

Le bonheur chez les personnes âgées : quels sont les éléments associés ?

Recommandations adressées aux professionnels
travaillant au sein de maisons de repos

Mémoire réalisé par
Sara Norberto

Promoteur
Isabelle De Brauer

Co-Promoteur
Olivier Schmitz

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Le bonheur chez les personnes âgées : quels sont les éléments associés ?

Recommandations adressées aux professionnels
travaillant au sein de maisons de repos

Mémoire réalisé par
Sara Norberto

Promoteur
Isabelle De Brauwer

Co-Promoteur
Olivier Schmitz

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

A mes grands-parents que je remercie énormément pour tout le soutien et l'encouragement émotionnel mais aussi pour toutes les conversations de réconfort tout au long de ce mémoire.

A Samuel, pour toute la patience, la compréhension et l'encouragement. Pour avoir cru en moi et m'avoir fait y croire.

A ma mère, pour tout l'encouragement.

A Monsieur Johnny Jabbour, pour tous les efforts consacrés à mon horaire de travail.

A la maison de repos et de soins qui a accepté cette étude. Ainsi qu'à tous les participants qui ont volontairement dévoilé leurs vécus et leurs sentiments.

A Madame Isabelle De Brauwere et Monsieur Olivier Schmitz pour l'intérêt porté au sujet de ce mémoire. Pour tous les conseils et les encouragements.

Le plagiat

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

Table de matières

I. Introduction	1
II. Cadre contextuel	4
1. La transition démographique et ses conséquences	4
1.1 Les changements dans la société belge	5
2. La transition du domicile vers les maisons de repos	6
2.1 Les maisons de repos en Belgique	8
III. Cadre conceptuel	9
1. Le vieillir, le vieillissement et la vieillesse	9
2. Le bien-être psychologique et la santé	10
3. Le bonheur	12
3.1 Le bonheur perçu par les personnes âgées	13
IV. Matériel et méthodes	16
1. Question de recherche	16
2. Méthodologie qualitative	16
2.1 Théorisation ancrée	17
3. Outil de collecte de données	19
4. Méthode d'analyse de données	19
5. Méthode d'échantillonnage	21
5.1 Stratégie d'échantillonnage	21
5.1.1 Critères d'inclusion	22
5.1.2 Critères d'exclusion	22
5.2 Caractéristiques de l'échantillon	22
6. Considérations éthiques	24
V. Résultats	25
1. Rubrique I : La transition du domicile vers la MR	25
2. Rubrique II : Le bien-être psychologique	33
3. Rubrique III : Le bonheur	36
4. Rubrique IV : La MR et le bonheur	47
5. Rubrique V : La santé	58
VI. Discussion	60
1. Discussion générale	60

2. Recommandations	70
3. Les forces de l'étude	73
4. Les limites de l'étude	73
VII. Conclusion	75
VIII. Bibliographie	77
Annexe A : Guide d'entretien semi-dirigé aux résidents	84
Annexe B : : Demande de recherche auprès de la MR Y	86
Annexe C : Information sur la participation à l'étude	87
Annexe D : Consentement éclairé au participant	88
Annexe E : Grille d'analyse des données empiriques	89
Annexe F : Diagramme des principaux éléments qui peuvent influencer positivement le bonheur des personnes âgées résidant en MR à Bruxelles	116

I. Introduction

Le monde traverse une transition démographique importante : une augmentation du pourcentage de la population de 60 ans et plus dans presque tous les pays du globe est prévue depuis 2015 jusqu'en 2080 (Marešová, Mohelská & Kuča, 2015). De ce fait, dans presque tous les pays, les personnes âgées seront plus nombreuses que les jeunes. Dans une vision démographique mondiale, le poids démographique de l'Europe aura diminué de plus de 66,7% jusqu'en 2050. Cependant, le grand défi de l'Union européenne ne paraît pas être lié à cette décroissance numérique majeure, mais plutôt au vieillissement de sa population (Marešová, Mohelská & Kuča, 2015) et à ses soins de santé (Fuster, 2017). Ce phénomène entraîne des modifications stratégiques au niveau de la santé et de l'économie des pays (Fuster, 2017 ; He, Goodkind & Kowal, 2016), s'affirmant comme un challenge mondial en santé publique (Suzman, Beard & Boerma, 2015).

Dans ce contexte, comment l'Europe pourrait-elle faire face à cette problématique démographique ? Une façon de répondre à ce challenge est de favoriser et encourager des actions visant à une participation sociale, à la promotion de la santé, au vieillissement actif, à l'indépendance et à l'autonomie des personnes âgées. Ce propos pousse la population âgée à se maintenir en meilleures conditions physiques et mentales le plus longtemps possible (Fuster, 2017). Des sensibilisations à la santé et à des soins de santé adaptés permettront à ce public cible de rester en bonne santé plus longtemps (Marešová, Mohelská & Kuča, 2015). Depuis 1946 que l'OMS (2018) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La qualité de vie est donc classifiée comme d'extrême importance pour les années restantes à vivre (He, Goodkind & Kowal, 2016). Au fur et à mesure que l'espérance de vie s'accroît et que les pathologies potentiellement mortelles ont des traitements plus efficaces, le maintien du bien-être des personnes âgées devient de plus en plus fondamental.

La relation entre la santé physique et le concept de bien-être est bidirectionnelle (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). C'est pourquoi le bien-être psychologique et la santé sont fortement liés au processus de vieillissement et de longévité. Le bien-être psychologique peut avoir même un rôle protecteur par rapport au maintien de la santé. Dans les différentes dimensions du concept de bien-être psychologique, le bonheur apparaît comme un sujet important concernant une morbidité plus faible. Comme Liu *et al.* (2016) le révèlent, plusieurs études montrent que le bonheur ainsi que d'autres concepts liés au bien-être sont associés à une diminution du risque de mortalité (Steptoe & Wardle, 2012). Des sentiments positifs tels que le

bonheur sont associés à une prévention et diminution des maladies cardiovasculaires (Boehm & Kubzansky, 2012), comme les pathologies coronaires (Davidson, Mostofsky & Whang, 2010), et aussi à des comportements de santé réparateurs (Boehm & Kubzansky, 2012).

Le bien-être psychologique est en corrélation avec des effets biologiques positifs, pouvant être protecteurs pour la santé (Steptoe *et al.*, 2012). Dès lors, le bonheur s'avère comme un important indicateur de santé, pouvant prévenir des réactions physiologiques négatives aux contraintes de la vie (Sabatini, 2014). De ce fait, la promotion du bonheur se révèle importante, devant faire partie intégrante des investissements en santé publique (Lobos, Lapo & Schnettler, 2016).

La santé et le bonheur sont des éléments prioritaires dans la vie (Wetering, Exel & Brouwer, 2016). Le bien-être psychologique des personnes âgées devient, ainsi, un but important pour les politiques économiques et de santé publique (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). De même, l'accès et la qualité des services pour les personnes âgées font partie des buts qui devraient être abordés par les politiques de santé publique (Sánchez *et al.*, 2017).

Un vieillissement normal inclut une fragilisation du corps, ayant donc des implications importantes sur les modes de vie (Laasman *et al.*, 2016 ; Cavalli, 2012). De ce fait, le logement devient important et essentiel pour leur qualité de vie (Minney, Hons & Ranzijn, 2016 ; Cavalli, 2012). L'équilibre de la vie quotidienne de ce public cible, d'après Cavalli (2012), est perturbé lors de la transition du domicile vers un établissement spécialisé : les maisons de repos (MR). La rentrée en MR est une décision normalement irréversible, abandonnant le chez-soi, les traces de leur vie passée et certains membres de leur famille (Cavalli, 2012).

Par rapport à une réflexion personnelle, pourquoi ce thème suscite-t-il mon intérêt ?

Notamment pour plusieurs raisons. Les personnes âgées quittent leur milieu de vie, leur maison et leur famille pour aller habiter, être soignées et vivre avec des personnes inconnues, ce qui est un grand changement de vie. Les MR sont régies par des règles institutionnelles qui modifient d'autant plus la routine des personnes âgées. Tout ceci m'a amenée à me demander : où se trouve le bonheur des personnes âgées résidant en MR ? Quels sont les moments où elles expérimentent le bonheur ? Qu'est-ce qui pourra être mis en place par les MR pour potentialiser ces moments ?

Dans un second temps, pourquoi cet intérêt à proprement parler du bonheur ?

C'est un concept normalement souhaitable pour tout être humain, et donc souhaitable pour moi ainsi que ma famille. À ce titre, je me demande où mes grands-parents pourraient trouver des moments de bonheur si, un jour, ils devaient quitter leur maison. Ce côté personnel s'élargit, bien sûr, à toute la population âgée. Etant donné que je suis une infirmière qui travaille

en gériatrie, dans un milieu hospitalier, c'est un public cible de mon intérêt. Pour cette étude, je m'intéresse aux MR, car c'est là où les personnes âgées laissent leur vie pour s'adapter à une autre.

En tant que professionnels de la santé, que pouvons-nous faire pour favoriser ces petits moments de bonheur, ceux qui pourront avoir un grand impact sur la santé ? Dès lors, je m'essaie de comprendre le bonheur des personnes âgées : **quels sont les principaux éléments qui peuvent influencer positivement le bonheur des personnes âgées résidant en MR à Bruxelles ?** De ce fait, quels sont les moments propices au bonheur des résidents ?

Comment les professionnels travaillant au sein des MR pourraient-ils contribuer positivement au bonheur des résidents ? Comme but final, seront rédigées des **recommandations adressées aux professionnels travaillant au sein des MR** concernant les éléments propices au bonheur des personnes âgées.

Même si le bonheur est intrinsèque à chacun, cette étude permettra de mieux connaître et comprendre les aspirations au bonheur des personnes âgées qui résident en MR. Pour finir, seront élaborées des recommandations adressées aux professionnels travaillant au sein des MR, en vue de la promotion et du maintien de la santé. Ceci sera potentialisé par une étude qualitative.

II. Cadre contextuel

1. La transition démographique et ses conséquences

La baisse du taux de natalité associée à un faible taux de mortalité des adultes, entraînent une transformation de la pyramide des âges, qui se traduit par une population vieillissante (Aguilar & Macário, 2017 ; Berrut, 2014 ; Castagna *et al.*, 2013 ; Marešová, Mohelská & Kuča, 2015 ; Ronald & Andrew, 2016). Ceci se confirme au travers de la proportion entre le nombre de personnes âgées et le nombre total d'habitants par pays. La croissance numérique des personnes âgées est remarquable dans la majorité des pays du monde (Berrut, 2014) et se prolongerait jusqu'environ 2080 (Fuster, 2017 ; Marešová, Mohelská & Kuča, 2015). En moyenne, les personnes âgées seraient deux fois plus nombreuses que les enfants dans plusieurs pays développés (Marešová, Mohelská & Kuča, 2015). De plus, la population mondiale de 60 ans et plus augmentera deux fois plus jusqu'en 2050, ce qui donne en pourcentage une transition de 11% à 22% (Fuster, 2017).

Le vieillissement de la population entraîne des modifications dans la société, ayant des impacts à plusieurs niveaux : santé, économie, marché du travail, migration, impôts, logement, composition familiale (Marešová, Mohelská & Kuča, 2015), médico-sociaux, augmentation de la dépense de santé et de la charge sociétale (Berrut, 2014 ; Marešová, Mohelská & Kuča, 2015 ; Ronald & Andrew, 2016). Ces répercussions dans la société font que ce thème est au centre des politiques économiques (Berrut, 2014) et de santé publique, se manifestant comme un défi mondial (Fuster, 2017 ; Suzman, Beard & Boerma, 2015). Selon Marešová, Mohelská & Kuča (2015), il existe une forte corrélation entre le fait d'avoir une population européenne vieillissante et le financement des soins de santé. En effet, environ 40 à 50% des dépenses de santé sont associés aux personnes de 65 ans et plus, en sachant que leurs coûts de santé sont trois à cinq fois plus élevés que ceux de moins de 65 ans.

Comment expliquer la cause de ce phénomène ? Par l'amélioration des conditions de vie et d'alimentation, l'amélioration des conditions sanitaires (Berrut, 2014), le progrès des techniques et thérapeutiques médicales (Berrut, 2014 ; Marešová, Mohelská & Kuča, 2015), l'amélioration des logements (Marešová, Mohelská & Kuča, 2015), ce qui explique donc l'augmentation de l'espérance de vie (Berrut, 2014 ; Marešová, Mohelská & Kuča, 2015). D'autre part, le *baby-boom* apparaît comme un facteur déclencheur envers la croissance numérique des personnes âgées, vu que ces personnes aboutissent actuellement à l'intervalle d'âge [53-72] ans, provoquant une grande croissance des effectifs (Marešová, Mohelská & Kuča, 2015 ; Sanderson, 2015).

Par ailleurs, le vieillissement populationnel comporte aussi des aspects positifs. Ils sont liés aux opportunités du marché de travail dans le domaine de la gériatrie. Si les personnes vivent plus longtemps, elles resteront actives normalement plus longtemps et par ceci arrivent des opportunités sociales telles que, par exemple, le volontariat, l'expertise par expérience, l'aide dans la vie familiale, et donc l'impact négatif sera moindre (Marešová, Mohelská & Kuča, 2015). La promotion de la santé envers ce public cible est cruciale en vue de les maintenir actifs le plus de temps possible (Fuster, 2017).

1.1 Les changements dans la société belge

La Belgique ne fait pas exception au phénomène de la transition démographique, pouvant s'expliquer au travers de plusieurs facteurs tels que : l'augmentation du pourcentage de célibataires et de divorcés, l'immigration, l'augmentation de l'âge moyen à la maternité, la diminution de la fécondité et la décroissance de la probabilité de décès aux âges élevés (Vandermotten, 2013).

Selon les données de l'Eurostat (2017), la population totale de la Belgique croît chaque année. Il y a eu une augmentation de 6,86% des personnes depuis le début 2007 jusqu'au début 2016. De plus, pendant ces neuf ans, il s'est vérifié une croissance numérique des personnes âgées de 13,97% de 65 ans ou plus, de 14,50% de 75 ans ou plus, de 27,90% de 80 ans ou plus et de 53,85% de 85 ans ou plus, ce que confirme l'augmentation de la longévité. A l'inverse, le pourcentage des personnes de 65 / 75 / 85 ans ou plus avec un problème de santé ou une maladie de longue durée a diminué, de même que le taux de mortalité à 85 ans ou plus, tandis que l'espérance de vie a augmentée (Eurostat, 2017).

En Belgique, l'espérance de vie à 65 augmente continuellement depuis 1960 jusqu'à 2014, tant pour les hommes que pour les femmes (OCDE, 2017). Ainsi, pendant une période de 55 ans, l'espérance de vie des hommes a augmenté de 6 ans, passant de 77 ans à 83 ans, et l'espérance de vie des femmes a augmenté de 7 ans, passant de 80 ans à 87 ans. A savoir que l'espérance de vie est un indicateur de l'état de santé (OCDE, 2017).

Par rapport à l'état de santé global, les données de l'OCDE (2017) montrent que 52.9% de la population de 65 ans et plus est en bonne ou très bonne santé.

L'Eurostat (2017) présente une projection démographique de la Belgique, estimant que d'ici à 64 ans la population aura une expansion de 2.855.055 personnes.

Concernant les trois régions belges, l'Eurostat (2017) montre que la Région Bruxelles Capitale est celle qui agglomère le moins de personnes de 75 et 85 ou plus entre 2012 et 2016, avec respectivement une diminution et une augmentation du nombre des personnes dans ces tranches d'âge. La Région flamande est celle qui réunit le plus de personnes de 75 et 85 ou plus. Il s'observe une croissance de cette population chaque année, de même qu'en Région wallonne. L'âge médian de la population totale ne cesse d'augmenter et est le plus élevé en Région flamande avec 43 ans.

Pour conclure, afin d'avoir une vue globale et récente de la société belge, au début de l'année 2016 celle-ci comptait 11.311.117 habitants, dont 2.062.902 avaient 65 ans ou plus - soit 18,24% de la population (Eurostat, 2017). De ce fait, la Belgique est dans un contexte de vieillissement de sa population ainsi que d'allongement de son espérance de vie, tout ceci pouvant constituer un problème important à aborder (Sanderson, 2015).

2. La transition du domicile vers les maisons de repos

Le domicile est un endroit avec une histoire, une sérénité et un sens pour l'individu (Amyot, 2016). Vivre chez soi est caractérisé par une continuation de l'identité individuelle de la personne âgée. Le désir de la plupart des personnes âgées est d'y rester le plus longtemps possible, même d'y mourir (Amyot, 2016). Mais, où habiteront les personnes âgées qui sont confrontées à une dégradation de leur état général et qui ne peuvent rester chez elles ? C'est une question qui devient de plus en plus importante avec l'avancée de l'âge (Ruengtam, 2017). De ce fait, les institutions résidentielles sont la réponse majoritaire (Laasman et al., 2016 ; Ruengtam, 2017). C'est un endroit qui devra prendre soin des personnes âgées, avec une bonne gestion sociale, où elles se sentent membres à part entière de la société et qui leur apportera du bonheur jusqu'à la fin de leurs jours (Ruengtam, 2017).

La transition du domicile vers une institution résidentielle se caractérise par une rupture de l'équilibre de la vie quotidienne et du parcours de vie des personnes âgées, avec besoin d'une reconstruction identitaire dès leur arrivée à la MR (Cavalli, 2012). Plusieurs facteurs amènent les personnes âgées à quitter leur domicile pour entrer en institution: le besoin d'un soutien pour les soins de base, un souhait personnel, un logement inadapté, un changement dans l'entourage (Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011), la peur de rester seul, la difficulté à se déplacer, des problèmes de santé/maladies chroniques, le décès du conjoint (Amyot, 2016 ; Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011 ; Laasman *et al.*, 2016), la dégradation de l'état de santé, la sécurité ou la charge pour les proches (Amyot, 2016).

Chaque institution résidentielle est composée de multiples résidents, ce qui fait une multitude de goûts, d'habitudes alimentaires, de modes d'habillage, d'habitudes, entre autres. De ce fait, le passage vers un espace social qu'est l'institution « régit par des règles qui ne sont plus les nôtres, et d'un lieu que nous avons rarement choisi, où les prolongements de nous-mêmes (vêtements, objets usuels, mobiliers, espaces de vie...) sont devenus rares, parcellaires, nous rend partiellement étranger à notre environnement, parfois à nous-mêmes. » (Amyot, 2016, p.118). De ce fait, le déménagement vers une MR est considéré comme une étape délicate à vivre par la personne âgée (Amyot, 2016 ; Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011).

