

Faculté de Médecine

Année 2025

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement
le 15 avril 2025

Par

Manon BLOTTIERE

**Le vécu psychologique des patients en EHPAD, étude qualitative en
Corrèze.**

Thèse dirigée par Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG

M. le Professeur Benjamin CALVET, PU-PH

Mme le Professeur Nadège LAUCHET, PAU-MG

M. Le Docteur Kévin HERAULT CCU-MG

Présidente

Juge

Juge

Juge



Faculté de Médecine

Année 2025

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 avril 2025

Par

Manon BLOTTIERE

**Le vécu psychologique des patients en EHPAD, étude qualitative en
Corrèze.**

Thèse dirigée par Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Examineurs :

M. Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG

M. M. le Professeur Benjamin CALVET, PU-PH

M. Mme le Professeur Nadège LAUCHET, PAU-MG

M. M. Le Docteur Kévin HERAULT CCU-MG

Présidente

Juge

Juge

Juge



Le 27 septembre 2024

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CALVET Benjamin	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

VANDROUX David ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION
ROUSSEL Murielle HEMATOLOGIE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

ALBOUYS Jérémy GASTROENTEROLOGIE
HAZELAS Pauline BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
COMPAGNAT Maxence MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ESCLAIRE Françoise BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
GEYL Sophie GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LABRIFFE Marc PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LALOZE Jérôme CHIRURGIE PLASTIQUE
LIA Anne-Sophie BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARGUERITTE François GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PARREAU Simon IMMUNOLOGIE
PASCAL Virginie IMMUNOLOGIE
RIZZO David HEMATOLOGIE
SALLE Henri NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj BIOLOGIE CELLULAIRE
TRICARD Jérémy CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

RUDELLE Karen

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan du 01-09-2019 au 31-08-2025

LAUCHET Nadège du 01-09-2023 au 31-08-2026

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean du 01-09-2023 au 31-08-2026

BUREAU-YNIESTA Coralie du 01-09-2022 au 31-08-2025

MIRAT William du 01-09-2024 au 31-08-2027

SEVE Léa du 01-09-2024 au 31-08-2027

Enseignant d'anglais

HEGARTY Andrew du 01-09-2024 au 31-08-2025

Professeurs Émérites

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2023 au 31-08-2024

LACROIX Philippe du 01-09-2024 au 31-08-2026

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2024

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2023 au 31.08.2025

VIROT Patrice du 01-09-2023 au 31-08-2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
BOYER Claire	NEUROLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
CUSSINET Lucie	ORL
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
FRAY Camille	PEDIATRIE
GRIFFEUILLE Pauline	IPR
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PERANI Alexandre	GENETIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
BAUDOIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERENGER Adeline	PEDIATRIE

BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOUTALEB Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE
CATANASE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
DELPY Teddy	NEUROLOGIE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GADON Emma	RHUMATOLOGIE
GEROME Raphaël	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
TALLIER Maïa	GERIATRIE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNIER Thibault	NUTRITION

Chefs de Clinique – Médecine Générale

HERAULT Kévin
CITERNE Julien
VANDOOREN Maïté

Praticiens Hospitaliers Universitaires

DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE

*“Vous êtes bon lorsque que vous marchez fermement vers votre but d'un pas intrépide.
Pourtant, vous n'êtes pas mauvais lorsque vous y allez en boitant. Même ceux qui boitent ne
vont pas en arrière.”*

Khalil GibranDe Khalil Gibran

Remerciements

A **Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER**, vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie très sincèrement. Je vous suis reconnaissante du semestre de phase socle passé à vos côtés. Vous m'avez enseigné une médecine comme peu de gens l'exercent. Merci pour votre encadrement. Soyez assurée de mon profond respect.

A **M. le Professeur Benjamin CALVET**, Je vous exprime ma gratitude pour avoir accepté d'évaluer mon travail et de faire partie de ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'assurance de mon profond respect

A **Mme le Dr. Nadège LAUCHET**, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci aussi de m'avoir acceptée pendant la première vague de Covid-19 en tant qu'étudiante de phase socle. Je suis reconnaissante des enseignements délivrés durant cette période.

A **M. le Dr. Kévin HERAULT**, Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté avec tant de gentillesse de participer à ce jury de thèse. Veuillez croire en l'assurance de ma parfaite et respectueuse considération

A Mme le Dr. **Jeanne BEDESSEM**, merci de m'avoir soutenue et d'avoir cru en moi. Je garderai toujours à l'esprit cette humanité dont tu fais preuve.

A **tous les participants** qui ont accepté de me recevoir et sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour. Un immense merci. Je garde un excellent souvenir du temps passé avec vous.

A **la coloc de Limoges, Léa, Elisa**, vous m'avez apporté beaucoup dans une période difficile.

Aux **Cirrho...** merci de m'avoir accueillie dans cette grande famille.

A **Boubou**, merci d'être passé certains après-midis de rédaction de thèse afin de réclamer quelques caresses et d'apaiser l'anxiété.

A **ma très chère amie Elhem, son époux Nicolas et leur fils Gabriel Adam**. Je remercie la vie et la médecine de m'avoir permis de croiser ton chemin. L'histoire commence par un voyage à l'est, une jam session, une chanteuse et se termine par une amitié chère à mes yeux.

A **ma marraine Edith et son mari Xavier**. Merci d'avoir été présente à chaque événement de ma vie. Tu m'as mis au monde et vous avez tous deux participé à mon parcours. Je suis reconnaissante de votre soutien et votre présence qu'elle soit physique ou non.

A **ma belle-famille**, Merci d'être là et de nous soutenir Thibault et moi-même.

A **Nicolas**, merci d'avoir apporté de la poésie dans ma jeunesse.

A **Khadija, Pierre et Lala**, la famille n'est pas toujours là où on l'attend.

A **Joli et Bobbey**, merci de m'avoir appris les rudiments de la politesse dans ma tendre enfance ainsi que la conduite.

A **Frédéric**, je suis contente que tu fasses partie de la famille.

A **mon père**, que j'aurai aimé voir ce jour à mes côtés.

A **ma mère** pour qui la vie n'a pas toujours été tendre et qui nous a toujours soutenues même si elle-même était loin d'être sereine. Merci de l'éducation et de l'enfance que vous nous avez offerte. Vous n'étiez pas parfaits mais je pense que l'essentiel était réuni.

A **ma sœur**, dont je suis fière. On est parfois maladroites, on aura plus de facilités à faire un gâteau ou un bon petit plat pour se dire que l'on s'aime. C'est comme ça chez nous.

A **Thibault** qui fut le premier à me conseiller cette région où il fait bon vivre. Après quelques années à se croiser sur les bancs de la fac, je suis fière de partager ta vie et je souhaite que notre chemin se poursuive encore un bon bout de temps.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 4.0 France** »

disponible en ligne : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



Liste des abréviations

INSEE : l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

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

CARE-Institutions : Capacités, Aides et Ressources des seniors

OMS : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personne Agée

CAS : Centre d'Analyse Stratégique

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources

APA : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

GIR : Groupes Iso Ressources

INED : l'institut national d'études démographiques

ANESM : L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médicaux-sociaux

CCNE : Commission on Collegiate Nursing Education

GMP : le GIR Moyen Pondéré

MMSE : Mini Mental State Examination

TSH : Thyroïde Stimulating Hormone

FT4 : Thyroxine libre

ECG : Electrocardiogramme

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

Table des matières

Introduction.....	24
I. Généralités et définitions	25
I.1. La personne âgée dépendante.....	25
I.1.1. La personne âgée	25
I.1.2. La dépendance	25
I.1.3. Le vieillissement.....	26
I.2. Le parcours d'institutionnalisation.....	26
I.2.1. L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	26
I.2.2. Les motivations de l'institutionnalisation	27
I.2.3. Les démarches.....	28
I.2.4. L'accueil	29
I.2.5. L'admission	29
I.2.6. Le projet personnalisé.....	29
I.2.7. Le consentement.....	29
I.2.8. Les freins au consentement.....	31
I.2.9. Les enjeux.....	31
I.2.10. Les informations.....	31
I.3. L'entrée en institution, une étape de vie ?	32
I.3.1. Le choc de l'institutionnalisation.....	32
I.3.1.1. Un tournant décidé	32
I.3.1.2. Une rupture endossée	33
I.3.1.3. Une rupture subie	33
I.4. La dépression chez le résident en EHPAD.....	33
I.4.1. La prévalence.....	33
I.4.2. Dépression et comorbidités.....	34
I.4.3. Dépression et démence	35
I.4.4. Dépression et maladie somatique.....	36
I.4.5. Autres facteurs favorisant la dépression	36
I.4.5.1. La dépendance.....	36
I.4.5.2. La perte d'autonomie.....	36
I.4.5.3. Les reconnaissances de sa compétence	37
I.4.5.4. Les sentiments d'appartenance.....	37

I.4.5.5. L'inactivité, l'ennui	37
I.4.5.6. Le sentiment d'abandon	38
II. Matériel et méthode.....	39
II.1. Les fondations du travail de recherche.....	39
II.1.1. L'objectif de la recherche	39
II.1.2. Le type d'étude.....	39
II.2. La population de recherche	39
II.2.1. La construction de la population de recherche	39
II.2.2. Le mode de recrutement.....	39
II.3. De la création à la réalisation des entretiens	41
II.3.1. L'élaboration du guide d'entretien	41
II.3.2. Le déroulement des entretiens individuels.....	41
II.4. La construction analytique	42
II.4.1. La retranscription	42
II.4.2. L'analyse des données	42
II.5. L'encadrement éthique	43
II.5.1. Le respect d'une démarche éthique durant l'étude	43
II.5.2. Les autorisations	43
III. Résultats	44
III.1. Caractéristiques de la population	44
III.1.1. Les caractéristiques de la population d'étude	44
III.2. Résultats du codage descriptif.....	45
III.3. Résultat du codage thématique	46
III.3.1. Le moment de bascule motivant l'institutionnalisation	46
III.3.1.1. A chaque résident son bagage.....	46
III.3.1.2. La richesse des motifs.....	48
III.3.1.2.1. Lorsque les critères bio médicaux interviennent.....	48
III.3.1.2.2. La place du psychologique dans la prise de décision.....	50
III.3.1.2.3. L'environnement, un élément décisif	51
III.3.1.3. A chaque démarche correspond son modèle.....	51
III.3.1.4. A chaque résident appartient son vécu	52
III.3.2. L'environnement extérieur à l'EHPAD.....	53
III.3.2.1. A chaque résident son histoire familiale	53
III.3.2.1.1. La proximité familiale	54

III.3.2.1.2. L'implication familiale	54
III.3.2.2. Les relations externes	55
III.3.3. L'environnement au sein de l'EHPAD	56
III.3.3.1. Le relationnel	56
III.3.3.2. Les activités	57
III.3.3.3. Les sorties	60
III.3.4. Le vécu négatif de la vie en EHPAD	61
III.3.4.1. Les facteurs pouvant influencer la dépression	61
III.3.4.1.1. La description négative de L'EHPAD	61
III.3.4.1.2. L'ennui	61
III.3.4.1.3. L'isolement/ la solitude.....	61
III.3.4.1.4. La nostalgie.....	62
III.3.4.1.5. Ne pas se sentir chez soi.....	62
III.3.4.2. Les signes de dépression	63
III.3.4.2.1. La dévalorisation.....	63
III.3.4.2.2. L'irritabilité.....	63
III.3.4.2.3. L'anxiété.....	63
III.3.4.2.4. L'aboulie.....	64
III.3.4.2.5. La tristesse.....	64
III.3.4.2.6. L'attente de la mort	64
III.3.4.2.7. Les idées suicidaires.....	64
III.3.4.3. Du déni, de la confusion ou l'espoir d'un dénouement différent ?	65
III.3.5. Le vécu positif de la vie en EHPAD	65
III.3.5.1. La description positive de l'EHPAD	65
III.3.5.2. La sécurité	66
III.3.5.3. Des besoins comblés	66
III.3.5.4. L'importance du rôle des soignants	66
III.3.5.5. Le bien être.....	67
III.3.5.5.1. La préservation de l'autonomie et la lutte contre l'ennui.....	67
III.3.5.5.2. Le soulagement	67
III.3.5.5.3. Se sentir chez soi.....	67
III.4. L'analyse matricielle	68
III.4.1. Les motifs motivant l'institutionnalisation	68
III.4.2. Les modèles de démarche d'institutionnalisation.....	70

III.4.3. Le vécu de la démarche d'institutionnalisation.....	71
III.4.4. L'environnement extérieur à l'EHPAD.....	71
III.4.5. L'environnement au sein de l'EHPAD	72
III.4.5.1. Les activités.....	72
III.4.5.2. Les liens sociaux	73
III.4.5.3. La description de l'EHPAD	74
III.4.6. Le vécu psychologique de la vie en EHPAD.....	75
III.4.6.1. Mécanisme réactionnel à l'institutionnalisation.....	75
III.4.6.2. Le vécu psychologique au sein de l'EHPAD	75
IV. Discussion.....	77
IV.1. Choix de la méthode	77
IV.2. Modèle explicatif et carte conceptuelle	77
IV.2.1. La carte conceptuelle.....	77
IV.2.2. Le parcours de pré-institutionnalisation	77
IV.2.3. Un nouveau lieu de vie	78
IV.2.4. Le vécu au sein de l'établissement.....	79
IV.2.4.1. Le mal être	79
IV.2.4.2. Le bien être	80
IV.3 L'analyse matricielle	81
IV.4 La validité externe.....	81
IV.3. Les forces de notre étude.....	82
IV.4. Limites de notre étude.....	82
IV.4.1. Limites liées à la méthodologie.....	82
IV.4.2. Limites liées aux interviewées	83
IV.4.3. Limites liées à l'analyse des données	83
IV.5. Les perspectives	83
Conclusion.....	85
Références bibliographiques.....	87
Annexes	92
Serment d'Hippocrate.....	120

Table des illustrations

Figure 1 : Les EHPAD en Corrèze. Le nombre d'établissement est représenté par un chiffre tandis que les autre points (bleu et blanc) correspondent à un seul établissement.40

Figure 2 : Durée d'institutionnalisation des participants45

Table des tableaux

Tableau 1 : Les caractéristiques sociodémographiques des participants	44
Tableau 2 : Les motifs d'institutionnalisation en fonction de l'âge	69
Tableau 3 : Les motifs d'institutionnalisation en fonction du genre	69
Tableau 4 : Les motifs d'institutionnalisation en fonction de la profession	69
Tableau 5 : Les motifs d'institutionnalisation en fonction du type d'EHPAD	70
Tableau 6 : Le modèle d'entrée en EHPAD en fonction de l'âge	70
Tableau 7 : Le modèle d'entrée en EHPAD en fonction de la profession	71
Tableau 8 : Le vécu de l'institutionnalisation en fonction de l'âge	71
Tableau 9 : Le type de contact et de relation en fonction de la durée d'institutionnalisation..	72
Tableau 10 : Les activités au sein de l'EHPAD en fonction de l'âge	72
Tableau 11 : Les activités au sein de l'EHPAD en fonction de la durée d'institutionnalisation	72
Tableau 12 : Les activités au sein de l'EHPAD en fonction de la profession	73
Tableau 13 : Les liens créés au sein de l'EHPAD en fonction du genre	73
Tableau 14 : Liens créés au sein de l'EHPAD en fonction de l'âge	74
Tableau 15 : Liens créés au sein de l'EHPAD en fonction de la durée d'institutionnalisation	74
Tableau 16 : La description de l'EHPAD en fonction de l'âge	74
Tableau 17: La description de l'EHPAD en fonction de la durée d'institutionnalisation.....	75
Tableau 18 : Les mécanismes réactionnels de l'institutionnalisation en fonction de l'âge	75
Tableau 19 : Le vécu psychologique en fonction du genre	76
Tableau 20 : Le vécu psychologique en fonction de l'âge.....	76
Tableau 21 : Le vécu psychologique en fonction de la durée d'institutionnalisation	76
Tableau 22 : Le vécu psychologique en fonction de la profession	76

Introduction

Le vieillissement de la population Française est un fait.

Avec l'allongement de l'espérance de vie grâce aux progrès médicaux, sanitaires et sociaux, on observe depuis plusieurs années l'arrivée aux âges avancés des générations issues du baby-boom (1).

En France, la part de la population âgée est définie selon l'Insee (Institut National de la statistique et des études économiques) par un âge supérieur à 65 ans (2). Au premier janvier 2024, la France compte 21.5% de Français ayant plus de 65 ans et 10.4% plus de 75 ans (3).

Selon les projections de population de l'Insee, avec un maintien des tendances démographiques observées jusqu'ici, la France pourrait compter 76,5 millions d'habitants au 1er janvier 2070. La quasi-totalité de la hausse de cette population concernerait les personnes de 65 ans ou plus (4).

Qui dit accroissement du nombre de personnes âgées dit potentiellement augmentation des besoins de places en institutions gériatriques et plus particulièrement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Selon une étude parue en 2022 et réalisée par la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), huit personnes sur dix âgés entre 75 et 90 ans y sont hébergées (5).

Concernant la part de la population étant amenée à bénéficier d'une place en EHPAD, il semble essentiel de s'interroger sur le vécu psychologique de l'institutionnalisation chez ces résidents.

L'entrée en EHPAD est un tournant dans la vie d'une personne âgée. On peut parler de rupture, s'accompagnant plus ou moins d'un choc émotionnel du fait de la confrontation à son propre vieillissement et à la perte d'autonomie. Dans la majorité des cas, elle survient lorsque toutes les alternatives sont épuisées et se réalise souvent dans un contexte d'urgence (hospitalisation avec retour à domicile impossible). Bien que l'institutionnalisation offre des avantages concernant les nouveaux besoins, il existe aussi des inconvénients (6,7).

Selon les enquêtes CARE-Institutions (Capacités, Aides et Ressources des seniors) réalisées par la DRESS en 2015 et 2016, concernant l'état psychologique des séniors en EHPAD, déjà un tiers des séniors en EHPAD étaient en détresse psychologique contre un quart des plus de 75 ans vivant à domicile.

De plus, 56 % des résidents en structure rapportent avoir souffert de fatigue, de lassitude ou d'épuisement pendant l'année contre 44 % hors résidences (8,9). La perte d'appétit et le manque de motivation dans la réalisation des activités quotidiennes se trouve être deux à sept fois plus fréquents chez les séniors en hébergement versus ceux restés à domicile.

18% des seniors vivant en établissement spécialisé déclarent souffrir de dépression contre 7% des personnes âgées non institutionnalisées. Près de la moitié des résidents sont sous antidépresseurs (47%) comparé à un séniors sur sept âgé de plus de 75 ans et vivant à domicile (10).

Devant ce constat, nous avons souhaité comprendre comment les résidents d'EHPAD en Corrèze vivent leur institutionnalisation sur le plan psychologique.

I. Généralités et définitions

I.1. La personne âgée dépendante

I.1.1. La personne âgée

La vieillesse connaît plusieurs définitions. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le critère d'âge retenu pour décrire une personne âgée (PA) est de soixante-ans et plus.

Le centre d'analyse stratégique (CAS) a défini la personne âgée à travers un croisement de critères regroupant l'état de santé et d'âge. C'est autour de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade et que des vulnérabilités peuvent apparaître. Concernant les personnes de 75 à 85 ans qui, malgré leur état de santé, peuvent parfaitement être autonomes, ils sont désignés comme faisant partie du « troisième âge ». Tandis qu'au-delà de 85 ans, le « grand âge », la perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne s'accroît très fortement (11).

La définition sociale quant à elle, se réfère à l'âge de cessation d'activité professionnelle.

L'âge n'est qu'un indicateur partiel et fait partie d'un ensemble de facteurs qui en s'associant vont définir la personne âgée. Dans ces facteurs, on retrouve le vieillissement physiologique du corps humain qui s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. La diminution des réserves fonctionnelles est à l'origine d'une baisse de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression.

Celui-ci impacte tous nos organes et peut-être accéléré par nos habitudes de vie et l'apparition de maladies chroniques qui en résultent. Tout comme il peut être ralenti. Cela repose sur une bonne hygiène de vie, en évitant les facteurs de risques des pathologies évitables.

Ainsi, le vieillissement est hétérogène et n'est seulement âge dépendant (12).

En pratique, les services destinés aux PA accueillent des personnes qui ont au moins soixante-quinze ans. D'autre part, la perception de la vieillesse ou de celle des autres est variable et très relative selon les personnes ou le contexte (13).

I.1.2. La dépendance

La dépendance est définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer les actes de la vie quotidienne sans aide. Qu'elle soit physique, psychique ou sociale, l'individu est dans l'incapacité de s'adapter à son environnement et nécessite de recourir à un tiers (14,15).

La dépendance peut se manifester sous différentes formes :

- Physique
- Cognitive ou psychique
- Affective
- Economique (16)

Son évaluation peut être réalisée par le biais de différentes grilles. La plus connue étant la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) qui est utilisée pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ainsi que de la tarification des établissements pour personnes âgées. Elle permet une classification en six Groupes Iso Ressources (GIR) (Annexe 1.1). Sachant qu'une personne âgée est considérée comme dépendante à partir du GIR 4. Les GIR 1 et 2 regroupent les personnes les plus dépendantes (17,18).

Les autres échelles les plus utilisées :

- Activités de la vie quotidienne (ADL de KATZ) (Annexe 1.2)
- Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton) (Annexe 1.3)
- Index de Barthel (Annexe 1.4)

Etablir un plan d'aide qui repose sur une évaluation gérontologique multidisciplinaire :

Evaluation :

- De l'état mental (cognition, thymie)
- De l'état nutritionnel
- De la marche et du risque de chute
- De l'adaptation au domicile
- De l'aidant et du tissu social (y compris capacités financières)
- Des besoins liés au suivi des pathologies et des traitements (19)

I.1.3. Le vieillissement

Le vieillissement peut avoir plusieurs dimensions.

La dimension démographique du vieillissement est définie par l'institut national d'études démographiques (INED) comme l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population d'un pays ou d'une région (20).

La dimension médicale décrit le vieillissement naturel ou sénescence comme découlant de l'ensemble des processus physiologiques modifiant la structure ainsi que les fonctions de l'organisme à l'âge mûr. Il est la résultante des effets de facteurs génétiques et environnementaux auxquels l'organisme est soumis durant toute sa vie. C'est un processus lent et progressif. L'état de santé résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles) et actuelles, qu'elles soient chroniques ou aiguës (21).

I.2. Le parcours d'institutionnalisation

I.2.1. L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Un EHPAD est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées. Pour être accueilli en EHPAD, il faut être âgé de plus de 60 ans et être dépendant (22).

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médicaux-sociaux (ANESM) a établi sur deux ans (2011-2012) quatre recommandations portant sur la qualité de vie en EHPAD.

L'objectif d'améliorer la qualité de vie des résidents se décline selon 4 axes :

- L'accueil et accompagnement de la personne
- Le cadre de vie et la vie quotidienne
- La vie sociale des résidents
- L'impact de la santé sur la qualité de vie

Les destinataires de cette recommandation sont :

- Les professionnels des EHPAD
- Les organismes gestionnaires des établissements
- Les intervenants extérieurs (libéraux, bénévoles, ...) (23).

Depuis la loi « Bien vieillir » du 8 avril 2024, l'EHPAD garantit que :

- Chaque jour, les résidents peuvent recevoir des visites sans nécessité d'en informer au préalable l'établissement ;
- Les résidents peuvent accueillir leurs animaux de compagnie, sous certaines conditions (assurer les besoins de l'animal et respecter les conditions d'hygiène et de sécurité) (24).

I.2.2. Les motivations de l'institutionnalisation

Si l'on s'intéresse à la trajectoire de vie des personnes âgées, la période qui précède l'entrée en EHPAD est composée d'évènements prédisposants et fragilisants.

