



HAL
open science

**Prendre en charge les besoins non médicaux des
personnes âgées dépendantes vivant en collectivité :
mécanismes, leviers et freins à l'œuvre dans les temps de
repas**

Samuel Guillemot, Margot Dyen

► **To cite this version:**

Samuel Guillemot, Margot Dyen. Prendre en charge les besoins non médicaux des personnes âgées dépendantes vivant en collectivité : mécanismes, leviers et freins à l'œuvre dans les temps de repas. Carnets de la Consommation, 2023, 6, 10.48748/RDJC-CE73 . hal-04012426

HAL Id: hal-04012426

<https://hal.univ-brest.fr/hal-04012426>

Submitted on 2 Sep 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Prendre en charge les besoins non médicaux des personnes âgées dépendantes vivant en collectivité : mécanismes, leviers et freins à l'œuvre dans les temps de repas

Samuel Guillemot¹, Univ-Brest, LEGO, Quimper

Margot Dyen, Université Savoie Mont Blanc, IREGÉ, Annecy

La recherche présentée dans cet article fait partie du programme de recherche NUTRICHIC financé par la Région Bretagne.

Les auteurs remercient les équipes des résidences du Centre Hospitalier de Cornouaille pour leur accueil. Ils remercient également Annick Tamaro, Sylvie Codo et l'association « aux goûts du jour » pour leur participation à la collecte de données.

¹ Auteur contact : samuel.guillemot@univ-brest.fr

Prendre en charge les besoins non médicaux des personnes âgées dépendantes vivant en collectivité : mécanismes, leviers et freins à l'œuvre dans les temps de repas

Résumé : Cette recherche caractérise les mécanismes par lesquels les soignants répondent aux besoins non médicaux des résidents en Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Ces services d'hébergement sont essentiellement des établissements de santé physique, centrés sur la médicalisation comme facteur de bien-être des résidents. Or la littérature en sciences sociales montre que le bien-être et la santé passent également par la satisfaction de besoins non médicaux. A travers une étude qualitative d'inspiration ethnographique qui mobilise le cadre conceptuel issu de la sociologie du *care* de Tronto (1993, 2013), cette étude montre que certains facteurs individuels et de l'environnement professionnel sont des freins au *care* que les soignants pourraient et souhaiteraient dispenser aux résidents. Des recommandations à l'intention des établissements de santé et/ou de formation sont formulées.

Introduction

Comme dans l'ensemble des pays industrialisés, la population de la France vieillit. La part de la population de plus de 75 ans devrait connaître un bond spectaculaire dans les 20 prochaines années en passant de 9% actuellement à 15% d'ici 2040 (INSEE, 2020). Cette donnée démographique engendre des défis nouveaux liés au « grand âge » et à la dépendance. Les questions de financement

sont importantes et sont au cœur des enjeux de soin. En France, le système d'hébergement collectif (de type maison de retraite et maison médicalisée) sature et se dénature. On constate dès lors une forme de déshumanisation du fait de pressions gestionnaires des établissements de soins. En atteste le scandale ORPEA. Chez ce leader du secteur de l'accueil de personnes âgées dépendantes, des cas dramatiques de manque de soin ont été dénoncés dans l'ouvrage « *Les fossoyeurs* » de Victor Castanet. Ce livre, publié en 2022, fait suite à un documentaire sorti en 2018² et à un rapport parlementaire (Libault, 2019) qui dénonçaient déjà les dérives de la prise en charge de nos aînés. Face à ces constats alarmants, et en vue de formuler des préconisations pour un retour à une prise en charge plus humaine de nos aînés, nous proposons de rendre compte des différentes formes de soin dans les EHPAD. Par « soin », cet article entend aller au-delà de la prise en charge des seuls besoins médicaux, dans une perspective de bien-être eudémonique. Ce type de bien-être fait référence aux sentiments d'épanouissement de la personne (e.g., Ozanne, 2011 ; Anderson et al., 2016), c'est-à-dire que cette dernière continue à trouver un sens à sa vie permettant de faire valoir son potentiel et d'utiliser ses ressources (Sharma et al., 2017). L'étude emprunte pour cela le terme anglais « *care* », traduisant l'idée d'attention portée, un soin relevant d'une relation bientraitante (Chiquette et Beaulieu, 2019) et non exclusivement médicale. Plus précisément, nous empruntons le modèle de Tronto (1993, 2013) pour rendre compte des mécanismes de *care* à l'œuvre dans les EHPAD.

² <https://www.youtube.com/watch?v=6wCoxYMURsM>

L'EHPAD est souvent considéré comme le dernier recours – une fois que les familles n'ont plus les moyens matériels et temporels de s'occuper de leur aîné (Delouette et Nirello, 2017). Les personnes résidentes dans les EHPAD sont pour la plupart des personnes avec des troubles cognitifs sévères (désorientation, Alzheimer, etc.) et/ou des pathologies importantes nécessitant une prise en charge médicale (Rachas et al., 2018). En EHPAD, les personnes n'ont généralement pas le choix d'être là, et ont peu de prise sur les options de service qui leur sont proposées (e.g. alimentation, divertissement) (Rayburn et al., 2020 ; Guillemot et al., 2022). Les individus sont dépendants des soins prodigués par le personnel pour répondre à leurs besoins. La littérature en gériatrie fait essentiellement état de la prise en charge des besoins médicaux, quand bien même la littérature en sociologie et en sciences de gestion souligne que le bien-être repose sur d'autres types de besoins non médicaux (e.g. émotionnels, sociaux, voir Ryan et al., 2008). Il serait donc pertinent de connaître si et comment les besoins non médicaux des résidents en EHPAD sont pris en charge par les soignants. Pour cela, cet article s'intéresse aux conditions d'existence des mécanismes de *care* pour les besoins non médicaux. Dans quelle mesure les besoins non médicaux sont-ils reconnus par les personnels ? Comment sont-ils pris en charge ? Un focus sera fait sur l'alimentation, et plus particulièrement les temps de repas car c'est un temps de la vie quotidienne qui concentre tant des objectifs de subsistance que des ressorts moins vitaux (Guérin, 2016). En cela, il est un objet pertinent dans le cadre de cette étude. Après un tour des connaissances actuelles sur ces questions, une recherche d'inspiration ethnographique, sur la base d'entretiens individuels et collectifs et d'observations participantes menés dans des EHPAD pendant plus de 6 mois, permet d'apporter des éléments de réponses. L'étude met en évidence les conditions permettant la prise en compte, par les soignants, des besoins non médicaux des résidents via des actions de *care*, et montre que certains aspects de la



culture et de l'environnement professionnels sont des freins au *care* des soignants. Des recommandations à l'intention des établissements de santé et/ou de formation sont formulées.

Les mécanismes du *care* en EHPAD : approche par le modèle de Tronto

Le *care* est " une manière de vivre sa vie et de résoudre ses conflits personnels qui est animée par des sentiments de responsabilité pour améliorer le bien-être des autres et une sensibilité aux conséquences interpersonnelles de ses actions et de ses choix " (Thompson, 1996 : 401). En d'autres termes, dispenser du *care* à quelqu'un ou envers quelque chose signifie s'impliquer dans la réponse à ses besoins et prendre part au fardeau qu'il porte. En cela, Tronto (1993, 2013) explique que le *care* se distingue du simple intérêt que l'on peut porter aux choses ou aux personnes, puisqu'il va au-delà de la simple préoccupation et suppose de passer à l'action de manière impliquée. Tronto explique que le *care* est à la fois une disposition et une pratique. Pour faciliter la mobilisation du concept, Tronto propose un cadre d'analyse en cinq étapes (Tronto, 2003, 2013), que nous présentons dans ce qui suit sur la base d'une relation de *care* d'un soignant envers un résident.