La décision de rentrer en MR est toujours difficile à prendre. Lors de l'entrée en MR, les nouveaux résidents subissent quelques difficultés telles que devoir se séparer de ce qui leur tenait à cœur, car il n'est pas possible de pouvoir tout emporter avec soi, la rupture avec son entourage, dévoiler son intimité, vivre en communauté et respecter des horaires (Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011). Tout ceci, pouvant conduire à des états dépressifs, à la perte de l'estime de soi et à l'apathie (Cavalli, 2012).

La vie en institution est normalement perçue par les personnes âgées de manière négative, soulevant des peurs, car les MR sont souvent associées à une image discréditée d'asile, d'hospice ou de maltraitance (Cavalli, 2012). Mais, pendant le temps vécu en institution, l'image préconçue qu'elles en avaient s'améliore significativement (Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie (2011), en comprenant l'avantage d'avoir des soins en continu, des professionnels compétents, des activités, de la sécurité et d'avoir une ambiance conviviale (Cavalli, 2012). Au fil du temps, elles tendent à construire un idéal de qualité de vie en essayant de s'intégrer dans l'ambiance institutionnelle (Amyot, 2016) et en s'y sentant bien (Cavalli, 2012). Cependant, «la maison c'est la maison !» (Cavalli, 2012, p.209).

Les MR ont un rôle important en ce qui concerne la satisfaction de ces résidents (Amyot, 2016), leur qualité de vie (Paiva, Sobral & Villarouco, 2015) et l'amélioration de leur bien-être (Ruengtam, 2017), le tout, en tenant compte de l'identité de chacun (Minney, Hons & Ranzijn, 2016). Le bien-être est donc considéré comme un facteur important de l'adaptation lors de l'entrée des personnes âgées en institution (Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011). Pour cela, des outils d'évaluation tels que des boîtes à remarques, des enquêtes de satisfaction ou des réunions d'information sont nécessaires pour déterminer leur niveau de satisfaction (Amyot, 2016).

2.1 Les maisons de repos en Belgique

D'après Laasman *et al.* (2016), la Belgique propose deux types de MR : les maisons de repos et de soins (MRS) et les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). La distinction entre les deux types se fait par l'existence « de lits spécifiquement prévus pour les personnes âgées nécessitant des soins lourds et bénéficiant de soins importants » dans les MRS (Laasman *et al.*, 2016, p.10).

En 2013, la Belgique comptait un total de 2723 MR agréées, dont 1205 étaient des MRS présentant une croissance remarquable d'année en année. Cette croissance ne s'observant pas dans les MRPA (INAMI, 2013). Les numéros de lits des MRS agréées à Bruxelles ont eu une évolution croissante depuis 1996 à 2013 : une augmentation de 3.925 lits. Plus précisément, dans les MRS appartenant aux centres publics d'action sociale (CPAS) : 657 lits en plus ; associations sans but lucratif (ASBL) : 675 lits en plus ; Secteur privé : 2593 en plus. Par contre, les MRPA à Bruxelles, même en ayant le plus de lits agréés, ont subi une décroissance de 2668 lits. En comparant les trois régions belges, la Flandre est celle qui disposait en 2013 du plus de MRS, des MRPA et des lits agréés (INAMI, 2013).

En raison de la longévité et de l'augmentation de l'espérance de vie, environ 27 000-45 000 lits supplémentaires seront nécessaires dans les MR, d'ici à 2025 (Laasman *et al.*, 2016).

III. Cadre conceptuel

1. Le vieillir, le vieillissement et la vieillesse

Vieillir est un phénomène irréversible et inévitable, commun à tous les êtres vivants. Au-delà des contraintes biologiques, sont associées des limitations au niveau social et familial, un déclin psychologique et cognitif, une perte de contrôle sur le corps et une vulnérabilité sociale et émotionnelle importantes (Aguar & Macário, 2017).

Le vieillissement et la vieillesse ont des significations différentes (Amyot, 2016).

Le vieillissement est un processus naturel au cours de la vie, de la naissance à la mort, étant propre à chacun. Des changements séquentiels, cumulatifs et irréversibles sont synonymes d'un vieillissement biologique (Amyot, 2016), ayant des atteintes cellulaires et moléculaires au fil du temps (OMS, 2015). En conséquence, le vieillissement entraîne une dégradation graduelle des capacités mentales et physiques (Aguar & Macário, 2017 ; OMS, 2015), un changement de rôle dans la société (Aguar & Macário, 2017), des dépendances et une augmentation du risque des maladies chroniques (Berrut, 2014 ; OMS, 2015). Les maladies les plus mortelles chez les personnes âgées sont les maladies non transmissibles, comme les maladies respiratoires chroniques, les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer (Marešová, Mohelská & Kuča, 2015 ; Fuster, 2017). Le vieillissement individuel est influencé par plusieurs conditions : le genre, l'héritage génétique, le type et les conditions de travail, les conditions de vie, les modes de vie, le lieu d'habitat (Amyot, 2016 ; OMS, 2015), les revenus, l'état matrimonial, le niveau d'éducation (Amyot, 2016) et par l'appartenance ethnique (OMS, 2015).

Le vieillissement peut se distinguer de trois façons, comprenant des modalités évolutives différentes et des trajectoires de vie distinctes : le vieillissement réussi, le vieillissement usuel et le vieillissement pathologique (Lang *et al.*, 2013). Le vieillissement réussi correspond à l'absence de maladies chroniques, avec un maintien ou une atteinte très faible des capacités fonctionnelles (Lang *et al.*, 2013). Dans un sens holistique, le vieillissement réussi est considéré « comme étant le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être » (OMS, 2016, p.33). Pour mieux en comprendre la signification, les aptitudes fonctionnelles sont celles qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils considèrent important pour eux. Le bien-être concerne des sentiments comme la satisfaction, le sens de plénitude et le bonheur (OMS, 2016). Le vieillissement usuel ou physiologique est indiqué par une diminution des réserves adaptatives, amenant à un risque de déséquilibre si un problème aigu se présente (Lang *et al.*, 2013). Enfin, le vieillissement pathologique se décrit comme un vieillissement aggravé en

raison d'un cadre de morbidité et de polypathologies tels que « dépression, démence, troubles de la locomotion, troubles sensoriels, affections cardiovasculaires » (Lang *et al.*, 2013, p.341).

La vieillesse est un état qui se constate, n'étant pas basée sur des critères objectifs comme pour l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte qui ont des points de référence biologiques et psychologiques (Amyot, 2016). Ainsi, il n'y a pas un âge précis pour indiquer le début de la vieillesse, vu que le vieillissement est intrinsèque à chacun. Une personne de 80 ans peut avoir des capacités mentales et physiques comparables à une jeune personne, au contraire d'autres individus plus jeunes qui peuvent présenter un déclin fonctionnel et cognitif plus accentué qu'une personne de 80 ans (OMS, 2015). D'un point de vue sociologique, le passage d'une activité professionnelle vers la retraite est considéré le plus souvent comme la première étape de la vieillesse, amenant les individus à trouver des nouveaux mécanismes d'intégration et d'identification sociale, apprenant et intériorisant des nouveaux rôles et statuts (Amyot, 2016). De plus, cette étape est accompagnée par une rupture spatio-temporelle et par des pertes sociales, incitant à une faible socialisation (Amyot, 2016). Les personnes qui rentrent à la retraite après leur vie professionnelle sont considérées comme faisant partie de la nomenclature : « troisième âge » (Cerqui, 2016). Par conséquent, le quatrième âge désigne les personnes âgées qui appartiennent à un stade de vie marqué par un déclin biologique. A noter qu'aujourd'hui ce déclin s'exprime à un âge très avancé (Epinay & Cavalli, 2013). Par contre, d'un point de vue psychologique, la retraite ne s'associe pas au début de la vieillesse. D'un point de vue anthropologique, le concept de la vieillesse diffère d'un pays à l'autre de par des différences culturelles (Amyot, 2016). Toutes ces divergences s'expliquent par le caractère subjectif qu'est la vieillesse, chaque domaine ayant une définition propre de ce concept (Amyot, 2016).

2. Le bien-être psychologique et la santé

Le bien-être est un concept large qui comprend des émotions agréables, des réactions émotionnelles de satisfaction à des événements (Snyder & Lopez, 2012).

En rentrant plus en détail dans le bien-être, il existe le bien-être psychologique qui peut se traduire en plusieurs dimensions : le but de la vie, l'acceptation de soi, des relations positives avec les autres, le développement personnel, la maîtrise de l'environnement et l'autonomie (Snyder & Lopez, 2012). Puis, le bien-être psychologique se différencie de trois façons : le bien-être évaluatif, le bien-être hédonique et le bien-être eudémonique (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). Tout d'abord, le bien-être évaluatif se présente par la qualité ou par la satisfaction globale que les individus sentent et pensent par rapport à leur vie, à quel point ils sont heureux

dans leur vie (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). Ensuite, le bien-être hédonique se manifeste par les humeurs et les sentiments du quotidien, tels que le bonheur, la tristesse, la colère ou le stress (Stephoe, Deaton & Stone, 2015 ; Ulloa, Møller & Poza, 2013). A noter que le bien-être hédonique se compose d'au moins deux sentiments, afin de mieux comprendre les états émotionnels. Ainsi, tant les sentiments positifs que négatifs sont nécessaires pour évaluer le bien-être hédonique (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). En dernier, le bien-être eudémonique est associé aux jugements que les personnes ont sur le but et le sens de leur vie (Stephoe, Deaton & Stone, 2015).

Certaines études montrent que l'intensité des expériences de bien-être psychologique ne décroît pas avec l'âge, vu qu'effectivement les expériences bien-être hédonique - le bonheur -, tend à augmenter avec l'âge (Sánchez *et al.*, 2017 ; Steptoe, Deaton & Stone, 2015). Les personnes âgées possèdent une sagesse émotionnelle qui leur permet de sélectionner les expériences, les amitiés et les événements les plus satisfaisants sur le plan émotionnel (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). Si avec l'avancée de l'âge, la santé et la productivité tendent à diminuer, le bien-être psychologique tend à augmenter, car les personnes âgées expérimentent moins de colère, de stress et des préoccupations que les personnes d'âge moyen (Stephoe, Deaton & Stone, 2015).

Le bien-être psychologique et la santé sont fortement associés aux personnes âgées (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). Ces deux concepts sont considérés comme multidimensionnels (Sánchez *et al.*, 2017) et constituent une thématique de recherche qui est à l'état débutant (Stephoe, Deaton & Stone, 2015).

Un bien-être psychologique affaibli est associé à une augmentation du risque des maladies physiques telles que des maladies coronariennes, des incapacités, du diabète, des accidents vasculaires cérébraux, des maladies rénales chroniques et certains types de cancer (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). Ainsi, la diminution du bonheur et du bien-être eudémonique est associée à une augmentation progressive des comorbidités. En outre, une mauvaise santé est associée à de faibles états de bien-être psychologique positif (Stephoe, Deaton & Stone, 2015).

Les comportements de santé réparateurs et la prévention des maladies cardiovasculaires sont potentialisés par des sentiments positifs, comme le bonheur (Boehm & Kubzansky, 2012). La joie de vivre est associée à une moindre prévalence des maladies (Stephoe & Wardle, 2012). De ce fait, un bien-être psychologique positif, tel que le bonheur, s'associe comme un facteur protecteur pour la santé, en diminuant la mortalité et les morbidités (Stephoe, Deaton & Stone, 2015).

L'interprétation de l'association du bonheur à la réduction de la mortalité, prouvant l'existence d'un mécanisme biologique protecteur, est le grand défi des chercheurs (Liu *et al.*, 2016). Cette diminution de la mortalité s'explique par la possibilité que le bonheur entraîne des modifications biologiques. Dans un sens contraire, le malheur et l'augmentation de la mortalité ont une corrélation. Les personnes malheureuses ont tendance à avoir des comportements à risque pour la santé, tels que par exemple fumer ou rester inactives, influençant ainsi le risque de mortalité (Liu *et al.*, 2016).

Il en résulte que le bien-être psychologique – évaluatif, hédonique et eudémonique - a des évidences significatives associées à la santé et à la qualité de vie des personnes âgées (Sánchez *et al.*, 2017 ; Steptoe, Deaton & Stone, 2015). De ce fait, le renforcement du bien-être psychologique est d'une extrême importance dans la vie et dans l'amélioration de la santé des personnes âgées (Sánchez *et al.*, 2017).

3. Le bonheur

Le concept de bonheur a un intérêt constant pour tout être humain (Pelechano *et al.*, 2013 ; Prelipcean, 2013). Plusieurs professionnels tels que des économistes, des psychologues (Bhattacharjee & Mogilner, 2013), des poètes, des philosophes, des scientifiques et des écrivains ont fait des recherches et affirment (Prelipcean, 2013) que le bonheur est une des valeurs les plus suprêmes et ultimes que les humains ambitionnent et désirent (Pishva, 2011 ; Prelipcean, 2013). Les sources psychologiques du bonheur résultent dans des facteurs subjectifs et objectifs qui se complètent, tels que respectivement les sentiments et l'environnement social. Le bonheur n'existe ni en absence du monde externe ni en absence de l'individu, ayant des origines infinies et différentes d'une personne à l'autre. Donc, il existe une relation d'interdépendance entre l'individu et les autres afin d'atteindre le bonheur (Prelipcean, 2013).

Le bonheur n'est pas intrinsèque à l'individu, chacun l'expérimente à sa manière. Il n'est pas non plus un état permanent ou éternel (Prelipcean, 2013). Le bonheur devient éternel juste dans nos mémoires, au travers d'expériences vécues (Bhattacharjee & Mogilner, 2013 ; Prelipcean, 2013). Le bonheur n'est pas quantifiable (Pelechano *et al.*, 2013 ; Prelipcean, 2013) ou comparable, car il s'expérimente au moment présent (Prelipcean, 2013). Mais, il peut être plus durable s'il est vécu plutôt au travers d'expériences positives, qu'au travers d'expériences matérielles (Bhattacharjee & Mogilner, 2013). Nos actions peuvent conduire à notre propre bonheur mais aussi à celui des autres (Prelipcean, 2013).

Il est connu que les expériences hédoniques positives apportent des bénéfices (Bhattacharjee & Mogilner, 2013). De ce fait, quels genres d'expériences offrent le plus grand bonheur : des expériences extraordinaires ou plutôt des expériences ordinaires ? Les expériences extraordinaires sont celles uniques et rares qui arrivent de temps en temps dans la vie (Bhattacharjee & Mogilner, 2013). Les expériences ordinaires sont dites simples, communes et fréquentes, et surviennent dans le quotidien. L'âge joue un rôle important dans la compréhension du bonheur. Ainsi, les jeunes associent le bonheur à des expériences extraordinaires, tandis les personnes âgées bénéficient de plus d'expériences de bonheur au travers de celles du quotidien - les ordinaires. Les expériences hédoniques de bonheur peuvent s'expérimenter plusieurs fois par de nombreuses expériences agréables du quotidien (Bhattacharjee & Mogilner, 2013).

De plus, la personnalité de chacun joue un rôle important dans la conception du bonheur (Pelechano *et al.*, 2013 ; Pishva, 2011). De ce fait, l'extraversion est reconnue comme un facilitateur du bonheur, tandis que le névrosisme se présente comme un facteur négatif à l'atteinte du bonheur (Pelechano *et al.*, 2013 ; Pishva, 2011).

Finalement, qu'entendons-nous par ce mot complexe : Bonheur ?

Certains critères comme l'amour, la conscience, le succès, la perfection, la sagesse, la richesse, le plaisir, la satisfaction, le bien et une vie confortable peuvent définir la complexité du bonheur, en sachant que ce sont des critères unilatéraux qui ne prennent pas en compte les besoins et les désirs spirituels (Prelipcean, 2013). Dès lors, ce sont des critères importants, mais insuffisants s'ils sont pris individuellement. Le bonheur ne se traduit pas par un sens absolu, mais par des personnes qui sont heureuses à différents moments de leur vie, percevant le bonheur seulement par elles-mêmes (Prelipcean, 2013) étant donné que c'est un sentiment subjectif (Permiakovaa, Tokarskayaa & Yershovaa, 2016). Aucune personne n'est *totalelement, parfaitement ou entièrement heureux ici sur terre* : « fully, perfectly or entirely happy here on earth » (Prelipcean, 2013, p.762 ; Pelechano *et al.*, 2013).

Ainsi, la complexité du bonheur ne peut pas être confiné dans les limites d'une définition. Il n'y a pas une recette unique capable de montrer les ingrédients et la quantité exacte qui est nécessaire à chacun afin d'atteindre le bonheur (Prelipcean, 2013).

3.1 Le bonheur perçu par les personnes âgées

Le bonheur est perçu différemment selon l'âge. De ce fait, l'enthousiasme, l'excitation des nouvelles interactions sociales et des nouvelles informations sont vus par les jeunes comme

des moments de bonheur, en tenant compte qu'ils voient leur futur comme plus étendu (Bhattacharjee & Mogilner, 2013). Tandis que la paix, les relations sociales déjà existantes, l'épanouissement émotionnel, la famille et le calme sont synonymes de moments de bonheur pour les personnes âgées (Bhattacharjee & Mogilner, 2013 ; Scheibe *et al.*, 2014), en percevant leur avenir comme plus limité (Bhattacharjee & Mogilner, 2013). Cette notion différente du temps fait que les individus ont des objectifs individuels distincts afin d'expérimenter le bonheur (Bhattacharjee & Mogilner, 2013 ; Mogilner, Aaker & Kamvar, 2012).

C'est pourquoi les personnes âgées ont tendance à poursuivre des expériences du quotidien qui se présentent comme affectifs et émotionnellement satisfaisants (Bhattacharjee & Mogilner, 2013 ; Scheibe *et al.*, 2014). Ainsi, il se vérifie que les personnes âgées sont plus motivées à vivre des expériences émotionnelles significatives, au vu de la préférence pour des expériences moins excitantes comme énumérées ci-dessus (Scheibe *et al.*, 2014).