On retrouve différents facteurs motivant l'institutionnalisation :

- L'état de santé
- La diminution des performances cognitives
- Les troubles du comportement
- La dépendance
- L'isolement social
- L'inadaptation de l'environnement
- L'épuisement de l'entourage et des aidants
- L'absence ou insuffisance de structures professionnelles
- Les ressources financières insuffisantes

Certains évènements de vie peuvent être à l'origine d'un point de rupture et précipiter la décision de l'institutionnalisation :

- La dégradation subite de l'état de santé
- Le décès du conjoint
- L'hospitalisation (25)

L'abandon du domicile au profit de structures institutionnelles n'est pas une décision anodine (26).

Ce changement de lieu de vie doit-être préparé et accompagné afin de structurer avec le futur résident, un projet de vie qui puisse intégrer l'acceptation de la perte du domicile et le préparer au nouveau logement. Certains placements sont malheureusement non ou mal préparés (sortie d'hospitalisation), sans réel consentement de la personne et peuvent être à l'origine de traumatismes psychologiques.

L'évaluation gériatrique permet d'améliorer la prise en charge de la personne âgée au sein de l'EHPAD et de guider au mieux le choix entre le renforcement des aides au domicile ou l'institution.

La dépendance est au centre de l'évaluation et se trouve être un témoin de la diminution des capacités fonctionnelles des différents appareils. Elle guide les interventions de réhabilitation (27).

I.2.3. Les démarches

La demande d'admission en EHPAD est réalisable par le biais d'un dossier national. Celle-ci est possible en ligne dans près de 80 départements grâce au portail internet ViaTrajectoire®

Tous les établissements utilisent ce dossier national. Il peut également être utilisé pour :

- Les petites unités de vie (EHPAD de moins de 25 places) ;
- L'hébergement temporaire ;
- L'accueil de jour.

Pour ce faire, deux volets sont à compléter :

Le volet administratif

Celui-ci recueille :

- Les informations administratives : état civil, situation familiale, lieu de vie de la personne concernée à la date de la demande, coordonnées des personnes à contacter, protection juridique, aspect financier.
- Des précisions sur le contexte de la demande : motivations, date d'entrée souhaitée, les aides financières.
- Le nom de la personne à contacter au sujet de la demande.
-

Les documents à joindre au dossier sont :

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- Les justificatifs des pensions de retraite.

Le volet médical

Celui-ci peut être accessible à tous médecin généraliste via la plateforme internet avec sa carte CPS (Annexe 2) ou en format papier. Le médecin coordonnateur pourra ainsi se prononcer sur la demande (28).

I.2.4. L'accueil

Si une rencontre entre l'établissement et le résident est effectuée en amont de l'institutionnalisation, celle-ci permet de créer un cadre dans l'objectif de sceller la relation d'accompagnement et d'améliorer le passage en institution.

I.2.5. L'admission

Il s'agit d'une procédure administrative qui vise à créer une concordance entre la demande de prise en charge et les conditions à remplir pour y prétendre :

- Le profil de l'individu correspond-il à l'agrément ainsi qu'aux compétences de l'établissement ?
- L'établissement offre-t-il des prestations et des conditions adaptées ?
- Possède-t-il de la place ?

Les différentes étapes idéales de la procédure :

- La prise de contact avec la famille ;
- La réalisation d'un dossier ;
- La visite de l'établissement ;
- L'examen du dossier par une commission non légale ;
- La réalisation d'une seconde rencontre.

I.2.6. Le projet personnalisé

La notion de « projet de vie » est employée dans une logique institutionnelle. Le projet de soins, quant à lui, est élaboré par le médecin coordonnateur par le biais de l'équipe de soins.

L'arrêté relatif aux EHPAD mentionne néanmoins un « projet personnalisé » pour chaque résident.

La liberté de choix de la personne, le respect de ses attentes ou le rôle de son entourage sont ainsi définis.

L'entrée en institution devrait être une démarche de co-construction entre le futur résident (son représentant légal) et les équipes professionnelles (28).

I.2.7. Le consentement

Consentir suppose :

- Discernement (aptitude à comprendre)
- Autonomie de la volonté (Capacité à se déterminer et faire des choix).

Une personne vulnérable peut avoir conservé ses capacités de compréhension suffisante afin d'exprimer ses choix (29).

Un cadre juridique qui promeut le consentement :

Loi du 2 janvier 2002

Elle tend à promouvoir l'autonomie, la protection des individus et l'exercice de leur citoyenneté. Les principaux axes abordés sont :

- Le renforcement du droit des usagers
- L'élargissement des missions de l'action sociale
- L'organisation et la coordination des acteurs du domaine médico-social et social (30).

Loi du 4 mars 2002

Elle est relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Le droit à l'information du patient. Les principaux axes abordés sont :

- L'accès au dossier médical du patient et de ses ayants droit
- Le droit au consentement éclairé
- L'indemnisation des accidents médicaux fautifs et non fautifs (31).

Loi du 22 avril 2005

Elle est relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Il est stipulé que tout patient est en droit de considérer qu'un traitement constitue pour lui une obstination déraisonnable et peut de ce fait le refuser, même si les conséquences sont vitales.

Il peut alors bénéficier d'un accompagnement palliatif.

Plus particulièrement, la loi impose l'interdiction d'obstination déraisonnable aux soignants. Elle permet d'arrêter des traitements chez un patient qui n'est plus en état d'exprimer sa volonté, s'il est estimé que leur poursuite n'a plus de sens sur le plan médical et sous couvert d'une procédure collégiale (32).

Loi du 5 mars 2007

Elle est relative à la protection juridique des majeurs.

La mesure de protection est prise sur décision du juge des tutelles. Il décide de l'ouverture de la mesure et du degré de protection en s'appuyant sur une expertise médicale qui permet de constater l'altération de l'état de santé de la personne. De plus, il désigne une personne chargée d'assurer cette protection, un tuteur ou un curateur, priorisant les membres de la famille, les proches et à défaut un professionnel.

Ces mesures de protection sont organisées selon un principe de graduation. Les effets doivent être adaptés à l'état de vulnérabilité de la personne. Principe qui est rappelé à l'article 440 du Code civil.

Trois types de mesures existent: la sauvegarde de justice, la curatelle ou tutelle et l'habilitation familiale (33).

I.2.8. Les freins au consentement

L'urgence est le premier frein au consentement dans la mesure où une entrée est souvent précipitée.

En dehors de l'urgence, le manque d'information, qu'il provienne des services hospitaliers, de la famille ou de l'EHPAD se trouve être à l'origine de freins au consentement « éclairé ».

Il est aussi important de souligner que l'âge, la dépendance et la perte d'autonomie peuvent être une limite à son l'adhésion.

I.2.9. Les enjeux

Les enjeux de cette démarche sont primordiaux.

Le premier impact de l'institutionnalisation concerne l'identité sociale de l'individu.

En effet, ce changement de cadre de vie, cette confrontation à de nouvelles odeurs, de nouveaux bruits et de nouveaux visages jusqu'alors inconnus est à risque de perte d'identité de la personne âgée. De plus, il peut être vécu comme un abandon du domicile, un « dépouillement » personnel. L'entrée en institution c'est aussi se reconnaître comme étant dépendant, le sentiment d'utilité est questionné, l'individu se sent évalué et catégorisé.

Pour ce qui est de la dynamique familiale, il est important d'être conscient de la charge émotionnelle concernant la décision de placer son parent.

L'individu institutionnalisé se trouve démuné dans son rôle de protecteur.

L'entrée en établissement peut non seulement majorer un sentiment d'abandon préexistant mais peut aussi réactiver d'anciens événements (absences, indifférences, conflits, maltraitements, séparations, rivalités...). Au risque de créer des projections d'insatisfaction sur les enfants, des refoulements (réactions agressives) ou charge négative, dépréciative et dépressive (culpabilisation des enfants).

Alimentant ainsi la culpabilité des enfants, leur épuisement et la honte de l'évolution du parent institutionnalisé.

D'autre part, le fait de participer à la demande d'entrée en institution voire d'en être l'auteur, favorise l'adaptation du résident et sa qualité de vie au sein de l'établissement.

I.2.10. Les informations

Arrêté du 26 avril 1999 :

« La direction de l'établissement doit fournir à la personne âgée et à sa famille une information claire sur le fonctionnement de l'institution, les droits et les obligations du résident, ses conditions d'accueil et de prise en charge, notamment lors de l'entrée en institution, à l'occasion de la remise au résident ou, le cas échéant, à son représentant légal du livret d'accueil, du règlement et du contrat de séjour. »

Charte des droits et libertés, art.3 :

« La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine. La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative. »

L'information doit comporter des éléments le fonctionnement de l'établissement et les droits individuels et collectifs de la personne.

Les risques d'une mauvaise information ou d'une mauvaise compréhension sont :

- Un décalage entre les attentes et la réalité de la vie collective,
- Un refus des règles de la vie en collectivité
- Une incompréhension des coûts financiers,
- Une mauvaise appréciation de la perte d'autonomie ou de la dégradation de la santé (34).

I.3. L'entrée en institution, une étape de vie ?

Les représentations sociales ainsi que le parcours d'institutionnalisation présenté par les politiques publiques font des maisons de retraite le « dernier recours » des personnes devenues des charges trop lourdes pour les familles ou pour la société (34,35).

En 2006, une étude publiée par la DREES intitulé : « *la clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées -situation au 31 décembre 2003* » vient renforcer le fait que les personnes accueillies en institution sont très âgées (36).

I.3.1. Le choc de l'institutionnalisation

Pour surmonter cet événement, certaines continuités entre le domicile et la maison de retraite sont mises en place tel que : l'aménagement de la chambre avec des meubles et autres objets personnels mais aussi la nécessité de mettre en place les visites de la famille ou des relations extérieurs afin de réduire l'écart entre ces deux univers.

I.3.1.1. Un tournant décidé

On peut observer ce comportement chez les résidents ayant décidé de longue date et de leur propre chef d'entrer en institution hors contexte médicale ou sociale (34). Souvent, ces personnes possèdent un certain capital culturel et économique et ont un réseau familial solide et actif. Leur objectif est de trouver un lieu adapté à leur vieillissement et ne pas faire peser leurs handicaps éventuels sur leurs enfants.

La maison de retraite est alors choisie de manière stratégique à proximité de leur ancien domicile ou de leurs parents.

Parfois, les connaissances au sein de l'EHPAD sont des arguments supplémentaires au choix de l'établissement.

Les contributions des enfants dans le choix du mobilier par exemple, vont matérialiser de multiples façons le soutien moral apporté à la décision.

Assumer l'entrée en institution et défendre ce choix de façon positive permet de s'approprier le lieu et d'y convier ses enfants, ses amis ou ses anciens voisins. C'est une façon d'entretenir une continuité entre la vie à domicile et celle au sein de l'institution.

Il en va de même pour les habitudes de vie telles que faire le ménage. Ces reconductions d'habitudes vont-elles aussi participer à la réduction des écarts entre le domicile et la vie en EHPAD.

Cependant, beaucoup d'entrées en institution vont être qualifiée de « rupture » entre le domicile et la vie en collectivité.

I.3.1.2. Une rupture endossée

Ce parcours concerne principalement les personnes ayant connu des histoires de vie très accidentées telles que la précarité.

Dans ce contexte, l'entrée en institution peut offrir un cadre stable et apporter une sérénité.

Seul le savoir-faire personnel sera retenu de l'ancien univers. Ainsi, l'individu gagne une reconnaissance jusqu'alors inconnue.

I.3.1.3. Une rupture subie

Il arrive que l'entrée en institution coïncide avec des accidents de vie (veuvage, handicap, maladie invalidante) et participe à des ruptures identitaires. Les résidents ne reconnaissent alors plus leur vie, leurs proches et ne se reconnaissant pas eux-mêmes dans l'institution.

Ces évènements de vie obligent parfois la famille ou le réseau d'assistance à faire appel dans l'urgence à un établissement d'accueil. De la rapidité du placement en ressort sa violence symbolique. L'individu n'a alors pas eu le temps d'intérioriser la décision (35).

I.4. La dépression chez le résident en EHPAD

I.4.1. La prévalence

La prévalence de la dépression chez la personne âgée de 65 ans est d'environ 15% (36).

Concernant la dépression chez les résidents en EHPAD, 36 études menées dans divers pays ont retrouvé des taux de prévalence allant de 2 % à 61 %. Les prévalences moyennes ont été calculées pour les symptômes dépressifs, la dépression mineure et la dépression majeure. Ainsi, les moyennes trouvées pour les symptômes dépressifs sont de 43,9 %, pour la dépression mineure 25,7 % et 15,5 % pour la dépression majeure (37).

Non seulement les symptômes ne sont pas suffisamment repérés mais ils ne donnent pas assez lieu à des investigations et plus particulièrement chez les patients présentant des troubles cognitifs (38).

La dépression en institution est la principale maladie de la personne âgée, elle altère sa qualité de vie et se trouve être responsable de surmortalité (39,40).

Les signes d'appel d'une dépression en institution sont :

- L'apparition de sentiment d'inutilité et de culpabilité sans objet, même si ce deuxième signe est moins fréquent que pour l'adulte plus jeune,
- Une incapacité à se concentrer, des plaintes mémoire sans réalité objectivée et des difficultés à prendre des décisions ;
- Une incurie, des difficultés exécutives, un repli sur soi et une clinophilie ;
- La rupture des liens amicaux, sociaux, familiaux avec le refus de participer aux activités et le refus de manger en salle à manger ;
- Une fatigue persistante ;
- Une agitation psychomotrice, une agressivité et une perte du sommeil ;
- Une perte récente de l'appétit ou au contraire une boulimie avec modification du poids ;
- Des ruminations anxieuses ;
- Des idées noires, des idées récurrentes de suicide ;
- Des hallucinations, des idées chaotiques, voire délirantes (41,42)

I.4.2. Dépression et comorbidités

La maladie physique se trouve être considérée comme un facteur de risque de dépression chez les personnes âgées.

Les changements biologiques, l'adaptation psychologique et le stress tout au long de l'âge adulte influencent l'apparition de la dépression chez les sujets jeunes. Tandis que le risque de dépression chez les adultes plus âgés serait davantage caractérisé par des troubles médicaux et neurologiques comorbides (40).

PM Lewinsohn, H. Hoberman, L. Teri et M. Hautzinger (1985) ont réalisé un modèle intégratif de dépression afin de prédire si la maladie se trouve être un facteur de risque de dépression. Celui-ci a été testé dans un échantillon communautaire de personnes âgées suivies longitudinalement. Ils ont ainsi pu constater que la déficience fonctionnelle est un facteur de risque significatif de dépression, quel que soit le statut de la maladie. La maladie ne prédisait pas l'apparition d'une dépression majeure et elle n'interagissait pas non plus avec la déficience pour prédire la dépression (41).

Le bilan d'une dépression en institution comporte :

- Un entretien semi directif. Screening : avec une grille de type Geriatric Depression Scale (45) ;
- Le recueil de l'histoire récente de la maladie incluant l'évaluation d'idées suicidaires, l'historique des médicaments actuels ;
- L'identification des antécédents incluant des essais d'antidépresseurs ;
- Un bilan cognitif à l'aide des tests : MMSE (Mini Mental State Examination)(46), Test de l'Horloge (47) ;
- La réalisation d'un bilan biologique comportant : ionogramme, glycémie à jeun, créatininémie, numération globulaire complète, TSH (Thyroïde Stimulating Hormone), FT4 (Thyroxine libre), vitamine B12 (également appelé Cobalamine) et niveau de folates, albumine sérique si risque de dénutrition ;
- La réalisation d'un ECG (électrocardiogramme) si on envisage de prescrire un antidépresseur tricyclique ou un médicament susceptible de modifier les propriétés électriques du cœur ;
- L'enregistrement d'une polysomnographie nocturne si trouble du sommeil, pauses respiratoires la nuit signalés par des ronflements, un surpoids et une fatigue au réveil matinal ;
- La réalisation d'une IRM (Imagerie par résonance magnétique) pour confirmer un diagnostic de dépression vasculaire (48).

I.4.3. Dépression et démence

On ne peut pas parler d'EHPAD sans parler de troubles cognitifs. En effet, soixante-dix à quatre-vingts pour cent des résidents présentent des troubles cognitifs.

Il est avéré que la dépression inaugure parfois la maladie démentielle ou l'aggrave. Lorsque le résident présente des traits pré-démenciels il est fréquent que les troubles confusionnels se retrouvent précipités par la dépression. Dans ce cas, il est possible de mettre en place une épreuve thérapeutique par antidépresseur afin de réaliser une aide au diagnostic différentiel d'une démence débutante. Bien que le traitement en lui-même ne mette pas à l'abri d'une possible évolution vers une démence.

La dépression favorise les troubles exécutifs ainsi que les désordres frontaux chez les sujets âgés. Elle altère les processus vitaux d'anticipation. Dans ce cas, le scanner cérébral permet d'observer une atrophie frontale partielle et si on réalisait une scintigraphie cérébrale, celle-ci pourrait mettre en évidence une hypoperfusion cérébrale notamment lorsqu'il existe des antécédents de dépression chronique ou une longue histoire de troubles bipolaires.

La dépression précipite aussi les troubles comportementaux et psychiatriques associés à la démence.

Il est possible de résumer quelques liens hypothétiques entre dépression et démence chez la personne âgée.

- Les traitements de la dépression pourraient faciliter la démence ;
- Démence et dépression ont une communauté de facteurs de risque ;
- La dépression est un prodrome de la démence ;
- La dépression est réactionnelle au déclin cognitif ;
- La dépression favorise une révélation précoce des signes de démence ;
- La dépression entraînerait enfin des altérations structurales au niveau de l'hippocampe par le biais des hormones gluco-corticoïdes (49,50).

I.4.4. Dépression et maladie somatique

La corrélation entre la vieillesse et la maladie somatique est très ancrée dans les représentations sociales. La dépression semble se retrouver intriquée à des pathologies organiques (51).

I.4.5. Autres facteurs favorisant la dépression

I.4.5.1. La dépendance

C'est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Elle précède le plus souvent l'entrée en EHPAD. On parle de rupture, de perte d'autorité sur l'environnement social qui était maîtrisé jusque-là.

Les représentations internes de chaque individu ainsi que l'histoire et le parcours de vie, peuvent influencer les attitudes et de ce fait l'adaptation aux événements de vie comme l'entrée en établissement. Elles peuvent ainsi influencer sur l'installation de la dépression.

La personne âgée qui devient dépendante est considérée en perte d'autonomie. La confusion entre dépendance et perte d'autonomie peut entraîner des conséquences déplorables (52).

I.4.5.2. La perte d'autonomie

L'autonomie se réfère au libre choix de la personne, à sa capacité à se gouverner soi-même. La dépendance physique ne signifie pas la perte d'autonomie psychique. Celle-ci devrait être respectée en EHPAD.

Le choix de l'institutionnalisation en EHPAD se fait rarement spontanément et de bon cœur.

Il est plus aisé pour une personne âgée d'éprouver le sentiment d'avoir choisi sa situation en fonction de ce qu'elle est, de ses valeurs, de ses intérêts et de ses capacités résiduelles, et quand ses choix sont validés.

Le résident qui se sent soutenu dans ses engagements, s'investit plus facilement par goût et non par obligation. Les bénéfices qui en découlent lui permettent : de développer ses habiletés, d'acquérir de nouvelles compétences, d'approfondir et d'étendre ses connaissances, de s'engager et de s'impliquer ainsi que de s'ouvrir sur la découverte d'autrui.

Une personne ayant satisfait au cours de sa vie son besoin d'autonomie d'une manière intrinsèque s'ajuste plus facilement aux transitions de vie.

Inversement, si la personne rentre en EHPAD pour "faire plaisir" à ses enfants par exemple, elle le fera payer à ces derniers ainsi qu'aux soignants, en manifestant certaines insatisfactions (53–58).

I.4.5.3. Les reconnaissances de sa compétence

Afin de maintenir une emprise cohérente sur le monde, l'individu a besoin d'une quête de sens que l'on retrouve par le biais de la pensée, d'une quête de relation via la parole ainsi qu'une quête d'espérance via l'imagination (59).

Malheureusement, il arrive que ces trois espaces se retrouvent écrasés par l'excès de raison ou l'autorité en établissement.

Bien que la sécurité et les besoins élémentaires soient satisfaits, en est-il de même concernant les autres besoins dont la satisfaction est jugée essentielle par Maslow ?

Tous les troubles du comportement ne sont pas systématiquement liés à une pathologie psychiatrique chez le sujet âgé.

Il est important de se rappeler que chaque résident a son histoire, qu'il joue un rôle social et familial bien qu'il soit en EHPAD.

La négation des spécificités d'histoire de vie personnelle et des singularités identitaires freine l'intégration des différences liées à la personne, pour ne plus voir que la maladie personnifiée (60).

I.4.5.4. Les sentiments d'appartenance

L'appartenance d'un individu à un groupe passe aussi par son image corporelle.

L'estime de soi, le sentiment de responsabilité, la confiance et tout ce qui peut découler de l'appartenance à une société se retrouve renforcé par la réappropriation de l'image corporelle via les soins et le souci esthétique. Il en va de la qualité de vie, de l'appartenance et de la confiance en soi.

Dans le cas contraire, il est fréquent d'observer des conséquences somatiques, telles que l'incontinence. Il est donc important de ne pas tout mettre sur le compte de la démence. Ces conséquences font écho à la perte de contrôle vécue douloureusement dans et à travers la dépression.

Il est nécessaire de travailler le sentiment d'appartenance afin de redonner une dignité aux résidents et de lutter contre la maltraitance (61).

I.4.5.5. L'inactivité, l'ennui

La dépendance, l'inactivité et l'ennui sont des facteurs aggravant de la dépression.

La fréquence ainsi que la gravité de la dépression est conditionnée par le nombre de pathologies somatiques évoluant chez le sujet âgé.

Selon une étude réalisée en 2012, portant sur une cohorte de 7 240 femmes âgées de plus de 65 ans à l'inclusion et suivies 20 ans, certaines pathologies telles que l'infarctus du myocarde, le diabète et l'obésité, conditionnent l'apparition de dépression graves et résistantes (61).

I.4.5.6. Le sentiment d'abandon

La plainte de solitude chez la personne âgée est fréquente, que la famille soit présente ou non.

Le sentiment de solitude peut se manifester dans un contexte d'insatisfaction de la qualité des liens noués avec leur entourage familial (Trépiéd, 2014).

Il est possible de se sentir isolé de multiples manières : géographique, sociale, affective, mais on sentira éventuellement la solitude sans qu'aucun des critères d'isolement ne soit présent.

La solitude est alors envisagée comme une expérience qui se loge au cœur même des liens sociaux (Chao et al., 2015).

La solitude renvoie à un sentiment d'inutilité et d'abandon qui est renforcé par leur désaffiliation sociale (Van de Velde, 2011).

Le vécu de la solitude fait le lit des dépressions résistantes ainsi que de l'évolution démentielle.

L'organisme humain a besoin pour s'épanouir de s'engager dans des activités, d'être stimulé, d'exercer ses habiletés, ses compétences et d'établir des liens au sein de groupes sociaux (62).

Un contexte social moins accueillant, menaçant ou exerçant une trop grande rigidité pourrait, à tout âge ne pas répondre à ces besoins au risque de dégrader l'estime de soi et d'entraîner des répercussions psychologiques négatives (63).

La sécurité, les principes de précaution, les contraintes de la vie collective, les réglementations ainsi que le pouvoir disciplinaire peuvent être des freins à l'épanouissement, l'individu n'est plus maître de son environnement.