La première étape du processus décrit par Tronto est le *care about*, qui suppose que le soignant constate et reconnaisse les besoins du résident. La seconde étape, le *caring for* (ou *taking care*), est le fait que le soignant se sente responsable de la prise en charge des besoins qu'il a constatés chez le résident. La troisième étape, le *care giving*, est la mise en action du soignant pour répondre aux besoins du résident, qu'il a constatés et dont il se sent responsable. La quatrième étape, le *care receiving*, consiste en une forme d'évaluation de l'action de *care*. Il s'agit alors d'estimer si les besoins du résident ont été satisfaits par l'action de *care* fournie par le soignant. La cinquième étape du *care*



nommée *caring with* suggère de vérifier que ces actions de *care* s'effectuent dans un souci démocratique de justice, d'égalité et de liberté pour tous. Ce modèle en cinq étapes décrit conceptuellement la manière dont le *care* est construit mais, dans la pratique, les étapes peuvent être plus imbriquées et ne pas suivre une chronologie aussi rigoureuse. En conclusion, le *care* tel que décrit dans le modèle de Tronto consiste à identifier les besoins d'autrui, à se sentir concerné par ces besoins, et à agir pour répondre à ces besoins d'une manière qui ne soit pas délétère pour qui ou quoi que ce soit. De ce fait, l'emploi de ce cadre est pertinent au vu de nos questions de recherche, qui interrogent dans quelle mesure les besoins non médicaux sont reconnus par les personnels et comment ils sont pris en charge. Le cadre de Tronto offre une vision détaillée des mécanismes que l'on souhaite étudier. La littérature en sciences sociales traduit en partie ces mécanismes, en montrant que la perception des besoins des personnes âgées dépend en partie de la représentation que se font les soignants de leurs capacités physiques et de leurs déficiences cognitives (Bonnemaizon et al., 2020), ce qui correspondrait à l'étape 2 du cadre conceptuel de Tronto. Ces représentations sont elles-mêmes le fruit de valeurs personnelles (convictions, croyances, etc.), d'émotions et de contraintes matérielles et organisationnelles mais aussi d'interactions sociales avec les personnes âgées (Amine et al., 2021), ce qui traduit le fait que les actions des soignants dépendent d'un certain nombre de contraintes pour mettre en place le *care* (étape 3 du modèle de Tronto). Les soignants vont mettre en place des actions différenciées allant du contrôle et de la surveillance accrue vis-à-vis des personnes qu'ils jugent les moins en capacités, jusqu'à impliquer des personnes qu'ils jugent les plus aptes (e.g. faire preuve de pédagogie, autoriser des ressources apportées par la famille, etc.). Pour intégrer ces contraintes, le personnel soignant peut également s'adapter au rythme des personnes âgées de manière à se "resynchroniser" sur leurs besoins et leurs capacités (Josion-Portail et al., 2020). Ainsi, si les travaux



existants confirment la validité d'une partie des étapes du modèle de *care* de Tronto, il serait pertinent de le mobiliser de manière à articuler l'ensemble des étapes, afin d'offrir une vision plus complète des mécanismes à l'œuvre. C'est ce que propose le présent article.

Les pathologies de plus en plus sévères des résidents en EHPAD ont conduit les établissements à se focaliser davantage sur les soins vitaux et médicaux : assurer l'hygiène, satisfaire la faim, panser des plaies, administrer des traitements, etc. (e.g. O'Neill et al., 2003). C'est pourquoi en gériatrie et en santé, le soin apporté aux résidents en EHPAD est avant tout appréhendé à travers la gestion et l'acceptation des besoins vitaux de l'ordre de l'hygiène ou du traitement médicamenteux (Jensen et Cohen-Mansfield, 2006). Ajouté à cela, les contraintes budgétaires de plus en plus sévères génèrent de nombreuses situations critiques : manque de personnel, manque d'équipement, etc. Dans ce contexte, le personnel doit trouver un équilibre entre les logiques managériales et logiques de soin, en concevant de nouvelles routines de travail en fonction de ce qui est considéré comme acceptable ou non. Il en résulte une insatisfaction et un malaise vis-à-vis des conditions de travail (Desai 2012 ; Kristiansen et al., 2015 ; Sebastiano et al., 2017), qui affectent à leur tour la qualité de vie des résidents (Marquier et al., 2016). Or, comme précisé en introduction, les EHPAD sont le lieu de vie des résidents et dans une perspective de bien-être eudémonique, il est pertinent de rendre compte des moyens nécessaires à la prise en charge de besoins non médicaux des résidents. La littérature montre qu'une approche du soin centrée sur les besoins uniquement de l'ordre sécuritaire ou sanitaire conduit à des interactions soignés-soignants déshumanisées (Grenade et Boldy, 2008 ; Westin et Danielson, 2007). C'est l'un des manques auquel cet article souhaite répondre.

L'alimentation dans les EHPAD constitue un objet pertinent pour étudier les mécanismes du *care* pour les besoins non médicaux. L'alimentation est une activité quotidienne qui va à la fois



rythmer la journée et constituer un moment social pour les résidents (Guérin, 2016). Or, la littérature centrée sur les conditions de vie en EHPAD fait état d'une absence de bien-être alimentaire : bon nombre de résidents ne prennent pas de plaisir à manger (Cottet et al., 2010), ce qui conduit à une dénutrition voire à un refus de s'alimenter (Sulmont-Rossé et al., 2010). Les structures ne sont pas dispensées de reproches notamment à propos de la qualité de la nourriture et des nombreux impératifs organisationnels (Iborra et Fiat, 2018). Ainsi, les résidents doivent composer avec ces contraintes multiples, tout en essayant d'intégrer leurs goûts et habitudes alimentaires passées, ainsi que les aspects sociaux associés à leur condition de personne dépendante (Timko et Moos, 1989 ; Verleye et al., 2014 ; Guillemot et al., 2022). En effet, intégrer un lieu de vie comme l'EHPAD peut générer la crainte, chez les personnes, de devoir renoncer à leur ancienne vie (Dyen et al., 2021). En réponse, ils expriment le besoin de continuer à faire vivre ou de revisiter (mais sans rompre avec) leurs anciennes routines et habitudes (e.g. conserver certains rituels). De la même manière, maintenir ses anciennes sociabilités est un besoin exprimé par les résidents pour asseoir les interactions sociales et l'identité dans le nouveau lieu de vie qu'est l'EHPAD. Cela se concrétise par exemple par le besoin de prendre part à certaines tâches (e.g. anciennes cuisinières qui veulent continuer « à mettre la main à la pâte »). Enfin, un besoin d'appropriation du service est exprimé, qui passerait par davantage de choix proposés aux résidents dans les différentes sphères de la vie en EHPAD : choisir les menus, moduler les horaires de repas, choisir à côté de qui l'on est assis pour le repas, etc. (Guillemot et al., 2022).

Face à ces constats, cette étude a comme objectif de caractériser si et comment le personnel soignant considère et prend en charge ces types de besoins pendant les temps de repas, en vue de



formuler des recommandations pour accompagner le travail de *care* des soignants et ainsi favoriser le bien-être des résidents.

Méthodologie

L'étude se base sur une méthodologie qualitative d'inspiration ethnographique qui s'organise en trois étapes : des observations participantes, des entretiens semi-directifs avec le personnel, et des réunions de groupes avec les équipes des différents services. La collecte de données s'est déroulée sur une période de six mois. Au fil de l'étude, lors de présentations aux équipes et aux résidents, toutes les réunions préparatoires ont eu lieu dans les établissements afin de se familiariser avec ces lieux de vie et de se faire accepter dans les résidences. Ce terrain d'observation fait partie d'un programme de recherche plus large piloté par un centre hospitalier, qui interroge comment l'alimentation peut constituer un levier de bien-être et de bonne intégration dans ses EHPAD. Il a été mené en collaboration et en interactions permanentes avec les équipes d'encadrement (direction de l'hôpital, directeurs et directrices des EHPAD), les équipes soignantes (infirmiers, aides-soignants, médecins, diététiciens), et les équipes gérant la vie quotidienne des résidents (restauration, animations). Trois EHPAD ont été choisis comme terrains d'observation car ils représentent la diversité des publics accueillis dans les établissements, avec des pathologies et des degrés de dépendance très divers. Ces trois EHPAD accueillent respectivement 116, 108 et 97 résidents, et chaque établissement est organisé en services regroupant environ 30 résidents chacun. Le personnel est assigné à un service. Dans les établissements étudiés, la préparation des plats est externalisée à un prestataire qui livre tous les jours les établissements. Les repas sont pris à heures fixes dans des salles communes, sauf pour une partie



des résidents qui sont, soit ponctuellement (chute, maladie type grippe ou gastro) soit de manière chronique (pathologie chronique, handicap sévère), incapables de venir prendre le repas en salle collective. Généralement, il est nécessaire de donner à manger « à la cuillère » à ces résidents qui mangent en chambre.