D'après plusieurs recherches concernant les éléments propices au bien-être psychologique – au bonheur - des personnes âgées, les différents auteurs mettent en évidence :

- le partage des repas (Lobos *et al.*, 2016) ;
- la qualité de la nourriture (Grunert *et al.*, 2016 ; Jeong & Seo, 2014 ; Lobos *et al.*, 2016) ;
- les interactions sociales (Lawrence *et al.*, 2015) ;
- le statut marital (Jeon *et al.*, 2016 ; Lawrence *et al.*, 2015) ;
- le partage des moments avec la famille (Chiang *et al.*, 2013 ; Jeon *et al.*, 2016) ;
- la santé (Grunert *et al.*, 2016 ; Lobos *et al.*, 2016) ;
- l'autonomie et l'indépendance (Godoy-Izquierdo *et al.*, 2013 ; Lobos *et al.*, 2016) ;
- la présence d'animaux (Bennett *et al.*, 2015 ; Pinto, 2016) ;
- la pratique d'activités (Dixon *et al.*, 2010 ; Ruengtam, 2017) ;
- la satisfaction économique (Jeon *et al.*, 2016 ; Lobos *et al.*, 2016) ;
- la religion / spiritualité (Chokkanathan, 2013 ; Walton, 2015).

A savoir que les auteurs qui sont soulignés ont étudié les éléments associés au bonheur des personnes âgées qui résident en MR. Les autres auteurs, ont étudié les éléments associés au bonheur des personnes âgées qui résident en milieu rural.

Ainsi, selon les auteurs cités ci-dessus, ces éléments sont propices à l'expérience du bien-être psychologique des personnes âgées, plus précisément au bien-être hédonique que représente le bonheur.

Indépendamment de l'âge, tout le monde cherche des moments de bonheur, prenant des attitudes et des actions qui puissent les conduire à ce sentiment (Mogilner, Aaker & Kamvar, 2012). La préférence pour des expériences ordinaires montre que les personnes âgées se centrent plutôt sur les moments présents que dans les moments futurs, ce qui augmente le bonheur du quotidien (Mogilner, Aaker & Kamvar, 2012).

IV. Matériel et méthodes

1. Question de recherche

Ce mémoire constitue un mémoire-recherche, et vise à pouvoir contribuer à une analyse théorique et empirique d'une question de recherche en santé publique, qui est liée à mes intérêts et à une catégorie donnée des personnes - les personnes âgées. De ce fait, je m'intéresse à une recherche qualitative sur le bonheur des personnes âgées résidentes en MR à Bruxelles.

Question de recherche :

Quels sont les principaux éléments qui peuvent influencer positivement le bonheur des personnes âgées résidant en MR à Bruxelles ?

Objectifs spécifiques :

- comprendre la perception du bonheur des résidents ;
- connaître les éléments propices au bonheur des résidents ;
- comprendre comment les professionnels travaillant au sein des MR pourraient contribuer positivement au bonheur des résidents.

But final :

La rédaction des **recommandations adressées aux professionnels travaillant au sein des MR** concernant les éléments propices au bonheur des personnes âgées. Ceci, afin de pouvoir sensibiliser les professionnels à ce sujet, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de vie, à la promotion et au maintien de la santé des personnes âgées résidant en MR.

2. Méthodologie qualitative

L'approche qualitative se caractérise par une recherche qui vise une compréhension globale et approfondie, un terrain spécifique, un contexte peu connu, une description des situations complexes, un sens vécu et une expérience vécue (Delefosse & Carral, 2017). De ce fait, c'est la démarche la plus adéquate pour ce mémoire vu que le bonheur ne peut être quantifiable, étant un concept complexe et subjective. C'est un concept peu étudié auprès des personnes âgées et qui nécessite d'une compréhension globale et approfondie afin de répondre à cette question de recherche, au travers des sens et des expériences vécues par les personnes âgées résidant en MR.

Les interprétations et l'expérience des participants sont essentiels dans ce type de recherche qui est conçue afin de décrire, de donner du sens, d'interpréter, de connaître des singularités et d'expliquer des situations complexes (Delefosse & Carral, 2017). Ainsi, la recherche qualitative a comme objectifs la prise en compte de la complexité du monde social, le compte-rendu du vécu du participant en une situation concrète, la compréhension des significations et des réalités entre le participant et son contexte, et la prise en compte de la place du chercheur ainsi que son influence dans la recherche et dans les résultats (Delefosse & Carral, 2017).

Selon l'auteur Delefosse & Carral (2017), il existe des présupposés implicites dans les recherches. De ce fait, la recherche qualitative est liée au paradigme « subjectiviste et constructiviste » (Delefosse & Carral, 2017, p.18), ayant des particularités telles que : le sens est déterminé par l'interaction entre le chercheur et les participants au travers du dialogue, l'intervention du chercheur est liée à une utilité personnelle et sociale et à une éthique de l'action, la perception de la réalité du phénomène est subjective, mouvante et multiple, les participants et le chercheur sont liés par des valeurs qui influencent l'interaction et les résultats. Dès lors, « les valeurs du chercheur et des acteurs font partie de la recherche, les exclure serait a-scientifique puisqu'elles participent à la forme de l'objet étudié. » (Delefosse & Carral, 2017, p. 20).

2.1 Théorisation ancrée

Pour cette recherche qualitative, l'analyse des données sera faite par théorisation ancrée. La théorisation ancrée utilise une démarche de conceptualisation des phénomènes étudiés, analyse les données empiriques provenant des enquêtes et tient compte de l'expérience ou de l'action des personnes plutôt que de la forme de leur discours (Delefosse & Carral, 2017 ; Lejeune, 2014). L'écoute, l'accueil et l'apprentissage font l'objet de la théorisation ancrée (Delefosse & Carral, 2017).

Le chercheur analyse les données à l'aide des catégories conceptualisantes que lui-même créera. Une catégorie conceptualisante tient compte de la pensée du chercheur face au phénomène, « puisqu'elle va au-delà de la simple reprise du témoignage de la personne » (Delefosse & Carral, 2017, p. 65). Une catégorie conceptualisante est bonne, juste, valide, bien nommée et solide si elle est bien ancrée dans les données empiriques et si le chercheur la crée avec rigueur et honnêteté. Pour ce faire, la sensibilité théorique et expérientielle du chercheur est essentielle afin qu'« il tente avec le plus de justesse possible de refléter ce qui se vit ou se passe tel que cela se vit ou se passe, selon lui » (Delefosse & Carral, 2017, p. 67). Ainsi, la

création d'une catégorie répond à des exigences rigoureuses et peut être définie comme « une tentative honnête et rigoureuse de nommer un phénomène perceptible dans des données empiriques de recherche en prenant solidement appui sur ces données, compte tenu du projet d'enquête en cours et de la sensibilité théorique et expérientielle de l'analyste » (Delefosse & Carral, 2017, p. 66). Une catégorie conceptuelle peut être remise en question lors de nouvelles données empiriques ou lors d'une compréhension plus approfondie du phénomène d'étude.

Une théorisation ancrée doit tenir compte des étapes de progression analytique (Delefosse & Carral, 2017 ; Lejeune, 2014), qui n'obligent pas à une démarche successive, pouvant être parallèles les unes aux autres (Lejeune, 2014) :

- « l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes ;
- la mise en relation des catégories et propriétés ;
- l'intégration analytique de l'ensemble ;
- la modélisation des phénomènes émergents ;
- La consolidation de la théorisation. » (Delefosse & Carral, 2017, p. 69).

En concluant, la théorisation ancrée vise une production inductive d'une théorie (Corbière & Larivière, 2014, Méliani, 2013). Mais, qu'est-ce qu'une théorie ? C'« est un ensemble de catégories bien développées qui sont systématiquement interdépendantes par l'entremise des énoncés de relation, pour expliquer un phénomène donné » (Corbière & Larivière, 2014, p. 102), permettant ainsi de mieux comprendre une problématique et, par conséquent, de mener des actions d'amélioration (Corbière & Larivière, 2014). D'autre part, nous devons aussi comprendre ce que signifie : ancrée. Méliani (2013) explique que le fait qu'une théorisation soit ancrée indique que le matériau empirique est le point le plus important de toute la théorisation, car tout se construit à partir de là. C'est-à-dire que c'est à travers du matériau empirique que la théorisation débute, que se vérifient les concepts émergents et que se valide la théorie émergente (Méliani, 2013).

De ce fait, une approche qualitative par théorisation ancrée sera utilisée pour ce mémoire afin de connaître et de comprendre les éléments associés au bonheur des personnes âgées résidant en MR, permettant la construction d'une théorie du phénomène bonheur, de façon à pouvoir rédiger des recommandations adressées aux professionnels travaillant au sein des MR.

3. Outil de collecte de données

La recherche qualitative par théorisation ancrée est composée surtout d'observations et d'entretiens ouverts sur le terrain, appelant à une approche inductive (Delefosse & Carral, 2017 ; Lejeune, 2014).

Pour ce mémoire, l'outil de collecte de données choisi est l'**entretien**, retranscrit après enregistrement. Les entretiens amènent le chercheur à rentrer dans le monde privé des participants (Delefosse & Carral, 2017), donnant place à une prise de parole et de vocabulaire unique à chaque participant (Lejeune, 2014).

L'entretien choisi est **semi-directif**, reposant sur un guide d'entretien qui se compose de questions fondées sur les des thématiques liées à l'objet de la recherche, et donnant liberté de parole au participant dans un cadre partiellement limité (Godfroid, 2012). De ce fait, le **guide d'entretien** (annexe A) présentait des questions ouvertes qui sont survenues de certaines thématiques abordées lors du cadre contextuel et du cadre conceptuel de ce mémoire : la transition du domicile vers la MR ; le bien-être psychologique et la santé ; le bonheur ; les professionnels de la santé. Les questions ont été formulées dans un langage simple, permettant aux personnes âgées de les comprendre clairement. Mais, quand même, lors des premiers entretiens, des questions mal comprises par les résidents ont été modifiées. De plus, au fur et à mesure de l'analyse des données empiriques, de nouveaux concepts survenaient, d'où l'importance de la pose de questions de relance lorsqu'un résident mentionnait un concept qui était peu saturé. L'objectif de ceci était de mieux comprendre le concept qui était peu développé jusque-là et d'augmenter sa diversité de données.

4. Méthode d'analyse de données

Les données empiriques doivent être analysées au fur et à mesure qu'elles sont disponibles. De ce fait, une fois que chaque collecte de données est terminée, se succède donc la transcription de l'entretien pour que l'analyse s'effectue simultanément (Corbière & Larivière, 2014 ; Lejeune, 2014).

L'analyse des données génère des concepts (« mots représentant les idées générées par les données ») et des catégories (« concepts de haut niveau qui chapeautent un ensemble de concepts de niveau inférieur partageant les mêmes propriétés ») (Corbière & Larivière, 2014, p.104). Pour arriver à la formulation de concepts, il est important de rédiger des mémos en marge tout au long de l'analyse. C'est pourquoi les mémos sont considérés comme un outil

d'analyse important pour la théorisation ancrée. De plus, des représentations visuelles telles que des diagrammes sont conseillées afin d'illustrer les relations entre les concepts et de représenter la théorie finale (Corbière & Larivière, 2014).

En rentrant plus en détail, l'analyse des données passe par trois phases de codage principales (Corbière & Larivière, 2014) :

1. **codage ouvert (initiale)** - permet une lecture approfondie des données, c'est-à-dire une analyse à chaque ligne ou à chaque paragraphe afin d'y créer des concepts. Puis, les concepts se regroupent en différentes catégories ;
2. **codage axial (intermédiaire)** - sert à établir des relations causales ou contextuelles entre les catégories et leurs sous-catégories afin de mieux comprendre le phénomène d'étude ;
3. **codage sélectif (avancée)** - permet la théorisation puisque les catégories sont intégrées et raffinées. C'est-à-dire qu'il y a une « identification d'une catégorie centrale qui rattache les autres catégories entre elles, de façon à former un tout explicatif » (Corbière & Larivière, 2014, p. 106). Pour y arriver, le chercheur vise une cohérence interne, une saturation des catégories et une suppression de celles en excès.

Afin de favoriser l'analyse de données pendant les phases de codage, une **grille d'analyse** a été créée. La grille a débuté par l'analyse du premier entretien, en faisant émerger des concepts, des catégories et des rubriques. Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens suivants, lors d'une compréhension approfondie du phénomène ou lors de nouvelles données, il a été vérifié une remise en question des concepts, des catégories et des rubriques. Ceci signifie qu'ils ont été renommés, fusionnés ou subdivisés plusieurs fois. Une **analyse horizontale** a été réalisée afin de comprendre les données empiriques de l'ensemble des participants sur les thématiques. De manière plus concrète, la structure de la grille d'analyse s'est présentée comme suit :

Tableau I : Structure de la grille d'analyse

Rubrique	Catégorie	Concept	Extrait des entretiens
...	...	...	R1(12) : ... R3(5) : ...

Les extraits des entretiens des différents participants ont été identifiés par des couleurs différentes afin de faciliter la visualisation de la diversité des participants pour chaque concept. Un numéro aléatoire a été attribué à chaque résident interviewé afin de le distinguer des autres

pendant l'analyse de données. De ce fait, la représentation R1 évoque le résident numéro un. Le numéro indiqué entre les parenthèses concerne le numéro de ligne de l'entretien retranscrit où l'extrait se trouve.

Le choix de mettre fin aux entretiens se fait en fonction de l'évaluation du chercheur par rapport à la solidité de la théorisation émergente (Delefosse & Carral, 2017). De ce fait, la collecte de données se termine quand il existe une saturation des catégories centrales (Lejeune, 2014). C'est-à-dire que toutes les propriétés d'une catégorie ont été observées et qu'aucune nouvelle propriété n'est formulée (Corbière & Larivière, 2014 ; Lejeune, 2014), soi-disant que plus d'entretiens ne feront plus la différence par rapport à la théorisation déjà élaborée, car « elle est saturée sur le plan théorique » (Delefosse & Carral, 2017, p. 70 ; Corbière & Larivière, 2014).

La théorisation ancrée a comme dernière étape la validation du plan théorique, en d'autres mots, la validation de la théorie. L'objectif est donc de s'assurer auprès des participants que la théorie émergente corresponde de manière globale à leur cas, devant expliquer la majorité des cas (Corbière & Larivière, 2014). De ce fait, la validation de la théorie a été faite à la fin de l'analyse des résultats. Tous les participants ont été rencontrés une deuxième fois afin de leur expliquer la théorie émergente, à l'exception d'un participant qui ne résidait plus à la MR Y. De manière global, la théorie émergente correspondait à la majorité des cas.

5. Méthode d'échantillonnage

5.1 Stratégie d'échantillonnage

Une recherche qualitative porte sur les caractéristiques d'un phénomène, ne permettant donc pas d'anticiper le nombre de participants (Corbière & Larivière, 2014 ; Lejeune, 2014). Mais, si le contenu des entretiens est bien ciblé, les données seront de meilleure qualité et une théorisation ancrée peut ainsi être menée à terme avec 10 à 15 entretiens (Corbière & Larivière, 2014). Il faut prendre en compte que « l'échantillonnage ne porte plus sur une population composée d'individus. Le chercheur part de ses questions et échantillonne donc le phénomène à l'étude » (Lejeune, 2014, p. 29). Dès lors, l'échantillon s'intitule « théorique » (Corbière & Larivière, 2014 ; Lejeune, 2014).

Ainsi, l'idéal est de commencer la collecte de données avec un échantillon de convenance, c'est-à-dire un échantillon prédéterminé selon certains critères initiaux de manière à obtenir une vue d'ensemble du phénomène (Corbière & Larivière, 2014).

5.1.1 Critères d'inclusion

- Résider chez l'MR ;
- Âge égal ou supérieur à 65 ans ;
- *Mini Mental State Examination* ¹ (MMSE) avec un score égal ou supérieur à 26 ;
- Parler couramment le français.

5.1.2 Critères d'exclusion

- Déficit auditif major.

5.2 Caractéristiques de l'échantillon

Afin de réaliser des entretiens semi-directifs, plusieurs MR ont été contactés selon une convenance géographique, lesquelles ont refusé cette recherche ou n'ont pas répondu.

Finalement, au travers d'un *gatekeeper*, une MR située dans l'Est de la région bruxelloise, hors zone de convenance géographique, a accepté cette recherche. Conséquemment, il y avait un désaccord par rapport au fait d'interviewer le directeur et l'infirmier-chef comme prévu initialement afin de trianguler les données avec celles des résidents. Comme la durée de recherche d'une MR a été longue et difficile, l'étude a poursuivie en réalisant juste des entretiens aux les personnes âgées, car il se considère que ce sont les données les plus importantes et essentielles afin de répondre à la question de recherche. L'entretien avec le directeur et avec l'infirmier-chef permettrait la triangulation des données et la compréhension de leur perception par rapport au bonheur des résidents. Ainsi, l'objectif spécifique suivant a été enlevé : comprendre le regard donné par le directeur et par l'infirmier-chef de la MR, par rapport au bonheur des résidents. En outre, la lettre de demande de recherche auprès de la MR a été réécrite, en supprimant la partie qui demandait un entretien avec l'infirmier-chef et un entretien avec le directeur, pour qu'elle soit acceptée et signée (annexe

¹ Les scores MMSE varient de 0-30, en sachant que les scores plus élevés indiquent un meilleur fonctionnement cognitif (Steenoven *et al.*, 2014). Un score inférieur à 26 peut indiquer la présence d'une atteinte cognitive (INESSS, 2015). Cependant, c'est important à noter que des caractéristiques culturelles ou le niveau d'éducation peuvent influencer le score final (Steenoven *et al.*, 2014).

B). Comme convenu avec la MR choisie, son anonymat sera respecté. De ce fait, un nom fictif lui sera attribué : MR Y.

La MR Y est une MRS privée qui se situe dans l'Est de la région bruxelloise. Elle se compose de cinq étages, accueillant à présent 109 résidents ayant un âge entre 72 et 98 ans et qui y sont rentrés depuis 2010. Concernant les professionnels qui y travaillent, l'équipe se compose d'un directeur, un directeur adjoint, un médecin coordinateur, deux psychologues, un infirmier-chef, douze infirmiers, trente et un aides-soignants, trois kinésithérapeutes, un logopède, un ergothérapeute et deux animateurs.

Selon les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés ci-dessus, l'échantillon de convenance a été sélectionné aléatoirement, au fur et à mesure, par l'infirmier-chef de la MR Y. De ce fait, après chaque entretien et analyse de données empiriques respective, un nouveau participant survenait. Le nombre de participants n'a pas été anticipé. C'est-à-dire que la collecte de données empiriques s'est finie lors de la saturation de la majorité des concepts, et en tenant compte du timing disponible. Ainsi, l'échantillon théorique est constitué de dix résidents (R), ce qui permet la compréhension du phénomène étudié : les principaux éléments qui peuvent influencer positivement le bonheur des personnes âgées résidant en MR à Bruxelles.

Aucun résident auquel la participation à cette étude a été proposée n'a refusé. Ils ont tous accepté l'enregistrement audio de l'entretien. Les entretiens ont été réalisés dans la chambre de chaque résident, en pensant que ce serait le local le plus privé, le plus calme et le plus confortable pour qu'ils puissent se sentir le plus en confiance possible.