Malgré le confort hôtelier et la prévenance des soignants, il existe une variabilité du bien-être des personnes âgées en institution qui dépend entre autres de l'organisation interne de l'institution et de la capacité à laisser les personnes âgées vivre leur libre détermination (64).

Si cette dimension est prise en compte, la qualité de vie en EHPAD est comparable au domicile. L'autodétermination se révèle être un enjeu dans le bon vieillissement.

Elle peut malheureusement se retrouver amputée par la dépression et être confondue avec une présentation déficitaire, voire assimilée à l'apathie si celle-ci n'est pas diagnostiquée.

L'élaboration et la planification du quotidien auprès des résidents en EHPAD ainsi que la mise en place d'exercices physiques et d'activités permettent d'impliquer le sujet âgé, de le rendre acteur de sa vie et ainsi prévenir la dépression. De ce fait il est important de porter une attention particulière à la parole ainsi qu'au corps afin de limiter au maximum la passivité, l'attente et de créer un partenariat dans le soin.

Les objectifs sont de permettre aux résidents de retrouver une certaine autonomie, de faire des projets, renforcer ainsi la confiance en soi et l'estime de soi (65–67).

II. Matériel et méthode

II.1. Les fondations du travail de recherche

II.1.1. L'objectif de la recherche

Notre objectif de recherche était de décrire le vécu psychologique des personnes âgées institutionnalisées en EHPAD.

La question de recherche était : Quel est le vécu psychologique des résidents en EHPAD ?

L'agrément de thèse a été validé le 17 juillet 2023 par la commission des thèses de la faculté à la suite d'un processus de réflexion autour des critères d'exclusions.

II.1.2. Le type d'étude

Afin de répondre à notre objectif de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative dont l'analyse est inspirée de l'approche interprétative phénoménologique.

Le choix de la méthode repose entièrement sur la question de recherche : explorer le vécu du résident en EHPAD, afin d'en dégager son impact sur le bien être psychologique au sein de l'établissement. Ces variables ne pouvant ni être mesurables ni quantifiables.

La recherche qualitative correspondait parfaitement à cette recherche de santé dans la mesure où celle-ci s'intéresse à la compréhension d'un phénomène social dans une population donnée par le biais d'une démarche inductive.

Par ailleurs, le choix de l'approche par une analyse interprétative phénoménologique a été guidée par le souhait de recueillir l'expérience de vie ressentie et comprise par les résidents volontaires. On privilégie ainsi une description détaillée et riche des expériences vécues, en utilisant le langage des participants.

De ce fait, la réalisation d'entretiens exclusivement individuels menés à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé non rigide a permis de considérer le participant comme un univers singulier à explorer.

II.2. La population de recherche

II.2.1. La construction de la population de recherche

Le critère d'inclusion pour participer à l'étude était le fait d'être résident en EHPAD non dément, sans mesure de protection et volontaire.

II.2.2. Le mode de recrutement

Afin d'obtenir un échantillonnage raisonné le plus homogène possible, j'ai contacté les 44 établissements d'accueil de personnes âgées se situant en Corrèze.

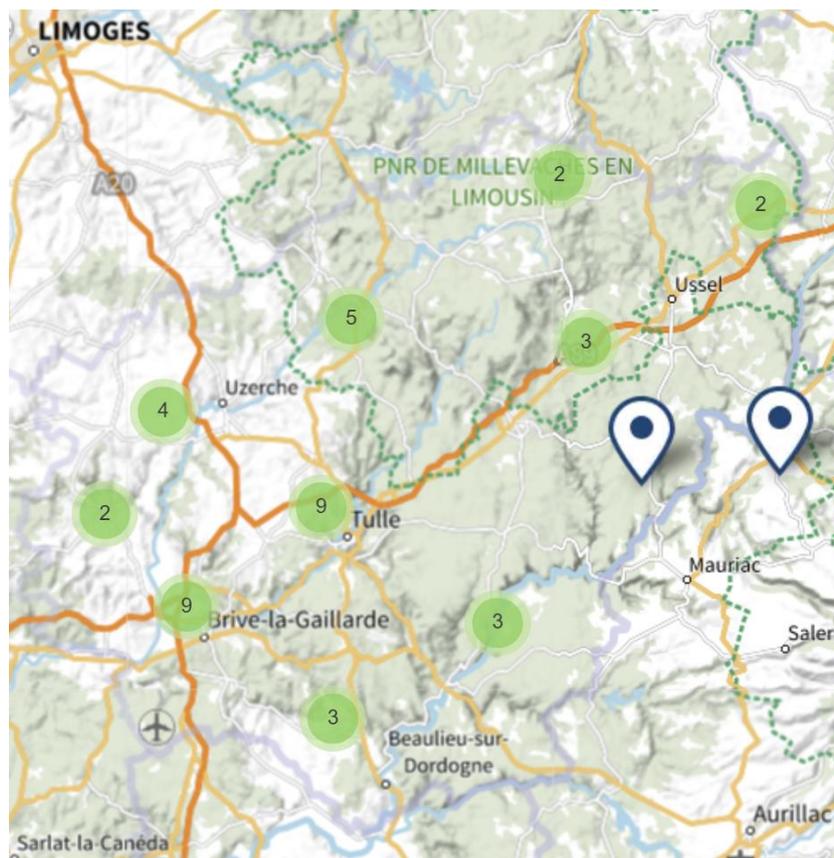


Figure 1 : Les EHPAD en Corrèze. Le nombre d'établissement est représenté par un chiffre tandis que les autres points (bleu et blanc) correspondent à un seul établissement.

J'ai contacté les différents établissements par mail. Je sollicitais leur accord pour mener des entretiens auprès de certains de leurs résidents correspondant aux critères d'éligibilité, à savoir non déments et non sous mesure de protection qu'il s'agisse de curatelle ou de tutelle.

Je précisais l'objectif de ma recherche qui était d'aborder la dépression de la personne âgée et plus particulièrement le vécu psychologique des résidents en EHPAD.

Une relance par mail a été réalisée au bout d'un mois puis j'ai poursuivi la démarche par téléphone.

J'ai ainsi pu me déplacer dans les établissements qui m'avaient donné leur accord pour rencontrer les résidents et leur expliquer succinctement mon projet. J'ai distribué une fiche d'information papier qui rappelait le thème du projet et précisait que l'entretien serait enregistré puis anonymisé. Et je rappelais leur droit de refus et de rétractation. Ce document était remis directement aux résidents ou à l'équipe soignante qui se chargeait de le leur transmettre s'ils n'étaient pas disponibles lors de mon passage (Annexe 3).

L'objectif recherché était de laisser le choix aux résidents en EHPAD de participer à ce projet de fin d'étude.

II.3. De la création à la réalisation des entretiens

II.3.1. L'élaboration du guide d'entretien

La progression du guide d'entretien a toujours suivi un unique fil conducteur, celui du vécu psychologique du résident au sein de l'EHPAD. Il suit la chronologie, du moment de bascule motivant l'entrée en établissement jusqu'au vécu au sein de l'établissement. Cette évolution favorise l'émergence d'éléments de réponse à la question de recherche.

Le guide d'entretien comprend cinq questions principales avec des axes de relances (à mettre en annexe). Les axes de relance sont quant à eux disponibles afin de favoriser la description du vécu concernant le parcours et l'adaptation ou non au sein de l'EHPAD.

La première question, brise-glace, permet de faire connaissance avec la personne.

Question n°1 : Quel parcours vous a amené dans cet établissement ?

La question deux a pour objectif de décrire les ressources et l'implication familiales, interrogeant sur leur impact sur le bien être psychologique du résident.

Question n°2 : Quel est votre environnement familial ?

Les questions trois et quatre interrogent sur le vécu au sein de l'établissement et plus particulièrement sur la capacité d'adaptation du résident et les limites

Question n°3 : Quel est votre environnement actuel ?

Question n°4 : Pouvez-vous décrire votre quotidien ?

La dernière question constitue une ouverture sur le résident, lui permettant d'exprimer ses ressentis, ses émotions, ciblant ainsi la question de recherche concernant le vécu de ce quotidien sur le plan psychologique.

Question n°5 : Comment vous sentez-vous dans cet environnement sur le plan moral ?

II.3.2. Le déroulement des entretiens individuels

Les entretiens se sont déroulés sur tout le mois de mai 2024 au sein des 4 EHPAD qui ont répondu favorablement.

Pour ce faire, j'ai préféré me déplacer afin de faciliter les échanges et percevoir plus aisément le non verbal.

A Sainte-Fortunade, j'avais initialement fait un déplacement dans le but de rencontrer les résidents en amont afin de me présenter brièvement. Malheureusement, tous n'étant pas disponibles à ce moment, je n'ai pas pu les rencontrer. J'ai alors demandé au personnel soignant de leur transmettre la fiche de présentation du projet. Après quelques semaines, après avoir convenu d'une date, je suis revenue pour mener à bien les entretiens. Sur trois résidents éligibles, deux ont accepté l'entretien. Les entretiens se sont déroulés dans les chambres des participants.

A Brive La Gaillarde, nous avons convenu d'un rendez-vous afin de rencontrer les résidents. Ainsi, les résidents correspondant aux critères d'inclusion ont tous été regroupés lors d'une matinée. J'ai pu ainsi me présenter et expliquer brièvement le thème et le déroulement des entretiens. Par la suite, différentes dates ont été fixées à distance pour laisser un temps de

réflexion aux futurs participants. Pour les résidents en capacité de se déplacer, une pièce neutre avait été mise à disposition. Un seul fut réalisé en chambre. Ainsi, huit entretiens ont pu être menés.

Concernant l'EHPAD de Donzenac, il m'a été proposé de venir spontanément et d'interroger les résidents. Malheureusement cette approche ne m'a pas permis de bénéficier d'entretiens correspondants aux critères d'éligibilité.

Pour l'EHPAD de Bort Les Orgues, une liste de résidents pouvant correspondre aux critères m'a été transmise. J'ai pu ainsi me présenter à chaque résident et revenir ultérieurement pour mener à bien les entretiens auprès de ceux ayant accepté leur réalisation. Un délai était toujours laissé au résident pour confirmer son consentement. Ainsi, huit entretiens ont pu être réalisés. Ils ont été majoritairement conduits en chambre.

Dans chaque EHPAD, les résidents interrogés se sont portés volontaires et ont été informés des clauses de confidentialité et de leur possibilité de rétractation.

Afin de transformer l'entretien en discussion entre deux individus, le guide a été appris par cœur. La perception du non-verbal était également plus aisée.

En début de chaque entretien, une présentation synthétique a été réalisée pour permettre d'amener le sujet, de recueillir les consentements et de rappeler le caractère non rigide de l'échange. Mon objectif était ainsi de créer un environnement propice à la conversation et d'instaurer au mieux un climat de confiance. Les questions ouvertes ont permis d'aborder de nombreux sujets autour du résident. Afin d'assurer le respect des silences et l'expression des opinions de chaque résident, mon intervention s'est voulue le plus minimale possible, exercice qui s'est avéré complexe.

II.4. La construction analytique

II.4.1. La retranscription

Les entretiens enregistrés sur dictaphones ont été retranscrits en intégralité, de manière la plus fidèle possible, sans reformulation, sur un logiciel de traitement de texte Word®. Les échanges non verbaux tels que les rires, les hésitations et les silences ont également été intégrés à la retranscription dans la mesure du possible.

Chaque participant a été anonymisé par ordre de passage, du résident 1 au résident 18, du premier au dernier patient interviewé.

II.4.2. L'analyse des données

La retranscription écrite des entretiens a constitué un verbatim permettant de se familiariser avec les données et de les contextualiser. L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel N'Vivo15® selon un principe itératif permettant la réalisation de trois niveaux de codage, descriptif, thématique et matriciel avec triangulation sur une partie des données avec la directrice de thèse.

La première étape fut l'analyse descriptive ouverte puis axiale de chaque entretien pris individuellement en considérant le participant comme un univers singulier à explorer en

profondeur. Chaque nouvelle idée générait un code ou « nœud » descriptif. Le logiciel rattachait alors au code l'extrait de verbatim sélectionné et son auteur. Si une idée était citée plusieurs fois, elle était associée au même code. L'ensemble des intitulés des « nœuds » descriptifs permettait d'extraire toutes les idées évoquées par les participants en lien avec le sujet de recherche.

Une fois finalisée, l'analyse intégrative a eu pour objectif de regrouper les codes descriptifs sous forme de thèmes dans une démarche inductive et interprétative. Ainsi, cinq catégories conceptuelles ont été mise en évidence afin de répondre à la question de recherche.

Lorsque l'analyse du verbatim n'identifie plus de nouvelle idée, la suffisance des données est atteinte et le recueil des données est terminé.

Par souci de clarté, l'ensemble des retranscriptions n'a pas été intégré à cette thèse.

II.5. L'encadrement éthique

II.5.1. Le respect d'une démarche éthique durant l'étude

Le recrutement indirect des participants par l'intermédiaire d'une structure certifiée a été une démarche éthique supplémentaire assurant un choix libre dénué de contraintes.

Par la suite, les résidents ayant accepté de participer à ce projet de fin d'étude ont reçu un formulaire de consentement libre et éclairé.

Par le biais de ce même formulaire, ils ont été informés de l'enregistrement des séances par un dictaphone et ont donné leur autorisation à la réalisation et l'utilisation d'enregistrements sonores. Ces mêmes informations ont été transmises verbalement par mes soins avant le commencement de chaque entretien.

La retranscription a été réalisée le plus fidèlement possible. Enfin, l'interprétation des données a fait l'objet d'une rigueur particulière par un processus itératif et une triangulation des données afin d'assurer la scientificité du projet.

II.5.2. Les autorisations

L'avis du comité d'éthique a été rendu le 14 décembre 2023 et enregistré sous le N° 60-2023-09 (Annexe 8).

III. Résultats

III.1. Caractéristiques de la population

III.1.1. Les caractéristiques de la population d'étude

Sur les quarante-quatre établissements, un seul a refusé, quatre ont accepté et les autres sont restés sans réponse, complexifiant le recrutement.

Vingt-quatre résidents ont répondu à cet appel. Néanmoins, six d'entre eux ne correspondant pas aux critères d'inclusion ont été exclus.

Tableau 1 : Les caractéristiques sociodémographiques des participants

Participants	Genre	Age	Profession antérieure	Durée d'institutionnalisation	Type d'EHPAD
N°01	F	>90	Femme au foyer	2-3 ans	Public
N°02	F	80-90	Employé	<6 mois	Public
N°03	F	80-90	Employé	2-3 ans	Public
N°04	F	>90	Employé	1 an	Public
N°05	F	80-90 ans	Ouvrière	4-5 ans	Public
N°06	F	80-90 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 an	Public
N°07	M	80-90 ans	Indépendants / Artisans	2-3 ans	Public
N°08	F	80-90 ans	Employé	4-5 ans	Public
N°09	F	70-80	Cadres et professions intellectuelles supérieures	2-3 ans	Privé
N°10	M	80-90 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 an	Privé
N°11	F	>90	Agriculteur exploitant	2-3 ans	Public
N°12	F	>90	Indépendants / Artisans	1 an	Public
N°13	F	>90	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 an	Public
N°14	M	80-90	Employé	4-5 ans	Public
N°15	F	70-80	Employé	>5 ans	Public
N°16	F	>90	Femme au foyer	>5 ans	Public
N°17	F	>90	Employé	1 an	Public
N°18	F	80-90	Employé	2-3 ans	Public

Le recrutement a concerné exclusivement les résidents en EHPAD non déments, sans mesure de protection et volontaire. Au total, dix-huit résidents ont participé à l'étude avec une prédominance féminine de 15 femmes pour 3 hommes soit un sex ratio de 1 homme pour 5 femmes.

Elle varie néanmoins par son genre, son âge ainsi que le type d'EHPAD dans lequel elle évolue.

L'âge varie entre 73 et 95 ans avec une moyenne de 83,3 ans.

Concernant les professions on note la participation de 8 anciens employés, 4 anciens cadres et professions intellectuelles supérieures, 2 femmes au foyer, 2 anciens artisans, 1 ancien agriculteur et 1 ancien ouvrier.

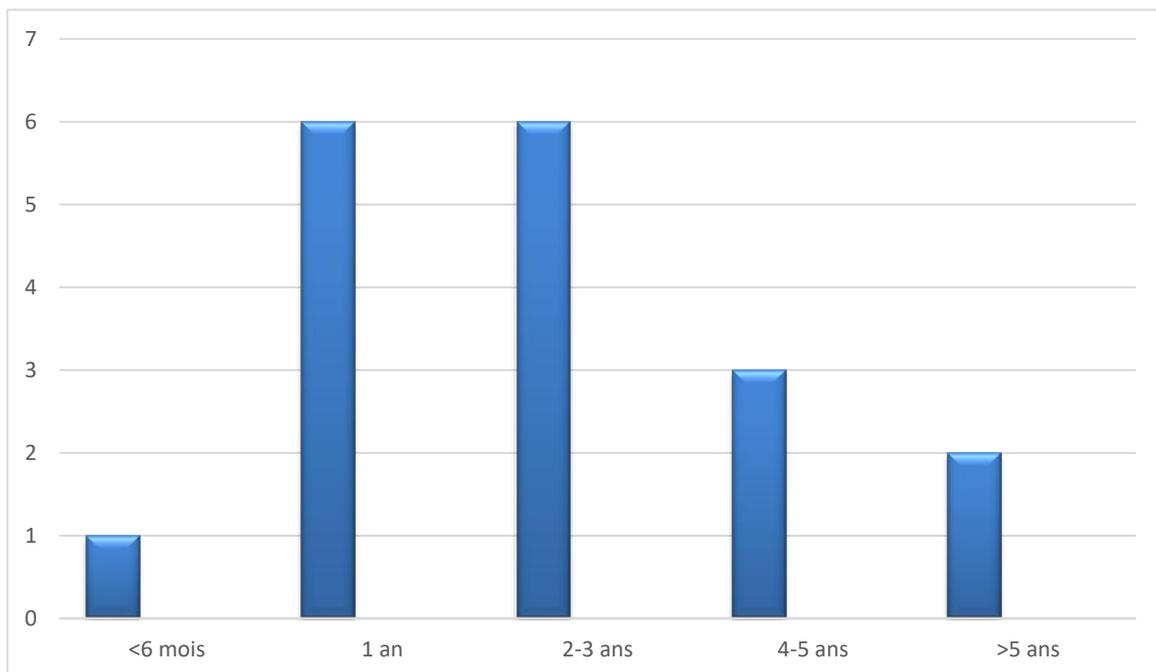


Figure 2 : Durée d'institutionnalisation des participants

La durée moyenne des entretiens est de 14 minutes et 26 secondes et la durée totale des entretiens est d'environ 4 heures et 28 minutes. L'entretien le plus court a duré 7 minutes et 36 secondes tandis que le plus long a duré 28 minutes et 59 secondes.

III.2. Résultats du codage descriptif

Le recueil des données, avec la réalisation des dix-huit entretiens individuels a permis d'identifier 175 codes. Après triangulation des données, certains codes ont été précisés permettant une réduction du codage à 102 codes (Annexe 9).

Le nombre de référence est, quant à lui, de 3728.

III.3. Résultat du codage thématique

L'objectif premier de cette étude est de décrire le vécu psychologique des résidents en EHPAD en Corrèze.

Après triangulation des données, 102 idées ont été identifiées et codées.

Nous les avons regroupées en cinq grands thèmes :

- .. Le moment de bascule en institution
- .. L'environnement extérieur à l'EHPAD
- .. L'environnement au sein de l'EHPAD
- .. Le vécu négatif de la vie au sein de l'EHPAD
- .. Le vécu positif de la vie au sein de l'EHPAD

Ainsi, les résidents ont pu tout d'abord nous décrire leur histoire concernant ce tournant de vie. Ils ont également abordé les liens qu'ils avaient conservés avec l'environnement extérieur ainsi que leur vécu au sein de l'établissement.

Ces éléments ont permis de mettre en lumière les difficultés rencontrées à leur épanouissement.

III.3.1. Le moment de bascule motivant l'institutionnalisation

Le moment de bascule semble crucial à saisir. Pour ce faire, il paraît essentiel de s'approprier au mieux le parcours des participants.

III.3.1.1. A chaque résident son bagage

Ainsi, lors des entretiens, de nombreux résidents ont pu évoquer leurs antécédents (cité par 10 participants).

« De cet œil-là, on m'a opéré de la cataracte. »

(participant n°2)

« J'ai été malade, j'ai eu un cancer du sein. »

(participant n° 9)

Certains ont souhaité aborder leur hospitalisation avant leur entrée en établissement (cité par 5 participants).

« Là j'suis tombée, je me suis trainée sur les fesses j'ai appuyé, les pompiers sont venus heureusement qu'j' avais ouvert la porte d'entrée et alors là, ils m'ont emmenée aux urgences à Ussel »

(participant n°11)

« Bon. J'ai eu plein d'problèmes et comme j'étais à l'hôpital à c'moment là à Maurillac. J'avais eu... J'me suis cassé la jambe après j'ai eu des problèmes. »

(participant n°16)

En dehors des antécédents et des expériences intra hospitalières, le niveau d'étude des résidents a été évoqué. Laissant apparaître une certaine disparité.

Certains ont eu l'opportunité d'en réaliser (cité par 2 participants).

« Euh beh pas, j'ai pas fait grand-chose, enfin j'ai fait quelques p'tites études de sténodactylo. »

(participant n°3)

« J'avais été au lycée là et y'avait une section couture. Quand j'suis... au CAP après j'suis partie sur deux ans à St Etienne pour faire un BEP coupe et après j'suis rentrée là-bas à la coupe et j'suis restée trente ans. »

(participant n°15)

D'autres n'ayant pas réalisé d'étude semblaient laisser paraître une certaine tristesse (cité par 3 participants).

« Malheureusement j'ai pas fait d'études. »

(participant n°4)

« Sortie d'école à quatorze ans j'suis restée aidé à mes parents et mon pauvre père, quand j'suis sortie d'école il m'a déclarée »

(participant n°11)

Bien que les participants de cette étude n'aient pas été diagnostiqués déments, leur ressenti sur le plan cognitif a été évoqué parfois de manière spontanée.

Certains ont exprimé durant les différents entretiens un état cognitif fragile : (cité par 6 participants).

« Ççççça marche pas là-haut comme ça devrait marcher, enfin, me semble t-il mais bon ne soyons pas difficile non plus, y'en a qui sont pire. »

(participant n°6)

« J'm'en rappelle encore, parce que maintenant j'perds beaucoup la tête quand même. »

(participant n°12)

Tandis que pour d'autres, quelques verbatims laissent à penser que l'état cognitif est assez robuste (cité par 9 participants).

« Elle a soixante euh... elle est naît en cinquante-huit, elle a soixante-cinq, soixante-cinq ? soixante-six ? Soixante-six ! »

(participant n°1)

« Boh, sur l'plan intellectuel, vous savez j'ai quatre-vingt-trois ans maintenant, j'ai été comme je vous dis enseignant pendant trente-cinq ans, je vois pas qu'est-ce qu'on va m'apporter de plus. »

(participant t n°10)

« J'suis née en mille-neuf-cent-trente-cinq euh...alors euh... au mois d'Novembre. On est en euh...vingt-quatre, j'ai quatre... quatre... j'aurais quatre-vingt-neuf. »

(participant n°18)

III.3.1.2. La richesse des motifs

Pour faire basculer ce moment, bien que chaque individu dispose de son bagage personnel, il paraît important de souligner la place du motif d'entrée en institution.

III.3.1.2.1. Lorsque les critères bio médicaux interviennent

Parmi ces critères, celui étant manifestement le plus évoqué est la chute. Elle est souvent décrite comme une fatalité (cité par 9 participants).