1. Observations participantes

La phase principale d'observation de cette recherche avait pour objectif une immersion dans l'établissement, pour en comprendre le fonctionnement et ainsi mieux caractériser les conditions de mise en œuvre du *care*. En amont, les objectifs de la recherche et l'équipe de chercheurs ont été présenté aux résidents. Les chercheurs étaient présents en alternance, tous les jours de la semaine pendant 12 semaines (60 jours). Ils ont aidé le personnel en participant à la distribution des repas (11h : préparation de la salle, réchauffage des repas et accueil des résidents, 12h : service, puis nettoyage de la salle, 13h : fin du service). Le service du midi a été choisi pour des raisons d'organisation car il était plus simple pour le personnel de nous accepter à ce moment-là. Lors de ces temps passés dans les résidences, la grille d'observation consistait à identifier les éléments du *care*, qu'il s'agisse de l'expression ou de l'identification de besoins non médicaux, d'échanges entre soignants et/ou résidents pour argumenter la réponse ou non aux besoins, ou encore l'identification d'actions mises en place pour répondre à des besoins non médicaux. En parallèle, après les repas, le chercheur restait discuter avec certains résidents dans la salle commune ou dans leur chambre. Des échanges ont également été organisés avec l'équipe des animateurs qui est chargée de construire la carte des



animations qui rythment les après-midi des résidences. Un des chercheurs a même pu participer à la co-construction de certaines animations autour de l'alimentation.

Toutes les observations, remarques, ressentis et discussions ont été consignés par écrit (sous forme textuelle ou de dessins) dans un carnet de terrain.

2. Entretiens semi-directifs individuels avec des membres du personnel

Parmi les membres du personnel, les répondants ont été recrutés en fonction de leur implication dans l'alimentation des résidents, afin qu'elle soit concrète sur le terrain, et non lointaine lors de consultations très ponctuelles ou de la construction de dossiers de suivi. Nous avons ainsi ciblé des personnels qui interviennent un minimum dans les temps de repas, l'échantillon étant alors constitué de personnel de restauration, d'aides-soignants et d'infirmiers. En plus de leurs compétences techniques en matière de soins, ils interagissent constamment avec les résidents et leurs familles et fixent le moment des repas (Gherardi et Rodeschini, 2016). Quinze membres du personnel ont été interrogés (Tableau 1). Pour diversifier les points de vue, nous avons interrogé des membres du personnel travaillant dans plusieurs catégories : quatre employées de la restauration qui préparaient et servaient les repas, cinq aides-soignantes qui aidaient les résidents à manger pendant les repas, quatre infirmières en charge des aspects médicaux liés à la nutrition et qui aidaient également pendant les repas, ainsi qu'un cuisinier et une diététicienne en charge de l'élaboration des repas. Ces quinze membres du personnel avaient une expérience moyenne de 13,91 ans dans la profession (6,2 ans dans la maison de retraite étudiée).



Le guide d'entretien s'articulait autour de trois thèmes principaux : les temps de repas, la place de l'alimentation dans la vie quotidienne dans les EHPAD, et la relation entre le bien-être et le bien manger. L'objectif était multiple : obtenir une description détaillée du déroulement de ces activités/moments, connaître les missions des soignants dans ces temps d'alimentation, et collecter le ressenti des membres du personnel sur leurs activités et le vécu des résidents. Les entretiens ont duré entre 37 minutes et 78 minutes (en moyenne 59 minutes) et ont été intégralement retranscrits.

Tableau 1 : Échantillon pour les entretiens semi-directifs - Membres du personnel interrogés

N°.	Nom de répondant le prénom a été modifié	Sexe	Age	Statut	Ancienneté dans la résidence (année)
1	Nathalie	F	35-45	Infirmière	<1
2	Sylvie	F	45 et +	Aide-soignant	12
3	Céline	F	35-45	Aide-soignant	1
4	Camille	F	25-35	Infirmière	1
5	Julie	F	25-35	Aide-soignant	<1
6	Audrey	F	35-45	Agent hôtelier	4
7	Karine	F	25-35	Agent hôtelier	8
8	Brigitte	F	45 et +	Aide-soignant	23
9	Caroline	F	35-45	Infirmière	1
10	Nadine	F	45 et +	Aide-soignant	15
11	Sandrine	F	35-45	Agent hôtelier	11
12	Aurélie	F	35-45	Agent hôtelier	4
13	Michèle	F	45 et +	Infirmière	<1
14	Stéphanie	F	35-45	Diététicienne	5
15	Bernard	M	45 et +	Cuisinier	15



3. Entretiens collectifs avec le personnel

Pour chaque service, nous avons organisé une réunion collective avec le personnel. Cette réunion s'est déroulée pendant un temps de repas du personnel qui a lieu vers 13 heures, après le service aux résidents. Ce temps d'échange avait pour objectif de questionner les personnels sur leur manière d'identifier et de gérer le bien-être des résidents. Nous avons opté pour un entretien collectif afin de générer une réflexivité des individus sur leurs propres pratiques, ce qui s'est avéré efficace pour certains personnels qui ne se rendaient pas nécessairement compte qu'ils agissaient de telle ou telle manière, différente de celle de leurs collègues. L'animation de cette phase était très inductive, et le *focus group* se basait sur une trame très peu directive, qui consistait quasi-exclusivement à lancer les soignants sur le sujet du bien-être des résidents et les relancer sur leurs pratiques et leurs spécificités. En parallèle de cet état des lieux de leurs pratiques, nous les avons également questionnés sur ce qui aide ou au contraire entrave leurs pratiques de prise en charge du bien-être des résidents. Finalement, cette phase a permis de préciser et valider par les principaux intéressés les thèmes qui avaient émergé lors des entretiens individuels et des observations. Les données collectées lors de cette étape ont été enregistrées, et/ou retranscrites sous forme de notes prises lors (de la réécoute) des entretiens.

L'ensemble du corpus a fait l'objet d'une analyse thématique, selon une grille de codage conçue *a priori* à partir des différentes étapes du cadre conceptuel de Tronto (Andreani et Conchon, 2005).



Résultats

1. *La difficile question de la reconnaissance des besoins non vitaux*

L'entrée dans le *care* (étapes 1 et 2 du processus de Tronto à savoir la reconnaissance des besoins et le fait de s'en sentir responsable) est nuancée dans les EPHAD par la diversité des intervenants pendant le temps des repas. Ces intervenants n'ont pas tous reçu la même formation et n'ont pas tous la même vision de leur métier. Tout cela engendre des conceptions divergentes de la place et du rôle de l'alimentation et du temps du repas dans la structure.

La coexistence de deux visions de l'alimentation et des temps du repas Le temps du repas peut tantôt être considéré comme un acte de soin, tantôt comme un acte relationnel et social.

La première approche souligne la fonction vitale de l'alimentation. L'alimentation en EHPAD est une nécessité pour maintenir en vie. Le repas est alors considéré comme un acte technique au même titre que les soins de santé, la toilette, etc. C'est « *un soin-manger* » (Caroline), le bien manger permet de préserver la santé (Sylvie) et si le résident ne mange pas il dépérit (Aurélie). D'ailleurs le personnel constate qu'une des premières questions posées par les familles est de savoir si leur parent a bien mangé (Michèle). Le discours est alors assez technique : « *Lorsqu'ils mangent bien, ils se sentent mieux, ils vont passer un bon moment. La nutrition joue un rôle dans l'état de santé, des forces musculaires, cicatrisations. Et puis, bien manger, ça apporte des protéines. [...] Au contraire quand une personne ne mange pas bien, il y a des conséquences au niveau de la peau, au niveau des muscles ou des forces...* » (Michèle).



La deuxième approche, considérant l'alimentation et le temps du repas plutôt comme un acte relationnel – qui peut parfois être complémentaire de la première – insiste sur le rôle d'accompagnement des résidents par les personnels. Dans cette conception, le repas a une finalité sociale qui consiste à passer du temps avec les résidents, s'intéresser à eux, savoir comment ils se sentent : « *Il est important d'humaniser les personnes. De rester discuter avec elles, d'apprendre à les connaître. De s'asseoir 5 minutes. De prendre le temps [...] pendant le service, il est important de garder le sourire, de discuter avec eux. Leur demander ce qu'ils veulent, s'ils ont faim, s'ils veulent qu'on les aide à couper, s'ils veulent de la sauce, etc. Quand ils n'aiment pas, essayer de faire quelque chose. Remplacer la viande par un dessert* » (Brigitte). Le constat est fait qu'on ne peut pas forcer quelqu'un à manger contre sa volonté. Cela risque d'empirer les choses. Il faut écouter les souhaits des résidents, les accompagner pour les convaincre de manger en douceur ou de ne pas manger si c'est leur volonté : « *Les résidents ont le droit de ne pas avoir faim. D'ailleurs en vieillissant on mange moins, ce qu'il faut ce n'est pas de la quantité mais de la qualité* » (Camille).