Les recherches qualitatives visent les caractéristiques d'un phénomène et non pas d'une population (Corbière & Larivière, 2014), cependant certaines caractéristiques de l'échantillon théorique telles que le sexe, l'âge, la nationalité, l'ancienneté chez MR Y et le score MMSE sur un total de 30 points sont reprises dans le Tableau II ci-dessous. L'objectif n'est pas de comprendre la population, mais juste de connaître les principales caractéristiques des participants qui ont permis de mener à bien cette étude. En outre, le nombre d'interruptions et la durée de l'entretien sont aussi repris dans le Tableau II. Lors du déroulement des entretiens, quelques interruptions se sont vérifiées et ont été menées par des aides-soignantes ou par le téléphone du résident qui a sonné. Des éléments tels que la fatigue du résident, la vitesse de réponse, le temps de réflexion, des questions de relance ou des interjections de synthèse ont agi sur la durée des entretiens.

Tableau II : Caractéristiques de l'échantillon théorique

R	Sexe ²	Age (années)	Nationalité	Ancienneté	Score MMSE	Interruption (nombre)	Durée (minutes)
1	F	91	Italienne	6 ans	28	2	43
2	F	91	Belge	1 an	30	0	36
3	M	86	Belge	3 ans	30	0	32
4	F	87	Belge	5 ans	29	3	50
5	F	72	Belge	3 mois	29	1	22
6	F	96	Belge	3 ans	30	1	40
7	M	96	Belge	7 ans	27	0	28
8	M	83	Suisse	2 ans	30	0	26
9	F	79	Belge	8 mois	29	0	31
10	F	85	Belge	11 mois	28	1	19

6. Considérations éthiques

Afin d'obtenir un maximum d'informations sur le vécu de chaque personne âgée résidant dans la MR Y, elles ont été invitées à s'exprimer de la manière la plus sincère et honnête possible. Ceci permettra de recueillir un maximum de données les plus fidèles possible.

Les participants ont été contactés personnellement par l'infirmier-chef et par moi-même, ayant été choisis selon les critères initiaux décrits précédemment. De ce fait, chaque participant à l'étude s'est présenté sur base volontaire après avoir pris connaissance orale et écrite des informations sur l'étude, garantissant l'anonymat et la confidentialité des données (annexe C). Tous les participants ont signé le consentement éclairé (annexe D).

² Féminin (F) ; Masculin (M)

V. Résultats

Cette partie du mémoire a pour objectif d'exposer l'ensemble des résultats qui ont été obtenus à l'aide de la grille d'analyse (Annexe E).

Les résultats sont présentés par rubrique. Ainsi, les rubriques ressorties de l'analyse des données empiriques s'intitulent :

- I. la transition du domicile vers la MR ;
- II. le bien-être psychologique ;
- III. le bonheur ;
- IV. la MR et le bonheur ;
- V. la santé.

Lorsque nécessaire, des représentations visuelles telles que des diagrammes seront utilisées afin de mieux illustrer les relations entre concepts. De plus, des extraits des entretiens seront utilisés, figurant entre guillemets, pour permettre de rester proche du matériau, en illustrant l'analyse avec les mots des participants. A savoir que la majorité des concepts ont reçu un nom provenant des mots formulés par les participants afin d'être le plus fidèle possible aux données empiriques.

1. Rubrique I : La transition du domicile vers la MR

Par l'analyse des données empiriques, la transition du domicile vers la MR peut comporter de multiples **raisons**. Puis, les personnes âgées tiennent compte de certains critères pour le **choix de la MR**. Suite à ce déménagement, les personnes âgées ont des **sentiments ressentis** lors des premiers temps vécus en institution. Il s'est avéré qu'une **prévoyance** de ce qu'est de vivre en MR peut être différente de la **réalité** vécue par ces personnes après le déménagement. De ce fait, se repèrent les catégories ressorties du matériau, étant représentées par des concepts, qui seront analysés en détail ci-dessous.

- **La raison**

Suite à plusieurs raisons, les personnes âgées sortent de chez elles pour aller vivre en institution. Les motifs sont multiples : un choix personnel, une maladie, une perte d'autonomie ou un moment transitoire.

En ce qui concerne le **choix personnel**, ce concept a été identifié par plus de la moitié des participants. Les résidents indiquent que « c'est moi-même qui a choisi » [R10(12)] :

- R3(12) : « c'était un choix personnel en accord avec ma compagne » ;
 R4(10) : « j'étais demandée en mariage (...) et je suis venue vivre près de lui... c'était par amour... » ;
 R8(24) : « je ne voulais pas dépendre de mon fils non plus ».

Puis, la rentrée en MR peut avoir lieu suite à une **maladie** vécue par la personne âgée. Ce concept a été le plus saturé, vu qu'il a été mentionné par la majorité des participants. Les résidents ont signalé que leur rentrée en institution s'est faite soit parce que « je suis tombé malade d'une façon inattendue » [R1(12)], soit parce que « j'ai dû être opéré » [R9(10)] ou soit parce que « ma santé aussi qui a commencé à se dégrader » [R4(27)]. Ceci dit, une maladie aiguë ou une dégradation de l'état général peuvent être les raisons de la rentrée en MR. Subséquemment, la rentrée se fait via le domicile ou directement via l'hôpital vu que « j'étais soigné à l'hôpital, c'était un terrible accident et (...) il n'était pas question de revenir chez nous » [R7(11)].

Ensuite, un autre concept émergé lors de l'analyse des données empiriques était la **perte d'autonomie**. La moitié des participants ont ressorti ce concept, et la majorité d'entre eux l'associent à la marche :

- R2(10) : « faire des courses aussi était difficile parce que je ne sais pas monter, je n'ai pas de forces » ;
 R4(28) : « parce que j'avais des difficultés à me déplacer » ;
 R6(11) : « j'avais fait une chute, donc je ne pouvais plus rester seul (...) jusque-là j'avais été plus ou moins autonome » ;
 R8(11) : « je ne savais presque plus marcher ni rien du tout » ;
 R9(11) : « je ne pouvais pas pratiquement marcher, j'étais 1 mois à l'hôpital ».

La rentrée en MR due à une perte d'autonomie peut aussi être liée à l'âge en considérant que « j'avais 91 ans et tout devenait un peu plus difficile » [R2(10)].

Par rapport au dernier concept de cette catégorie, avant de rentrer en MR les personnes âgées voyaient ce passage comme un **moment transitoire** dû à un besoin de soins (« je suis venu ici en convalescence » [R10(11)]) ou dû à des raisons familiales (« mes enfants voulaient partir en vacances » [R6(11)]). Puis, les résidents sont conscients que « je suis trop bien pour être ici, mais pas assez bien pour être chez moi » [R10(11)]. Ainsi, ce moment transitoire s'est prolongé jusqu'au moment présent, étant donné que :

- R1(25) : « j'ai pensé que je ne resterais pas » ;
 R5(14) : « je venais pour 15 jours et en 15 jours j'étais déjà un peu affaiblie et je n'ai pas su retourner » ;
 R6(11) : « c'était prévu que je vienne ici pour 15 jours... » ;
 R9(24) : « j'ai pensé en venir juste un petit temps (...) et je retournerais ».

➤ Liens

Les participants qui ont évoqué rentrer en MR à cause d'une perte d'autonomie se trouvent parmi ceux qui sont rentrés pour une raison de maladie. De plus, les résidents qui ont mentionné rentrer en MR pour un moment transitoire dû à un besoin de soins (R1, R9 et R10) se trouvent parmi les participants qui sont rentrés pour une raison de maladie. De ce fait, ces trois concepts qui expliquent les raisons pour lesquelles les personnes âgées rentrent en MR peuvent-ils être liés ? La perte d'autonomie et le moment transitoire peuvent-ils être associés ?

Diagramme I : Liens de la catégorie Raison



• **Le choix de la MR**

Le choix d'une MR, l'habitation où les personnes âgées iront vivre pour une période transitoire ou définitive, se fait de deux manières : par la publicité ou par l'avis d'autrui.

L'image d'une institution peut être attractive grâce à la **publicité** qu'elle fait. Faire connaître sa structure, « ça signifie qu'on vous fait visiter, on vous dit qu'il y a des jardins (...) le bar qui doit être ouvert de telle heure à telle heure » [R1(30)], faire connaître ses offres telles qu'apporter « les objets qui m'étaient chers » [R1(49)] ou être attractive par son environnement qui « me semblait bien, agréable, accueillante » [R8(18)]. Ces caractéristiques peuvent motiver la personne âgée à choisir une MR parmi d'autres.

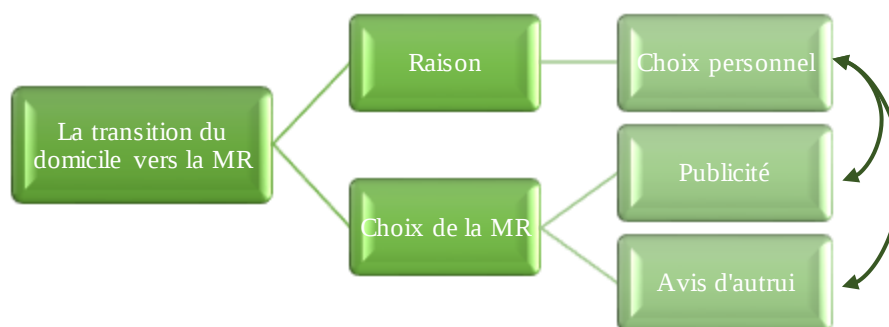
En outre, l'**avis d'autrui** semble être important lors du choix d'une MR, même si « on entend plus parler de ce qui ne va pas, que de ce qui va » [R8(26)]. Le fait de connaître quelqu'un qui réside déjà dans la MR peut favoriser la rentrée de celle qui cherche, car « elle m'a dit 'ah, ça ce n'est pas mal pour toi aussi' » [R3(11)].

Presque la moitié des participants ont fait émerger des concepts, sachant que ceux qui ont énoncé la publicité ne sont pas ceux qui ont mentionné l'avis d'autrui, à l'exception d'un participant qui a évoqué ces deux concepts comme essentiels pour choisir la MR.

➤ Liens

Plus de la moitié de ceux qui ont fait émerger le concept choix personnel comme une des raisons pour rentrer en MR ont aussi fait ressortir la catégorie choix de la MR. Ainsi, y aurait-il une relation entre le fait de rentrer en MR pour raison d'un choix personnel et le fait de choisir eux-mêmes la MR ? Ou, la publicité et les avis d'autrui pourraient-ils favoriser la rentrée d'une personne âgée en MR ? Y aurait-il une relation bidirectionnelle ?

Diagramme II : Liens de la catégorie Choix de la MR



- **Sentiments ressentis**

Lors de la transition du domicile vers la MR, les personnes âgées indiquent sentir un mixte d'émotions telles que : le désenchantement, l'abandon, la tristesse, une moindre liberté, un éloignement social, un besoin, la tranquillité, l'optimisme, l'incertitude ou l'étape finale. La majorité des participants ont fait émerger plusieurs concepts en même temps, c'est-à-dire que cette transition de lieu de vie peut provoquer une multitude de sensations.

En ce qui concerne le sentiment de **désenchantement**, il se réfère au fait que « j'étais surprise pour tout ce qui se passait ici » [R6(27)], c'est-à-dire que « j'étais assez désenchanté dans le sens que (...) tout ce qu'on avait vu c'est une fausseté » [R1(46)]. Presque la moitié des participants font appel à une discréditation entre ce qu'ils pensaient que la vie serait et la réalité vécue. Ainsi, ce sentiment pourrait-il être lié au concept de la publicité ? Ce qui aurait été présenté serait-il différent de la réalité ?

R1(30) : « ici tout est virtuel... ça signifie qu'on vous fait visiter, on vous dit qu'il y a des jardins, mais les jardins ne sont pas entretenus (...) le bar qui doit être ouvert de telle heure à telle heure, mais il est fermé » ;

R5(19) : « parce que c'était joli... mais dans le fond c'est une prison... ».

En outre, le fait qu'« on repart à zéro » [R4(141)] lors de la rentrée en MR, dû au changement « totalement de vie, on quitte tout, sa maison, ses meubles, ses habitudes, sa nourriture » [R4(141)], peut conduire à « un sentiment d'**abandon** » [R2(26)]. Ce sentiment ressenti par presque la moitié des participants renvoie aux pertes matérielles, étant donné que :

R2(21) : « un déchirement parce que comme j'avais toute une maison, il y avait énormément des choses que j'ai dû jeter, tous mes photos, tous mes livres... » ;

R4(18) : « les 3 premiers mois, j'ai eu difficile à quitter ma maison... j'avais ma maison, ma voiture dans le garage, j'avais tout... » ;

R6(90) : « j'ai des sentiments de regrets de ce que j'ai dû abandonner chez moi ».

Ensuite, le concept de **tristesse**, peu saturé, a émergé suite au fait que :

R2(27) : « je nourrissais des chats abandonnés et je devais les abandonner aussi, c'était malheureux... c'était une transition terrible... » ;

R4(20) : « j'ai eu trois crises de larmes et après je me suis habitué ».

Par ces données empiriques, la tristesse pourrait-elle avoir une corrélation avec l'abandon ? Le sentiment d'abandon, le fait d'abandonner ce qui était cher pour eux, pourrait-il conduire à un sentiment de tristesse ?

Par ailleurs, les participants mentionnent que « malgré tout perdre une certaine liberté » [R2(28)] pour « apprendre à vivre en communauté » [R6(44)] constitue le concept : **moindre liberté**, avec peu de diversité des données empiriques.

En plus, un concept très peu saturé, l'**éloignement social**, peut s'expliquer dû au fait que « mes amies, elles, habitent très loin, c'est loin pour qu'elles viennent ici, donc je les vois beaucoup moins » [R2(30)].

Egalement très peu saturé, le concept d'**optimisme** a émergé en tenant compte que « j'étais contente parce que je me suis dit que je ne dois plus aller au restaurant tous les jours, je vais être prise en charge, c'est joli, les gens sont sympas... je suis arrivée naïve et optimiste » [R5(23)].

Même avec peu de diversité de réponses, un sentiment de **besoin** peut émerger lorsque « vous vous rendez compte qu'avec votre santé qui se dégrade et qu'on ne sait plus rester tout seul, (...) le plus raisonnable c'était de rester ici. Ce n'était pas ce qui me plaisait le plus, mais c'était le plus raisonnable » [R4(54)]. De ce fait, ce concept pourrait-il être associé aux concepts de maladie, de perte d'autonomie et de moment transitoire ?

Quand la transition du domicile vers la MR est « assez calme » [R3(17)], ceci pourrait faire émerger un sentiment de **tranquillité**, étant donné que « j'ai tout suite eu beaucoup de gentillesse de la part de certains résidents et du personnel aussi » [R6(20)].

Le concept le plus saturé de cette catégorie est le sentiment d'**incertitude**. Les participants font référence à l'ambiguïté de l'adaptation :

R3(17) : « un petit peu d'incertitude pour savoir comment je supporterais » ;

R4(33) : « je me disais que jamais je tiendrais le coup, jamais je vais m'habituer » ;

R6(22) : « c'était très mitigé » ;

R7(17) : « de l'appréhension ».

Le dernier concept émergé lors de cette catégorie, avec un consensus entre la moitié des participants, est le fait de ressentir que c'est une **étape finale** dans la vie, vu que « sortir d'ici, pour moi c'est difficile » [R1(29)] :

R1(204) : « la certitude d'avoir fait un choix définitif dans ma vie » ;

R2(32) : « on sent qu'on passe une étape en âge... » ;

R4(19) : « je suis venu ici, on n'est jamais plus rien disons... ».

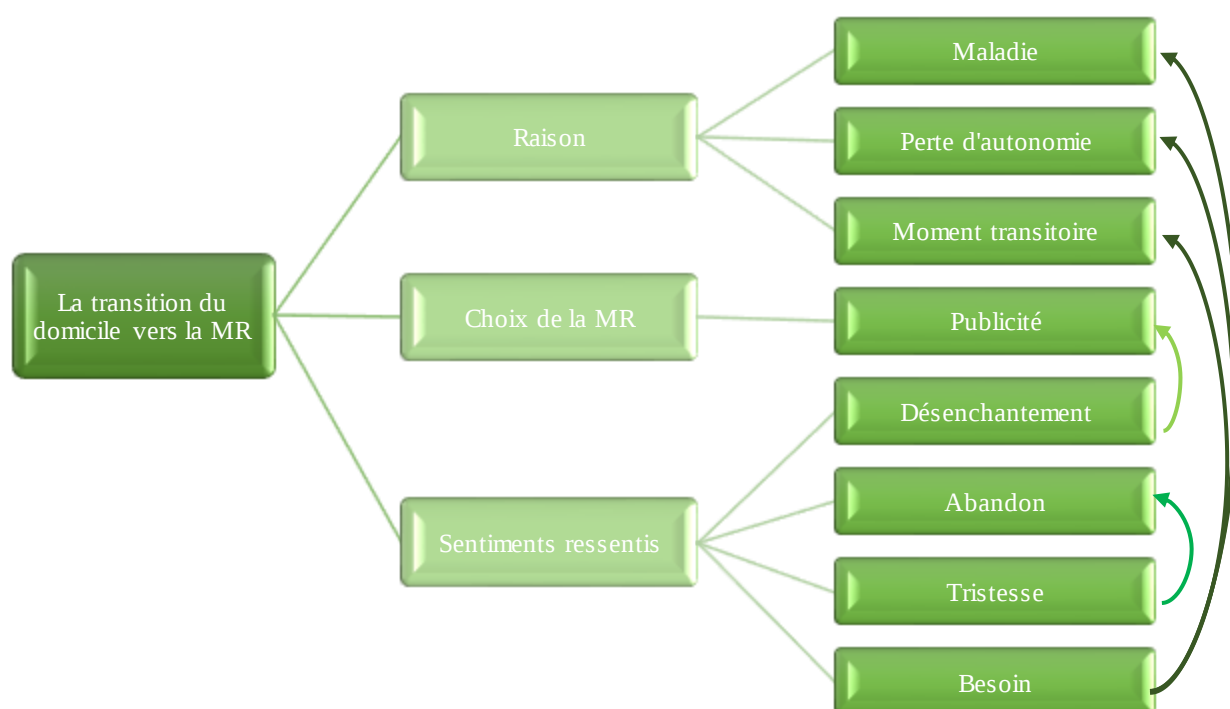
Ce sentiment d'être une étape finale dans leur vie pourrait-il être associé à une prise de conscience sur le cycle de vie ?