« Et là, je suis tombée dans ma maison, j'étais veuve, ma voisine m'a entendue, je me suis retrouvée à l'hôpital »

(participant n°4)

« J'suis tombé entre le lit et l'armoire. J'ai essayé d'me rattraper, j'ai pas pu hein parce que y'avait pas beaucoup d'espace évidemment. Et... j'ai rampé le long d'mon lit pour essayer d'me relever. J'ai jamais pu m'relever, j'ai appelé mon fils...qui est v'nu avec sa compagne, ils m'ont mis dans une couverture pour me reposer sur le lit. »

(participant n°17)

En second plan, la dépendance est évoquée comme une limite pour le maintien à domicile de bons nombres de séniors qui semblent faire preuve d'objectivité vis-à-vis de la situation (cité par 5 participants).

« Je ne pouvais plus me suffire chez moi, je ne tenais pas vous voyez, je tenais pas debout. »

(participant n°1)

« J'arrivais plus à me suffire moi-même ! »

(participant n°10)

La maladie a curieusement été évoquée par très peu de résidents comme étant le motif de leur institutionnalisation. Dans ce cas il existe une certaine temporalité entre le moment où le diagnostic a été posé et celui où la demande en institution s'est fait ressentir (cité par 1 participant).

« J'suis tombé malade et j'suis rentré ici après, peu d'temps après. »

(participant n°14)

Le peu de citations évoquant les troubles psychiatriques comme étant précurseurs de l'entrée en institution laissent supposer une certaine brutalité ainsi qu'un détachement personnel dans la démarche (cité par 1 participant).

« De la psychiatrie bah j'suis arrivée ici. »

(participant n°9)

III.3.1.2.2. La place du psychologique dans la prise de décision

Le bien être psychologique est un critère de demande d'institutionnalisation tout aussi important.

Pour certains, la sécurité semble être au cœur de cette démarche (cité par 1 participant).

- *« Bah parce que j'ai été... ils voulaient pas m'laisser toute seule... j'étais chez une fille, elle m'dépensait tous mes sous... alors... ceux qui... j'avais un fils qui s'occupait de... de ma comptabilité.*

- *Humm humm*

- *Et... il a trouvé que... que j'avais plus d'sous... »*

(participant n°18)

En dehors de sécurité, il est important de souligner la solitude dont les seniors semblent souffrir Celle-ci est citée à plusieurs reprises par les participants. Certains verbatims laissent apparaître une situation de détresse, une souffrance psychologique (cité par 4 participants).

« Je me suis retrouvée euh... chez moi à Brive toute seule dans une euh, dans une résidence. Et puis que je voy... enfin tout l'monde se rendait bien compte que toute seule ce n'était pas possible. »

(participant n°6)

« J'étais pas bien parce que j'étais seul »

(participant n°7)

Une notion importante intervenant dans la motivation d'entrée en institution et ayant été évoquée à plusieurs reprises lors des entretiens s'avère être le poids familial ou plutôt la crainte des résidents d'être devenu un poids pour leur propre famille. Ces verbatims traduisent l'objectivité dont font preuve les participants (cité par 3 participants).

« Non, je leur aurais pas rendu service au contraire. »

(participant n°3)

« Je ne voulais pas les obliger. Y'en avait encore deux qui n'étaient pas encore à la retraite d'ailleurs. Qui se sont arrangés avec leurs congés mais après c'était plus possible et je ne voulais pas donc que le seul qui était à côté de moi, qui lui retombe toute la charge sur les épaules. »

(participant n°13)

Pour un grand nombre de participants, la prise de conscience des limites du maintien à domicile a participé à une certaine acceptation bien que douloureuse (cité par 8 participants).

« Maintenant j'suis incapable de rester toute seule. Je dis la vérité. »

(participant n°2)

« Tu vois bien ma situation euh, ne s'améliore pas et devient de mal en pis et puis ça n'ira pas, j'ai quatre-vingt-six ans, il faut pas qu'j'me fasse d'illusion, ça n'ira pas en s'arrangeant hein. Ou alors vraiment y'a un remède qu'on m'a pas encore... »

(participant n°6)

III.3.1.2.3. L'environnement, un élément décisif

Il arrive parfois que le domicile ne soit plus adapté. Un préjudice qui bien que peu évoqué par les participants est souvent responsable d'une entrée précipitée en EHPAD (cité par 1 participant).

« Parce que j'peux pas rester chez moi, y'a des escaliers. »

(participant n°15)

« Et et la, la maison est pas adaptée pour un fauteuil, les...les... ça passe pas entre les portes donc... »

(participant n°15)

III.3.1.3. A chaque démarche correspond son modèle

De chaque parcours découle une démarche. Tous les participants n'ont pas eu les mêmes opportunités et n'ont pas eu la même place concernant leur implication dans la demande d'institutionnalisation.

Beaucoup se sont vu quitter leur domicile pour l'EHPAD sur la demande d'un tiers rendant la démarche plutôt brutale (cité par 11 participants).

« Après mes enfants ils ont fait les démarches et j'ai atterri ici. »

(participant n°2)

« Ici ? c'est l'Toubib qui m'a envoyé là. »

(participant n°10)

« Puis j'me suis tâté parce qu'à l'époque euh... Et l'assistante elle me dit : « madame, il y a une place en haut, y'a une chambre à deux lits »

(participant n°11)

Pour d'autres, cette démarche s'est réalisée à la suite de leur demande. Certains vont plus facilement formuler une décision nette et tranchée (cité par 5 participants).

« Oui c'est un choix »

(participant n°3)

« C'est moi qui l'ai décidé. Je pense que c'est important, je l'ai décidé après un été deux-milles vingt et un extrêmement pénible où les enfants se sont relayés, ne pouvaient pas me laisser seule. Se sont relayés à mon chevet pendant tout l'été. Donc euh... à partir de là, j'ai décidé d'aller en EHPAD »

(participant n°13)

Dans la continuité, d'autres ont bénéficié d'échanges familiaux concernant la prise de décision (cité par 3 participants).

« Oh bien, on en a discuté quand même hein... »

(participant n°3)

Chaque démarche pouvant varier d'un individu à l'autre, il paraît intéressant de se renseigner sur le vécu psychologique de cet événement des futurs résidents

III.3.1.4. A chaque résident appartient son vécu

A cette étape de vie qui malheureusement est décrite et vue à ce jour dans nos sociétés comme une fin en soi, il semble logique que le vécu ne soit pas très optimiste.

Lors des entretiens, les résidents ont pu évoquer ce vécu comme étant une obligation (cité par 3 participants).

« Je suis obligé »

(participant n°2)

« J'étais obligé... »

(participant n°5)

Pour d'autres, cette situation semble laisser place une certaine résignation (cité par 9 participants)

« Il arrive un moment ou quand tu as encore un peu de raison hein ! parce que moi j'trouve qu'elle, elle, elle, s'envole vite la raison ! Tu arrives à à, à te ... fin, faire comprendre qu'il n'ya pas d'autres solutions. Donc étant donné qu'il n'y a pas d'autres solutions il faut essayer d'adopter la plus facile ou la moins difficile. »

(participant n°6)

« J'essaye d'renvoyer ça aux oubliettes pour me dire : « Bah profite encore des p'tits moments agréables que tu peux avoir quoi ». C'est ça, il faut se résigner et profiter du moment présent. Mais c'est... Question philosophique hein ça ! »

(participant n°13)

III.3.2. L'environnement extérieur à l'EHPAD

III.3.2.1. A chaque résident son histoire familiale

Tout le monde n'a pas d'enfants ni de petits enfants (cité par 7 participants)

« Non (sec), elle a fait des fausses couches mais j'ai pas d'enfants »

(participant n°10)

« -Est-ce que vous avez des p'tits enfants ?

-Et non ! Il est célibataire, il fait beaucoup de sport, beaucoup d'velo »

(participant n°16)

Le fait d'évoquer la famille laisse paraître chez certains résidents de la joie (cité par 4 participants).

« Vous savez, mes enfants c'est mes enfants. Je les aime bien tous »

(participant n°1)

« Bien sûr quand j'ai les enfants je suis toute contente »

(participant n°2)

Certains participants vont évoquer une proximité relationnelle avec leur famille (cité par 4 participants).

« Oui oui, mais la famille m'entoure beaucoup »

(participant n°13).

Tandis que pour d'autres sont plus complexes (cité par 2 participants).

*« Non (avalé) pour des raisons personnelles on s'voit plus »
(participant n°9)*

III.3.2.1.1. La proximité familiale

Certains participants ont leur famille à proximité (cité par 10 participants)

*« Je suis autour d'eux hein. Ils viennent me voir tous les jours hein. J'en ai un à Ussac et deux ici là »
(participant n°3)*

Pour d'autres, l'éloignement est moyen (cité par 7 participants).

*« Alors ils sont... euh, mon fils est sur Marseille et ma fille est en Normandie »
(participant n° 6)*

Certains sont éloignés (cité par 2 participants).

*« Dont un en Finlande, en Espagne »
(participant n°12)*

III.3.2.1.2. L'implication familiale

Les appels familiaux peuvent être très fréquents (cité par 5 participants).

*« Oh oui ! Ma fille m'appelle matin et soir, euh ... midi et soir ! »
(participant n°1)*

*« Oui oui mes filles m'appellent toutes les semaines. L'une d'elle, la plus jeune m'envoie enfin me dicte le programme télé de la semaine. On a un rituel, le samedi après-midi, programme pour toute la semaine »
(participant n°13)*

Concernant les visites, quelques participants les évoquent comme étant fréquentes (cité par 5 participants)

« J'ai mes enfants qui viennent quand même. J'ai une de mes filles qui vient deux fois par semaine le mardi et le samedi »

(participant n°1)

Pour d'autre elles sont occasionnelles (cité par 6 participants).

« -Vous avez une nièce, elle vient vous voir aussi votre nièce ?

-De temps en temps mais elle conduit pas »

(participant n°8).

Elle peuvent aussi être inexistantes (cité par 3 participants).

« -J'ai été marié, je suis veuve, j'ai une fille qui vit à Paris et j'ai deux p'tits fils.

-Vous les voyez de temps en temps ?

-Non »

(participant n°9)

Certains ont la possibilité de réaliser des activités avec la famille (cité par 3 participants)

« Oui, à l'extérieur oui. Mais je peux sortir qu'avec les enfants. J'peux pas sortir toute seule »

(participant n°3)

*« Moi, une p'tite voiture comme hier ma p'tite fille est v'nue m'chercher j'étais passager
avant ça va »*

(participant n°11)

Pour d'autre, les activités se limitent à une simple visite (cité par 2 participants).

« Non, non, on reste là, on reste là. Elle repart dans la journée »

(participant n°1)

III.3.2.2. Les relations externes

Très peu de résidents ont évoqué l'existence d'anciennes relations encore existantes (cité par 3 participants).

*« Et j'avais, j'avais une amie, j'ai toujours une amie mais on avait... comment dire... on
s'connaissait depuis qu'on avait douze-ans »*

(participant n°17)

D'autres ont évoqué la visite de personnes neutres et paraissent particulièrement apprécier ces moments (cité par 4 participants).

*« Oui ! y'a des dames euh... visiteuses de malade. J'en connais plusieurs, elles sont très
gentilles. Elles viennent nous voir oui. Elles nous parlent oui »*

(participant n°9)

III.3.3. L'environnement au sein de l'EHPAD

III.3.3.1. Le relationnel

Certains résidents ont évoqué la présence de connaissances préalables parmi les résidents (cité par 4 participants).

« Oh bah oui oui, j'en ai bien r'trouvé quelques-uns... mais des anciens »

(participant n°15)

Ce qui semble ne pas être le cas pour tout le monde, ce qui nécessite de s'adapter au groupe. (cité par 10 participants).

« Avec les gens ici ? Oui bah j'les connais, j'les connaissais pas avant, personne me connaissait avant. Mais petit à petit euh ... l'oiseau fait son nid »

(participant n°14)

D'autres ont des connaissances préalables parmi les soignants (cité par 3 participants).

« Après j'ai euh... j'ai une aide-soignante qui l'autre jour... j'la connais très bien, j'lai vue naître »

(participant n°15)

Concernant les liens créés parmi les résidents, certains ont évoqué l'existence de lien plus forts tel que l'amitié et l'amour (cité par 2 participants).

« Voilà, avec mon amie on est qu'toutes les deux »

(participant n°15)

« Non !! mais enfin on s'bécote c'est tout »

(participant n°7)

Pour d'autres, il semble plus difficile de tisser du lien (cité par 10 participants).

« Il m'semble, y'a beaucoup de...de... enfin, on est tous à peu près du même âge hein à par un monsieur... qui a cent et quelques années et... mais y'a pas carrément de lien parce qu'on s'est pas fréquenté pendant quarante-ans... »

(participant n°17)

Concernant les relations avec les soignants, certains participants les considèrent comme bonnes (cité par 10 participants).

« Oui, y'a des soignantes et des infirmières et des, des dames qui sont veilleuses de nuit. J'm'entend bien. Je parle beaucoup. Alors je parle avec l'une ou avec l'autre »

(participant n°16)

Ce qui ne semble pas être le cas de certain (cité par 1 participant).

« -Et avec les soignants ? Les infirmiers ? Les aides-soignants, est ce que vous avez créé un peu des liens ?

-Non »

(participant n°5)

III.3.3.2. Les activités

Concernant la participation aux activités proposées au sein de l'établissement, les recueils réalisés auprès des résidents laissent apparaître de l'enthousiasme (cité par 11 participants).

« J'aime les activités, j'y participe »

(participant n°1)

« Moi j'y participe, moi j'fais pas semblant »

(participant n°6)

Pour quelques personnes, le fait de ne pas y participer pourrait être interprété comme le fait qu'ils ne vont pas bien. Tandis que pour d'autres, c'est la tranquillité qui prime (cité par 3 participants).

« Ça peu arriver que j'y participe pas si j'vais pas bien »

(participant n°1)

« J'préfère r'garder ma télé être tranquille »

(participant n°14)

Pour ce qui est des activités physiques, le simple fait de se rendre au réfectoire semble éprouvant pour certains et rentrerait dans la pratique d'une activité physique à part entière (cité par 5 participants).

*« Je marche quand même dans le... j'avais faire une petite marche tous les jours et le réfectoire est loin donc... trois fois par jour je vais au réfectoire quand même »
(participant n°16)*

Du côté des activités manuelles et intellectuelles, les résidents qui les pratiquent semblent les associer à un certain bien être (cité par 15 participants).

Pour quelques-uns, leur pratique est essentielle à la prévention du fléchissement cognitif.

*« Ah oui !! Je, je lis et je fais beaucoup de mots croisés, de mots fléchés. Bon c'est ? mais c'est aidant quand même hein ! Pour faire fonctionner son, son, son, son cerveau »
(participant n°6)*

Pour d'autres, ces activités leur permettent de s'investir dans des « projets » qui semblent les aider à s'approprier les lieux (cité par 1 participant).

*« Coloriage puis mandala coloriage euh... on a un projet avec mon amie euh... là on l'a laissé un peu en stand by parce que on avait pas mal de déco à faire et puis faut lâcher un peu et puis là on r'prendre. C'est pour décorer les couloirs de l'hôpital »
(participant n°15)*

Ces activités apportent un bien être à ceux qui les pratiquent. Ils évoquent non seulement la lutte contre la solitude mais aussi l'importance de la cohésion de groupe (cité par 15 participants).

*« Oh c'est bien les activités c'est bien oui ! »
(participant n°1)*

*« Ça permet de... bah oui de discuter un peu avec d'autres personnes et puis de profiter aussi de l'animation, des lectures de... des remue ménages... »
(participant n°13)*

Pour d'autres, le vécu semble négatif, dénonçant l'image que les autres résidents semblent renvoyer (cité par 3 participants).

« Comment dire ? comment vous expliquer ça...de...de voir des personnes de mon âge, quand je vois les autres qui sont plus vieilles que moi ça me donne idée de s'que je s'rais dans quelques années si...enfin si j'suis toujours là bien sûr... Mais... ça m'fait vieillir plus vite... »

(participant n°17)

Concernant les repas, certains semblent apprécier ces moments de partage (cité par 12 participants).

« Oh mais on échange hein ! même quand on va manger ou en salle là bah où j'étais. On échange hein ! »

(participant n°10)

« Tous les jours ! Le matin on nous porte notre petit déjeuner à midi et l'soir on mange ensemble et puis voilà »

(participant n°11)

D'autres n'apprécient pas les repas en salle à manger (cité par 2 participants).

« Non pas du tout parce que j'ai un monsieur à qui j'parle pas (rire) mais c'est pas grave hein ! » (Participant n°9)

« Non, déjà rien qu'd'entendre certaines euh... des conversations... »

(participant n°15)

Il en va de même concernant les repas en chambre. Certains vont préférer leur intimité (cité par 2 participants).

« Je préfère manger dans ma chambre »

(participant n°1)

« Non, je mange dans ma chambre, le soir aussi »

(participant n°4)

Tout comme certains bénéfiques qu'ils semblent préférer (cité par 1 participant).

« Je mange très lentement et je suis plus tranquille parce que l'on a une demi-heure pour manger »

(participant n°1)

Pour d'autres, le choix de rester manger en chambre serait vu comme quelque chose de négatif (cité par 2 participants).

« Si j'étais pas bien oui j'mangerais dans ma chambre mais non non »

(participant n°3)

III.3.3.3. Les sorties

Au sein de l'établissement, les sorties en autonomie sont réalisables pour certains (cité par 2 participants).

« Je je je m'balade je m'balade, je sors une demi-heure ou deux et vers trois heures »

(participant n°14)

Pour d'autres, cela est plus complexe sans l'aide d'une tierce personne (cité par 3 participants).

« -Est-ce qu'il vous arrive de sortir un p'tit peu à l'extérieur ?

-Non

-Non ?

-Beh c'est-à-dire que si on me fait sortir je sortirai »

(participant n°5)

Concernant les sorties en groupe, celles-ci semblent être appréciées (cité par 5 participants).

« On a été voir la bibliothèque de Brive, la mairie de Brive. On est sortie un soir au foyer culturel ou y'avait plein d'orchestres »

(participant n°4)

« L'été l'été on va s'balader l'été, y'a y'a une femme elle elle a, y'a des cars là et des fois on monte à Val »

(participant n°13)

III.3.4. Le vécu négatif de la vie en EHPAD

III.3.4.1. Les facteurs pouvant influencer la dépression

III.3.4.1.1. La description négative de L'EHPAD

La description négative de l'EHPAD passe par l'aspect matériel. Le confort n'est pas toujours au rendez-vous pour certains (cité par 4 participants).

« il faudrait que les pièces soient un p'tit peu plus grandes. C'est petit hein... vous vous rendez-compte, j'avais un cinq pièces moi »

(participant n°17)

III.3.4.1.2. L'ennui

L'ennui résulte du manque de stimulation exécutive ou cognitive (cité par 3 participants).

« On trouve un peu les journées longues, quand il n'y a pas d'activité »

(participant n°1)

« J'm'ennuie bien bien sûr »

(participant n°17)

« -Par contre, s'que j'reproche, s'qui me manque beaucoup c'est de parler. Parce que moins on parle, moins on a envie d'parler et plus on cherche les mots. Et là je parle pas assez.

Alors, la dame qui était avec moi là-bas, c'est une dame qui me sort on s'est promenées ensemble. Donc on parle, vous voyez, on parle. On sort. Mais la parole, le contact de parole manque.

-D'accord.

-L'échange si vous voulez »

(participant n°9)

III.3.4.1.3. L'isolement/ la solitude

L'isolement contribue au mal-être des résidents (cité par 5 participants).

Il peut être lié au handicap :

« Y'a des choses que j'aime pas quand ils font du dessins. J'ai des problèmes de vue. De cet œil là, on m'a opéré de la cataracte. Je regarde et Sylvie elle dit ça fait rien, tu regardes, tu viens et elle m'attrape par la main »

(participant n°2)

Ou à la difficulté de tisser des liens :

« Ici il y en a qui ne parlent pas ou qui n'ont pas leur tête »

(participant n°1)

« Mais avec les résidents c'est difficile de nouer une relation. Très très difficile. Non, non je ne peux pas dire que... peut-être que c'est à cause de moi je sais pas mais c'est vraiment très difficile »

(participant n°13)

D'autres résidents vont évoquer le fait de s'isoler simplement par choix (cité par 4 participants).

« C'est un choix personnel. J'veux pas qu'on vienne me voir là, je n'veux pas qu'on sache que j'suis là » (participant n°9)

La solitude souvent associée au manque d'échanges est évoquée (cité par 4 participants)

« Parce que ça me... j'me sens un peu seul le soir »

(participant n°8)

« Oh bah l'moral y'a des hauts et des bas hein ! ça ! Vous savez, quand vous êtes toute une journée toute seule, que vous parlez pas beaucoup... »

(participant n°17)

III.3.4.1.4. La nostalgie

Certains résidents se trouvent être particulièrement nostalgiques de leur vie d'avant (cité par 3 participants).

« On est pas chez soi à cette saison j'm'occupais d'mes plantes, de mes fleurs, ceci cela et tout... » (participant n°17)

« Je regarde là-haut, pour aller chez moi »

(participant n°3)

III.3.4.1.5. Ne pas se sentir chez soi

Pour d'autres, la difficulté se trouve dans le fait de ne pas se sentir chez soi (cité par 5 participants)

« Mais je suis pas chez moi »

(participant n°3)

Pour d'autres, l'adaptation semble la seule option (cité par 3 participants).

« Je suis obligé d'adapt, m'adapt, de m'adapter »

(participant n°2)

« Mais vous savez j'suis pas trop j'suis pas trop difficile quoi. J'arrive à m'adapter... »

(participant n°15)

III.3.4.2. Les signes de dépression

III.3.4.2.1. La dévalorisation

Pour d'autres, la dévalorisation est présente (cité par 1 participant).

« Quand on pense comment-on peu devenir c'est horrible ? » (soupir)

(participant n°6)

« J'étais pas au, au ras des pâquerettes. Et tu vois s'qu'il en reste ? Rien »

(participant n°6)

III.3.4.2.2. L'irritabilité

Pour certains, l'irritabilité fait partie du quotidien. Elle est citée 2 fois.

« Alors j'leur ai dit : « mais attendez, vous voulez d'l'animation et vous bougez pas qu'est-ce que ça coûte d'applaudir quand même ! »

(participant n°9)

« Oui, oui, j'suis à saturation, je... je ne supporte pas euh... je démarre vite... ça part rapidement, j'peux... »

(participant n°15)

III.3.4.2.3. L'anxiété

L'anxiété, quant à elle, est citée 1 fois.

« Euh... parce que y'a... une anxiété pour l'avenir mais ça, quand ça va mal dans ma tête je me dis : « oui mais finalement ici, c'est l'antichambre de la mort quoi » »

(participant n°13)

III.3.4.2.4. L'aboulie

Certains évoquent le fait de se sentir diminués et l'associent à une baisse d'activité, il est cité 1 fois.

« C'est ça qui m'inquiète un p'tit peu. Parce qu'avant j'étais beaucoup plus, plus active et plus positive surtout »

(participant n° 6)

III.3.4.2.5. La tristesse

Ce critère majeur de dépression est cité 4 fois

« -Quand vous êtes un peu triste, vous le dites ?

-Non

-Non ? vous le gardez pour vous ?

-Non, j'le dit pas. Pourquoi faire ? (rire) »

(participant n°3)

III.3.4.2.6. L'attente de la mort

Peu de résidents l'abordent ouvertement mais l'attente de la mort a été citée à 2 fois.