Dans les faits, l'observation nous indique que c'est plutôt la vision de l'alimentation comme fonction vitale qui domine. En témoigne de plus l'environnement matériel dans lequel le repas se déroule : la salle commune de repas ressemble davantage à un réfectoire hospitalier assez froid qu'à un lieu de vie convivial, tous les personnels – y compris l'agent hôtelier – portent une blouse blanche rappelant les hôpitaux. A l'origine de ces divergences de vision, le poste et la formation des soignants, mais également un apprentissage informel et personnel au sein des services.

Des formations à dominante médicale. Dans les résidences qui nous ont accueillis, il existe un poste spécifiquement dédié à l'alimentation. Le rôle de « l'agent hôtelier », c'est son nom, est de



coordonner le temps des repas. Il y a un agent hôtelier par unité, soit une personne pour à peu près 30 résidents. Sandrine évoque ce « *rôle central en ce qui concerne l'alimentation, car c'est [moi] qui vais adapter les plats aux résidents, qui vais connaître les habitudes alimentaires, qui sais avec quels résidents être vigilant* ». Aurélie précise son rôle de coordination « *j'alerte le personnel médical si un résident ne s'alimente plus par exemple, et je suis aussi en charge de la liaison avec la cuisine centrale* ». Pendant le temps des repas, deux à trois aides-soignants travaillent de concert avec l'agent hôtelier. Ils participent au service et à la prise alimentaire dans la salle de restauration, et passent de chambre en chambre aider les personnes les plus dépendantes à manger. En complément, les infirmiers viennent aider à donner à manger aux résidents pendant les « rushs » et les moments forts du repas – notamment en aidant à la prise alimentaire des résidents les plus dépendants et/ou qui doivent rester dans leur chambre. Dans ces divers postes, le personnel a pour mission d'assurer que chaque résident ait reçu des aliments correspondant à ses contraintes de santé, et que la distribution des aliments soit adaptée à ses capacités physiques et cognitives (e.g. alimenter un résident à la cuillère). A un autre niveau, d'autres personnels sont impliqués dans l'alimentation des résidents mais pas forcément présents pendant le temps des repas : les médecins, les diététiciens, les agents de la cuisine centrale, les agents de services hospitaliers et les personnels d'animation. Ce personnel veille également à l'adéquation entre les besoins physiologiques et le contenu de l'assiette. La famille du résident peut également venir donner un « coup de main » notamment pendant le repas du soir où le personnel vient à manquer.

Ainsi, les postes tels qu'ils sont définis au sens strict semblent plutôt se rallier à la vision fonctionnelle de l'alimentation. Dans les résidences qui nous ont accueillis, des formations, sont



dispensées³ et elles insistent sur les aspects nutritionnels (les différences de régimes alimentaires) et les conséquences médicales d'une mauvaise alimentation (Sandrine). Étant donné cette prédominance des aspects médicaux et l'absence de formation spécifique, beaucoup ne se sentent pas responsables des besoins non médicaux, soit parce qu'ils ne se sentent pas compétents pour le faire : « *C'est vrai qu'il y a des choses à améliorer. Ne serait-ce que dans la présentation des repas [...] Mais non je ne touche à rien. Déjà on n'est pas équipée... et puis je pense que si c'est présenté comme ça c'est qu'il doit bien y avoir une raison derrière* » (Audrey), soit parce qu'ils estiment que ce n'est pas leur rôle : « *Moi quand je pense à alimentation en EHPAD, je pense à 'automatisme'. [...] Nous devons leur donner à manger. Le but c'est qu'ils mangent, ce n'est pas forcément qu'ils apprécient. Il n'y a pas forcément de temps pour discuter avec eux. Il y a des horaires à respecter* » (Camille). L'agent hôtelier peut éventuellement recevoir une formation mais ce n'est pas toujours le cas, surtout lorsque la personne qui occupe le poste a reçu une formation d'aide-soignant. Ainsi, il n'existe pas de formation spécifique aux aspects sociaux de l'alimentation.

Des efforts individuels pour appréhender la dimension sociale de l'alimentation. Au-delà du poste occupé, la vision que chacun a de son métier va influencer la perception du rôle de l'alimentation. Cette vision du métier dépend de la personnalité des individus, ainsi que d'une forme

³ Nous avons assisté à l'une de ces formations

d'apprentissage informel propre à chaque service. Les répondants sont unanimes : pour respecter les besoins des résidents, il faut être patient, et pour être patient il faut aimer son métier, avoir une vocation à aider les autres, au respect des plus âgés. « *Certes, il y a quelques personnes pour qui c'est un travail alimentaire et qui s'impliquent moins mais dans notre cœur de métier, on peut dire que 80% des soignants sont empreints de ces valeurs* » (Caroline). Pour aligner ses valeurs à son comportement, il faut consentir des efforts personnels, prendre sur son temps, tenter des choses pour améliorer le quotidien quitte à empiéter sur ses pauses : « *Il faut prendre du temps pour faire plaisir. Prendre le temps d'éplucher les fruits, de les écraser, etc. Prendre le temps que l'on n'a pas forcément. C'est un investissement personnel, une charge personnelle. Certains soignants peuvent le faire et d'autres non...* » (Sandrine). D'une manière générale, les personnes en poste s'accordent pour dire que c'est l'expérience qui prime : « *Quand il a des nouveaux, on leur montre ce qu'il faut faire, ce à quoi il faut faire attention, au 'fausse route'. C'est une formation 'sur le tas'* » (Sylvie). En cela, les services auto-entretiennent une posture plus ou moins relationnelle et sociale autour de l'alimentation. Si la formation peut apporter des éléments généraux et théoriques, c'est l'expérience qui permettra d'adapter la bonne attitude face à des résidents dont on connaît les habitudes : « *Je sers à l'assiette. Il faut connaître les résidents. Certains lorsqu'on leur donne de grosses quantités vont être écaeurés. Il faut leur servir des petites portions, quitte à les resservir par la suite. C'est l'expérience, avec le temps on connaît les habitudes des résidents* » (Brigitte).

En synthèse, si les visions de l'alimentation et du temps de repas divergent parfois, elles sont avant tout concomitantes car des liens se créent avec les résidents, ce qui rappelle la dimension sociale qui devrait primer dans les EHPAD, a fortiori dans les temps alimentaires : « *Il ne faut pas croire mais le personnel a envie d'aider les personnes âgées... Il y a des liens qui se créent avec les résidents.*



On est là pour les accompagner, pour les aider à terminer paisiblement leur vie» (Michèle). Cependant, comme le déplore la plupart des personnes avec qui nous avons discuté – résidents comme personnels – les contraintes organisationnelles et temporelles sont si importantes qu’il n’y a pas le temps pour le social : « *L’idéal serait de passer plus de temps avec les personnes, de les accompagner. Mais on n’a pas assez de temps, surtout le soir [...] On ne peut pas faire plus, ce qu’on peut faire c’est faire attention aux singularités quoi mais pas d’approfondir*» (Céline). La section suivante développe ce point.

2. Des contraintes organisationnelles fortes entravent la prise en compte des besoins des résidents

Lorsque les besoins « non médicaux » des résidents sont reconnus, le personnel cherche à y répondre dans la mesure du possible (il s’agit de la 3^{ème} étape du processus de *care* de Tronto : le *care giving*). Le constat principal est que la prise en charge de ces besoins est contrainte par des logiques organisationnelles (manque de moyens humains et financiers) et certaines postures professionnelles (le soin l’emporte sur le social).

Entre des contraintes gestionnaires rigides et la volonté d’offrir un lieu de vie adaptable. Les conditions humaines, matérielles et financières font que l’organisation est faite pour optimiser le temps passé avec chaque résident – cela passe par une certaine uniformisation des règles et des procédures : les horaires des couchers et des levers (toilettes, soins, etc.) sont fixes, tous les résidents



doivent manger au même moment et au même endroit, les repas sont les mêmes pour tout le monde, les demandes de modifications (substitution d'un aliment par un autre, modification de la texture d'un aliment) doivent être anticipées et remontées à la cuisine centrale plusieurs jours en amont afin d'être intégrées dans un logiciel de gestion. La résidence a donc ses règles de fonctionnement établies. Malgré cela le personnel des résidences tolère la transgression, et reconnaît le libre-arbitre des individus.