R4(179) : « vous vous attachez à quelqu'un qui ne fait que passer. Ici, je suis dans une salle d'attente... on les voit passer, chacun son tour. Il a la porte qui s'ouvre, la mort qui est là, c'est une salle d'attente. Ça il faut le supporter, de voir partir ceux que vous aimez bien ».

➤ Liens

Le diagramme III illustre les liens évoqués sous forme de question lors de l'analyse de cette catégorie. Il vérifie les possibles associations entre les catégories déjà analysées.

Diagramme III : Liens de la catégorie Sentiments ressentis



• Prévoyance

Cette catégorie se réfère à la façon dont les personnes âgées imaginent que ce que serait leur vie en MR. Ceci remonte à leur opinion avant de rentrer en MR. De ce fait, comment les participants prévoient-ils leur vie en institution ? En ayant de la liberté, du soutien, des contacts avec des résidents valides, qu'elle soit accueillante, ou bien ils n'ont aucune conception par rapport à cela.

Avant de rentrer en MR, « une **liberté** totale de mouvement, (...) d'horaires » [R1(55)] était espérée. De même pour le concept **soutien**, ils prévoyaient une « prise en charge » [R5(23)] pendant le séjour en MR. Les données empiriques suivantes font émerger un nouveau concept : **résidents valides**, qui a regroupé un ancien concept de contacts sociaux.

R2(37) : « je n'ai pas pensé que j'allais me trouver avec autant de gens malades. J'ai cru me trouver avec des gens âgés, qui avaient encore leur tête plus ou moins, mais qu'on aurait pu faire plusieurs choses ensemble... » ;

R4(41) : « je croyais que dans une résidence pour personnes âgées, j'aurais beaucoup de contacts avec les autres ».

De ce fait, les participants envisageaient des résidents valides afin de favoriser les contacts sociaux. Par valides, ils sous-entendent des personnes avec une santé physique et mentale. Ces trois concepts abordés ont eu une faible diversité de données empiriques.

De surcroît, les participants ont mentionné une MR **accueillante**, avec « des infirmiers joyeuses et gentilles, et un environnement propre du point de vue... de l'honnêteté » [R5(23)].

En dernier, la moitié des participants ne pensaient pas rentrer en MR. De ce fait, ils n'ont jamais pensé comment serait leur vie en MR. De ce fait, ils n'avaient **aucune** prévoyance :

R3(21) : « je pouvais rien imaginer parce que je ne m'étais pas vraiment posé la question » ;

R4(36) : « je ne voyais pas la vie en avance » ;

R6(27) : « je ne voulais pas entendre parler de ça... je n'imaginai rien... j'étais très contente chez moi, j'avais un petit jardin, j'avais un chat... je ne voulais pas l'imaginer » ;

R7(23) : « on n'imaginait pas parce qu'on n'avait pas prévu rentrer en maison de repos ».

• Réalité

La catégorie précédente était liée à une prévision de la vie en MR, avant que les participants n'y rentrent. Cette catégorie-ci s'intéresse au moment où ils sont déjà rentrés en MR afin de comprendre la transition de lieu de vie. De ce fait, les personnes âgées constatent l'existence d'une moindre liberté, des résidents non valides, un éloignement social et une vie passive. En sachant que les deux premiers concepts ont été les plus saturés.

« Suivre des règles comme à l'école, on vous dit 'à droite, à gauche', au début ça me posait des problèmes... » [R9(123)], amène à une **moindre liberté** vécue lors de la transition. Ils constatent une moindre liberté d'action :

R5(23) : « le manque de liberté, l'attitude des aides-soignantes qui m'emprisonnent parfois... » ;

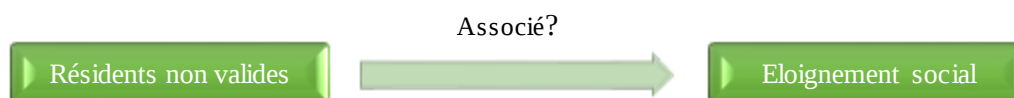
R6(22) : « il faut tout accepter quand on ne peut pas faire autrement, ce qui est mon cas » ;

R7(31) : « ce qui ne me plaît pas, c'est qu'on ne peut pas faire ce qu'on veut... ».

Un autre constat, c'est la présence d'un grand nombre de **résidents non valides**. Les participants expliquent qu'ils ne s'attendaient pas à « tomber dans un milieu avec des gens si malades... tous en chaise roulante, beaucoup avec une tête qui n'est plus bonne » [R2(39)]. De ce fait, « au début j'ai trouvé ça très bizarre parce qu'à moi il ne faut rien faire » [R9(25)]. Ainsi, le fait de rencontrer beaucoup d'autres résidents qui ne sont pas valides physiquement ni psychiquement, « c'est dur. Pour moi, ça c'était un problème parce qu'il y a certainement 80% des personnes désorientées » [R4(42)], « ça m'a choqué » [R9(64)].

Pour les participants, rentrer en MR peut être un synonyme d'**éloignement social**. Etre « éloigné de mes enfants, de ma famille » [R7(116)] ou être éloigné des autres résidents, car « au début, vous ne parvenez pas à créer des contacts (...) j'ai eu très difficile pour m'habituer, mais maintenant je suis souvent seul » [R4(46)]. L'éloignement social avec les autres résidents peut être « parce que beaucoup des personnes sont désorientées » [R4(60)]. Ainsi, ce concept pourrait-il être lié au concept précédent ? Le fait d'avoir un grand nombre de résidents qui ne sont pas valides physiquement ni psychiquement pourrait-il éloigner socialement les résidents qui sont valides ?

Diagramme IV : Liens de la catégorie Réalité



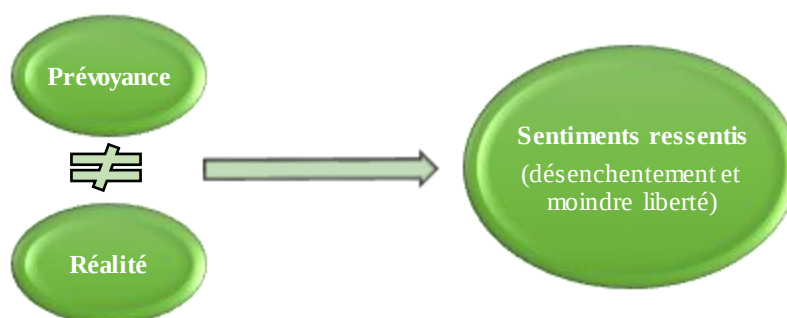
Une autre réalité émergée par les données empiriques est le constat d'une **vie passive**. C'est-à-dire que « je deviens bête et paresseuse... je suis très confortable d'avoir le petit déjeuner qui arrive tout seul, d'avoir les soins, les pilules, etc. sans devoir s'en soucier » [R10(23)].

➤ Liens

Avant de rentrer en MR, les personnes âgées imaginent qu'en institution elles auront de la liberté et des résidents valides pour avoir des contacts sociaux. Subséquemment, lorsqu'elles

y rentrent, elles constatent des concepts opposés tels qu'une moindre liberté, un éloignement social et des résidents qui ne sont pas valides. Par ceci, nous supposons une différence entre la prévoyance et la réalité vécue. Cette différence pourrait-elle contribuer à certains sentiments ressentis lors de la rentrée en MR ?

Diagramme V : Liens de la catégorie Sentiments ressentis, Prévoyance et Réalité



Pour conclure cette rubrique de la transition du domicile vers la MR, nous pouvons dire que « ce n'est pas facile, surtout qu'on est âgée et quand on change de peau on a difficile à reprendre... et il faut trouver le courage de surmonter ça » [R4(143)].

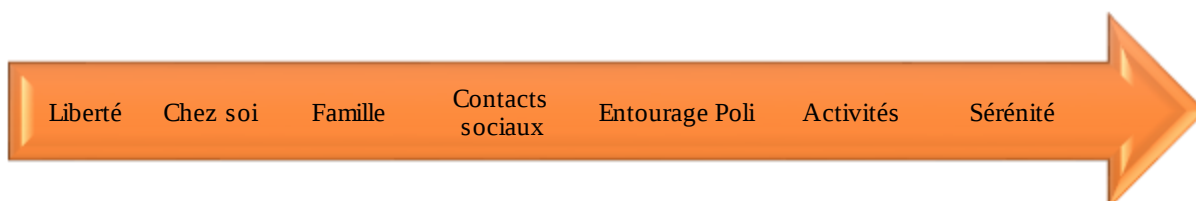
2. Rubrique II : Le bien-être psychologique

Cette rubrique vise la compréhension du bien-être psychologique, c'est-à-dire sa **signification** aux yeux des personnes âgées et les **sentiments associés**.

- **Signification**

Une multitude de significations ont émergé lors de l'analyse des données empiriques. Elles se présentent par ordre croissant de saturation :

Diagramme VI : concepts de la catégorie Signification



Pour certains participants, le bien-être psychologique signifie être en **liberté**, c'est-à-dire « avoir mon temps libre, mon temps de réfléchir, le temps de me reposer, le temps de faire un peu ce que j'ai envie de faire » [R3(45)]. Pour d'autres, « le bien-être psychologique c'est quand je suis à la mer, dans ma villa » [R5(36)], faisant émerger le concept **chez soi**. En outre, la **famille** peut être associée au bien-être psychologique, « pour moi c'est eux qui comptent » [R6(76)]. D'autre part, « un bon contact avec les autres » [R4(60)] montre que les **contacts sociaux** ont de l'importance dans le bien-être psychologique, permettant de « se confier à d'autres personnes, parler de ses problèmes » [R8(44)]. De surcroît, les participants mentionnent sentir du bien-être psychologique quand leur **entourage** est **poli**, par le fait d'« avoir des personnes très simples, (...) qui ont du bon sens (...) et puis la base de l'éducation » [R1(88)]. De plus, les **activités** semblent « importantes parce que d'abord ça occupe » [R3(104)] :

R2(61) : « faire des promenades, faire des voyages, lire, jouer au scrabble » ;

R8(81) : « la revue de presse. Les jeux (...) La gymnastique douce, le Wii thérapie, je les prends comme un jeu et pour ma santé. Sont les choses importants ».

Le dernier concept, la **sérénité**, semble procurer du bien-être psychologique. Essentiellement, « c'est être bien dans sa peau, se sentir bien » [R4(50)]. La sérénité est le concept qui a plus de diversité de données empiriques :

R3(38) : ne pas avoir d'emmerdes comme on dit en français. Donc, de ne pas être dérangé par des gens (...) Donc, j'ai un certain bien-être à cause de ça.

R6(75) : Le bien-être psychologique est dans ma tête (...) ce n'est que moi

R8(43) : Le bien-être général, c'est se sentir à l'aise (...) se sentir bien

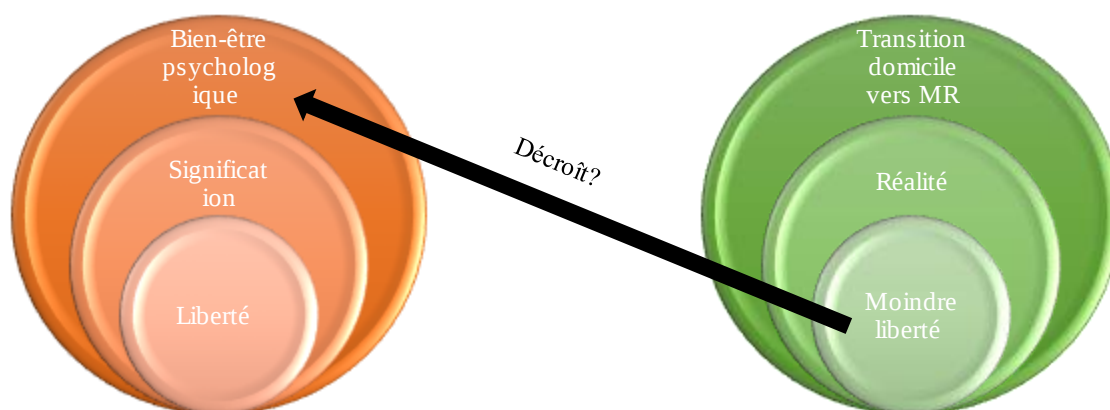
R9(48) : Ça c'est le principal... c'est être contente, être bien...

R10(38) : C'est de ne pas réfléchir et de ne pas regarder plus loin que le bout de son nez... de ne pas se faire des grandes pensées ni des grandes élucubrations philosophiques...

➤ Liens

Par rapport au concept liberté, qui est une des significations du bien-être psychologique selon les données recueillies, pourrait-il y avoir une relation avec le concept moindre liberté de la catégorie Réalité de la Rubrique I ? C'est-à-dire que si la liberté d'action vise le bien-être psychologique, et que les résidents évoquent une moindre liberté dans la MR, cette moindre liberté pourrait-elle favoriser un moindre bien-être psychologique ? Les résidents d'une MR auraient-ils une diminution de leur bien-être psychologique due à une moindre liberté d'action ?

Diagramme VII : concept Liberté et Moindre liberté



- **Sentiments associés**

Le bien-être psychologique peut envisager différents sentiments tels que « l'**amour** » [R3(51)], « l'**amitié** » [R7(48)], « la **confraternité** » [R1(103)], la **satisfaction**, le « **bonheur** » [R3(56)] et le « **regret** » [R6(80)].

« L'amour pour mes proches » [R6(88)], « être avec des amis » [R5(57)], « être content, satisfaite au quotidien » [R9(53)], « être heureuse » [R5(50)] sont des concepts avec un consensus de presque la moitié des participants. De même pour le concept regret, qui a émergé dû au fait que :

R2(69) : « je sens que c'est la fin de la vie et je regrette de ne plus savoir faire un état de choses que je faisais avant... » ;

R3(28) : « j'ai simplement un petit peu de regret (...) C'est à cause de l'âge, de ne plus pouvoir voyager, etc. (...) c'est la question de 86 ans... ».

De ce fait, le regret peut être associé au fait que les participants ont eu une déprise de certains moments qui leur procuraient du bien-être psychologique.

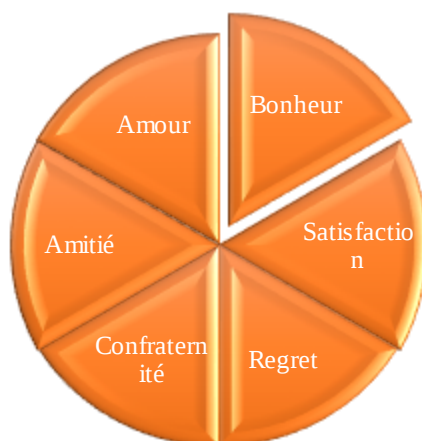
La **confraternité** est le concept avec plus de diversité de données empiriques, étant expliqué par :

R3(51) : « la supportabilité... qu'on me supporte et que je supporte les autres... » ;

R6(88) : « l'aide que je pourrais encore apporter aux autres (...) je peux leur remonter le moral, et être aimable ».

Sous forme de synthèse, le diagramme suivant rassemble tous les sentiments que les participants associent au bien-être psychologique.

Diagramme VIII : concepts de la catégorie Sentiments associés



Il faut souligner la présence du concept bonheur parmi les autres, vu que c'est le mot-clé de ce mémoire. A noter que le bonheur semble être une composante du bien-être psychologique. Ainsi, la rubrique suivante sert à mieux comprendre le bonheur.

3. Rubrique III : Le bonheur

Par l'analyse des données empiriques, le bonheur peut être compris du point de vue de la **personnalité** de chacun. En outre, il peut être interprété différemment selon l'âge, en souffrant des **modifications** au long du cycle de vie. En plus, cette rubrique permet de comprendre le bonheur **intime** des personnes âgées et comprendre les **éléments présents à la MR** qu'ils associent au bonheur.

• **Personnalité**

Les participants ont fait émerger cette catégorie en mentionnant qu'être sociable ou optimiste pourrait favoriser le sentiment de bonheur. Ainsi, les traits de la personnalité pourraient-ils influencer le type d'éléments associés au bonheur ?

Avoir un trait de la personnalité plus **sociable**, c'est-à-dire « j'ai toujours eu du contact avec le public, donc ça me convenait d'être avec les autres » [R4(25)] ou, au contraire, avoir un trait de la personnalité plus **solitaire** dans la mesure où « j'ai toujours eu un caractère assez enfermé, je n'ai jamais cherché le contact » [R8(33)], pourrait-il influencer la manière dont les participants perçoivent le bonheur ?

Le concept de sociabilité a été aussi lié au fait que « je suis d'un caractère assez fort et je ne souffre pas psychologiquement » [R4(50)]. De surcroît, « le bonheur je l'ai encore, il est dans ma tête, c'est le principe d'être toujours **optimiste** » [R2(180)]. Ainsi, l'optimisme est vu comme favorable au bonheur, étant donné que « je me fais le moral à moi-même » [R6(90)].

Cette catégorie de la personnalité a eu une diversité de données empiriques très faible.

- **Modification**

La présente catégorie vise à la compréhension du bonheur en tenant compte de l'avancée en âge. Les participants indiquent avoir une diminution de leurs capacités et une déprise de certaines activités par rapport à leur vie d'avant, lorsqu'ils étaient plus jeunes. En plus, la perte du conjoint pourrait avoir un impact dans la conception du bonheur. Les participants expliquent que leur perception du bonheur a été adaptée à leur âge, ayant une reconstruction de leur vision du bonheur. La majorité des concepts présentés ont révélé une grande diversité de données empiriques.

Ainsi, les participants mentionnent que leur bonheur a été affecté par une **diminution de leurs capacités**, dans la mesure que :

R2(185) : « je ne sais plus faire tout ce que je voulais faire, ce que je voudrais faire, et ça c'est épouvantable... au niveau physique je suis diminué, la marche, la vue, la force... » ;
 R6(54) : « maintenant moins parce que je suis trop fatigué, j'ai 96 ans » ;
 R7(70) : « maintenant je peux faire beaucoup moins de choses, je suis beaucoup plus bloqué maintenant ».