« Emotionnel ? Très mal. Parce que j'me dis que... moi j'attends la mort parce que ma vie est finie. J'attends la mort c'est sûr, la vie est finie et que bah finir là, je sais très bien que ce s'ra fini là, parce que j'ai rien d'autre. J'ai plus d'voiture, j'ai plus d'appartement, j'ai plus d'maison, j'ai plus rien. Donc, ma vie va finir ici. Mais je suis prête. Si on me dit d'main matin : « il faut mourir » bah je meurs voilà. J'ai mon testament, il est prêt, il est signé et voilà (rire) » (participant n°9)

III.3.4.2.7. Les idées suicidaires

Tout comme l'attente de la mort, les idées suicidaires sont extrêmement peu évoquées (cité 1 fois).

« (soupir) ça dépend des jours. Euh, euh, quand ça va pas trop mal j'peux pas dire que j'ai un mauvais moral mais y'a des jours où j'nai pas l'moral. Ou je n'ai plus le moral.

J'me dis : « enfin, tu sers à quoi sur cette Terre ? » tu vois, y'a des moments j'me dis : « ouvre la fenêtre, passe de l'autre côté » »

(participant n°6)

III.3.4.3. Du déni, de la confusion ou l'espoir d'un dénouement différent ?

Lors des entretiens, quelques résidents ont évoqué leurs réflexions voire leurs idées de pouvoir organiser leur avenir différemment qu'en EHPAD (cité par 3 participants).

« Et prendre quelqu'un à domicile c'est pas valable aussi. Parce que la nuit... et puis, ça coute très cher aussi hein ! »

(participant n°17)

« Mais j'irai p't'être un peu chez ma nièce aussi... bon... même si... elle a des problèmes... » (participant n°10)

Tandis que pour d'autres la question du déni ou de la confusion se pose à moins qu'ils ne débutent des troubles déficitaires (cité par 1 participant).

« Et aller faire mon p'tit tiercé là. Retrouver une vie normale »

(participant n°7)

Il arrive aussi que certains participants évoquent le juste milieu concernant leur humeur. Ils mettent en avant leur capacité de s'adapter en ayant un certain recul vis-à-vis de leurs émotions mais aussi une philosophie de vie (cité par 7 participants).

« J'peux pas dire que je sois particulièrement gaie. Non, loin de là. Mais je n'suis pas triste. Seulement, tu vois, il m'semble qu'il y'a un juste milieu »

(participant n°6)

III.3.5. Le vécu positif de la vie en EHPAD

III.3.5.1. La description positive de l'EHPAD

Le vécu positif de l'EHPAD passe également par la description de l'établissement (cité par 12 participants).

On retrouve la qualité du logement.

« Pffff... euh...mais je suis bien là. Si on prend en général, le lit est bon... j'ai ma chambre individuelle... c'est c'est c'est pas mal... »

(participant n°10)

Les résidents promeuvent la qualité des repas avec cette notion de plaisir à l'idée de manger ouvertement exprimée par certains

« Le repas c'est bien, moi j'suis pas formidable pour les repas mais les repas c'est bien euh y'a dès qu'ils voient l'assiette c'est incroyable »

(participant n°4)

III.3.5.2. La sécurité

Il y a aussi la sécurité. Vivre en sein d'un établissement c'est se savoir en sécurité et se savoir entouré (cité par 1 participant).

« -D'accord, c'est une protection, on a quand même une surveillance toute la nuit, on a les infirmières, on a toujours quelqu'un à côté d nous hein. On a une sonnette, on appelle, quelqu'un vient. Ça, personne peu dire l'contraire. Et là, je peux en témoigner hein !

-Vous vous sentez plus en...

-En sécurité ! »

(Participant n°9)

III.3.5.3. Des besoins comblés

C'est aussi le confort apporté par une réponse parfois immédiate aux besoins (cité par 5 participants).

« Lorsque nous avons besoin de quelque chose en principe c'est pratiquement immédiat alors que d'mander d'autre ? »

(Participant n°6)

« Bah ils se mettent vraiment en quatre pour faire leur profit, leur possible pour... pour nous rendre la vie plus facile »

(participant n°13)

III.3.5.4. L'importance du rôle des soignants

Un rôle important à ne pas omettre est celui des soignants (cité par 4 participants)

Ils sont décrits par certains résidents comme étant une aide contre la solitude.

« -Oui, vous vous trouvez seule quand même ici ou pas ?

-Ah non, seule non. Quand on me parle non, des aides-soignantes comme ce matin m'a fait rire une » (participant n°2)

Selon certains, les soignants peuvent être une source de valorisation.

*« Voyez, même la nuit, bah, on passe vous dire « bonsoir ! » « Bonne nuit » bah, rien qu'ça, ça vous fait du bien »
(participant n°9)*

III.3.5.5. Le bien être

III.3.5.5.1. La préservation de l'autonomie et la lutte contre l'ennui

L'implication dans les tâches quotidiennes permet de préserver l'autonomie et de lutter contre l'ennui (cité par 2 participants).

« Moi je suis bien ici, je suis autonome et je fais très bien la vaisselle. Je m'ennuie pas du tout » (participant n° 4)

III.3.5.5.2. Le soulagement

Le soulagement fait partie des émotions exprimées par quelques résidents (cité par 1 participant).

*« Heureusement qu'j'suis ici ! »
(Participant n°4)*

*« Ici j'suis heureuse et j'espère que ça va durer un p'tit moment encore »
(participant n°4)*

III.3.5.5.3. Se sentir chez soi

Quelques-uns évoquent le fait de se sentir chez eux (cité par 3 participants).

*« -Vous... vous vous sentez comment ici vous ?
-Comme chez moi, pareil »
(participant n°14)*

III.4. L'analyse matricielle

Cette analyse consiste à croiser les données socio-démographiques, préalablement recueillies grâce à la fiche signalétique, avec le poids des idées exprimées, c'est-à-dire la fréquence de citation d'une idée ou d'un code.

Pour une meilleure lisibilité, l'analyse matricielle sera illustrée sous forme de tableaux pour certains thèmes.

L'agencement reprend les cinq thèmes issus du codage thématique. Afin de faciliter la lisibilité, le thème n°1 est décliné en quatre sous-thèmes qui sont : le bagage personnel du résident, le motif d'institutionnalisation suivi du modèle et le vécu de la démarche.

Pour rappel, les caractéristiques des participants recueillies sont : genre, âge, profession, durée d'institutionnalisation, type d'EHPAD (Annexe 6).

Cette approche permet d'identifier d'éventuelles corrélations entre les profils des participants et les idées qu'ils expriment. Ainsi, si certaines idées sont plus citées, par exemple par le genre féminin ou par une profession particulière, ou s'il y a une influence de la durée d'institutionnalisation, l'analyse matricielle permettra de le mettre en évidence.

Les chiffres indiquent le nombre de références associées à chaque code.

Plus le chiffre est élevé, plus l'idée a été exprimée. Afin de simplifier la lecture et d'obtenir une vue d'ensemble plus claire, un code couleur a été appliqué. La couleur verte signale une fréquence de citation plus élevée, tandis que le rouge indique une fréquence plus faible. L'intensité de la couleur est proportionnelle au poids accordé aux idées.

Avec un sex ratio de cinq femmes pour un homme, l'analyse selon la caractéristique « genre » peut être biaisée par une surreprésentation dans l'échantillon.

Une pondération aurait été tentante à appliquer pour essayer d'isoler d'éventuelles tendances des répondants. Cependant, afin d'éviter toute extrapolation induite des résultats, nous avons délibérément opté pour une analyse non pondérée des données. Cette approche est en ligne avec les principes fondamentaux de la méthodologie qualitative.

III.4.1. Les motifs motivant l'institutionnalisation

Parmi les motifs à l'origine de l'institutionnalisation, on constate que la chute est le plus cité par les participants.

Les résultats révèlent une tendance claire en fonction de l'âge.

La majorité des résidents âgés de plus de 90 ans vont évoquer la chute comme étant à l'origine de leur entrée en établissement. Concernant les participants de la tranche d'âge des 80-90 ans on note une plus grande diversité de motifs. Tandis que les motifs à l'origine de l'institutionnalisation chez les résidents âgés de 70 à 80 ans ne sont pas cités chez les autres participants.

Tableau 2 : Les motifs d'institutionnalisation en fonction de l'âge

	Chute	Dépendance	Domicile inadapté	Maladie	Sécurité	Solitude	Troubles psychiatriques	Total
70-80 ans	0	0	3	0	0	0	1	4
80-90 ans	3	3	0	1	1	3	0	11
>90 ans	12	3	0	0	0	1	0	16

Cette observation est cohérente avec le fait que plus l'individu vieillit et plus il est à même de chuter. L'institutionnalisation a alors lieu dans un contexte de retour à domicile difficile voire impossible. A l'inverse un résident entré à l'âge de 70 ans en établissement sera peut-être plus facilement confronté à l'entrée en institution précoce du fait par exemple de la présence d'une pathologie chronique invalidante.

Il paraît difficile de comparer les motifs en fonction du genre dans la mesure où le sex ratio est de cinq femmes pour un homme.

Tableau 3 : Les motifs d'institutionnalisation en fonction du genre

	Chute	Dépendance	Domicile inadapté	Maladie	Sécurité	Solitude	Troubles psychiatriques	Total
Féminin	15	4	3	0	1	3	1	27
Masculin	0	2	0	1	0	1	0	4

On peut simplement évoquer le fait que la majorité des chutes sont évoquées par les femmes, ce qui est cohérent avec le nombre important des femmes dans la tranche des plus de 90 ans.

Concernant les motifs d'entrée en EHPAD en fonction de la profession, on note une plus grande diversité de motifs chez les employés alors que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures, c'est le motif dépendance qui est le plus fréquent et on retrouve le seul motif « troubles psychiatriques »

Tableau 4 : Les motifs d'institutionnalisation en fonction de la profession

	Chute	Dépendance	Domicile inadapté	Maladie	Sécurité	Solitude	Troubles psychiatriques	Total
Femme au foyer	2	1	0	0	0	0	0	3
Ouvrier	1	0	0	0	0	0	0	1
Employé	7	1	3	1	1	1	0	14
Agriculteur exploitant	3	0	0	0	0	0	0	3
Indépendants / Artisans	2	1	0	0	0	2	0	5
Cadre et professions intellectuelles supérieures	0	3	0	0	0	1	1	5

C'est ce qui ressort lorsque l'on compare les motifs d'institutionnalisation en fonction du type d'EHPAD.

Tableau 5 : Les motifs d'institutionnalisation en fonction du type d'EHPAD

	Chute	Dépendance	Domicile inadapté	Maladie	Sécurité	Solitude	Troubles psychiatriques	Total
Public	15	4	3	1	1	4	0	28
Privé	0	2	0	0	0	0	1	3

On peut observer un large éventail de motifs en public à l'inverse des établissements privés où on va retrouver plus facilement les motifs concernant les cadres ou professions d'intellectuelles supérieures.

III.4.2. Les modèles de démarche d'institutionnalisation

Concernant les modèles de démarche d'institutionnalisation, celles-ci semblent différer en fonction de l'âge.

Tableau 6 : Le modèle d'entrée en EHPAD en fonction de l'âge

	Echange familial sur la décision d'institutionnalisation	Institutionnalisation à la demande du patient	Institutionnalisation à la demande d'un tiers	Total
70-80 ans	0	1	1	2
80-90 ans	7	2	6	15
>90 ans	1	3	8	12

On peut observer que le nombre de citations concernant l'échange familial est plus important dans la tranche des 80-90 ans, tout comme l'institutionnalisation à la demande d'un tiers. Cette démarche n'est donc pas décrite comme personnelle et confirme l'implication de la famille.

A l'inverse, les plus de 90 ans vont majoritairement citer l'institutionnalisation à la demande d'un tiers. Est-ce que la famille est moins présente ? Est-ce que l'échange est réellement moins présent ? Potentiellement, il est intéressant de faire le rapprochement entre le fait que les participants de cette tranche d'âge qui ont le plus cité la chute comme motif, sont plus à même de rentrer en institution à la suite d'une hospitalisation dans un contexte d'urgence. De ce fait, le contexte va venir influencer directement sur l'échange familial et ainsi précipiter la démarche.

Tandis que les participant âgés entre 70 et 80 ans ne citent à aucun moment l'implication familiale dans cette démarche.

Tableau 7 : Le modèle d'entrée en EHPAD en fonction de la profession

	Echange familial sur la <u>décision d'institutionnalisation</u>	Institutionnalisation à la <u>demande du patient</u>	Institutionnalisation à la <u>demande d'un tiers</u>	Total
Femme au foyer	0	0	2	2
Ouvrier	0	0	1	1
Employé	3	2	6	11
Agriculteur exploitant	0	0	2	2
Indépendants / artisans	1	0	1	2
Cadre et professions intellectuelles supérieures	4	4	3	11

Concernant les catégories socio-professionnelles, on observe que l'implication familiale est plus marquée chez les employés alors que les cadres et professions intellectuelles supérieures vont plus facilement réaliser la démarche d'eux même.

III.4.3. Le vécu de la démarche d'institutionnalisation

Concernant le vécu de la démarche, la résignation est le sentiment le plus cité par les participants lors des recueils.

Tableau 8 : Le vécu de l'institutionnalisation en fonction de l'âge

	Obligation	Résignation	Total
70-80 ans	1	6	7
80-90 ans	2	5	7
>90 ans	0	5	5

Les plus de 90 ans sont cependant les seuls à ne pas avoir cité l'obligation comme faisant partie de leur vécu.

III.4.4. L'environnement extérieur à l'EHPAD

Les résidents vivant en institution depuis 2-3 ans sont ceux ayant cité le plus de réalisation d'activités et de visites familiales

Tandis que ceux étant institutionnalisés depuis 1 an vont plus facilement évoquer des appels téléphoniques fréquents et des visites occasionnelles.

Tableau 9 : Le type de contact et de relation en fonction de la durée d'institutionnalisation

	Activité famille non	Activité famille oui	Appel téléphonique que famille fréquent	Visite autre oui	Visite famille fréquente	Visite famille non	Visite famille occasionnelle	Total
<6 mois	0	0	0	0	1	0	0	1
1 an	1	2	6	2	3	1	4	19
2-3 ans	1	6	3	3	8	1	1	23
4-5 ans	0	0	2	0	0	1	2	5
>5 ans	0	0	0	1	1	0	1	3

Plus la durée d'institutionnalisation s'allonge et plus les participants évoquent une baisse de l'implication familiale. On peut se demander s'il s'agit d'une baisse réelle ou ressentie.

III.4.5. L'environnement au sein de l'EHPAD

III.4.5.1. Les activités

Le vécu des activités au sein de l'établissement semble meilleur quand l'âge des résidents augmente, et ceux-ci se montrent plus participatifs.

Tableau 10 : Les activités au sein de l'EHPAD en fonction de l'âge

	Activités bien vécues	Activités mal vécues	Non-participation	Participation	Total
70-80 ans	0	2	1	2	5
80-90 ans	6	0	2	10	18
>90 ans	4	2	1	7	14

Bien que le nombre de participants âgés de 70 à 80 ans puisse influencer les résultats, on observe une proportion plus importante de vécu négatif dans cette tranche d'âge. Ce sont eux qui évoquent le mal être lié à la différence d'âge, à la confrontation avec l'autre, aux troubles cognitifs et à la vieillesse de manière générale.

Tableau 11 : Les activités au sein de l'EHPAD en fonction de la durée d'institutionnalisation

	Activités bien vécues	Activités mal vécues	Non-participation	Participation	Total
<6 mois	1	0	0	0	1
1 an	5	2	0	5	12
2-3 ans	2	1	2	7	12
4-5 ans	2	0	2	2	6
>5 ans	0	1	0	5	6

Le vécu positif semble majoritairement cité par les résidents étant institutionnalisés depuis 1 an. Et seule la résidente accueillie dans l'EHPAD depuis de moins de 6 mois ne participe pas aux activités bien qu'elle semble les vivre positivement.

Pour ce qui est des catégories socio-professionnelles, les cadres et professions intellectuelles supérieures semblent apprécier les activités et participent. En revanche pour les employés le ressenti et la participation sont plus mitigés avec quasiment autant de vécu positif que négatif.

Tableau 12 : Les activités au sein de l'EHPAD en fonction de la profession

	Activités bien vécues	Activités mal vécues	Non-participation	Participation	Total
Femme au foyer	1	0	1	6	8
Ouvrier	1	0	0	1	2
Employé	3	3	2	5	13
Agriculteur exploitant	0	0	0	0	0
Indépendants / artisans	0	0	0	2	2
Cadre et professions intellectuelles supérieures	5	1	1	5	12

Il est cependant curieux de trouver un nombre de citations élevé concernant les participations dès les femmes au foyer tandis que leur vécu est très peu évoqué.

Le lien entre le vécu positif et la participation peut s'expliquer par le fait la stimulation cognitive soit à l'origine d'un bien être chez certaines catégories socio-professionnelles.

III.4.5.2. Les liens sociaux

Concernant les liens sociaux, bien que les femmes soient plus nombreuses dans cette étude, les hommes sont les seuls à citer la création de liens intimes au sein de l'établissement.

Tableau 13 : Les liens créés au sein de l'EHPAD en fonction du genre

	Parmi les résidents <u>non</u>	Parmi les résidents <u>oui</u>	Parmi les soignants <u>non</u>	Parmi les soignants <u>oui</u>	Liens intimes créés parmi les résidents	Total
Féminin	2	23	1	21	0	47
Masculin	0	5	0	1	2	8

Concernant les tranches d'âges, les résidents disent tous tisser des liens entre eux et avec les soignants.

Tableau 14 : Liens créés au sein de l'EHPAD en fonction de l'âge

	Parmi les résidents non	Parmi les résidents oui	Parmi les soignants non	Parmi les soignants oui	Liens intimes créés parmi les résidents	Total
70-80 ans	0	4	0	4	0	8
80-90 ans	1	15	1	7	2	26
>90 ans	1	9	0	11	0	21

On observe une majoration des liens auprès des résidents pour les 80-90 ans et une majoration de liens auprès des soignants pour les plus de 90 ans.

On pourrait s'interroger sur le manque d'intérêt à la création de lien auprès d'autres résidents au vu du grand âge avec potentiellement un lien plus proche du soignant car plus à même de répondre aux besoins.

Tableau 15 : Liens créés au sein de l'EHPAD en fonction de la durée d'institutionnalisation

	Parmi les résidents non	Parmi les résidents oui	Parmi les soignants non	Parmi les soignants oui	Liens intimes créés parmi les résidents	Total
<6 mois	0	1	0	3	0	4
1 an	1	6	0	8	0	15
2-3 ans	1	7	0	8	2	18
4-5 ans	0	7	1	1	0	9
>5 ans	0	7	0	2	0	9

On peut facilement observer qu'à partir d'un an d'institutionnalisation, la création de lien se fait aussi bien avec les résidents qu'avec les soignants.

III.4.5.3. La description de l'EHPAD

Concernant la description de l'établissement, on observe une certaine progression en fonction de la tranche d'âge.

Tableau 16 : La description de l'EHPAD en fonction de l'âge

	Description négative de l'EHPAD	Description positive de l'EHPAD	Total
70-80 ans	3	5	8
80-90 ans	1	9	10
>90 ans	5	12	17

Plus les participants sont âgés, plus ils vont évoquer un avis positif sur l'établissement. On peut facilement faire le lien entre le vieillissement et les besoins qui l'accompagnent. De plus, la durée d'institutionnalisation semble exercer une influence positive sur les avis vis-à-vis de l'établissement.

Tableau 17: La description de l'EHPAD en fonction de la durée d'institutionnalisation

	Description négative de l'EHPAD	Description positive de l'EHPAD	Total
<6 mois	0	0	0
1 an	2	12	14
2-3 ans	3	7	10
4-5 ans	1	3	4
>5 ans	3	4	7

On note que les résidents institutionnalisés depuis moins de 6 mois ne se prononcent pas concernant la description de l'EHPAD ce qui peut refléter un manque d'appropriation. Ceux ayant le plus de citations positives sont les résidents institutionnalisés depuis 1 an. On remarque par la suite une décroissance progressive. La durée d'institutionnalisation peut potentiellement être à l'origine d'une lassitude.

III.4.6. Le vécu psychologique de la vie en EHPAD

III.4.6.1. Mécanisme réactionnel à l'institutionnalisation

Concernant les mécanismes réactionnels cités par les participants, Il est intéressant d'observer que les 70-80 ans n'évoquent pas l'acceptation et vont plutôt aborder l'adaptation et l'obligation.

Tandis que les 80-90 ans suivi des plus de 90 ans vont citer majoritairement l'acceptation.

Tableau 18 : Les mécanismes réactionnels de l'institutionnalisation en fonction de l'âge

	Acceptation	Adaptation	Obligation	Total
70-80 ans	0	1	1	2
80-90 ans	13	3	2	18
>90 ans	7	3	0	10

Il semble possible de faire un lien entre l'âge et l'acceptation de la situation.

III.4.6.2. Le vécu psychologique au sein de l'EHPAD

Bien que le nombre de participants de sexe masculin soit moins important au sein de cette étude, il paraît tout de même intéressant d'observer une tendance à citer plus facilement le mal être chez les hommes en comparaison des femmes.

Tableau 19 : Le vécu psychologique en fonction du genre

	Bien être	Mal être	Total
Féminin	35	21	56
Masculin	3	5	8

Pour ce qui est de la tranche d'âge, on note un nombre de citations équilibré concernant les vécus des résidents âgés de 70 à 80 ans.

Par la suite, il est intéressant d'observer une majorité de mal être évoqué par les 80-90 ans. Tandis que pour les plus de 90 ans, le bien être est cité majoritairement.

Tableau 20 : Le vécu psychologique en fonction de l'âge

	Bien être	Mal être	Total
70-80 ans	2	2	4
80-90 ans	11	19	30
>90 ans	25	5	30

Si on aborde le vécu en fonction de la durée d'institutionnalisation, on constate que le vécu est globalement équilibré et qu'il ne semble pas y avoir de réelle influence.

Tableau 21 : Le vécu psychologique en fonction de la durée d'institutionnalisation

	Bien être	Mal être	Total
<6 mois	2	1	3
1 an	18	13	31
2-3 ans	11	9	20
4-5 ans	5	3	8
>5 ans	2	0	2

Tandis que si l'on observe le vécu psychologique en fonction de la catégorie professionnelle, on observe une nette prédominance des citations concernant le mal être chez les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Tableau 22 : Le vécu psychologique en fonction de la profession

	Bien être	Mal être	Total
Femme au foyer	3	0	3
Ouvrier	1	0	1
Agriculteur exploitant	6	0	6
Indépendants / artisans	3	1	4
Cadre et professions intellectuelles supérieures	2	11	13

Le mal être qui est principalement abordé par les cadres et professions intellectuelles supérieures fait principalement référence au manque de stimulation cognitive et à la « pauvreté intellectuelle ».

IV. Discussion

IV.1. Choix de la méthode

L'objectif principal de cette étude était de décrire le vécu psychologique des résidents en EHPAD en Corrèze.

Notre revue de littérature a révélé un manque de références françaises récentes sur ce sujet précis.

Nous avons donc choisi de mener une analyse qualitative inspirée de l'approche phénoménologique pour permettre d'explorer cette expérience vécue.

Dans ce type d'étude, l'analyse des données se fait en parallèle de leur collecte, permettant ainsi leur évolution constante.

Son caractère itératif et son critère de validation interne garantissent la rigueur scientifique de notre recherche.