La résidence, en tant que lieu de vie, a vocation à accueillir et respecter les revendications des résidents. Une aide-soignante qui a plus de 15 ans d'ancienneté dans les services hospitaliers, dont 4 dans la résidence, fait bien la différence entre l'hôpital et l'EHPAD : à l'hôpital ce sont les patients qui doivent s'adapter, alors que là c'est à l'organisation de s'adapter. C'est pour cela que l'on parle de « résident » et non de « patient » : *« C'est n'est pas pareil que l'hôpital. [...] À l'hôpital, c'est un plateau tout fait et ils n'ont le droit de rien dire. Ici, à l'entrée dans la résidence on essaie avec les personnes et la famille de voir ce qu'ils aiment et ce qu'ils n'aiment pas. Et quand ils n'aiment pas quelque chose on fait remonter l'information à notre prestataire qui propose une substitution. S'ils n'aiment pas le poisson par exemple, ils ont de l'omelette »* (Aurélie). En pratique toutefois, la liste des « aversions » concerne seulement la prise en compte des goûts et des dégoûts et aucunement les envies, et peu d'options sont envisageables pour gérer la sociabilité des résidents. Par exemple, *« des fois on trouve à la même table quatre personnes. Deux personnes qui vont avoir leur pleine conscience avec deux autres personnes en situation de démence qui vont manger avec leurs mains, cracher ou se lever. Donc effectivement, si en face de soi on a quelqu'un qui fait n'importe quoi, qui mange salement, c'est vrai que ce n'est pas facile de pouvoir manger. Mais des fois, la contrainte organisationnelle ne donne pas la possibilité de faire autrement. Imaginons qu'on identifie une personne qui n'est pas adaptée à*

*une table. Les moyens c'est quoi ? soit l'isoler toute seule à une table, soit de la mettre dans sa chambre » (Caroline). De plus, les résidents ne sont pas toujours en mesure d'exprimer leurs envies, ce qui complique l'amorce d'un processus de *care* (qui dépend de l'identification des besoins) : " Certaines personnes ne communiquent plus. Comment on fait pour savoir ce qu'elles souhaitent, ce qu'elles apprécient ou non ? On ne peut pas le savoir. Si la personne finit son assiette on va en déduire qu'elle apprécie » (Nathalie).*

Les envies des résidents sont gérées au cas par cas, et le personnel fait en sorte de respecter dans la mesure du possible les besoins des résidents. La « mesure du possible » est délimitée par deux conditions qui sont décrites dans les deux paragraphes suivants : cela ne doit pas perturber l'organisation et cela ne doit pas comporter de risque pour la vie du résident.

Les demandes et actions des résidents ne doivent pas perturber l'organisation. La résidence tolère que les résidents qui sont en capacité de le faire « transgressent » et adaptent les règles établies. Les écarts sont tolérés et acceptés dans la mesure où ils ne nuisent pas à l'organisation du service. Ainsi, si un résident veut aider ou accompagner un animateur de la résidence pour effectuer des achats, ou s'il se propose d'aider, la requête est généralement accordée « *certaines personnes s'ennuient en attendant l'heure du repas. On a même une personne qui nous a demandé si elle pouvait nous aider à mettre la table. On l'a laissé nous aider. Après si d'autres personnes veulent le faire alors pourquoi pas, c'est bien aussi de se dire qu'elles ont fait quelque chose* » (Céline). Dans le discours, le personnel reconnaît qu'il faudrait encourager ce genre de pratiques, et faire participer plus souvent les résidents volontaires aux tâches « domestiques » de la résidence. Toutefois, en pratique, les



contraintes temporelles sont telles que le personnel n'a tout simplement pas le temps de déléguer aux résidents : tout est rodé et très minuté, le moindre retard engendre du travail supplémentaire pour soi ou pour ses collègues. Ainsi, les demandes de résidents qui souhaitent s'écarter de la vie collective sont souvent rejetées (e.g., ne pas manger en collectivité alors que leur état de santé le leur permet). Parfois cependant le personnel finit par céder par épuisement : « *Quand on n'arrête pas de répéter "non, vous ne pouvez pas faire ça" et qu'ils continuent à réclamer... bon, au bout d'un moment il faut aussi qu'ils prennent leurs responsabilités* » (Audrey).

Les demandes et actions des résidents ne doivent pas engendrer de risques (vitaux). Il existe une catégorie de demandes et d'actions qui ne sera jamais accordée au résident : celle qui présente un risque jugé vital. Le personnel doit faire en sorte de mettre en balance la nécessité du besoin, ses potentiels effets positifs et négatifs - le fameux « bénéfiques/risques » du milieu médical. Par exemple, il est toléré que la famille du résident apporte des aliments personnels (fruits, gâteaux, chocolats, etc.) mais seulement si la personne n'est pas diabétique et qu'elle est en capacité de bien mastiquer sans risque d'étouffement. Cela est déploré par une partie du personnel : « *On rend un service hospitalier et ça se voit. Certains soignants pour eux, c'est la santé d'abord. [...] Mettre une personne de 98 ans, sous régime diabétique, je ne comprends pas. Chez elle, elle ne ferait pas de régime diabétique. Elle mangerait de la mayonnaise si elle a envie d'en manger de temps en temps et cela ne la ferait pas mourir. Voilà, je pense qu'on n'est pas assez souple. On veut trop privilégier l'aspect santé sans fondement, parce que, à 98 ans, une crise à long terme on s'en fiche un peu* » (Stéphanie). Toutefois, il convient de distinguer le discours des personnels qui sont au contact tous les jours au moment des



repas (e.g. agent hôtelier, aide-soignant), de celui des personnes qui sont là de manière plus ponctuelle au moment des repas (e.g. infirmier, diététicien). Ces derniers sont les plus nombreux à déplorer que l'aspect santé domine, alors que les premiers sont plus intransigeants et radicaux – notamment sur la texture des aliments relativement au risque d'étouffement. Il est vrai qu'il est impressionnant et choquant de gérer une personne qui s'étouffe en mangeant (cette situation s'est produite pendant nos observations), et le personnel « sur le terrain » est tenté de prévenir ces situations en imposant une alimentation en texture mixée ou lisse aux résidents à risque, même faible.

L'enjeu est également le risque que peuvent faire courir les résidents aux autres résidents. Le personnel relate des situations lors desquelles les actions des résidents transgressent les règles établies, en faveur d'autrui : « *Il faut voir que les résidents sont solidaires entre eux. Si un n'a pas le droit au pain, d'autres résidents vont en mettre dans leur poche et en aller leur donner dans leur chambre plus tard. Il faut arrêter de leur faire la morale et les responsabiliser aussi. Mais c'est dur de leur faire comprendre que les restrictions sont pour leur bien !* » (Audrey). Le déclin des capacités cognitives et surtout la démence de certains résidents justifient de nombreuses normes de sécurité. Les équipes de soignants et de direction nous ont fait remonter plusieurs exemples de choses interdites car potentiellement dangereuse (e.g. grille-pain). Pour preuve de ces contraintes sécuritaires, lors de nos observations, nous avons assisté à l'interdiction d'utiliser un économe à cause des risques de coupures.

On constate ainsi que certaines règles formalisent l'interdiction de certaines actions. Or, notre expérience de terrain montre que des processus non formalisés permettent la mise en place du *care*.



3. *Un processus d'adaptation des soins non formalisé*

La 4^{ème} étape du *care* du cadre de Tronto consiste à s'assurer que les besoins du résidents ont bien été satisfaits du fait de l'action de *care*. Dans les EPHAD étudiés, cette vérification se fait dans l'action, et les personnels s'ajustent aux réactions des résidents pour adapter leurs soins. Les résidences n'ont pas mis en place de processus formalisé pour s'assurer de la bonne prise en compte des besoins sur le temps long.

Une adaptation essentiellement réactive. Lors des entretiens, les membres du personnel ont insisté sur le fait que l'expérience et la connaissance des résidents étaient essentielles pour adapter leurs pratiques aux besoins. La phase d'observation nous a appris que ce processus prenait principalement la forme d'un ajustement en réaction aux demandes des résidents. Comme nous l'avons vu dans la section précédente, les temps de repas sont rigides en raison de contraintes organisationnelles : menu fixé à l'avance, portion et texture préétablies pour chaque résident. Malgré cela, nous avons pu observer plusieurs moments, pendant la distribution des repas, lors desquels les résidents pouvaient interpeller le personnel afin d'ajuster l'offre de repas (« *pas trop de riz !* », « *pas beaucoup* », « *plus de sauce* », etc.). Ainsi, le personnel reçoit divers commentaires vis-à-vis de la nourriture, ce qui lui permet d'ajuster sa réponse aux besoins. Outre les revendications liées au contenu des repas, nous avons observé quelques demandes de changement de place à table. C'est le cas lorsque des résidents sont importunés par le comportement d'autres : notamment, un des résidents se plaignait régulièrement d'une personne à sa table qui perturbe le repas car « *elle perd la tête* », faisant qu'ils ne « *compre[nent] rien à ce qu'elle dit* » et empêchant les discussions car elle «



coupe la parole». Cette situation a conduit le résident à exprimer qu'il « *aimerai[t] qu'on la change de table* ». Comme on l'a vu, si les requêtes sont exprimées, elles ne sont pas toujours satisfaites car elles peuvent perturber l'organisation (e.g. rassembler les personnes qui ont des régimes similaires), voire la gestion de l'espace (e.g. disposer les personnes avec un fauteuil roulant dans un espace adapté).