De ce fait, une diminution de la capacité physique pourrait être associée à une **déprise des activités** vu qu'« il a des choses qu'on pouvait faire que maintenant on ne sait plus faire » [R2(86)]. Se dissocier de certaines activités qui auparavant été associées au bonheur, « c'est malheureux de ne pouvoir plus faire un état de choses » [R7(70)]. La déprise d'activités que les participants ont éprouvée sont à titre d'exemples :

R2(121) : « si je pouvais faire encore du scrabble, si je pouvais lire le journal, si je pouvais lire des livres, faire des sorties, des petits voyages... mais ce n'est plus possible à cause de ma vue » ;
 R3(32) : « c'est faire du sport, par exemple, aller me promener et de voyager évidemment » ;
 R3(169) : « à l'âge que j'ai, la sexualité n'est pas grand-chose et ça faisait partie de mon bonheur » ;
 R6(81) : « d'avoir dû abandonner mon piano... » ;
 R8(105) : « Faire des voyages me donnerait sûrement du bonheur, mais je me suis dit que je n'ai plus le besoin et je ne peux plus m'aventurer maintenant ».

La déprise des activités pourra être associée à la perte du conjoint vu qu'« avant c'était une vie plus active avec lui, on faisait des choses ensemble » [R9(84)].

La **perte conjugale** est un autre concept émergé comme un élément modificateur du bonheur :

R2(88) : « c'est la tristesse quand on perd son mari, évidemment... on avait du bonheur d'être ensemble, de faire ce qu'on voulait ensemble... » ;

R5(81) : « avant, c'était d'être avec mon mari, mais il est mort. » ;

R6(109) : « j'étais heureuse avec mon mari jusqu'au bout » ;

R7(76) : « j'étais beaucoup plus heureux à l'époque... une vie plus active, j'étais avec ma femme » ;

R9(77) : « je n'ai plus mon mari (...) Il y a plus grand-chose. Avant c'était mon mari » ;

R9(147) : « le jour où vous tombez seul, ce n'est plus le même bonheur. ».

Les participants révèlent que « le bonheur, c'est tellement **limité** à l'âge que j'ai » [R2(180)], faisant émerger un nouveau concept. Les participants mentionnent que le bonheur à leur âge, « ce n'est pas le même que quand j'étais plus jeune » [R10(58)], parce que « je ne sais pas faire ce que je voudrais faire et ça limite mon bonheur quand même » [R2(187)]. Par ceci, il peut se constater une association avec le concept déprise des activités et diminution des capacités. Ainsi, le bonheur pourrait-il être limité dû à un abandon des activités à cause d'une diminution des capacités physiques ? Cette limitation pourrait-elle amener la personne âgée à un sentiment de contentement ?

R3(74) : « peut-être que je me contente de moins... (...) à l'âge que j'ai je me contente du bonheur que j'ai... » ;

R3(94) : « il peut rien arriver de plus, disons dans mon bonheur... parce qu'à l'âge que j'ai la situation se dégrade, donc je suis content si je n'ai pas de malheur qui m'arrive » ;

R8(92) : « je me limite à ma vie, ça c'est mon bonheur, ma petite vie ».

L'âge avancé semble être un facteur déterminant à la modification de la perception du bonheur. Auparavant, c'était « une vie plus active, j'étais avec ma femme, j'étais chez moi, je travaillais, je voyageais... donc j'avais une vie très mouvementée... et donc la comparaison est là » [R7(75)]. De ce fait, les participants semblent avoir fait une **reconstruction** de leur perception de bonheur :

R2(97) : « J'ai dû reconstruire ma perception de bonheur parce qu'avant c'était différent... Déjà le fait de ne pas être à la maison, le fait de ne pas savoir lire » ;

R3(76) : « Quand j'étais plus jeune, il avait aussi la réussite professionnelle, maintenant cette question ne se pose plus » ;

R5(91) : « elle est plus tranquille (...) elle a changé, elle est plus calme maintenant (...) il ne me faut plus des grands voyages, des hôtels de luxe... » ;

R7(75) : « quand j'avais 50 ans et maintenant ce n'est plus comparable... c'est toute une autre vie d'activités, tout a changé complètement » ;

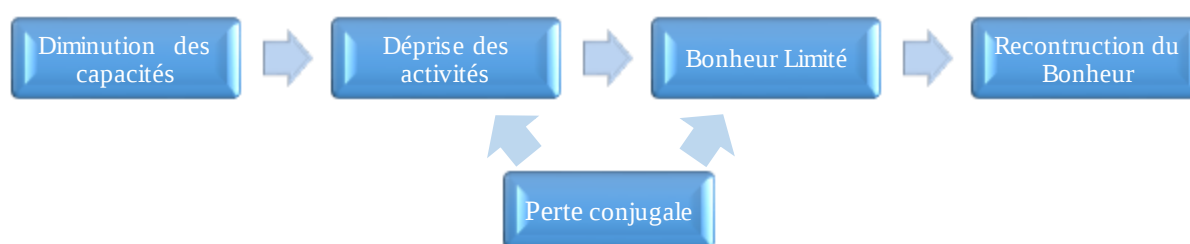
R10(65) : « j'ai eu la chance d'avoir une vie très variée, avec beaucoup d'ouverture sur le monde (...) et maintenant mon univers se borne à mes enfants, mes petits-enfants, mes proches, mes amies ».

Ainsi, la notion de bonheur entre un adulte et une personne âgée paraît être différente dans la mesure où « le monde était plus grand. Donc, les ambitions étaient plus grandes, on voyait plus large, maintenant le cercle se rétrécit » [R10(64)].

➤ Liens

Le diagramme suivant sert à illustrer les possibles associations déjà énumérées tout au long de cette catégorie. De ce fait, lorsque les participants ressentent une diminution de leurs capacités physiques, il peut y avoir une déprise de certaines activités. Suite à cela, le bonheur pourrait être limité dans le sens qu'il y a un abandon d'activités qui pourrait être lié au bonheur. Subséquemment, il pourrait s'avérer nécessaire une reconstruction de la perception de bonheur. De plus, la perte du conjoint pourrait favoriser une déprise de certaines activités vu que « faire les choses à deux ou les faire seule, ce n'est pas pareil » [R2(88)] et pourrait limiter le bonheur, car « le jour où vous tombez seul, ce n'est plus le même bonheur » [R9(147)].

Diagramme IX : concepts de la catégorie Modification

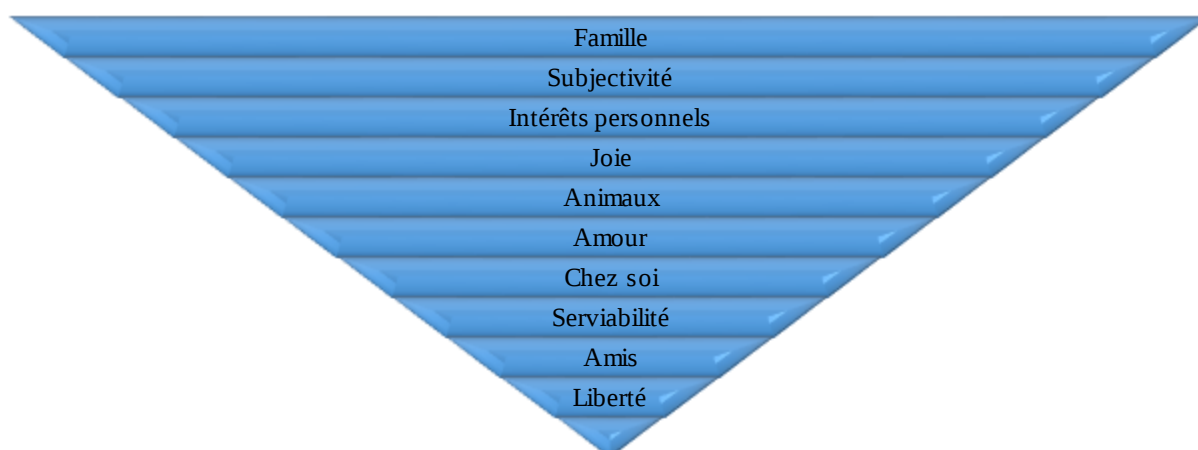


Cette catégorie illustre de quelle manière la perception de bonheur des participants s'est modifiée, en tenant compte qu'« elle s'est sûrement modifiée parce que je me suis centralisé sur des choses simples et qui étaient de tous les jours » [R8(67)]. Ainsi, étant donné que la conception de leur bonheur s'est modifiée, quels seront les éléments associés à leur bonheur ?

• **Intime**

Les éléments associés au bonheur intime des participants sont illustrés dans le diagramme X, par ordre décroissant de saturation des données empiriques. Ainsi, le bonheur intime peut être subjectif, étant lié à la famille, aux intérêts personnels, à la joie, à la présence d'animaux, à l'amour, à être chez soi, à être serviable, aux amis et à la liberté.

Diagramme X : concepts de la catégorie Intime

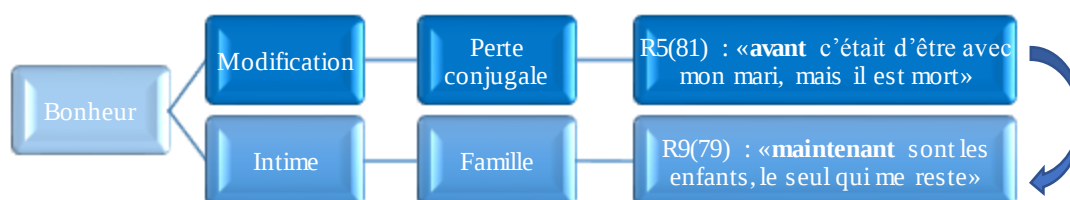


La **famille**, un concept qui est ressorti de la majorité des participants, semble être un élément très important du bonheur étant donné que :

- R2(78) : « j'ai la chance d'avoir ma fille (...) elle est terrible... et c'est un bonheur énorme pour moi... la rencontrer, parler avec elle » ;
- R6(110) : « mon bonheur c'était ça (...) mon fils, et mes deux petites filles » ;
- R7(65) : « heureux c'est quand j'ai des contacts avec ma famille, avec mes enfants et surtout avec ma petite fille » ;
- R9(76) : « sont les enfants, ça c'est mon bonheur ».

Dans le cercle de la famille, les enfants et les petits-enfants s'avèrent les principaux membres qui favorisent le bonheur des participants. La majorité des données empiriques ne réfèrent pas le conjoint comme un élément favorisant du bonheur. De ce fait, pourrait-il être associé au concept perte conjugale de la catégorie modification ? C'est-à-dire se référer juste aux enfants et aux petits-enfants comme les membres de la famille qui favorisent le bonheur, pourrait-il être associé au fait que les participants aient déjà perdu leur conjoint ? En tenant compte que ce concept concerne le bonheur intime à présent.

Diagramme XI : concept Perte conjugale et Famille



Ensuite, le bonheur est un sentiment qui « est difficile à définir » [R4(87)] et « aucun philosophe n'a jamais répondu » [R10(58)] à sa signification. Ainsi, « le bonheur c'est un état » [R3(79)] pouvant être considéré donc comme **subjectif**.

En outre, les **intérêts personnels** apparaissent liés au bonheur dans la mesure de « pouvoir réaliser ses projets » [R8(57)], « de réaliser tout qu'on ait envie de réaliser encore » [R2(76)], comme « être au bord de la mer ou sur la plage » [R5(82)] ou « jouer au piano » [R6(82)].

Puis, « la **joie** » [R7(58)] semble être importante pour « être heureuse » [R2(76)], et est considérée comme un « sentiment d'être bien dans sa peau » [R4(87)].

De surcroît, la présence d'**animaux** pourrait favoriser le bonheur intime des participants vu que « j'adore les animaux » [R2(157)] et que « être avec mon petit chien » [R5(84)] pourrait procurer des moments de bonheur.

Le sentiment d'**amour** est orienté vers le conjoint, c'est « de savoir que ma compagne m'aime encore » [R3(69)]. L'amour pourrait être « ce qui donne de la force » [R4(112)], montrant ainsi son importance dans la conception du bonheur.

Le fait d'**être chez soi**, « être dans ma jolie villa » [R5(83)], pourrait favoriser le bonheur intime des participants. Comme cela a déjà été présenté, la conception du bonheur peut se modifier avec l'avancée en âge, donc « j'ai reporté mon bonheur du travail sur mon appartement, être chez moi » [R8(62)].

La **serviabilité**, c'est « essayer de faire plaisir aux autres, c'est essayer d'être ou se rendre utile » [R4(88)]. Aider les autres peut favoriser le bonheur intime de la personne qui aide et de la personne qui est aidée, étant donné qu'« il était heureux comme tout... et moi aussi, j'aime bien aider » [R9(110)].

Les **amis**, être « avec des copains et des copines » [R5(82)], constituent un autre concept émergé lors de l'analyse empirique. Avoir « beaucoup d'amis » [R6(116)] semble être important à la perception du bonheur intime.

En dernier, le concept avec moins de consensus lors de l'analyse des données : « le bonheur, c'est la **liberté** de décision, la liberté de choix » [R1(118)].

➤ Liens

La rubrique II a eu comme finalité la compréhension du bien-être psychologique. Il a été constaté que le bonheur était une partie intégrante du bien-être psychologique. La rubrique présente (III) vise à comprendre les éléments associés au bonheur. A partir de cela, nous avons remarqué que certains concepts tels que : famille, chez soi, liberté, amis et amour ont émergés de façon similaire lors de l'analyse de la catégorie Intime (rubrique III) et des catégories Signification et Sentiments associés (rubrique II). Le fait d'avoir des concepts identiques

pourrait être associé au fait que le bonheur est un sentiment qui appartient au bien-être psychologique, comme cela a été illustré dans le diagramme VIII.

Diagramme XII : Similitudes entre le bien-être psychologique et le bonheur intime



- **Éléments présents à la MR**

La catégorie précédente a voulu comprendre le bonheur intime de chaque participant, c'est-à-dire sans aucune interférence externe. Subséquemment, la présente catégorie vise à la compréhension du bonheur en MR. Ainsi, le bonheur en MR semble être ressenti au travers de certaines d'éléments tels que des contacts sociaux valables, la visite de la famille, des activités valables, un environnement accueillant, des contacts de l'entourage, partager la table lors des repas, être en présence d'animaux et sortir avec la famille. Le diagramme suivant illustre ces concepts par ordre décroissant.

Diagramme XIII : concepts de la catégorie Éléments présents à la MR



Par **contacts sociaux valables**, il s'entend un contact social avec « des gens qui sont bien » [R2(40)] ou avec « des gens du même niveau que moi » [R2(109)]. De ce fait, les participants sélectionnent leurs contacts de manière à favoriser leur bonheur vu que « c'est à moi à trier certaines personnes qui sont tout à fait à côté de la plaque » [R9(107)]. Ainsi, « des

petits partages d'amitié avec l'un ou l'autre, des petits conversations » [R10(71)], pourraient procurer du bonheur.

- R5(99) : « jouer au scrabble avec des gens sympas... » ;
 R6(123) : « c'est un bonheur de retrouver certaines personnes, d'observer ce qui se passe » ;
 R7(60) : « c'est ça le bonheur... la psychologue et la discussion avec les deux ou trois personnes » ;
 R9(68) : « heureusement, j'ai repéré une amie, un peu comme moi, donc là j'ai une amie ».

Par les contacts sociaux avec les autres résidents, les participants semblent créer de nouvelles amitiés : « je me suis aussi fait quelques amitiés » [R6(58)], « le contact avec des autres personnes que j'ai appris à bien aimer » [R2(88)].

Ensuite, les **visites de la famille** s'avèrent importantes au bonheur étant donné que :

- R6(130) : « quand j'ai de la visite je suis enchanté » ;
 R7(65) : « heureux, c'est quand j'ai des contacts avec ma famille, avec mes enfants et surtout avec ma petite fille, qui viennent régulièrement ici... là je suis très heureux » ;
 R8(79) : « j'ai un fils que je vois tous les 15 jours / 3 semaines, ça c'est important ».

Par l'analyse des données empiriques, il se vérifie que si les visites de la famille étaient plus fréquentes, cela pourrait favoriser plus de moments de bonheur : « ma famille que j'aime beaucoup, ils sont terriblement occupés (...) j'aimerais les voir plus souvent... mon fils surtout, parce que mes petites filles font ce qu'elles peuvent... » [R6(178)].

Les activités semblent de grande importance lorsqu'on parle de bonheur à la MR, mais les **activités** doivent être **valables** : « faire des bonnes activités, des activités valables, parce qu'il a des unes qui ne le sont pas » [R2(110)]. Ainsi, les participants mentionnent quelques activités valables qui peuvent leur procurer du bonheur :

- R3(99) : « j'en ai plusieurs activités qui me plaisaient, je fais partie de la chorale, on vient de créer un groupe théâtral... » ;
 R4(145) : « je joue au scrabble (...) je joue à la canasta, j'ai un ami auquel on joue aux échecs... » ;
 R5(98) : « lors des activités... par exemple le théâtre, la chorale, la revue de presse, jouer au scrabble avec des gens sympas... en général dans les activités on se détend... » ;
 R6(123) : « les activités, les concerts... le piano, le violoncelle... ».

En outre, l'**environnement accueillant** est un concept lié à la structure physique de la MR, et dû à « ça on est heureuse de vivre dans un cadre comme on vit. On est des privilégiés. Bien sûr, elle peut nous apporter beaucoup, dans un sens où on vit dans un cadre exceptionnel. (...) votre chambre, vous pouvez la ranger comme vous voulez, on peut amener des meubles à soi. » [R4(238)]. D'autres exemples qui font que l'environnement est accueillant, facilitant le sentiment de bonheur, sont :

R6(122) : « le jardin d'hiver, donc dès qu'il fait beau je vais prendre l'air... » ;

R7(17) : « nous avons une très grande chambre, très belle (...) très claire, avec beaucoup de fenêtres. Ma femme et moi, on était très contentes... » ;

R8(79) : « j'ai dit, je prends une petite chambre, je me sentirai bien, il fait propre... c'est important (...) une bonne ambiance, être accueilli ».

De plus, les **contacts de l'entourage** (appels téléphoniques et lettres) semblent être un élément associé au bonheur vécu en MR, étant donné que :

R4(91) : « tous les dimanches soir, mon frère me téléphone (...) mon fils me téléphone tous les jours »

R6(131) : « un ami de mon mari m'appelle toutes les semaines pour avoir de mes nouvelles... » ;

R10(71) : « ou les gens qui pensent à moi, tous ces cartes sont des gens qui m'ont envoyée ».

De surcroît, lors des repas, le **partage de table** au restaurant s'est défini comme un concept, car « le repas au restaurant (...) c'est un bonheur de retrouver certaines personnes, d'observer ce qui se passe » [R6(124)]. Le fait de partager la table permet l'existence de contacts sociaux : « je suis avec une petite dame à table, (...) elle n'arrête pas de me dire qu'elle est contente d'être avec moi... et moi j'ai une joie d'être avec qu'elle parce que ça me fait plaisir » [R2(176)]. De ce fait, le concept contacts sociaux valables pourrait avoir un lien avec ce concept-ci, dans la mesure que partager la table peut favoriser les contacts sociaux, et de ce fait, faciliter le sentiment de bonheur.

