente chez lui dans son établissement de soins de longue durée ?

- Qu'est-ce qui influence ce sentiment de chez soi ?
- Comment le personnel peut-il influencer ce sentiment de chez soi ?

Accompagnement

- Pour vous, que signifie « accompagner » dans la relation de soins que vous entretenez avec vos résidents ?
- Comment mettez-vous en œuvre cet accompagnement dans votre pratique quotidienne ?
 - Pouvez-vous donner un exemple qui illustre cet accompagnement ?
- Comment décririez-vous votre accompagnement auprès des résidents atteints de démence et auprès des résidents valides ?
- Comment envisagez-vous un accompagnement optimal ?
 - Qu'est-ce qui influence positivement l'accompagnement ?
 - Qu'est-ce qui influence négativement l'accompagnement ?
- De quoi auriez-vous besoin pour pouvoir mettre en place cet accompagnement optimal ?
- Selon vous, comment l'accompagnement que vous proposez aux résidents peut-il contribuer à leur sentiment de chez soi ?

Contexte organisationnel

- Comment le contexte organisationnel de l'établissement influence-t-il le sentiment de chez soi des résidents ?
 - Pouvez-vous donner un exemple de situation où l'organisation facilite ce sentiment ?
 - A l'inverse, pouvez-vous donner un exemple de situation où l'organisation limite ce sentiment ?
- De quelle manière le contexte organisationnel influence-t-il la façon dont le personnel accompagne le sentiment de chez soi des résidents ?
 - Quels aspects de l'organisation soutiennent ou limitent cet accompagnement ?

Conclusion

- Quels conseils donneriez-vous à un jeune soignant débutant dans votre établissement de soins pour l'aider à développer ses compétences d'accompagnement des résidents ?
- Avez-vous encore des réflexions, des sujets que vous souhaitez aborder ? Y a-t-il des questions que j'ai oublié de vous poser ?

Annexe 2 – Description de la composition de l'échantillon

	Sexe	Fonction	Ancienneté en ESLD	Durée de l'entretien
Participant 1	F	Kinésithérapeute	7 ans	20'14''
Participant 2	F	Aide-Soignante	7 ans	19'48''
Participant 3	F	Logopède	3 ans	34'57''
Participant 4	F	Ergothérapeute et référente pour la démence	9 ans	30'48''
Participant 5	F	Psychologue	3,5 ans	20'10''
Participant 6	F	Diététicienne	6 ans	23'29''
Participant 7	F	Ergothérapeute	18 ans	46'07''
Participant 8	F	Kinésithérapeute	2 ans	27'00''
Participant 9	F	Infirmière	2,5 ans	21'02''
Participant 10	M	Chef infirmier	9 ans	35'14''
Participant 11	F	Psychologue et référente palliative	6 ans	33'21''