Les résidents ne sont pas impliqués dans le processus d'évaluation de la satisfaction de leurs besoins. La question de la satisfaction des résidents sur le long terme n'émerge pas dans le discours des personnels en contact direct avec les résidents (agents hôteliers, aides-soignants). Lorsqu'ils l'évoquent c'est, comme nous l'avons vu, sur les aspects de satisfactions immédiates. Ils sont dans l'action et le rythme intense des journées ne laisse que peu de place à ce genre de considérations. La question de l'implication des résidents dans l'évaluation de la prise en charge de leur besoin émerge chez les cadres des résidences, et chez le personnel plus éloigné de la salle de restauration comme les diététiciens et les personnels de la cuisine centrale. Chez ces derniers, la question de la satisfaction est centrale - lors de nos entretiens, cela a été le thème principal des discussions. Ainsi, le personnel de la cuisine travaille sur des améliorations sur les textures, sur l'ergonomie des contenants pour faciliter la manipulation (par exemple des verrines pour les entrées), ou sur le choix des aliments (Bernard). Le constat a été fait que les résidents mangent mal. Ce constat se base sur les indicateurs médicaux (un taux de dénutrition élevé) ou visuel (près de la moitié de la nourriture livrée est jetée à la poubelle). Mais au final, l'avis du résident n'est pas vraiment pris en compte. Il existe bien un questionnaire d'évaluation de la qualité lorsqu'un nouveau plat est testé, mais celui-ci est destiné au personnel. Nos observations confirment que la moitié des plats est jetée. En moyenne, le personnel ne sert dans l'assiette que 65% de ce qui est livré. Et les résidents mangent 80 % de ce qui est servi.



Ainsi sur 100 grammes livrées, 52 grammes sont réellement mangés. Nos discussions avec les résidents confirment que le problème du gaspillage ne vient pas tant du goût mais des portions qui ne sont pas adaptées aux attentes. Beaucoup nous ont dit ne pas avoir faim. Pourtant les portions sont calculées en fonction des recommandations nationales. Ce point rejoint les préoccupations de l'équipe des diététiciens qui déplore une trop grande place accordée aux indicateurs théoriques et plaide pour une meilleure prise en compte des besoins réels afin d'augmenter le plaisir de manger (Stéphanie).

A la lecture de ces résultats, on constate donc que le *care* repose à divers niveaux sur l'appréciation et les démarches propres des soignants. C'est ce que détaille la partie suivante.

4. Les initiatives et l'énergie des soignants au cœur de la prise en charge des besoins non médicaux

La dernière étape du processus de Tronto incite à la réflexion plus globale sur la place et le rôle du soin dans la société. Cela résonne avec les débats publics sur la place des aînés dans la société, et les accusations régulières de maltraitance. Ces accusations de maltraitance touchent le personnel. Le métier est difficile. D'un point de vue physique mais aussi d'un point de vue psychique où « *l'on voit des choses difficiles, des résidents en grande détresse, et auxquels il faut répéter plusieurs fois la même chose* » (Michèle). Ces difficultés engendrent de nombreux arrêts maladies qui nécessitent de la flexibilité de la part de l'ensemble du service. Le tout se déroulant dans des contraintes matérielles et temporelles : « *S'il y a maltraitance, elle est involontaire. Par manque de temps, par manque de gens, par les comportements de certaines personnes qui usent* » (Camille), « *Quand vous n'êtes que deux les soirs et que vous savez que vous avez le chronomètre en main [...] évidemment que cela joue*



sur la qualité de vie des résidents» (Nathalie). Ces efforts personnels « coûtent » et peuvent engendrer une forme de mal-être : souffrance au travail, fatigue de ne pas voir les choses évoluées malgré les alertes et les constats partagés (Céline).

Notre immersion dans le terrain permet de révéler que, pour pallier le manque de moyens humains et financiers, les différents services s'organisent de manière autonome et relativement libre pour la prise en charge du *care* à accorder. Ces arbitrages se font de manière à articuler le bien-être des personnels et le bien-être des résidents. Par exemple, sur le cas du petit déjeuner, la plupart des services s'organise en fonction du planning du personnel qui fait le tour des chambres dans un ordre déterminé pour apporter le plateau repas. Les personnels passent ensuite pour aider à la prise alimentaire, faire la toilette et les soins, etc. L'avantage est de faciliter le travail avec un ordre déterminé – qui est l'ordre des chambre – quitte à ne pas respecter le rythme de certains résidents (e.g. les réveiller alors qu'ils auraient pu dormir plus longtemps). Dans un autre service toutefois, la salle de réfection est ouverte, et les résidents qui sont en capacité de le faire peuvent venir à l'heure qui leur convient le mieux. Cela permet de respecter le rythme des résidents mais complique l'organisation du personnel. Lorsque nous avons fait part de ce constat aux cadres et à l'équipe dirigeante, il nous a été répondu que la flexibilité des équipes devait être préservée car les situations de chaque service sont différentes, avec des résidents qui ont des pathologies différentes. Il n'y a pas de ligne directrice sur ces soins non médicaux, ni de réflexion claire sur les choses à faire ou ne pas faire, chaque service pouvant s'adapter aux caractéristiques de ses résidents. Si cela constitue une liberté évidente, l'absence de discussion autour de la prise en charge des besoins non médicaux n'est donc pas formalisée comme partie intégrante des missions et du temps disponible des soignants, générant le risque de ne pas sanctuariser ces actions de *care*, déléguées au bon vouloir des soignants.



Finalement, les résidences dialoguent peu entre elles sur ces questions. Les bonnes pratiques ne sont pas partagées, ni mutualisées au sein de l'établissement.

Discussion

Cette recherche visait à comprendre les mécanismes du *care* pour la prise en charge des besoins non médicaux en EHPAD. Elle se concentrait sur les temps alimentaires qui, du fait du rôle tant vital que social de l'alimentation, sont un objet pertinent pour interroger la prise en charge des besoins de divers ordres. En décomposant le processus de *care*, le cadre de Tronto nous a permis d'identifier de manière structurée les freins et les leviers du *care* (synthèse en figure 1). Nous discutons ci-dessous ces résultats, à partir de quoi nous formulons des recommandations à destination des administrations des services, et plus largement à destination des organismes de formation de personnel. Pour clore l'article, ses limites et perspectives sont présentées.

Cette recherche visait à comprendre les mécanismes du *care* pour la prise en charge des besoins non médicaux en EHPAD. Elle se concentrait sur les temps alimentaires qui, du fait du rôle tant vital que social de l'alimentation, sont un objet pertinent pour interroger la prise en charge des besoins de divers ordres. En décomposant le processus de *care*, le cadre de Tronto nous a permis d'identifier de manière structurée les freins et les leviers du *care* (synthèse en figure 1). Nous discutons ci-dessous ces résultats, à partir de quoi nous formulons des recommandations à destination des administrations des services, et plus largement à destination des organismes de formation de personnel. Pour clore l'article, ses limites et perspectives sont présentées.