IV.2. Modèle explicatif et carte conceptuelle

IV.2.1. La carte conceptuelle

La carte conceptuelle met en lumière toutes les connexions établies par les résidents d'EHPAD, depuis le parcours initiant l'institutionnalisation jusqu'au vécu psychologique au sein de l'établissement. Ce cheminement est étroitement lié au temps et à la richesse du collectif, qui a apporté de nombreuses idées. Il me semble essentiel de le résumer de manière synthétique à travers cette conceptualisation pour mieux appréhender les enjeux actuels et futurs du vécu psychologique des résidents vivant au sein de l'EHPAD. Elle est présentée en (Annexe 11).

IV.2.2. Le parcours de pré-institutionnalisation

La diversité des parcours cités par les participants illustre la complexité et la spécificité de la population en EHPAD.

Les motifs influençant la décision d'institutionnalisation sont extrêmement variés et correspondent à différents critères biomédicaux, l'environnementaux ou psychologiques. Dans beaucoup de situations, ces motifs sont multiples, se potentialisent les uns les autres et participent ainsi à la précipitation de la démarche. Les antécédents personnels de chaque individu sont susceptibles d'influencer cette situation.

De ces différents contextes dépendent le degré de difficulté du maintien à domicile, l'urgence dans laquelle la demande sera réalisée ainsi que le niveau d'implication de l'individu dans la démarche d'institutionnalisation.

C'est ainsi que certains résidents se sont vus imposés un changement de vie radical dénonçant une privation brutale de leur autonomie. Tandis que d'autres ont pu bénéficier d'un accompagnement psycho social avec parfois un soutien familial. Rare sont ceux pour qui cette démarche émane d'une réflexion personnelle amenant à un choix délibéré.

L'urgence de la situation venant précipiter la démarche, il semble indéniable que les séniors vivant cet évènement n'ont pas le temps de les conscientiser.

La conscientisation de l'institutionnalisation paraît être une étape indispensable dans l'acceptation de la démarche.

Et même quand ce cheminement personnel semble avoir été réalisé, les vécus psychologiques rapportés de cette étape montrent une certaine résignation voire une obligation.

IV.2.3. Un nouveau lieu de vie

Lorsqu'un séniore intègre un établissement, c'est tout un environnement jusqu'alors inconnu qui s'ouvre à lui.

La chambre reste le seul espace intime que le résident peut s'approprier, lui permettant ainsi de recréer un sentiment d'identité.

L'accès aux espaces communs, lorsque cela est possible, permet à chaque résident de participer aux activités telles que la gymnastique, le chant, la danse, le collage, le coloriage et bien d'autres encore. Elles stimulent l'état physique et cognitif de chaque individu.

Qui dit espaces communs dit aussi contacts sociaux. Nombre de résidents décrivent ces relations comme étant courtoises. Très peu évoquent l'amitié voire l'intimité.

Les difficultés rencontrées par les résidents à la réalisation d'activités mais aussi à la création de liens se trouvent être principalement imputées à l'autre.

Bien que l'établissement mette en place différentes activités qui facilitent la création de liens sociaux, ce n'est, pour beaucoup de résidents pas voire plus une priorité car ils souffrent de troubles cognitifs.

On rencontre des profils de résidents très différents. Certains préfèrent rester dans leur chambre afin de lire, de réaliser des mots croisés mais aussi de manger. Ils évoquent ce besoin de retrouver cette solitude qu'ils disent connaître depuis plusieurs années. Il y a ceux qui participent de temps à autres, qui disent s'adapter en fonction de leurs envies et ceux qui recherchent le contact avec autrui même si l'échange n'est pas réalisable. L'objectif premier, dans ce cas, n'est pas de créer du lien mais simplement de se sentir entouré et moins seul.

Un autre élément vient s'ajouter à ces différents profils : la peur du jugement de l'autre. Certains résidents ont évoqué que le simple fait de ne pas participer au repas en groupe ou aux activités pouvait signifier que la personne était souffrante ou dans l'incapacité physique ou intellectuelle de les réaliser. Ne pas participer c'est potentiellement être mourant.

Les relations soignants-résidents qui sont décrites comme cordiales sont facilitées par des connaissances préalables qui aident à se familiariser avec cet univers. Les séniors ont une certaine reconnaissance à leur égard car ces soignants répondent à leurs besoins, les écoutent et constituent une présence physique. Le personnel médical, quant à lui apporte une sécurité aux résidents médicalement dépendants.

Concernant l'environnement, en dehors de l'enceinte de l'établissement, les résidents ont pour une grande majorité évoqué la place de la famille. Là aussi, on retrouve une grande diversité de profils relationnels.

On identifie des relations de qualité où la famille est impliquée et stimule le résident par le biais de sorties extérieures ou d'appels téléphoniques fréquents. La distance géographique avec la famille semble jouer un rôle même si la proximité n'est pas forcément signe de qualité. Cependant la proximité semblerait avoir un effet positif sur le sentiment d'isolement voire d'abandon du résident.

Les séniors sont nombreux à décrire la famille comme étant une ressource ou un moteur, les aidant à surmonter ce passage en institution ainsi que leur vécu au quotidien.

IV.2.4. Le vécu au sein de l'établissement

IV.2.4.1. Le mal être

Pour beaucoup de résidents, l'aspect matériel exerce une influence directe sur leur épanouissement psychologique. De ce fait, la description de l'établissement est le premier élément abordé lorsque l'on s'intéresse de près à leur bien être psychologique. Les plaintes peuvent se porter sur le confort des locaux, la taille de la chambre, le manque de propreté ainsi que la qualité des repas.

Puis lorsque l'on progresse sur le sujet, on découvre que le manque de stimulation, le manque d'échange et de sollicitation sont dénoncés par certains résidents comme accentuant des troubles cognitifs. Des participants à l'étude se plaignent du fait que la « pauvreté intellectuelle » de certains congénères pourrait participer à leur propre déclin cognitif.

Un manque de stimulation peut être à l'origine de l'ennui. Nombreux résidents l'évoquent. L'ennui fait partie intégrante de la vie d'un résident en EHPAD et s'ennuyer c'est malheureusement la porte ouverte aux ruminations et à bien d'autres maux.

Il est difficile d'évoluer, de trouver sa place et de s'intégrer à un groupe où la majorité des individus a potentiellement des troubles cognitifs ou des déficits qui vous renvoient quotidiennement cette image de vieillesse et de fin de vie. C'est pourquoi, les résidents ne présentant pas de démence avérée se trouvent plus à l'aise en s'isolant et conservant leur solitude.

Pour peut-être mieux vivre ce mal être, certains résidents se réfugient dans des mécanismes tel que la nostalgie. Se remémorer des souvenirs, se rattacher à un passé plus ou moins lointain peut adoucir la situation parfois brutale.

Beaucoup de ces résidents se sentent étrangers à l'établissement et n'arrivent pas s'approprier l'environnement. Ils décrivent principalement ce vécu comme le fait de ne pas se sentir chez eux.

Tous ces signes sont précurseurs d'une dépression que l'on observe chez certains résidents

Lorsque l'on parle de dépression, on parle aussi d'image de soi qui chez le résident se trouve mal menée. En effet, pour certains, le fait de se trouver en institution peut participer au sentiment de ne pas se sentir « utile » voir d'être « un poids » pour la famille ou pour la société. Sans parler de l'image qui se construit sur « l'autre ». Si on reprend les descriptions des résidents concernant l'image que les autres leur renvoient d'eux même, il paraît difficile d'être mis en valeur lorsque les relations sont décrites comme étant une « confrontation à la fin de vie ».

Parmi les signes de dépression, il est possible de retrouver l'irritabilité. Une irritabilité qui semble souvent dirigée vers les autres résidents à l'idée même d'être confronté au groupe.

On peut aussi observer l'anxiété. Une anxiété souvent présente et qui est citée spontanément lorsque le résident aborde le sujet de la fin de vie.

Pour certains, leurs attentes sont claires, ils sont en établissement pour « attendre la mort ». Il n'y a pas d'autre issue possible. On pourrait même évoquer le soulagement à l'idée de connaître cette issue bien que la temporalité soit incertaine.

Et il y a aussi certains résidents pour qui le mal être devient envahissant au point d'évoquer des pensées suicidaires.

Pour d'autres on pourrait s'interroger sur le déni, la confusion ou plutôt l'espoir auquel ils souhaitent se rattacher. Comme ceux désirant envisager un retour à domicile en étudiant toutes les possibilités d'aménagement possibles ou encore lorsqu'il est question de partir s'installer avec un autre résident en espérant un retour à la vie « normale ».

IV.2.4.2. Le bien être

En miroir des plaintes alléguées par certains dans la description de l'EHPAD, d'autres évoquent le confort ainsi que la qualité du logement et des repas, qui répondent à leurs besoins et participent à leur bien-être. Ce vécu semble propre à chacun.

Un autre élément relevant de l'établissement, abordé par peu de participants est la sécurité. Il semblerait que vivre au sein d'un EHPAD apporte une certaine tranquillité voire un apaisement à l'idée de se sentir sécurisée, de ne pas se poser la question des courses, du repas ni du ménage.

Nous avons pu voir le côté négatif des contacts entre résidents. Cependant, tout comme le confort des lieux, certains ont un vécu différent. Pour quelques-uns il semble possible de tisser des liens voire de nouer des amitiés et même des liens intimes. C'est un moyen de lutter contre la solitude et de participer à la stimulation cognitive.

Une autre source de bien être rapportée par les résidents est le contact avec les soignants. Bien que beaucoup décrivent ces échanges comme étant courtois, quelques seniors évoquent le bienfait à l'idée de se sentir encadrer. Ils apprécient le fait que quelqu'un vienne leur souhaiter bonne nuit le soir au moment du coucher ou celui qu'un soignant les fasse rire dans la journée. Il y a aussi les échanges qui permettent à certains de garder un pied dans la société, en discutant avec les soignants c'est aussi s'ouvrir à une autre génération.

Le soignant joue un rôle important au quotidien dans l'autonomisation du résident. Par exemple, le fait d'installer le résident à table participe à la préservation de l'identité en tant qu'individu et à sa valorisation.

Lorsque certaines conditions semblent remplies, les résidents évoquent d'eux même le fait de se sentir chez eux et d'éprouver un certain bonheur.

IV.3 L'analyse matricielle

Les résultats de l'analyse matricielle semblent montrer une meilleure appropriation de l'EHPAD par les résidents les plus âgés, institutionnalisés depuis plus de 5 ans. Ils semblent compenser le moins de contact avec leurs proches par plus de participation aux activités. Ils en parlent de manière enthousiaste et décrivent ces moments comme étant bénéfiques sur le plan cognitif, physique mais aussi social. On note aussi une plus grande propension à créer du lien auprès des résidents. De manière générale, les résidents de grand âge en EHPAD sont ceux qui décrivent le plus l'établissement de manière positive et vont même jusqu'à évoquer un bien-être et du bonheur.

En revanche, les résidents appartenant à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures font part d'un mal-être plus marqué en lien avec une stimulation cognitive insuffisante par manque d'interaction avec les autres résidents ou d'activités adaptées.

IV.4 La validité externe

Le vécu psychologique de l'institutionnalisation est peu abordé dans la littérature scientifique. La majorité des études sur le vécu psychologique des résidents en EHPAD portaient sur le vécu durant la période Covid-19.

Notre étude a permis de faire émerger les influences de ce tournant de vie sur le vécu psychologique des résidents.

Concernant les dernières études menées à ce sujet, on peut citer un article de Mme Isabelle MALLON, professeur de sociologie à Lyon paru dans *Gérontologie et société* en 2007 et intitulé : « *Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique* ». Elle décrit l'institutionnalisation comme étant un rite de passage sur le plan macrosociologique et selon une analyse microsociologique, elle évoque la rupture et le tournant que les résidents évoquent lors de l'institutionnalisation.

Une seconde enquête, l'enquête EHPA, a été réalisée en 2007 par la DRESS auprès d'un échantillon de 656 741 résidents d'établissements d'hébergement pour personne âgées. Elle aborde plusieurs points pouvant influencer le vécu des résidents. Elle dépeint en particulier le regard des résidents sur les conditions d'entrée, leur satisfaction, leur participation, leurs choix. La restauration mais aussi la vie sociale tout en réalisant un parallèle avec l'avis des proches. Les résidents de notre étude abordent spontanément les mêmes points que ceux cités dans cet article.

L'article le plus récent a été écrit par Mme Valentine Trépied, Docteure en sociologie en 2014. Il est intitulé : « *La détresse psychologique en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : les ambivalences du lien de filiation* ». Il s'intéresse particulièrement à la dépression en EHPAD et décrit l'entrée en établissement collectif comme un événement qui crée des ruptures, voire des tournants biographiques, susceptibles d'engendrer un mal-être. Ces notions d'évènement, de bascule et de mal-être sont retrouvées dans notre travail.

IV.3. Les forces de notre étude

Notre démarche s'est attachée à respecter les règles éthiques fondamentales d'une recherche en soins primaires. Nous avons recueilli le consentement libre et éclairé de chaque résident concernant sa participation ainsi que l'autorisation d'enregistrement des données ; Nous avons informé chacun d'entre eux de son droit de rétractation. Nous avons obtenu la validation du comité d'éthique du CHU de Limoges.

La méthode qualitative phénoménologique par analyse interprétativiste paraît tout à fait adaptée pour répondre à la question de recherche.

Le recrutement par l'intermédiaire d'institutions référentes dans ce domaine a permis de garantir une absence de conflit d'intérêt et de limiter le biais de désirabilité.

L'échantillon raisonné est bien homogène puisque tous les participants vivent le phénomène exploré avec une diversité de genre, d'âge, de durée d'institutionnalisation et de type d'établissements.

Le recueil qui a suivi a été réalisé exclusivement par l'intermédiaire d'entretiens individuels semi-dirigés comme recommandé dans ce type d'étude. Les échanges qui se sont déroulés au sein même de l'EHPAD pour la totalité des dix-huit participants, ont permis d'obtenir des données de qualité. La rédaction de questions ouvertes, le respect des silences et la flexibilité du guide d'entretien ont permis d'assurer une adaptabilité à cette collecte.

Le principe de suffisance a été respecté.

L'analyse a été faite selon un processus d'itération avec triangulation des données, selon 3 niveaux de codage descriptif, thématique et matriciel. Les résultats ont suivi le fil conducteur proposé par le guide d'entretien aboutissant à une discussion en fonction des données de la littérature quand cela était possible.

IV.4. Limites de notre étude

IV.4.1. Limites liées à la méthodologie

En effet, il existe un biais lié au manque d'expérience de l'investigatrice concernant la réalisation des entretiens, ce qui a pu aboutir à quelques difficultés telles que recentrer l'interviewé sur un thème précis, reformuler certaines questions, préciser une idée... Ces difficultés laissent à penser que certains thèmes n'ont pas toujours été abordés dans leur totalité durant les entretiens. De plus, il a pu exister un biais d'intervention, avec un risque d'orienter le dialogue selon mes opinions.

Nous pouvons également trouver des limites liées à l'environnement dans lequel s'est déroulé l'entretien. Le choix s'était porté sur des entretiens faits au sein de l'EHPAD, ce qui a pu avoir comme conséquences des interruptions (téléphone, intervention d'un soignant...) modifiant le cours de l'entretien.

Il existe également des limites liées à l'enregistrement des entretiens, ce qui a pu pour certains participants induire une gêne et ainsi une modification du discours. Afin d'éviter cela, les participants étaient prévenus à l'avance de l'enregistrement, et le dictaphone était placé dans un endroit le plus discret possible.

IV.4.2. Limites liées aux interviewés

Il subsiste des biais de mémorisation. En effet, toutes les données recueillies sont déclaratives, ce qui peut laisser place à une part de dissimulation, d'omission ou d'interprétations.

On peut citer le biais de désirabilité. Le but des entretiens individuels, contrairement à des focus groups, était de limiter ce biais, en permettant à chaque participant de s'exprimer librement en évitant au maximum la peur du jugement, la timidité... Les participants ont tous semblé à l'aise et francs au cours des entretiens.

Dans la mesure où les entretiens n'ont pas pu être réalisés le même jour, il a pu exister un « effet de contamination », les participants interrogés ayant pu apprendre à l'avance par leurs congénères, l'objet exact de l'étude et les thèmes de l'entretien, leur permettant d'y réfléchir, rendant les réponses moins spontanées.

IV.4.3. Limites liées à l'analyse des données

Des erreurs ont pu être faites lors de la retranscription des entretiens, avec des passages moins audibles que d'autres. Il n'y avait pas de passages inaudibles et la quasi-totalité des propos a pu être recueillie.

Il est également possible que certains propos aient été mal interprétés. Ce biais d'interprétation a été néanmoins limité par la réalisation d'une triangulation des données avec une bonne concordance lors de la mise en commun.

IV.5. Les perspectives

Dans cette étude, les résidents en EHPAD en Corrèze ont clairement identifié les nombreux avantages de l'institutionnalisation mais aussi les freins à leur épanouissement.

Lorsque la situation le permet, l'implication personnelle des résidents lors de la démarche d'institutionnalisation favoriserait une autonomisation vis-à-vis de cette prise de décision ainsi que la conscientisation de la démarche. Ce qui pourrait améliorer l'acceptation.

De plus, le partenariat avec la famille du résident, présente et engagée permettrait d'être un soutien psychologique supplémentaire.

D'autre part, l'analyse des résultats a permis d'identifier que l'âge d'institutionnalisation avait un impact sur le vécu de celle-ci. Plus l'individu est âgé, plus l'adaptation et l'acceptation semblent facilitées.

De même, la profession anciennement exercée par les résidents influence le besoin de stimulation cognitive. Il semblerait que les catégories socio-professionnelles intellectuelles et supérieures présentent une plus grande soif de stimulation cognitive.

Les résultats obtenus doivent être considérés comme des pistes de recherches ultérieures plutôt que des conclusions fermes et définitives.

Beaucoup de choses ont déjà à ce jour été mises en œuvre afin d'améliorer la qualité du vécu psychologique des résidents en EHPAD. On peut citer l'intervention des psychologues, celles des équipes mobiles de gérontopsychiatrie, la mise en place d'activités de groupe ou de sorties, l'intervention de visiteurs extérieurs ou encore le partage en cantine du repas avec de jeunes enfants scolarisés.

En définitif, le vécu psychologique du résident en EHPAD se verrait amélioré par un renforcement du soutien psychologique dès que la question de l'institutionnalisation se pose. Il pourrait être utile de mieux sensibiliser le personnel soignant aux signes de dépression chez la personne âgée.

On pourrait améliorer le repérage de ces signes par la mise en place de bilan d'évaluation du vécu psychologique au sein de l'EHPAD une à deux fois par an ciblant le degré d'implication de l'individu, son niveau d'autonomisation. Ces évaluations pourraient être réalisées par un psychologue et ou une IPA en santé mentale.

Dans ce même optique, un questionnaire anonyme pourrait être proposé aux résidents. Celui-ci interrogerait sur l'établissement en lui-même, l'aspect matériel et le confort, mais aussi sur le besoin de visite par des personnes extérieures que ce soit la famille ou une personne neutre telle que les visiteuses de malades.

D'autres pistes peuvent être envisagées comme la réalisation d'activités par groupes de différents niveaux adaptés au degré d'autonomisation et de sollicitation cognitive et physique. On favoriserait ainsi la création de lien entre résidents ayant les mêmes centres d'intérêt. Il en va de même pour les sorties. Les thématiques pourraient être proposées tout en laissant la possibilité au résident de choisir. Le fait d'avoir le choix permettrait une meilleure adhésion et une meilleure appropriation de cet environnement aidant à accepter l'institutionnalisation et participant au bien-être du résident.

Conclusion

Avec le vieillissement de la population Française, il est difficile de ne pas s'intéresser à la population âgée et plus particulièrement au vécu psychologique des résidents en EHPAD.

Nous avons donc cherché à savoir comment les résidents en EHPAD en Corrèze vivent leur institutionnalisation sur le plan psychologique. Pour ce faire, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative interprétative phénoménologique conduite auprès de dix-huit résidents en Corrèze ne présentant pas de signe de démence avérée et n'étant pas sous mesure de protection. Ces participants ont pris chacun part à des entretiens individuels semi-dirigés réalisés en mai 2024 où ils ont pu exposer leur vécu, qu'il soit négatif ou positif. Les données enregistrées ont ensuite été analysées, dans une approche interprétativiste à 3 niveaux de codage, afin d'extraire les idées permettant de répondre à la question de recherche.

Ce travail a permis de retracer le parcours du résident du point de bascule motivant l'institutionnalisation au vécu au sien de l'établissement.

L'entrée en institution dépend, pour ces résidents, de leur histoire, de motifs déclenchants à la fois biomédicaux, psychologiques ou environnementaux.

La démarche de l'institutionnalisation peut revêtir plusieurs modalités laissant plus ou moins le choix au patient. Le vécu qui en découle varie de l'acceptation, à l'obligation ou la résignation.

L'environnement familial extérieur à l'EHPAD impacte sur le vécu dans l'établissement.

Quant à l'environnement au sein de la structure, il est composé des relations entre résidents, des relations avec le personnel soignant, des activités et des sorties.

Le vécu est pour beaucoup négatif. Il s'exprime alors sous la forme d'un mal-être favorisé par des conditions d'accueil qui ne répondent pas aux attentes, l'ennui, la solitude ou le déracinement. Il peut s'agir aussi de critères de dépression caractérisée allant jusqu'à des idées suicidaires.

Cependant, on retrouve autant de citations évoquant le bien-être comme le confort, la sécurité, la possibilité de tisser des liens avec les résidents et surtout avec les soignants. Les soignants jouent un rôle apaisant et rassurant. Ces interactions luttent contre l'isolement et stimulent la cognition.

L'analyse matricielle a montré quelques influences

La mise en valeur de l'implication du résident est une ressource à l'acceptation de son entrée en EHPAD. La présence de la famille et particulièrement son implication participent à son adaptation. L'âge et les catégories socio-professionnelles semblent jouer un rôle dans le vécu. Les résidents de grand âge en EHPAD décrivent une meilleure adaptation psycho sociale à leur environnement. Les résidents anciens cadres ou de professions intellectuelles supérieures dénoncent un manque de stimulation cognitive.

Le vécu psychologique de l'institutionnalisation ne peut pas être généralisé. Il est propre à chacun. De ce fait, il n'est pas surprenant de rencontrer des résidents souffrant de dépression et des résidents qui se sont appropriés l'institution.

Il existe jusqu'à présent très peu d'études scientifiques sur le vécu psychologique des résidents en EHPAD. Beaucoup ont été réalisées dans le cadre de la crise sanitaire du

Covid-19 et plus particulièrement sur l'isolement des résidents en EHPAD. Néanmoins, nos données relatives concernant l'institutionnalisation concordent avec celles issues de la littérature. Il en est de même pour l'implication du résident dans la démarche, les ressources dont chacun dispose en fonction de son bagage socio-culturel et le risque de dépression secondaire à ce tournant de vie.

Enfin, ce projet de fin d'étude a permis de porter un autre regard sur le vécu psychologique des résidents en EHPAD. Le parcours de chaque résident ainsi que son histoire de vie ne doivent pas être sous-estimés. Ces éléments sont une ressource sur laquelle il est possible de s'appuyer. La sensibilisation aux signes de dépression chez le sujet âgé ne doit pas être négligée. Et la place du psychologue et ou de l'IPA en santé mentale au sein de cet établissement doit être renforcée.