Le concept suivant, la présence d'**animaux** dans la MR, les participants l'ont évoqué en exprimant un visage et une voix très joyeux :

R2(156) : « son petit chien sur mes genoux (...) j'adore sa présence et j'aime bien quand il vient sur mes genoux, on se parle ... ça donne des joies... » ;

R6(127) : « le chien du directeur ! Ah mais ça, c'est un chien de cirque, il est tellement comique, il amuse tout le monde... il est comédien, je le connais tellement bien que je lui parle comme à une personne. Et tout le monde joue avec lui... ça c'est une chose qui me donne beaucoup de bonheur ».

Le dernier concept, qui a eu moins de diversité de données empiriques, se présente par le bonheur ressenti lorsque les participants sortent de la MR avec leur famille. De ce fait, les **sorties avec la famille** peuvent permettre que « je passe un bon moment » [R3(81)].

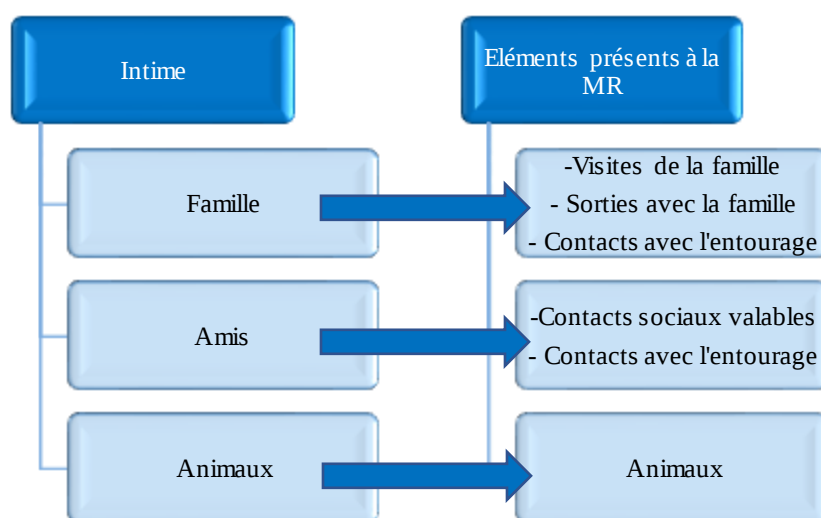
➤ Liens

Les deux dernières catégories de cette rubrique peuvent être associées à certains concepts. Nous pouvons constater, par les divers concepts présentés, que le bonheur intime peut être différent de celui ressenti en MR. Mais des associations pourraient être faites :

- La famille, liée au bonheur intime, pourrait-elle être associée aux visites de la famille, aux sorties avec la famille et aux contacts avec l'entourage ?
- Les amis, liés au bonheur intime, pourraient-ils être associés aux contacts sociaux valables et aux contacts avec l'entourage ?

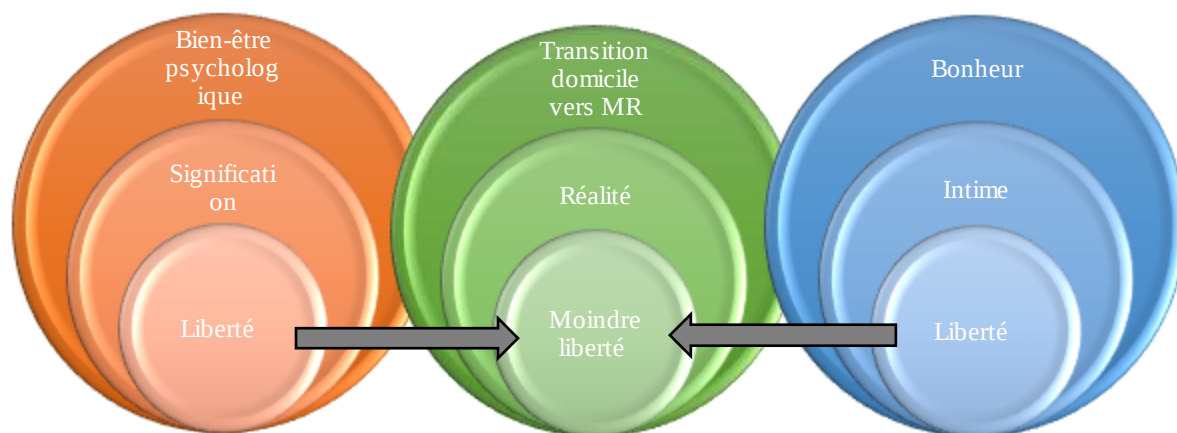
Même si les nominations des concepts sont différentes, il semble avoir une cohérence de certains éléments du bonheur intime qui pourront se maintenir lorsque les personnes âgées habitent en MR. De même pour le concept animaux, présent dans le bonheur intime, qui pourrait être transféré en MR.

Diagramme XIV : Association entre le bonheur intime et les éléments présents à la MR



Par contre, il peut se vérifier que certains concepts du bonheur intime ne semblent pas s'associer aux éléments de bonheur ressentis en MR, tels que Chez soi et Liberté. Comme cela a déjà été illustré dans le diagramme VII, comme le concept liberté s'associe au bien-être psychologique, et que le concept moindre liberté s'associe à la réalité vécue en MR, il pourrait y avoir une décroissance du bien-être psychologique lorsque les participants sont en MR, car ce sont des concepts opposés. De même pour le concept liberté qui s'associe au bonheur intime. Ainsi, les ressentis de bonheur pourront diminuer dû à l'existence d'une moindre liberté perçue en MR.

Diagramme XV : Associations des concepts de Liberté entre les rubriques I, II et III

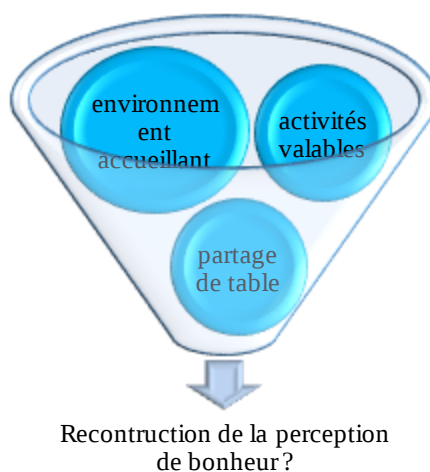


De même pour le concept Chez soi qui ne semble pas être transféré en MR, étant donné que les participants ne sont pas chez eux. Cela peut signifier que lors de la rentrée en MR, certains concepts du bonheur intime pourraient être écartés. Le bonheur en MR pourrait-il être limité dû à l'absence de certains éléments du bonheur intime ?

En outre, lorsque les personnes âgées quittent le domicile pour habiter en MR, leur perception de bonheur pourrait se modifier, étant donné l'existence de concepts tels que le partage de table, les activités valables et l'environnement accueillant qui ne faisaient pas partie du bonheur intime.

Ainsi, une nouvelle association pourrait se faire : si d'une part il y a des concepts du bonheur intime qui sont mis de côté, et si d'autre part il y a de nouveaux concepts qui apparaissent dans la vie des participants, y aurait-il une nouvelle reconstruction de la signification du bonheur lorsque les personnes âgées habitent en MR ?

Diagramme XVI : Associations entre la catégorie Modification et Eléments présents à la MR



4. Rubrique IV : La MR et le bonheur

Cette rubrique vise à connaître les **éléments potentiels** du bonheur qui pourraient être ressentis en MR, vise à comprendre le **rôle institutionnel** de la MR par rapport au bonheur des résidents ainsi que le **rôle de l'équipe** y travaillant. Ainsi, l'objectif est d'apprendre, aux yeux des participants, quels sont les éléments qui pourraient être associés à leur bonheur. Les concepts émergés sont des éléments qui pourront potentialiser le bonheur à la MR.

- **Éléments potentiels**

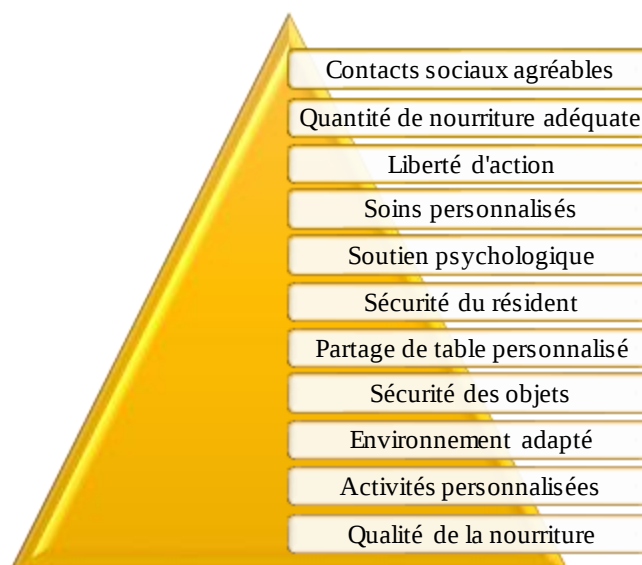
C'est important de faire la différence entre cette catégorie et la catégorie éléments présents à la MR (Rubrique III). Tandis que les éléments présents à la MR sont des concepts associés au bonheur déjà ressentis par les participants, les éléments potentiels sont des concepts qui ne semblent pas être ressentis, mais qui, à leur avis, pourraient favoriser leur bonheur. Ainsi, les questions posées lors des entretiens se différencient respectivement :

- quels sont les moments ou les situations où vous ressentez du bonheur dans la MR ?;
- quels autres moments ou situations, pensez-vous, pourraient vous apporter du bonheur ?

Tandis qu'à la première question les réponses ont été données sous forme positive, dans la deuxième question les réponses ont été données sous forme négative. C'est-à-dire, les participants mentionnaient des situations de tous les jours qui, apparemment, ne leur plaisaient pas, afin de sous-entendre ce qui devrait être fait pour potentialiser leur bonheur.

Ainsi, les éléments potentiels qui pourraient s'associer au bonheur se caractérisent par : contacts sociaux agréables, quantité de nourriture adéquate, liberté d'action, soins personnalisés, soutien psychologique, sécurité du résident, partage de table personnalisé, sécurité des objets, environnement adapté, activités personnalisées et qualité de la nourriture. Ces concepts sont illustrés dans le diagramme XVII par ordre croissant de diversité de données empiriques, du haut vers le bas.

Diagramme XVII : Éléments potentiels associés au bonheur



Ainsi, le concept avec le moins de consensus de données est caractérisé par des **contacts sociaux agréables**. Les participants mentionnent qu'il serait important d'avoir « quelqu'un avec qui vous savez parler... il a des dames que j'aime bien, mais elles sont tuantes... (...) il y a des moments où je ne peux plus, c'est dur de vivre à côté des gens désorientés » [R4(170)]. Avoir des contacts sociaux agréables afin de permettre des bonnes ententes et des conversations pourrait être associé au bonheur. Cependant, quand ce n'est pas le cas « je m'arrête parce que ce n'est pas possible » [R9(91)].

Que la **quantité de nourriture** soit **adéquate** a émergé vu que « tous les mercredis je sors avec une amie qui vienne me chercher en voiture et nous allons faire des courses. Donc, tous les mercredis je viens avec de la nourriture, j'ai un petit frigo et après le souper je mange dans ma chambre parce que j'ai faim » [R4(201)]. Etre satisfaite avec la quantité de nourriture servie semble être un élément potentiel du bonheur, étant donné le déplaisir quand :

R1(139) : « vous avez un kiwi coupé en quatre dans un plat de servir au four... » ;

R1(142) : « vous trouvez 5 tartines en plastique et vous demandez du pain 'ah, on n'a pas de pain', on vous dit... » ;

R4(191) : « au souper, on a 2 tranches de salami et 3 feuilles de salade ».

Pour les participants, avoir de la **liberté d'action** pourrait constituer un élément potentiel du bonheur puisqu'ils évoquent que « dès que vous rentrez ici vous êtes à l'école, il faut obéir » [R9(127)]. De ce fait, « on n'est pas très très libres » [R6(127)] « parce qu'il y a tout un problème d'organisation, disons ... des repas à certaines heures, des animations... » [R3(42)].

Ensuite, si des **soins personnalisés** existaient, si « un peu plus d'attention à la personne » [R5(113)] était possible, le bonheur pourrait être favorisé. Il est important d'accorder plus d'attention aux besoins de chacun puisque :

R1(199) : « ils me donnent une photocopie du menu, mais moi je ne sais même pas lire l'écriture... » ;

R2(142) : « ma fille qui me téléphone tous les matins, comme je ne sais plus lire, tous les matins elle me dit ce qui a à manger dans la journée, ce qui a comme activités... ».

Puis, « une aide psychologique que la résidence ne vous donne pas » [R4(186)] semble mécontenter les participants, vu que :

R4(247) : « il y a beaucoup des résidents qui n'osent rien dire, car ils ont peur des représailles, ça aussi on a peur. Si on fait une remarque sur un aide-soignant, on est sûr qu'il va y avoir une réaction, il faut faire attention, être prudent... » ;

R5(70) : « ici, ce n'est pas possible de se sentir bien, on est toujours en stress... ».

De ce fait, un **soutien psychologique** semble être nécessaire à la potentialisation du bonheur, étant donné qu'auparavant ce soutien existait, et « la psychologue à l'époque... c'était fantastique (...) à ce qu'elle m'a fait faire dans la maison, le soutien... Elle m'a aidé de toute façon : moralement, physiquement » [R7(40)].

De plus, la **sécurité du résident** apparaît comme un élément important, car « il faut savoir se défendre aussi parce que malgré qu'on n'embête personne (...), on vient encore m'attaquer parfois (...) une fille qui a été renvoyée pour maltraitance (...) Elle a eu quelques gestes un peu brusques vis-à-vis de moi... par exemple quand elle me déshabillait le soir, elle me tapait sur le long des cuisses, très très brusque » [R6(45)]. Le concept précédent, le soutien psychologique, pourrait-il contribuer à mieux faire face à ce sentiment ?

Comme présenté dans la rubrique III, partager la table lors des repas était considéré comme un élément associé au bonheur présent à la MR. Dans la rubrique présente, un **partage de table personnalisé** est ressorti comme un élément potentiel du bonheur. Ainsi, on constate une complémentarité, c'est-à-dire que partager la table peut favoriser le bonheur lorsque c'est avec des personnes qui permettent un contact social agréable, étant donné que :

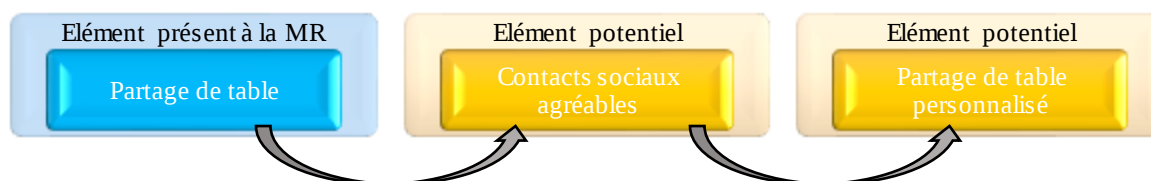
R4(166) : « j'ai à côté de moi à table une dame qui (...) ne comprend pas ce que vous lui dites (...) il y a des moments où je ne peux plus (...) Je suis à table avec 2 personnes complètement perdues, c'est très fatigant... » ;

R6(59) : « je suis à table avec une Alzheimer (...) et parfois elle est exaspérante ».

De ce fait, ce concept pourrait être associé au concept contacts sociaux agréables. Les participants révèlent que « vous ne pouvez pas choisir celui avec vous voulez manger, ils vous l'imposent par votre comportement. Comme je suis une personne assez patiente donc à table j'ai des personnes qui sont difficiles à aller aux autres tables » [R4(174)]. Ce concept semble

être un élément significatif au bonheur, car « si un jour je change de place, je ne viens plus au restaurant, je mangerais à midi aussi à la chambre » [R9(134)]. Ainsi, il est important que les résidents puissent choisir avec qui ils veulent partager la table.

Diagramme XVIII : La partage de table



En outre, la **sécurité des objets personnels** est un concept émergé dû au fait que :

R1(81) : « Le coffre doit être placé à l'intérieur et je l'ai trouvé sur le frigidaire (...) maintenant il se trouve là, devant la fenêtre et il n'a aucune sécurité » ;

R5(36) : « ils m'ont volé une très belle montre en or, avec un cadran entouré de diamants, puis ils m'ont volé un parfum, puis ils m'ont volé un collier qui est réapparu dans mon sac » ;

R6(92) : « on m'a pris une bague, des produits de beauté qui disparaissent mystérieusement ou qui diminuent, un bracelet de grande valeur qui a disparu... pour la bague je suis très triste parce que c'était un cadeau de ma maman... il faut être attentive » ;

R9(115) : « Tout au début, ils m'ont quand même pris 25 euros ».

Ces objets personnels se trouvent dans la chambre du résident, alors « je n'aime pas un passage étranger quand je ne suis pas là » [R9(115)]. Ainsi, la sécurité des objets personnels, pour qu'ils ne soient pas volés, pourrait constituer un élément potentiel associé au bonheur.

De manière à potentialiser le bonheur des participants, il semblerait important d'avoir un **environnement adapté** dans la mesure que :

R4(229) : « une micro-onde qui ne fonctionnait plus et une dame qui dit ' je soupe dans ma chambre et ma soupe est toujours froide, j'aimerais bien une micro-onde qui fonctionne' » ;

R5(74) : « l'histoire où je demande une chambre plus calme... » ;

R9(120) : « le lit n'est pas excellent (...) je mets un essuie ou quelque chose au milieu, parce que vous tombez au milieu, si c'est du mauvais côté je me réveille avec mal ».

En ce qui concerne les **activités**, il semble que si elles seraient **personnalisées**, les participants les associeraient à un élément du bonheur. Ceci dit, il s'avère que les participants ambitionnent des activités liées à leur intérêt personnel plutôt que des activités communes à tous :

R2(125) : « il y a des petits voyages ici, mais pour moi ne sont pas intéressants » ;

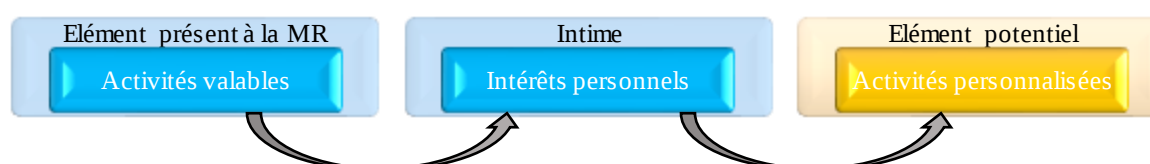
R3(84) : « ici on n'a pas beaucoup d'activités, on est assez passives » ;

R8(110) : « les excursions qu'on a ici, ça ne m'attire pas » ;

R9(97) : « j'aime toutes les activités, mais parfois je n'y vais pas parce que c'est vraiment pour les tout petits ».