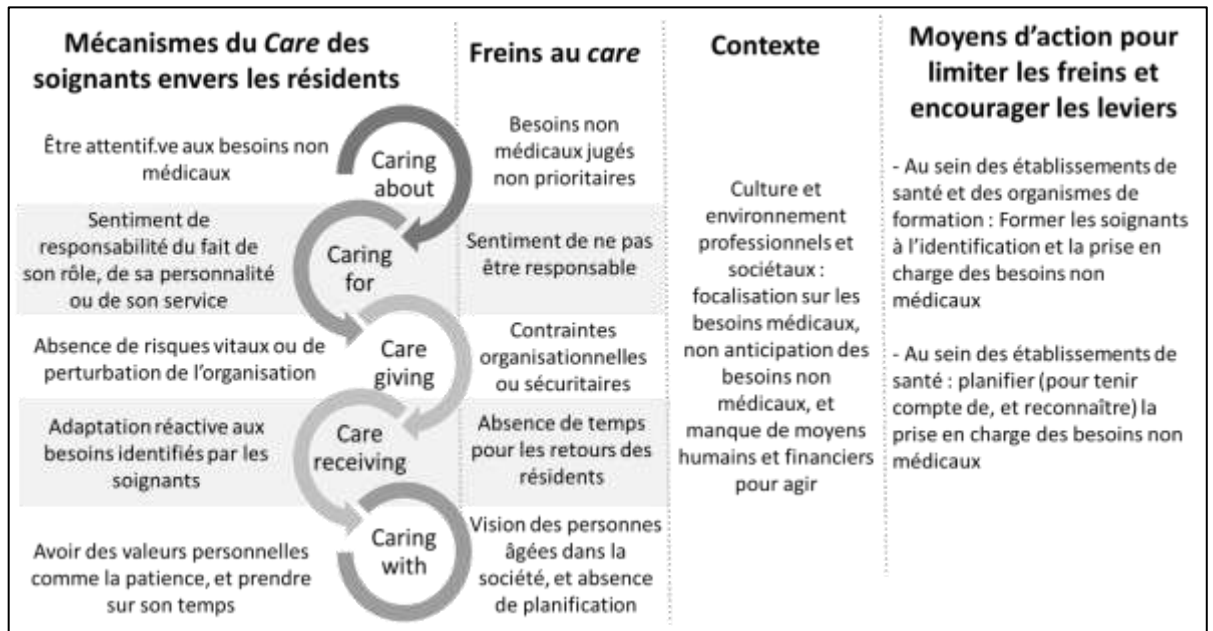


Figure 1. Synthèse des résultats et des recommandations de l'étude

Le premier constat est que la reconnaissance des besoins non médicaux est entravée par une culture et un environnement professionnels qui valorisent quasi-exclusivement la sécurité et la bonne santé physique. Cela s'inscrit dans les débats sur la prise en charge des aînés durant la crise du Covid-19, l'enjeu étant de placer le bien-être psychologique au même niveau que la santé physique. De plus, même lorsque les besoins non médicaux sont reconnus, les personnels ne s'en sentent pas forcément responsables car les formations et les modes d'évaluation du travail valorisent de moins en moins les besoins non médicaux. En attestent des processus tels que la démarche qualité, visant par exemple à optimiser le temps de toilette selon des gestes techniques efficaces, sans particulièrement considérer le temps d'échange ou certaines précautions de bienveillance, qui



feraient perdre du temps. Ainsi, notre travail vient compléter les travaux portant sur le point de vue des soignants (Bonnemaizon et al., 2020) : s'il confirme les stratégies préalablement identifiées (e.g. être ferme avec le résident, chercher à l'impliquer par différentes manières, l'autoriser à s'impliquer si cela ne présente pas de danger), il les complète en détaillant quels freins et quels leviers (vision de son métier, contraintes ou flexibilité organisationnelles) sous-tendent les différentes actions ou décisions des soignants. Reconsidérer les besoins non médicaux lors des formations des soignants serait un moyen d'entretenir la fibre que certains soignants ont déjà pour le *care*, et de l'inculquer à ceux pour qui cela est moins intuitif.

Un autre constat est que les modes organisationnels et le manque de moyens humains et financiers contraignent les membres du personnel dans leur réponse individualisée aux demandes des résidents, et uniquement lorsque cela ne complique pas la vie du service et n'entraîne pas de risque pour la vie des résidents. On constate également que les membres du personnel gèrent des demandes instantanées, un *care* de court terme réactionnel, géré avec des moyens plus ou moins formalisés qui ne permettent pas toujours d'estimer si les besoins sont correctement pris en charge. En cela, les résultats font également écho au constat de dyschronie entre temps court des soignants contraint par l'organisation et temps plus long des résidents (Josion-Portail et al., 2020). Toutefois les tentatives à l'œuvre pour se resynchroniser avec le patient dans le cas des soins médicaux (e.g., ralentir le rythme des soins, moduler la cadence, différer les soins, etc.) ne se retrouvent pas dans le cadre de la prise en compte des besoins dans des temps collectifs comme l'alimentation et les animations. Le rythme est imposé et difficilement personnalisable en raison de la vie en collectivité. Globalement, s'il existe des démarches et des réflexions spontanées sur ces questions, que ce soit à l'échelle individuelle ou entre soignants d'un même service, elles ne sont pas pensées collectivement



entre les différents niveaux hiérarchiques, ni institutionnalisées. En conséquence, la prise en charge des besoins n'entre pas dans un processus de planification ou d'organisation, ce qui contribue à entraver sa reconnaissance, accentuant le malaise et parfois le surmenage des personnels qui mettent spontanément en place des actions de *care*. L'objectif serait ainsi de redonner du temps aux soignants pour accomplir leurs tâches. Constituer, à l'échelle des établissements de santé, des commissions ou faire de la prise en charge des besoins non médicaux un objet de planification, au même titre que les protocoles médicaux, pourrait contribuer à institutionnaliser et reconnaître les mécanismes de *care* parfois déjà mis en place par les soignants. Le présent article a été réalisé dans le cadre d'un projet en partenariat avec un centre hospitalier, ce qui témoigne de la volonté de certaines directions d'établissement de renverser la tendance à la déshumanisation observée aujourd'hui dans les EHPAD en raison de la pression exercée sur les soignants dont le soin tend à se resserrer sur les besoins médicaux. La réalisation de l'étude a, en soi, permis une forme d'introspection de l'établissement, et il serait pertinent de déployer davantage de projets visant à rendre compte des pratiques quotidiennes en EHPAD, voire à créer des réseaux d'échanges autour de bonnes pratiques pour le bien-être des résidents.

Ce travail n'est pas exempt de limites, qui sont autant de perspectives pour de futures recherches. Notamment, il serait pertinent d'interroger plus encore comment les résidents eux-mêmes expérimentent ce *care*. Plus précisément, nous pensons que la prise en charge des besoins d'une personne dépendante pose la question de l'agentivité de ces personnes : être dépendant suppose-t-il de renoncer à son agentivité ? L'agentivité peut être définie comme l'expression de son autonomie de choix et de ses compétences susceptibles de favoriser la coopération et la co-création (e.g., Bentz et O'Brien, 2019; Robison et Jansson-Boyd, 2013). Quelle qu'en soit la raison et le degré, les



personnes âgées dépendantes ont besoin d'être assistées pour prendre certaines décisions. Stone et Gould (2016) montrent en cela que perdre sa capacité de prise de décision constitue une perte d'agentivité. La famille et les professionnels de santé jouent un rôle central dans le rôle d'aidant formel ou informel (Ducharme, 2006 ; Chatel et al., 2018). Ainsi, existe-t-il des formes d'agentivité au sein du processus de *care*, identifié dans cet article ? En quoi cela participe-t-il d'une forme d'*empowerment* des personnes âgées dépendantes (Berg, 2015) ? Répondre à ces questions viendrait en écho de précédents travaux qui interrogent, en creux, l'agentivité des personnes âgées dépendantes (e.g. Guillemot et al., 2022). Une autre limite du présent travail concerne notre focalisation sur les personnels soignants, quand bien même un ensemble d'autres acteurs effectuent du *care* envers les résidents. Avec le concept d'« ensemble de consommation » (ECE)⁴, Barnhart et Penaloza (2013) montrent comment les prises de décisions et les actions de consommation sont progressivement partagées et/ou déléguées à d'autres personnes – le conjoint, les enfants, d'autres membres de la famille, ou à des professionnels des services et des soins – à mesure que les capacités cognitives et physiques déclinent. De la même manière que dans la présente étude, il serait pertinent de décrire les mécanismes, les freins et les leviers du *care* au sein de ces ECE, sachant notamment qu'il peut s'y

⁴ Le concept d'ECE permet de traduire l'idée selon laquelle l'entourage devient partie-prenante de l'action des personnes dépendantes, et les négociations qui se passent au sein de cet ECE garantissent en partie l'agentivité des individus (Barnhart et Penaloza, 2013).



observer des « luttes de pouvoirs » autour des décisions et des prises en charge (Trees et Dean, 2018). En EHPAD, la vie en collectivité crée un nouvel ECE, et il serait pertinent d'approfondir si, au-delà des personnes habituellement incluses dans l'ECE (la famille, les soignants ; Huff et Cotte, 2016 ; Trees et Dean, 2018), d'autres personnes dépendantes qui partagent l'espace de vie pourraient faire partie d'ECE d'autres résidents.