Références bibliographiques

1. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 14 août 2024]. Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés - Focus - Les mémos de la démo. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/vieillissement-de-la-population-accelere-en-france-et-dans-la-plupart-des-pays-developpes/>
2. Seniors – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>
3. Bilan démographique 2023 – Bilan démographique 2023 | Insee [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004?sommaire=7746197#graphique-figure6_radio1
4. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
5. er1237.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>
6. gregoire_delaleau.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2020/ehpad/gregoire_delaleau.pdf
7. Giraud F. Isabelle Mallon, Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi. Lectures [Internet]. 7 mars 2006 [cité 3 févr 2025]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/269>
8. Enquête Capacités, aides et ressources des seniors en ménages | Insee [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1178>
9. Les enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care>
10. Ehpad : un tiers des seniors en détresse psychologique | vie-publique.fr [Internet]. 2020 [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/273091-ehpad-un-tiers-des-seniors-en-detresse-psychologique>
11. note_methodologique_polyopathie_de_la_personne_agee.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polyopathie_de_la_personne_agee.pdf
12. poly-geriatrie.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://archives.uness.fr/sites/campus-unf3s-2014/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
13. seformeralageriatrie [Internet]. [cité 3 févr 2025]. chapitre1cneg. Disponible sur: <https://www.seformeralageriatrie.org/chapitre1cneg>

14. Muller477102-min.pdf [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/media/s3/France/SampleChapter/08.2021/Muller477102-min.pdf>
15. Charazac P. 6. Autonomie et dépendance. Les Ateliers du praticien. 25 déc 2020;3:105-28.
16. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/autonomie-et-dependance-chez-le-sujet-age>
17. Comment le GIR est-il déterminé ? [Internet]. 2024 [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perde-d-autonomie-evaluation-et-droits/undefinedpreserver-son-autonomie/perde-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>
18. Chassagne P. www.elsevier.com. [cité 4 févr 2025]. Gériatrie. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/geriatrie>
19. Blazy C, Chabrière S, Calvet A. ICOPE : Un exemple de parcours intégré de prévention pluridisciplinaire pour faire face aux enjeux de la dépendance. Regards. 19 juill 2023;61(1):79-100.
20. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Vieillesse démographique. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/lexique/vieillesse-demographique/>
21. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Présentation du vieillissement - La santé des personnes âgées. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-santé-des-personnes-âgées/le-vieillissement/présentation-du-vieillissement>
22. Les EHPAD [Internet]. 2025 [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/undefinedvivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>
23. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Programme Qualité de vie en Ehpad. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad
24. Loi « Bien vieillir » : quelles nouveautés pour les résidents en EHPAD ? [Internet]. 2024 [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/undefinedactualites/loi-bien-vieillir-queelles-nouveautes-pour-les-residents-en-ehpad>
25. Manent M, Protat V. Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD : Etat de la connaissance bibliographique et situation en Languedoc Roussillon [Internet]. 2011 [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: https://pos-occitanie.fr/files/pmedia/public/r736_9_rapport_facteur_declenchant_31_mars_2011.pdf
26. Noël JL. Chapitre 11. Accompagner le projet de vie en service de soins de longue durée, EHPAD, maison de retraite. Regards psy. 2012;235-59.
27. Mantovani J, Rolland C, Andrieu S. Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile.

28. charte_2007_affiche-2.pdf [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf
29. Article - Avis sur le consentement des personnes vulnérables - Légifrance [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000030862461
30. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002-2 janv 2, 2002.
31. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
32. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). 2005-370 avr 22, 2005.
33. LOI n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs (1). 2007-308 mars 5, 2007.
34. 2.analyse_documentaire_qdevie_ehpad_accueil_et_pp_version_site-2.pdf [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/2.analyse_documentaire_qdevie_ehpad_accueil_et_pp_version_site-2.pdf
35. Mallon I. Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? Gérontologie et société. 2007 ;30121(2):251-64.
36. Thomas P, Hazif-Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. Gérontologie et société. 2008 ;31126(3):141-55.
37. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, van Tilburg W, et al. [Depression among older nursing home patients. A review]. Tijdschr Gerontol Geriatr. avr 2003;34(2):52-9.
38. Lleshi V, Bizzozzero T. La dépression du sujet âgé. Rev Med Suisse. 9 sept 2009;216(32):1785-9.
39. Abrams RC, Teresi JA, Butin DN. Depression in nursing home residents. Clin Geriatr Med. mai 1992;8(2):309-22.
40. Strnad J. La pertinence du concept de dépression chez les personnes âgées. Med Hyg. 5 juin 2002;2395:1151-4.
41. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Troubles dépressifs - Troubles psychiatriques. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-dépressifs>
42. Tayaa S, Berrut G, Seigneurie AS, Hanon C, Lestrade N, Limosin F, et al. Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé [Diagnosis and management of depression in the elderly].
43. Karel MJ. Aging and depression: vulnerability and stress across adulthood. Clin Psychol Rev. déc 1997;17(8) :847-79.

44. Zeiss AM, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Relationship of physical disease and functional impairment to depression in older people. *Psychology and Aging*. 1996;11(4):572-81.
45. GDS_SHORT_FORM.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur : https://geriatrictoolkit.missouri.edu/cog/GDS_SHORT_FORM.PDF
46. Mini-Mental-State-Exam-(MMSE).pdf [Internet]. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur : <https://muhc.ca/sites/default/files/micro/m-PT-OT/OT/Mini-Mental-State-Exam-%28MMSE%29.pdf>
47. TestHorloge.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur : <https://demenceclic.fr/docs/TestHorloge>
48. Favre-Bonté J. Haute Autorité de santé. 2017;
49. Huang CQ, Wang ZR, Li YH, Xie YZ, Liu QX. Cognitive function and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *International Psychogeriatrics*. 1 mai 2011;23(4):516-25.
50. Jorm AF. History of Depression as a Risk Factor for Dementia: An Updated Review. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 déc 2001 ;35(6):776-81.
51. Hugonot-Diener L, Rossi E, Guyon F, Kruczek E, Gaillard J, Hanon C. Retrait et vieillissement. *L'information psychiatrique*. 9 mai 2017 ;93(4) :302-9.
52. Menecier P. Fiche 2. La dépendance, en général. In : *Les dépendances au fil de la vie* [Internet]. In Press; 2021 [cité 7 févr 2025]. p. 25-38. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/les-dependances-au-fil-de-la-vie--9782848356662-page-25>
53. Daily Well-Being: The Role of Autonomy, Competence, and Relatedness | Request PDF. ResearchGate [Internet]. 22 oct 2024 [cité 6 févr 2025] ; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/228079273_Daily_Well-Being_The_Role_of_Autonomy_Competence_and_Relatedness
54. Somme D, Lahjibi-Paulet H. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. *LA REVUE DU PRATICIEN*. 2007 ;57.
55. Baard PP, Deci EL, Ryan RM. Intrinsic Need Satisfaction : A Motivational Basis of Performance and Well-Being in Two Work Settings. *Journal of Applied Social Psychology*. 2004 ;34(10):2045-68.
56. Seligman MEP, Weiss JM, Weinraub M, Schulman A. Part I: Introduction. *Behaviour Research and Therapy*. 1 janv 1980 ;18(5):459-61.
57. Warchol N. Autonomie. In : *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers ; 2012 [cité 7 févr 2025]. p. 87-9. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-87>
58. Ennuyer B. Les malentendus de l' « autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Sociographe*. 2013 ;6(5):139-57.
59. Pelsser R. Qu'appelle-t-on symboliser ? Une mise au point. 1989 [cité 6 févr 2025]; Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1989_num_42_392_13074

60. Maslow AH. The Instinctoid Nature of Basic Needs. *Journal of Personality*. 1954;22(3):326-47.
61. Duclos G. L'estime de soi, un passeport pour la vie.
62. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. mai 1995 ;117(3):497-529.
63. ResearchGate [Internet]. [cité 6 févr 2025]. (PDF) Human autonomy: The basis for true self-esteem. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/232586291_Human_autonomy_The_basis_for_true_self-esteem
64. Deci EL, Eghrari H, Patrick BC, Leone DR. Facilitating internalization: the self-determination theory perspective. *J Pers*. mars 1994;62(1):119-42.
65. Vallerand RJ, O'Connor BP, Blais MR. Life satisfaction of elderly individuals in regular community housing, in low-cost community housing, and high and low self-determination nursing homes. *Int J Aging Hum Dev*. 1989;28(4):277-83.
66. Thomas P, hazif-thomas C. Depression in elderly nursing home. *Revue de Geriatrie*. 1 mars 2013;38:207-16.
67. Matos Queirós A, von Gunten A, Martins M, Wellens NIH, Verloo H. The Forgotten Psychopathology of Depressed Long-Term Care Facility Residents: A Call for Evidence-Based Practice. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 18 févr 2021 ;11(1):38-44.

Annexes

Annexe 1. Echelles évaluation dépendance	93
Annexe 1.1. Grille AGGIR	93
Annexe 1.2. Activités de la vie quotidienne (ADL de KATZ)	94
Annexe 1.3. Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton)	95
Annexe 1.4. Index de Barthel	96
Annexe 2. Guide utilisateur Viatrajectoire pour les médecins libéraux	97
Annexe 3. Extrait d'agrément de la commission	107
Annexe 4. Document d'accroche	108
Annexe 5. Formulaire de consentement	109
Annexe 6. Fiche signalétique	111
Annexe 7. Guide d'entretien	112
Annexe 8. Avis du comité d'éthique	113
Annexe 9. Codes	114
Annexe 10. Extraits de verbatims	117
Annexe 11. Carte conceptuelle	119

Annexe 1. Echelles évaluation dépendance

Annexe 1.1. Grille AGGIR

Nom et prénom MI Sec.Soc. Adresse Né(e) le Âge		Date de l'évaluation				Fiche récapitulative AGGIR						
Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément	H = Habituellement	T = Totalemment	C = Correctement	Code	Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
		S	T	C	H							
1. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<p>Codage intermédiaire</p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) • Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) • Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. <p>Code final si sous-variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Orientation : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Toilette : - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B • Habillage : - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B. • Alimentation : - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B • Élimination : - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
2. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
4. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
5. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
6. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
7. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
8. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
9. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
11. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
12. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
13. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
14. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
15. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
16. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
17. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
											<p>Groupe iso-ressources Défini par le système informatique</p>	

Annexe 1.2. Activités de la vie quotidienne (ADL de KATZ)

LARS R. NEWSOME, MD

ASMG

Pain Management Office | 4130 La Jolla Village Drive, Suite 300 | La Jolla, CA 92037

KATZ BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL) SCALE

Patient Name	Today's Date
--------------	--------------

ACTIVITIES POINTS (0 or 1)	INDEPENDENCE: (1 POINT) NO supervision, direction or personal assistance	DEPENDANCE: (0 POINTS) WITH supervision, direction, personal assistance or total care
BATHING POINTS: _____	(1 POINT) Bathes self completely or needs help in bathing only a single part of the body such as the back, genital area or disabled extremity.	(0 POINTS) Needs help with bathing more than one part of the body, getting in or out of the tub or shower. Requires total bathing.
DRESSING POINTS: _____	(1 POINT) Gets clothes from closets and puts on clothes and outer garments complete with fasteners. May have help tying shoes.	(0 POINTS) Needs help with dressing self or needs to be completely dressed.
TOILETING POINTS: _____	(1 POINT) Goes to toilet, gets on and off, arranges clothes, cleans genital area without help.	(0 POINTS) Needs help transferring to the toilet, cleaning self or uses bedpan or commode.
TRANSFERRING POINTS: _____	(1 POINT) Moves in and out of bed or chair unassisted. Mechanical transferring aides are acceptable.	(0 POINTS) Needs help in moving from bed to chair or requires a complete transfer.
CONTINENCE POINTS: _____	(1 POINT) Exercises complete self-control over urination and defecation.	(0 POINTS) Is partially or totally incontinent of bowel or bladder.
FEEDING POINTS: _____	(1 POINT) Needs partial or total help with feeding or requires parenteral feeding.	(0 POINTS) Needs partial or total help with feeding or requires parenteral feeding.

TOTAL POINTS = _____	6 = HIGH (patient independent) 0 = LOW (patient very dependent)
-----------------------------	--

Patient Name _____

Annexe 1.3. Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton)

Patient Name: _____ Date: _____
 Patient ID # _____

LAWTON - BRODY INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE (I.A.D.L.)			
Scoring: For each category, circle the item description that most closely resembles the client's highest functional level (either 0 or 1).			
A. Ability to Use Telephone		E. Laundry	
1. Operates telephone on own initiative-looks up and dials numbers, etc.	1	1. Does personal laundry completely	1
2. Dials a few well-known numbers	1	2. Launders small items-rinses stockings, etc.	1
3. Answers telephone but does not dial	1	3. All laundry must be done by others	0
4. Does not use telephone at all	0		
B. Shopping		F. Mode of Transportation	
1. Takes care of all shopping needs independently	1	1. Travels independently on public transportation or drives own car	1
2. Shops independently for small purchases	0	2. Arranges own travel via taxi, but does not otherwise use public transportation	1
3. Needs to be accompanied on any shopping trip	0	3. Travels on public transportation when accompanied by another	1
4. Completely unable to shop	0	4. Travel limited to taxi or automobile with assistance of another	0
		5. Does not travel at all	0
C. Food Preparation		G. Responsibility for Own Medications	
1. Plans, prepares and serves adequate meals independently	1	1. Is responsible for taking medication in correct dosages at correct time	1
2. Prepares adequate meals if supplied with ingredients	0	2. Takes responsibility if medication is prepared in advance in separate dosage	0
3. Heats, serves and prepares meals, or prepares meals, or prepares meals but does not maintain adequate diet	0	3. Is not capable of dispensing own medication	0
4. Needs to have meals prepared and served	0		
D. Housekeeping		H. Ability to Handle Finances	
1. Maintains house alone or with occasional assistance (e.g. "heavy work domestic help")	1	1. Manages financial matters independently (budgets, writes checks, pays rent, bills, goes to bank), collects and keeps track of income	1
2. Performs light daily tasks such as dish washing, bed making	1	2. Manages day-to-day purchases, but needs help with banking, major purchases, etc.	1
3. Performs light daily tasks but cannot maintain acceptable level of cleanliness	1	3. Incapable of handling money	0
4. Needs help with all home maintenance tasks	1		
5. Does not participate in any housekeeping tasks	0		
Score		Score	
Total score _____			
A summary score ranges from 0 (low function, dependent) to 8 (high function, independent) for women and 0 through 5 for men to avoid potential gender bias.			

Source: *try this*: Best Practices in Nursing Care to Older Adults, The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing, www.hartfordign.org.

MaineHealth

Annexe 1.4. Index de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL, valora actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTOS
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total		

RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Annexe 2. Guide utilisateur Viatrajectoire pour les médecins libéraux

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
1. Objet du document	3
1. Se connecter a ViaTrajectoire	4
2. Accéder à mes dossiers en cours	6
3. Créer un dossier	7
4. Remplir le dossier médical	8
5. Remplir le dossier autonomie	9
6. Ajouter une pièce jointe	10
7. Autres fonctionnalités sur un dossier	11
8. Envoi et suivi d'un dossier d'admission	12
9. Contact	13

1. OBJET DU DOCUMENT

Ce document est à destination des médecins libéraux.

En tant que médecin traitant, ViaTrajectoire vous permet de gérer les dossiers de demande d'admission ou de prise en charge :

- de vos patients âgés → à la recherche d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), d'une résidence autonomie (RA) ou d'une unité de soins de longue durée (USLD),
- de vos patients nécessitant des suites de soins → en hospitalisation à domicile (HAD), service de soins de suite et de réadaptation (SSR) et unité de soins palliatifs (USP).

Ce guide a donc pour objectif de guider les médecins libéraux à la bonne utilisation de ViaTrajectoire.

Ce document s'appuie sur la version 7.3 de ViaTrajectoire et a été remis à jour le 17/08/2022.

1. SE CONNECTER A VIATRAJECTOIRE

Saisissez l'URL suivante depuis votre navigateur internet :

<https://trajectoire.sante-ra.fr>

Vous pouvez créer un raccourci ViaTrajectoire sur le bureau de votre ordinateur. Pour cela :

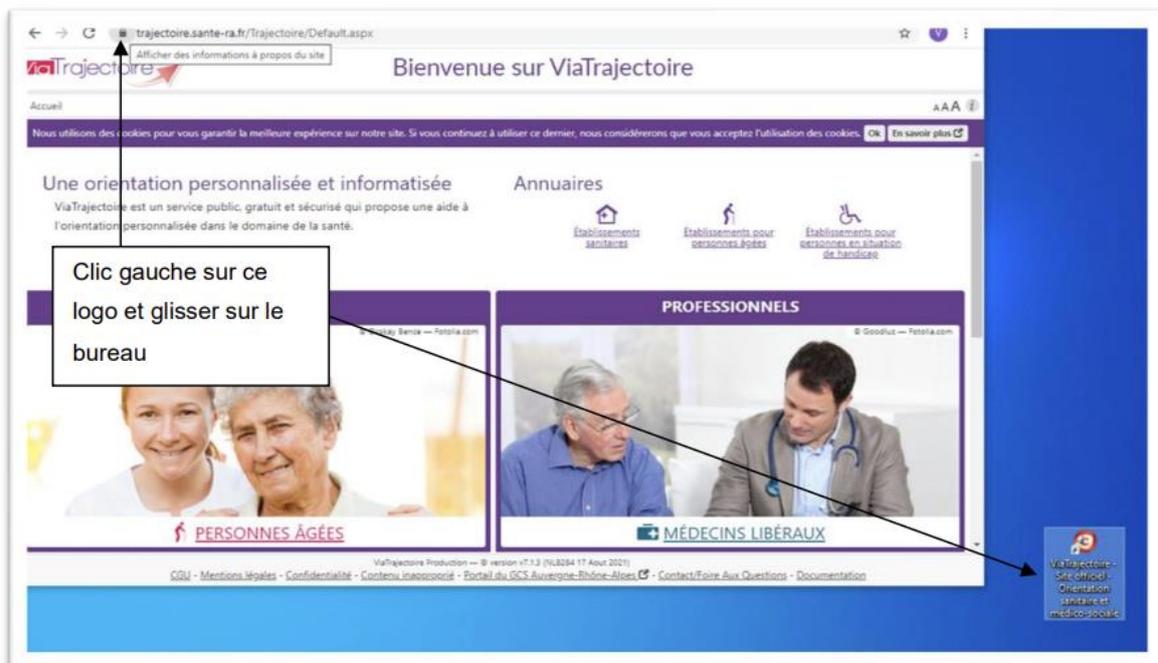


Figure 1 : Créer un raccourci ViaTrajectoire sur son bureau

Dirigez-vous vers l'espace MEDECINS LIBERAUX pour accéder à votre espace ViaTrajectoire. Saisir votre identifiant et mot de passe.



Figure 2 : Page d'accueil et onglet de connexion Médecins libéraux

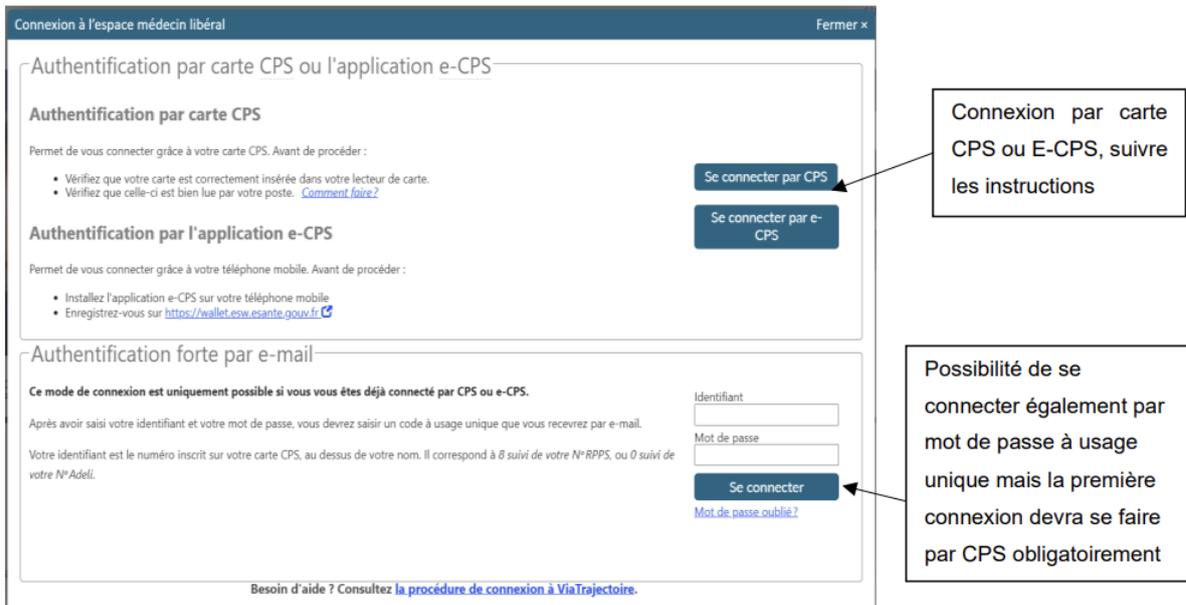


Figure 3 : Connexion par CPS ou OTP

Si vous n'avez pas encore de carte CPS, veuillez cliquer sur ce lien : <https://esante.gouv.fr/offres-services/cartes-de-professionnels-de-sante>

2. ACCÉDER À MES DOSSIERS EN COURS

L'écran d'accueil permet d'accéder aux différents dossiers d'orientation de vos patients ou de créer un nouveau dossier.

Accéder à la création d'un dossier selon l'orientation ou la prise en charge visée

Accéder à la documentation

Modifier vos informations personnelles et ajouter des délégations à vos confrères sur vos dossiers

Accéder à la recherche d'un patient via le nom / prénom. La recherche s'effectue sur la totalité des dossiers, qu'importe l'orientation concernée

Accéder à la recherche d'un dossier spécifique (via le numéro de dossier)

Figure 4 : Tableau de bord ViaTrajectoire Médecins Libéraux

Liste des dossiers, classée par patient, pour lesquels le médecin a été identifié comme médecin traitant

Retrouver les dossiers pour lesquels le médecin a indiqué que la personne concernée ne faisait pas partie de sa patientèle

Liste des patients				
Dossiers en cours		Dossiers annulés et hors patientèle		
▼ M TEST Test (né le 13/11/1933, 88 ans)				
Dossier	Statut du dossier	Réfèrent du dossier	Date de modification	Action attendue
46374226	Non envoyée	Vous	21/07/2022	Compléter le dossier
▼ M TEST Frederik (né le 01/07/1933, 89 ans)				
Dossier	Statut du dossier	Réfèrent du dossier	Date de modification	Action attendue
43691202	Demande envoyée	Vous	05/07/2022	
▼ M MOUSTACHE Rene (né le 29/03/1939, 83 ans)				
Dossier	Statut du dossier	Réfèrent du dossier	Date de modification	Action attendue
46620229	Non envoyée	Vous	29/03/2022	Compléter le dossier
▼ Mme BAUDRY Lee Lou (née le 04/03/2019, 3 ans)				
Dossier	Statut du dossier	Réfèrent du dossier	Date de modification	Action attendue
220	En attente de réponse	Vous	18/02/2022	
▼ Mme LOUET Lucie (née le 14/12/1912, 109 ans)				
Dossier	Statut du dossier	Réfèrent du dossier	Date de modification	Action attendue
4415213	Non envoyée	Vous	05/01/2022	Compléter le dossier
2035697	En cours de rédaction	Vous	15/04/2021	Compléter le dossier

Figure 5 : Mes dossiers en cours

3. CRÉER UN DOSSIER GRAND AGE

Le dossier d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées peut être créé par le patient lui-même ou son aidant, qui gèrera alors l'envoi et le suivi des demandes une fois le volet médical validé. Si vous êtes à l'initiative de la création du dossier, vous devrez gérer le dossier jusqu'à son aboutissement (admission du patient ou annulation du dossier) ou en transférer la gestion à votre patient ou à un de ses aidants.