Références

- Amine, Abdelmajid, Audrey Bonnemaizon, and Margaret Josion-Portail (2021), "The effect of carers' healthcare practices on the categorization of elderly patients as vulnerable", *Journal of Services Marketing*, 35(5), 604-616
- Anderson, Laurel, Jelena Spanjol, Josephine Go Jefferies, Amy L. Ostrom, Courtney Nations Baker, Sterling A. Bone, Hillary Downey, Martin Mende and Justine M. Rapp (2016), "Responsibility and well-being: resource integration under responsabilization in expert services", *Journal of Public Policy & Marketing*, 35(2), 262-279.
- Andreani Jean-Claude and Françoise Conchon (2005), « Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing », *Actes du 4ème Congrès des Tendances du Marketing Paris-Venise*, 21-22 janvier, Paris.
- Barnhart, Michelle and Lisa Peñaloza (2013), "Who are you calling old? Negotiating old age identity in the elderly consumption ensemble", *Journal of Consumer Research*. 39 (6), 1133-1153. [https://doi: 10.1086/668536](https://doi.org/10.1086/668536).

- Bentz, Julia, and Karen O'Brien (2019), "Art for change: Transformative learning and youth empowerment in a changing climate", *Elementa: Science of the Anthropocene*, 7 (1), doi: <https://doi.org/10.1525/elementa.390>
- Berg, Lisbet (2015), "Consumer vulnerability: are older people more vulnerable as consumers than others?", *International Journal of Consumer Studies*, 39(4), 284-293.
- Bonnemaizon, Audrey, Abdelmajid Amine, and Margaret Josion-Portail, M. (2020), « La participation des patients âgés à la relation de soins en question (s) », *Revue française de gestion*, 290, 107-127.
- Castanet, Victor (2022), « *Les fossoyeurs. Révélation sur le système qui maltraite* », Paris : Fayard
- Chatel, Pauline, Evelyne Bouteyre and C. Hardwigsen (2018), « La fratrie face à la dépendance d'un parent âgé: la place d'aidant des enfants à travers le dessin de la famille », *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 18(103), 27-37
- Chiquette, Sarah Pomar and Marie Beaulieu (2019). « Bientraitance des aînés : une nouvelle approche d'intérêt pour les travailleurs sociaux », *Intervention*, 150, 101-111.
- Cottet Isabelle, Graziella Marion, and Pascal Dreyer (2010), "Plaisir de manger et refus d'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes", *Gérontologie et Société*, 33(3), 207-215
- Desai, Vinit M. (2012), "The two faces of voluntary disclosure: quality improvement and organisational learning from self-reported problems", *British Journal of Management*, 23 (3), 344-360



Delouette, Ilona, and Laura Nirello (2017), « La régulation publique dans le secteur des Ehpad », *RECMA*, 2, 58-72.

Ducharme, Francine (2006), *Famille et soins aux personnes âgées*, Montréal: Beauchemin.

Dyen, Margot, Samuel Guillemot and Annick Tamaro (2021), "Attitudes towards dependence and consumption: a process rooted in past experience", *Journal of Marketing Management*, 1-21, doi.org/10.1080/0267257X.2021.2004198

Gherardi, Silvia and Giulia Rodeschini (2016), "Caring as a collective knowledgeable doing: About concern and being concerned. *Management Learning*", 47(3), 266-284

Grenade, Linda, and Duncan Boldy (2008), "Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings", *Australian Health Review*, 32(3), 468-78.

Guérin Laura (2016), « Faire Manger et Jouer le Jeu de la Convivialité en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). De l'Intensification des Contraintes de Travail Pendant le Service des Repas », *SociologieS*, <http://journals.openedition.org/sociologies/5404>

Guillemot Samuel, Margot Dyen and Annick Tamaro (2022), "Vital Service Captivity: Coping Strategies and Identity Negotiation", *Journal of Service Research*, 25(1), 66-85. doi:10.1177/10946705211044838

Huff, Aimme Dinnin, and June Cotte (2016), "The evolving family assemblage: how senior families "do" family", *European Journal of Marketing*, 50 (5/6), 892-915



- Iborra, Monique and Caroline Fiat (2018), « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », *Rapport d'information Assemblée Nationale France*, https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b0769_rapport-information# (consulté le 20 mai 2022)
- INSEE (2020), Tableaux de l'économie française – Edition 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291> (consulté le 20 mai 2022)
- Jensen, Barbara and Jiska Cohen-Mansfield (2006), "How do self-care routines of nursing home residents compare with past self-care practices?" *Geriatric Nursing*, 27(4), 244-251.
- Josion-Portail, Margaret, Abdelmajid Amine, and Audrey Bonnemaizon (2020), « Quand le temps du soignant rencontre les temporalités des personnes âgées vulnérables ». *Carnets de la Consommation*, 3, <https://doi.org/10.48748/NKW6-Y161>
- Kristiansen, Margrethe, Aud Obstfelder and Lotherington Ann Therese (2015), "Nurses' Sensemaking of Contradicting Logics: An Underexplored Aspect of Organisational Work in Nursing Home" *Scandinavian Journal of Management*, 31 (3), 330-337
- Libault Dominique (2019), *Concertation « Grand âge et autonomie »*, La Documentation Française, https://www.isere.fr/mda38/Lists/DocumentaryResources/Attachments/7282/rapport_grand_age_autonomie.pdf (consulté le 20 mai 2022)
- Marquier, Rémy, Thomas Vroylandt, Marie Chenal, Pierre Jolidon, Thibaut, Clément Peyrot, Thomas Straub and CamilleToldre (2016), "Des Conditions de Travail en EHPAD Vécues comme Difficiles par des Personnels très Engagés," *Les Dossiers de la DREES*, 5, 1-32

- O'Neill, Ciaran, Charlene Harrington, Martin Kitchener, and Debra Saliba (2003), "Quality of care in nursing homes: An analysis of relationships among profit, quality, and ownership". *Medical care*, 41(12),1318-1330.
- Ozanne, Julie L. (2011), "Introduction to the special issue on transformative consumer research: creating dialogical spaces for policy and action research", *Journal of Public Policy & Marketing*, 30(1), 1-4.
- Rachas, A., M. Thomas, C. Gastaldi-Ménager, and A. Fagot-Campagna, (2018), "Typologie des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes selon les caractéristiques des résidents issues du système national des données de santé », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(1), S51-S52.
- Rayburn, Steven W., Marlys J Mason, and Maarten Volkers (2020), "Service Captivity: No Choice, No Voice, No Power", *Journal of Public Policy & Marketing*, 39(2), 155-168.
- Robison, Rosalyn A. and Cathrine V. Jansson-Boyd (2013), "Perspectives on Sustainability: Exploring the Views of Tenants in Supported Social Housing", *Sustainability*, 5(12), 5249-5271.
- Ryan, Richard M., Veronika Huta, and Edward L. Deci. "Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia." *Journal of happiness studies* 9.1 (2008): 139-170.
- Sebastiano, Antonio, Valeria Belvedere, Alberto Grando and Antonio Giangreco (2017), "The effect of capacity management strategies on employees' well-being: a quantitative investigation into the long-term healthcare industry," *European Management Journal*, 35 (4), 563-573.
- Sharma, Shikha, Jodie Conduit and Sally Rao Hill (2014), "Organisational capabilities for customer participation in health care service innovation", *Australasian Marketing Journal*, 22(3), 179-188.



- Stone, Tim and Stephen J. Gould (2016), "Vulnerable consumers in the 'fourth age': theoretical reflections upon the case of Sandra Bem", *Journal of Marketing Management*, 32(3-4), 386-392.
- Sulmont-Rossé, Claire, Isabelle Maître, and Sylvie Issanchou (2010), « Âge, perception chimiosensorielle et préférences alimentaires », *Gérontologie et société*, 33(3), 87-106.
- Thompson, Craig J. (1996), "Caring consumers: Gendered consumption meanings and the juggling lifestyle", *Journal of Consumer Research*, 22(4), 388-407
- Timko, Christine and Rudolf H. Moos (1989), "Choice, Control and Adaptation among elderly residents of Sheltered Care setting", *Journal of Applied Psychology*, 19 (8), 636-655
- Trees, Rachel and Dianne Marion Dean (2018), "Physical and emotional nourishment: Food as the embodied component of loving care of elderly family relatives", *European Journal of Marketing*, 52 (12), 2405-2422
- Tronto, Joan C. (1993), *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, London: Routledge
- Tronto, Joan C. (2013), *Caring democracy*, New York University Press.
- Verleye, Katrien, Paul Gremmel and Deva Rangarajan (2014), "Managing Engagement Behaviors in a Network of Customers and Stakeholders: Evidence from the Nursing Home Sector", *Journal of Service Research*, 17 (1), 68-84
- Westin, Lars and Ella Danielson. (2007), "Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences", *Journal of Advanced nursing*, 60 (2), 172-180