Pour créer un dossier patient, deux possibilités s'offrent à vous, créer un dossier à partir de l'onglet [créer un dossier] (figure 6) ou directement dans l'encart [créer un dossier] (figure 7) sur la page d'accueil. Cliquez sur l'un ou l'autre.

The screenshot shows the 'ViaTrajectoire' navigation bar with the following items: 'Consulter la liste des patients', 'Créer un dossier' (highlighted with a red box), 'Documentation', 'Mon compte', and 'Aide'. Below the navigation bar, there is a dropdown menu for 'Créer un dossier' with options: 'Hébergements pour personnes âgées', 'SSR, HAD, Soins palliatifs', and 'Plateformes TND'. The main content area shows the 'Liste des patients' table, and the right sidebar contains the 'Accès direct' section with search fields for patient and dossier information.

Figure 6 : TDB ViaTrajectoire Médecin libéral, création d'un dossier

Remplir les informations sur l'identification du patient et [créer le dossier] vous pourrez ensuite remplir les différents volets du dossier :

Création d'un dossier d'admission en établissement pour personnes âgées

Figure 7 : Création d'un dossier

4. REMPLIR LE DOSSIER MÉDICAL D'UN DOSSIER GRAND AGE

Cliquez sur le nom du patient pour accéder à son dossier et remplissez le volet médical et le volet autonomie, puis complétez le dossier administratif si besoin. Cliquez sur [Compléter le dossier] vous serez automatiquement dirigé vers le volet médical.

Figure 8 : Dossier du patient et volet médical

Pour faciliter le traitement des dossiers, utilisez la sélection des pathologies dans le volet médical [Ajouter une pathologie] :



Figure 9 : Sélectionner les pathologies

Important : ViaTrajectoire affiche les écarts entre l'offre des établissements pour personnes âgées et les informations contenues dans le volet médical, au moment de l'envoi.

5. REMPLIR LE VOLET AUTONOMIE D'UN DOSSIER GRAND AGE

Lorsque vous êtes sur le dossier du patient, cliquez sur [volet autonomie], dans [le contenu du dossier] à droite de votre écran. Ce volet permet le calcul automatique du Groupe Iso Ressource – GIR – du patient.

Figure 10 : Dossier du patient et volet autonomie

6. AJOUTER UNE PIÈCE-JOINTE

Il est possible d'ajouter dans le dossier du patient des pièces-jointes permettant la décision du médecin coordonnateur et des professionnels des établissements receveurs.

2. Cliquez sur [Ajouter]

1. Cliquez sur [Pièces jointes]

Figure 11 : Dossier du patient, pièce jointe

1. Importez un dossier en respectant les différentes contraintes

2. Puis cliquez sur [Ajouter]

Figure 12 : Ajouter une pièce jointe au dossier du patient

7. AUTRES FONCTIONNALITÉS SUR CE DOSSIER GRAND AGE

The image shows a screenshot of a patient dossier interface. On the left, five callout boxes with arrows point to specific features in the interface. On the right, the interface shows the dossier details and a list of actions.

Callout Boxes:

- [Sélection et envoi à l'établissement] :** permet de choisir un établissement et de lui transmettre le dossier de mon patient
- Possibilité de **[Télécharger le dossier]** : en vue de l'imprimer au format national (cerfa N° 14732 03) pour les structures pour personnes âgées non connectées à ViaTrajectoire.
- [Imprimer les codes pour l'usager]** : permet d'imprimer une fiche résumant les codes d'accès pour que le demandeur ou son aidant puisse accéder au suivi de ses demandes (volet médical et volet autonomie non visibles)
- [Annuler le dossier]** : si la personne souhaite annuler sa demande
- Possibilité en parallèle de **[Créer un dossier sanitaire]**, plusieurs informations du dossier Grand Age seront reprises pour éviter une nouvelle saisie

Interface Elements:

- Dossier n°47465229**
Réfèrent Dr. Pays de la Loire MEDECIN TRAITANT
Statut En cours de rédaction
- Le contenu du dossier**
 - VOLET ADMINISTRATIF **A RENSEIGNER**
 - VOLET MEDICAL **A RENSEIGNER**
 - VOLET AUTONOMIE **A RENSEIGNER**
 - PIECE JOINTES
 - SELECTION ET ENVOI A L'ETABLISSEMENT
- Actions sur le dossier**
 - HISTORIQUE DES ACTIONS
 - Télécharger le dossier**
 - Imprimer les codes pour l'usager**
 - Annuler le dossier**
 - Créer un dossier sanitaire**

Figure 13 : Zoom sur la partie droite dans le dossier du patient.

8. ENVOYER ET SUIVRE UN DOSSIER D'ADMISSION GRAND AGE

Pour rechercher des établissements d'hébergement, cliquez sur « Sélection et envoi à l'établissement » dans la colonne de droite. Définissez ensuite les critères de recherche :

1. Cliquez sur « **Sélection et envoi à l'établissement** »

2. Définissez les critères de recherche puis « **Rechercher** »

Figure 14 : Rechercher un établissement

Envoyez la demande aux établissements souhaités

Figure 15 : Sélectionner des établissements

Vous trouverez la liste des établissements contactés, juste en dessous, avec le statut de chaque demande et la réponse des établissements contactés (Envoyée, Mise sur liste d'attente, Refusée, Admission proposée) avec la possibilité de gérer les demandes :

Annuler la demande

Figure 16 : Gérer les demandes d'établissements

Le dossier demeure modifiable à tout moment sans nécessité de le renvoyer. Les établissements receveurs contactés ont accès à la dernière version des volets du dossier ayant été validés, directement en ligne.

9. CONTACT



Pour toute question sur l'utilisation de l'outil :

contact@viatrajectoire-pdl.fr ou 02 40 69 10 79

Annexe 3. Extrait d'agrément de la commission

CONTENU DE LA THESE	
Thème : Prise en compte de la dépression des personnes âgées en EHPAD	
Mots clés en MeSH : Dépression, personnes âgées, EHPAD	
Titre provisoire envisagé : (à noter que le plus souvent, le titre final ne sera adopté qu'en fin de rédaction de thèse)	
Contexte, justification (doit permettre d'aboutir à la question de recherche) : Après avoir lu quelques articles et à la suite des différents stages réalisés, il m'a semblé intéressant de pouvoir s'intéresser à la personne âgée en EHPAD et plus particulièrement au repérage de la dépression chez celle-ci.	
QUESTION DE RECHERCHE	
Un thèse = une question <i>Va permettre de définir l'objectif et la méthode. Formulation interrogative et pour laquelle la thèse va permettre de répondre. Les concepts qui sont mentionnés dans la question de recherche sont définis dans l'introduction, contexte, justification. Pas de nouveaux concepts</i>	Comment les personnes âgées en EHPAD vivent-elles leur prise en charge sur le plan psychologique?
Hypothèse(s) : <i>(uniquement si thèse quantitative analytique – en méthode qualitative, il est recommandé de réfléchir autour des à priori des chercheurs)</i>	
Objectifs :	
Un objectif principal : <i>(le but de l'étude, nous proposons de se concentrer sur un objectif principal)</i>	Décrire le vécu des personnes âgées en EHPAD concernant leur prise en charge sur le plan psychologique.
Eventuels objectifs secondaires : <i>(ils sont possibles mais non nécessaires – limiter les pour rester clair et concis)</i>	- - -
MATERIEL ET METHODE	
Choix du type d'étude (cf. mode d'emploi pour l'aide pédagogique au choix du type d'étude)	Thèse qualitative interprétativiste (analyse de discours) Entretiens semi dirigés à l'aide d'un guide d'entretien. Chez les patients institutionnalisés en EHPAD en Corrèze.
Description méthodologique de l'étude (texte libre guidé) : cf. le mode d'emploi pour un tableau explicatif différenciant les informations à fournir pour une thèse quantitative versus qualitative. Si non-applicable, marquez N/A.	
Population (générale, patients etc.)	patients, personnes âgées
Lieu de l'étude :	EHPAD Corrèze
Mode de recueil :	entretien semi-dirigé
Recrutement :	personnes âgées en capacité de répondre sans troubles cognitifs importants
Effectifs envisagés :	20
Temps de recueil :	Indéterminé
Stratégie d'analyse :	entretiens semi dirigés
REFERENCES	
N.B : les références bibliographiques sont à noter au format Vancouver et à limiter au nombre de 5. Veiller à choisir les références les plus pertinentes de celles que vous aurez consultées.	<small> 1.https://www.yourself.com/medecine/psychiatrie/la-depression-chez-les-personnes-agees-1171261 2.https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925150817300044, Thèse de doctorat en médecine - UFR de Médecine Montpélier-III 3.https://www.yourself.com/medecine/psychiatrie/la-depression-chez-les-personnes-agees-1171261 4.https://www.researchgate.net/publication/318000000 5.https://www.researchgate.net/publication/318000000 </small>

Annexe 4. Document d'accroche

Thèse de Médecine générale

Je m'appelle Manon Blottière, je suis médecin généraliste et je m'adresse à vous afin de pouvoir réaliser ma thèse de médecine générale.

Le sujet porte sur le vécu psychologique des résidents en EHPAD.

Pour ce faire, je vous sollicite afin de pouvoir mener à bien mon projet.

Si vous acceptez, j'aimerais pouvoir mener un entretien qui sera enregistré et anonymisé.

Je vous laisse un temps de réflexion avant de pouvoir revenir vers vous.

Fait le 06/04/2024

Annexe 5. Formulaire de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Nom du participant :

N° d'identification du participant :

Recherche qualitative auprès des résidents en EHPAD en Corrèze

Thème :

Le vécu de la prise en charge psychologique des résidents en EHPAD.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par mes soins, au sein des EHPAD en Corrèze ayant répondu positivement à la réalisation de cette thèse.

Il durera 30 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est-ce qui se passe si je participe ?

Vous participez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre vécu.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traité l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois retranscrits, les enregistrements seront détruits. Les retranscriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par mes soins.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse de médecine générale et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de cocher chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) :

Signature(investigateur) :

Date :

Date :

Nom :

Nom :

Annexe 6. Fiche signalétique

Participant N°

Date de naissance :

Age :

Etat matrimonial :

Durée d'institution (date) :

Type d'EHPAD :

Annexe 7. Guide d'entretien

1. Quel parcours vous a amené dans cet établissement ?

Piste des réponses :

- Le motif d'institutionnalisation
- Choix de l'établissement
- Le vécu

2. Quel est votre environnement familial ?

- La constitution de la famille (enfants, petits-enfants, frère, sœur, neveux, nièces...)
- Présence ou non
- Type de relation
- Appels téléphoniques
- Visites

3. Quel est votre environnement actuel ?

- Liens soignants
- Liens résidents
- Le type sont ces relations
- Les difficultés à la création de liens
- Relance : Si oui, pouvez-vous expliquer pourquoi ? Si non, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

4. Pouvez-vous décrire votre quotidien ?

- Activités vécues
- Les freins
- Repas
- Sorties
- Difficultés

5. Comment vous sentez-vous dans cet environnement sur le plan moral ?

- Vécu

Annexe 8. Avis du comité d'éthique

CHU LIMOGES

Comité d'Ethique

Président : Docteur Gérard TERRIER

Limoges le 14 décembre 2023

Madame,

Veillez trouver ci-joint l'avis du Comité d'Ethique enregistré sous le numéro **60-2023-09**.

Vous en souhaitant bonne réception et restant à votre disposition,

Recevez, Madame, mes salutations les meilleures.

Docteur Gérard TERRIER

Annexe 9. Codes

- Acceptation
- Activité avec la famille non
- Activité avec la famille oui
- Activité physique
- Activités manuelles intellectuelles
- Activités au sein de l'EHPAD bien vécues
- Activités au sein de l'EHPAD mal vécues
- Activités au sein de l'EHPAD non participation
- Activités au sein de l'EHPAD participation
- Adaptation
- Antécédents
- Appel téléphonique de la famille fréquent
- Arrières petits enfants présents
- Bien être
- Bien être apporté par les soignants
- Connaissances préalables parmi les résidents absent
- Connaissances préalables parmi les résidents présent
- Connaissances préalables parmi les soignants
- Description négative de l'EHPAD
- Description positive de l'EHPAD
- Difficultés à créer des liens parmi les résidents
- Difficultés à la réalisation des activités en EHPAD
- Dévalorisation
- Enfant présent
- Enfants absent
- Ennui
- Hospitalisation
- Humeur intermédiaire
- institutionnalisation à la demande d'un tiers
- institutionnalisation à la demande du patient
- Irritabilité
- Liens créés parmi les résidents non
- Liens créés parmi les résidents oui
- Liens créés parmi les soignants non
- Liens créés parmi les soignants oui
- Liens intimes créés parmi les résidents
- Mal être
- Motif chute
- Motif domicile inadapté
- Motif dépendance
- Motif maladie
- Motif solitude
- Motif sécurité
- Motif troubles psychiatriques
- Nostalgie
- Obligation
- Participant 1
- Participant 2
- Participant 3
- Participant 4

- Participant 5
- Participant 6
- Participant 7
- Participant 8
- Participant 9
- Participant 10
- Participant 11
- Participant 12
- Participant 13
- Participant 14
- Participant 15
- Participant 16
- Participant 17
- Participant 18
- Perte du mot
- Petits enfants absents
- Petits enfants présents
- Poids familial
- Profession agriculteurs exploitants
- Profession cadre et professions intellectuelles supérieures
- Profession employé
- Profession femme au foyer
- Profession indépendante ou artisan
- Profession ouvrière
- Projet retour à domicile
- Proximité géographique de la famille certaine
- Proximité géographique de la famille moyenne
- Proximité géographique de la famille éloignée
- Qualité des repas
- Relation complexe avec la famille
- Relation famille oui
- Relations extérieurs à l'EHPAD oui
- Repas de groupe vécu négatif
- Repas en chambre vécu négatif
- Repas en chambre vécu positif
- Repas en groupe Non
- Repas en groupe oui
- Repas en groupe vécu positif
- Résignation
- s'isoler
- Sortie de groupe en EHPAD
- Sortie extérieure autonomie oui
- Sortie extérieure autonomie non
- Visite autre que la famille oui
- Visite de la famille fréquente

- Visite de la famille non
- Visite de la famille occasionnelle
- échange familial sur la décision d'institutionnalisation
- état cognitif fragile
- état cognitif robuste
- études non
- études oui

Annexe 10. Extraits de verbatims

Participant N°10

Participant : « -Ici ? c'est l'Toubib qui m'a envoyé là.

Interrogateur : - C'est votre médecin ?

P : - Oui

I : - C'est un médecin généraliste ?

P : - Oui, c'est un généraliste, un bon généraliste, il est bien. C'est quelqu'un qui a la tête sur les épaules. Il m'a dit : « Tu vas là-bas, c'est un petit, une petite structure, tu verras c'est sympa ».

I : - Oui...

P : - En réalité, c'est... c'est pas trop sympa...

I : - Oui ? par rapport à quoi ?

P : - Bah par rapport à tout ! Quand on d'mande quelque chose c'est difficile à avoir et...

I : - Humm... vous sortez un peu ou pas du tout ?

P : - De ?

I : - Vous sortez un p'tit peu ?

P : - Oui mais je vais pas loin hein ! Je reste autour là. Je vais euh... je vais pas à Brive ni quoi que ce soit ni à Tulle.

I : - Il arrive à votre nièce de venir ?

P : - Ici ?

I : - Oui

P : - Oui, elle est venue mais j'vous dit avec les problèmes qu'elle a en c'moment elle vient pas souvent.

I : - Et sinon, quand elle vient, vous rester ici ou vous vous balader un peu ?

P : - Non, non, on reste là, on reste là. Elle repart dans la journée.

I : - D'accord. Par rapport aux... à la résidence, là où vous êtes, est -ce que vous avez créé des liens ou pas du tout ?

P : - Si, avec certains et d'autres non.

I : - D'accord, et avec le personnel ?

P : - Oh si, oui, y'en a avec qui je suis bien, les autres moins bien mais... boh c'est c'est le machin classique hein !

I : - Oui ! Il en faut pour tout l'monde !

P : - Il en faut pour tout l'monde c'est ça.

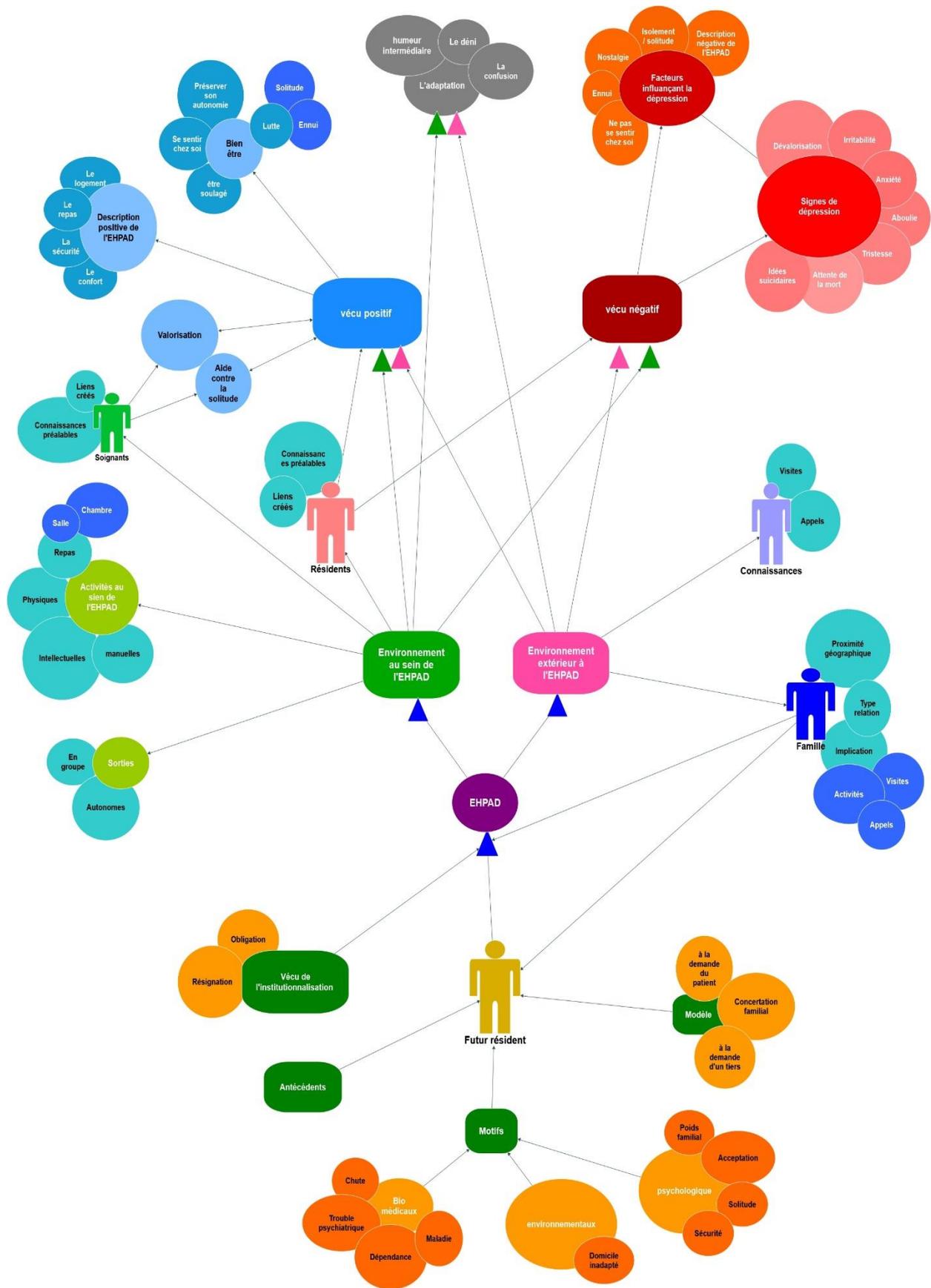
I : - Ok, est-ce que vous participez aux activités un p'tit peu ou pas ?

P : - Oui, au sport. J'aime bien le sport hein, ce que je peux faire hein. Et y'a des activités là de sport pour euh les anciens

I : - Oui

P : - Moi j'veux faire... ? parce que j'aime bien ça et pis ça... je pense que ça maintient. Et euh... j'en fais aussi avec la kiné. Elle m'a fait faire... »

Annexe 11. Carte conceptuelle



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Le vécu psychologique des résidents en EHPAD, étude qualitative en Corrèze.

Contexte : L'institutionnalisation est un tournant majeur dans la vie et peut s'apparenter à une rupture. Ce moment de bascule est parfois en lien avec la perte d'identité chez le résident et peut-être à l'origine de dépression chez le sujet âgé en EHPAD

Objectifs : Notre objectif était de décrire le vécu psychologique des résidents a EHPAD en Corrèze.

Méthode : Étude qualitative phénoménologique menée à partir dix-huit entretiens individuels semi-dirigés réalisés sur tout le mois de mai 2024, et analysés numériquement à l'aide du logiciel NVivo®, à trois niveaux de codage : descriptif, thématique et matriciel. Cette étude a été conduite auprès des résidents venant d'EHPAD en Corrèze, à partir d'un guide d'entretien jusqu'à suffisance des données

Résultats : L'analyse a permis de faire ressortir 5 grands thèmes qui sont : le moment de bascule, l'environnement extérieur, l'environnement au sein de l'EHPAD, ainsi que le vécu négatif et positif au sein de l'établissement. Le vécu négatif s'exprime alors sous la forme d'un mal-être favorisé par des conditions d'accueil qui ne répondent pas aux attentes, l'ennui, la solitude ou le déracinement. Il peut s'agir aussi de critères de dépression caractérisée allant jusqu'à des idées suicidaires. Le vécu positif passe par le bien-être comme le confort, la sécurité, la possibilité de tisser des liens avec les résidents et surtout avec les soignants. Les soignants jouent un rôle apaisant et rassurant. Ces interactions luttent contre l'isolement et stimulent la cognition.

Conclusion : Chaque parcours de vie et d'institutionnalisation étant différent, il est important de prendre en compte, de sensibiliser et de repérer précocement le signes de dépression ainsi que les facteurs pouvant influencer. De la même manière qu'il est essentiel de renforcer les ressources dont dispose chaque résident afin de renforcer le positif sur le vécu psychologique.

Mots-clés : EHPAD, Vécu psychologique, Dépression, étude qualitative

The psychological experience of nursing home residents: a qualitative study in Corrèze.

Context : Institutionalization is a major turning point in life and can feel like a breakup. This pivotal moment is sometimes linked to a loss of identity in the resident and can be the cause of depression in elderly people in nursing homes.

Objectives : Our objective was to describe the psychological experiences of residents in nursing homes in Corrèze.

Method : A qualitative phenomenological study based on eighteen individual semi-structured interviews conducted throughout May 2024 and digitally analyzed using NVivo® software, at three levels of coding: descriptive, thematic, and matrix. This study was conducted with residents from nursing homes in Corrèze, using an interview guide until sufficient data were available.

Results: The analysis revealed five major themes: the tipping point, the external environment, the environment within the nursing home, as well as negative and positive experiences within the facility. The negative experience is expressed in the form of discomfort caused by reception conditions that do not meet expectations, boredom, loneliness, or uprootedness. It can also include criteria for major depression, including suicidal thoughts. The positive experience involves well-being, such as comfort, security, and the opportunity to build relationships with residents and, especially, caregivers. Caregivers play a calming and reassuring role. These interactions combat isolation and stimulate cognition.

Conclusion : Since each life and institutionalization journey is different, it is important to take into account, raise awareness and identify early the signs of depression as well as the factors that can influence it. In the same way, it is essential to strengthen the resources available to each resident in order to reinforce the positive psychological experience.

Keywords : Nursing Home, Psychological Experience, Depression, Qualitative Study