De ce fait, il semble que ce concept pourrait être associé au concept intérêts personnels et activités valables de la rubrique III. S'il y avait des activités valables liées à leur intérêt personnel (bonheur intime), celles-ci pourraient être considérées comme personnalisées étant donné qu'elles seraient au goût de chacun.

Diagramme XIX : Les activités



Le dernier concept émergé lors de l'analyse des données empiriques, le plus saturé, concerne la **qualité de la nourriture**. « Donc bien manger ça fait partie des plaisirs de la journée » [R3(81)]. Ainsi, comme « le plaisir de la table c'est aussi un plaisir » [R4(206)], « manger correctement... ça c'est vraiment fondamental » [R3(142)], mais les participants mentionnent que :

R1(65) : « quand vous prenez un thé, il y avait la marque, maintenant le thé c'est une boisson chaude

R3(81) : « les repas du soir sont pas terribles ici... » ;

R4(200) : « je dois dire qu'il y a des moments où la nourriture... comment peuvent-ils servir ça ? » ;

R4(206) : « vous allez chez le cuisinier (...) Il me dit 'j'ai un budget... je ne sais pas avec l'argent qu'on me donne acheter de la viande de première qualité' (...) il doit la faire bouillir pour qu'elle soit mangeable pour les personnes âgées qui ont des mauvaises dents... donc on mange toujours cette viande sur forme de carbonade flamande » ;

R4(223) : « c'est la nourriture le plus grand problème » ;

R6(124) : « ce n'est pas bon toujours... ».

Le fait « que nous sommes un peu des personnes qui ont été gâtées par la vie et qu'on s'attend à un peu plus » [R4(223)] pourrait être lié aux données ci-dessus, étant donné que « vous savez quand vous avez une vie... vous aviez eu la cuisine que vous aimiez et tout, et vous tombez ici... il a des moments où on rêve de manger quelque chose de convenable » [R4(206)]. Puis, « si vous dînez à table avec des personnes qui sont désorientées et que vous avez dans votre assiette quelque chose qui ne vous plaît pas... » [R4(209)]. Ainsi, afin de

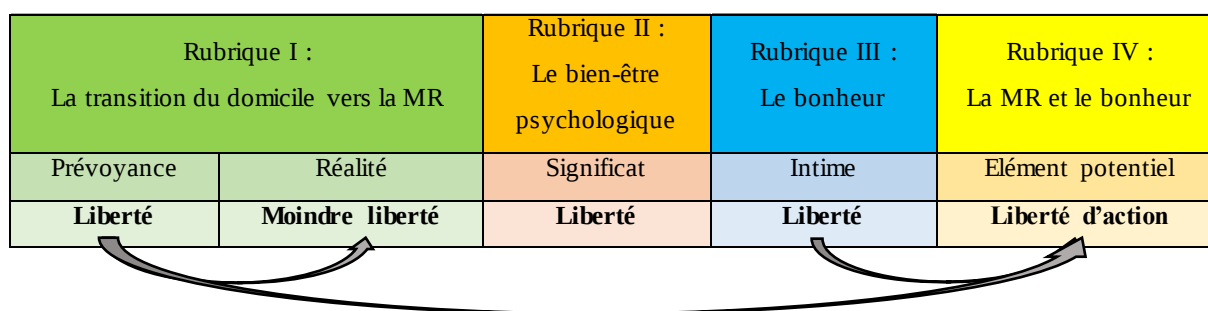
favoriser le bonheur par la qualité de la nourriture, l'association du concept partage de table personnalisée semblerait être importante.

➤ Liens

Cette catégorie semble permettre des associations avec les rubriques I, II et III, en ce qui concerne le concept liberté d'action et contacts sociaux agréables.

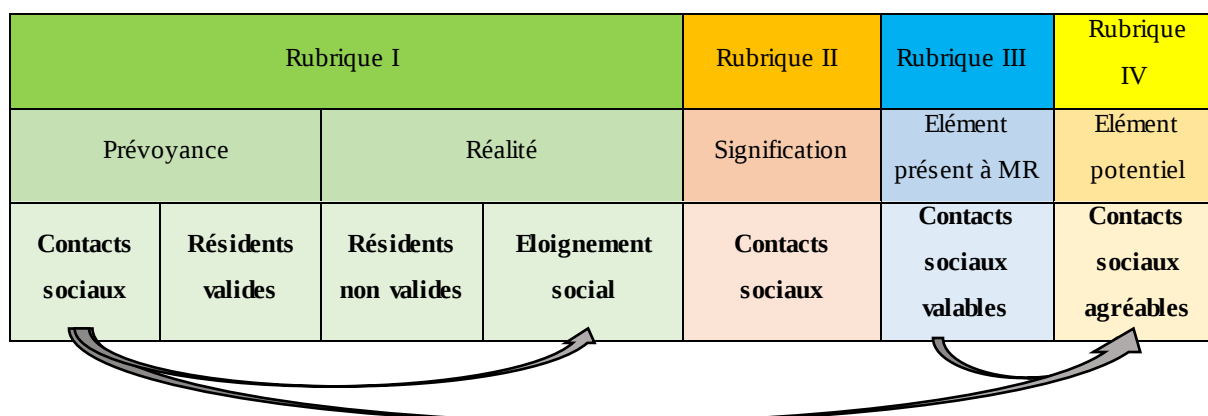
Le fait que les participants aient mentionné la liberté d'action comme un élément potentiel du bonheur pourrait-il être associé au fait que c'était quelque chose qu'ils attendaient lors de la rentrée en MR, mais qui ne s'est pas vérifié comme réel ? De plus, envisager la liberté d'action à la MR pourrait être dû au fait que cela fait partie de leur bonheur intime.

Diagramme XX : La liberté



De même pour les contacts sociaux. Le fait que les participants aient mentionné les contacts sociaux agréables comme un élément potentiel du bonheur pourrait-il être associé au fait que c'était quelque chose qu'ils attendaient lors de la rentrée en MR ? Par l'analyse du concept contacts sociaux valables, il s'est avéré que c'est un élément associé au bonheur qui est déjà ressenti par les participants, malgré le peu de contacts dû à de nombreux résidents non valides. De ce fait, le concept contacts sociaux agréables pourrait-il indiquer que les participants souhaiteraient avoir plus de contacts avec des résidents valides ?

Diagramme XXI : Les contacts sociaux



- **Rôle institutionnel**

Cette catégorie permet de comprendre le rôle institutionnel que la MR pourrait avoir afin de contribuer au bonheur des résidents. De même que dans la catégorie précédente, il se vérifie également que les réponses ont été données majoritairement sous forme négative. Dès lors, du point de vue des participants, les éléments suivants semblent s'associer au bonheur : équipe compétente, actionnaires réalistes, crédibilité, équipe suffisante, prix adéquat et directeur participatif. Le diagramme XXII illustre ces concepts, par ordre croissant de diversité de données empiriques.

Diagramme XXII : Concepts associés au rôle institutionnel



Ainsi, le concept avec moins de consensus de données se caractérise par une **équipe compétente**. Pour les participants, cela semble être un élément qui peut s'associer au bonheur, car à présent il y a « du personnel qui n'est pas formé » [R1(98)]. De ce fait, les compétences de l'équipe semblent pouvoir influencer le bonheur.

En outre, « les prix ont augmenté énormément parce que c'est devenu une société à action, et les actionnaires ne savent même pas qu'est-ce que c'est la réalité » [R1(40)]. De ce fait, que les **actionnaires** soient **réalistes** semble être un élément qui pourrait être associé au bonheur, étant donné que :

R4(194) : « la MR est une pyramide : dans le bas de la pyramide vous avez des briques bien solides, ce sont les résidents que tous les mois versent leur pension. Puis la pyramide monte et vous avez le directeur, et lui quand vous avez un problème il va demander à son supérieur hiérarchique. Et lui, il monte dans la pyramide qui demande à celui d'au-dessus. Puis on arrive en haut de la pyramide où sont les actionnaires qui n'ont aucune idée en tête de ce qui est réduire au maximum les frais. Et les frais où on peut les réduire sans que ça se remarque trop c'est la nourriture. ».

Ainsi, une association avec les concepts qualité de la nourriture et quantité de nourriture (catégorie précédente) pourrait être réalisée : si les actionnaires étaient plus réalistes, les éléments potentiels du bonheur tels que qualité et quantité de nourriture pourraient-ils devenir des éléments présents à la MR ?

Diagramme XXIII : Lien entre la catégorie Eléments potentiels et Rôle institutionnel



Ensuite, la **crédibilité** renvoie à « que tout soit plus simple ici, plus réel... ici c'est irréel en tout (...) il y a des menus qui sont magnifiques à lire, mais que ne sont jamais respectés. (...) Alors on fait une grande présentation des services et puis... » [R1(133)]. De ce fait, la crédibilité pourrait être un élément associé au bonheur « en ayant ce qu'ils me proposaient... Mais tout ça n'existe plus, ce n'est plus la réalité... c'était dur, c'était strictement dur parce que tout qu'on avait vu c'est une fausseté » [R1(49)]. Puis, « ce qui compte pour lui (directeur) c'est le standing de la maison, mettre des belles bouquets de fleurs, améliorer le cadre... on est dans un cadre magnifique ici... mais quand au souper on a 2 tranches de salami et 3 feuilles de salade... » [R4(61)]. Ainsi, la crédibilité pourrait-elle être associée aux concepts publicité et désenchantement (rubrique I) ? Choisir une MR pour sa publicité et vérifier qu'elle n'est pas crédible, pourrait-il favoriser le sentiment de désenchantement ?

Diagramme XXIV : Associations du concept Crédibilité

Rubrique I		Rubrique IV
Choix de la MR	Sentiments ressentis	Rôle institutionnel
Publicité	Désenchantement	Crédibilité

Dès lors, la crédibilité est ressortie comme un rôle institutionnel qui pourrait être associé au bonheur des résidents.

Un autre concept qui a émergé lors de l'analyse des données empiriques : **équipe suffisante**. Les participants paraissent constater l'existence d'« un manque de personnel » [R1(98)]. Mais de quels professionnels parlent-ils ?

R3(152) : « il faudrait une espèce de groupe d'animatrices, pas simplement une animatrice » ;

R4(246) : « il n'y a pas assez d'aides-soignantes, elles ne sont pas assez nombreuses... elles sont en trop petit nombre et elles n'ont pas assez de temps à consacrer à chacun ».

Ensuite, les participants indiquent que « les prix ont augmenté énormément » [R1(40)], étant donné qu'« on vous fait payer plus de 2000 euros/mois pour ça, c'est cher » [R5(84)]. Ceci a fait ressortir le concept **prix adéquat**. « Dans le bas de la pyramide, vous avez des

briques bien solides, ce sont les résidents que tous les mois versent leur pension. Puis (...) les actionnaires qui n'ont aucune idée en tête de ce qui est réduire au maximum les frais » [R4(194)]. Ceci dit, ce concept pourrait-il être associé au concept actionnaires réalistes ? Il pourrait ressortir le besoin d'un prix adéquat comme un élément potentiel au bonheur.

Le dernier concept, celui avec plus de diversité de données empiriques, est nommé **directeur participatif**. Ce concept pourrait viser à une participation active du directeur, étant donné que :

R1(192) : « le directeur dit 'vous devez nous dire et on prendra des mesures' ... et vous dites 'Monsieur le Directeur, je voudrais un rendez-vous avec vous, le jour que...', 'ah, la semaine prochaine' ou 'je ne suis pas là'... Devrait y avoir un contact... » ;

R4(187) : « en tant que présidente, j'y vais parfois m'entretenir avec lui, mais vous vous rendez compte que vos paroles tombent dans le vide et qu'il n'a rien à foutre de ce que vous dites » ;

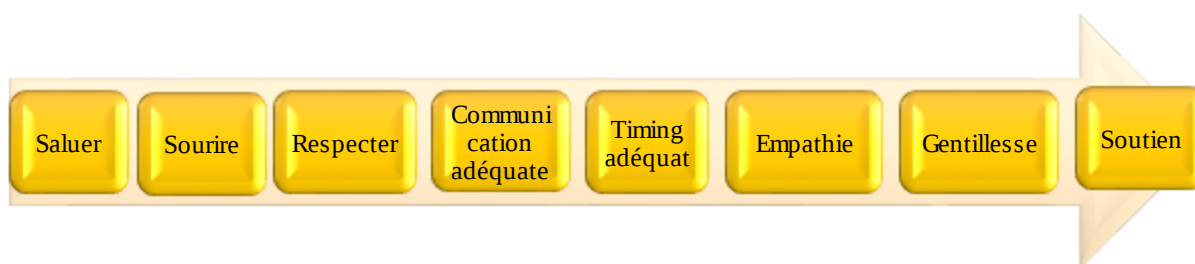
R5(107) : « j'étais volé et le directeur s'en fout, il y a une caméra, il pouvait regarder... ».

D'autre part, les données empiriques montrent qu'« on a un très bon directeur. Je pense qu'il fait en sorte que les gens soient heureux ici et ça c'est important » [R2(151)]. Par ceci, on pourrait comprendre l'importance de ce concept dans le bonheur des résidents.

• Rôle de l'équipe

La dernière catégorie de cette rubrique vise à comprendre le rôle d'une l'équipe travaillant au sein d'une MR, afin de favoriser le bonheur de résidents. De ce fait, du point de vue des résidents, le rôle que l'équipe pourrait avoir en vue de potentialiser leur bonheur est : saluer, sourire, respecter, communication adéquate, timing adéquat, empathie, gentillesse et soutien. Le diagramme XXV illustre ces concepts par ordre croissant de diversité des données empiriques. Tandis que dans la catégorie précédente, il s'est avéré que les réponses des participants ont été données majoritairement sous forme négative, cette catégorie semble agglomérer un mixte de réponses sous forme positive et négative.

Diagramme XXV : Concepts associés au rôle de l'équipe



Ainsi, le premier concept à analyser et avec moins de saturation de données empiriques est : **saluer**.

- R1(190) : « me dire 'bonjour' (expression corporelle et ton vocal affirmatif). Répondre quand vous lui dites bonjour, 'bonjour madame' voilà simplement... » ;
- R2(169) : « un petit bonjour très gentil, un comment ça va... » ;
- R4(263) : « quand elles vous apportent le petit déjeuner « bonjour, comment ça va ? en forme ? » déjà ça c'est un petit réveilleur en douceur, en gentillesse » ;
- R6(148) : « elles s'en vont sans dire 'au revoir' ».

Ainsi, par un salut lors de la rencontre des résidents ou lors de la sortie, l'équipe pourrait favoriser leur bonheur.

Puis, il semble qu'« avec un **sourire** » [R6(166)], l'équipe pourrait potentialiser le bonheur des résidents, étant donné que :

- R1(177) : « il y en a une qui a vraiment un sourire magnifique » ;
- R3(130) : « un peu sourire, sourire quand elles rentrent » ;
- R8(33) : « quand elles apportent le plateau le matin un sourire c'est important... ».

Par ces données, il semble y avoir une association avec le concept saluer vu que tous les deux paraissent être importants lors de la rencontre avec les participants.

Ensuite, l'équipe paraît avoir le rôle de **respecter** les résidents, comme un élément qui pourrait favoriser leur bonheur. Par ce rôle, aux yeux des participants, certaines situations semblent ne pas favoriser leur bonheur :

- R3(130) : « pas donner le sentiment par moments qu'on les emmerde... ça arrive ça... (...) j'entends par moments les remarques des aides-soignantes dans le genre 'qu'est-ce que vous voulez encore ?' » ;
- R4(243) : « on a un peu tendance à vous infantiliser » ;
- R5(104) : « pas me mentir et pas rigoler derrière mon dos... ».

En outre, la **communication adéquate** apparaît comme un concept lié au type de communication utilisé devant le résident :

- R1(191) : « et puis hurler dans le couloir, hurler dans le couloir ! » ;
- R6(171) : « elles se disputent entre elles-mêmes devant moi, ça c'est très rigolo... » ;
- R7(108) : « la plupart des aides-soignantes ici sont arabes, elles parlent beaucoup entre elles dans leur langue (...) elles parlent arabe à deux et je ne comprends rien... ».

En plus, la communication adéquate peut établir un rapport avec la communication entre l'équipe, étant donné que « vous allez à l'accueil, vous demandez quelque chose, on dit 'oui, oui, oui', (...) mais elle n'a pas passé le message. (...) Vous dites quelque chose à l'infirmière et elle ne communique pas en bas, donc le message n'est pas passé » [R3(137)]. De ce fait, une

communication adéquate envers les patients et entre l'équipe semble être un élément associé au bonheur des participants.

De surcroît, les participants ont fait émerger le concept **timing adéquat** comme un élément associé au bonheur, par l'attitude de l'équipe. De ce fait, « être ponctuel » [R3(124)] semble avoir de l'importance, étant donné que :

R6(148) : « je sonne et on arrive une éternité après alors que je sonne très rarement... » ;

R6(170) : « je lui ai demandé une bouteille d'eau et elle a pris 3 jours... j'ai bu de l'eau du robinet... » ;

R5(73) : « on a des rendez-vous et on se trompe d'heure ».

Ensuite, l'**empathie** est un concept lié à « leur attitude » [R1(181)], vu que « si elles sont désagréables, mon sentiment de bonheur va diminuer » [R3(121)], dans la mesure que :

R4(246) : « une aide-soignante qui vient d'être mise à la porte, elle était méchante » ;

R5(113) : « les secrétaires qui vous répondent parfois méchamment... » ;

R6(144) : « que le personnel soignant fasse son travail sans râler, ça c'est quelque chose qui pourrait changer... ».

Ainsi, l'équipe pourrait être empathique envers les résidents au travers de certains comportements tels que :

R1(93) : « il y en a une qui est d'une simplicité absolue, un charme de femme... pour commencer elle frappe à la porte, elle rentre » ;

R4(265) : « des aides-soignants qui sont impeccables qui ont la passion pour leur métier » ;

R7(100) : « être plus entouré par du personnel agréable, du personnel agréable qui vienne vous voir, qui comprend et qui est... un peu parler avec vous... ».

Par la suite, « la **gentillesse** » [R5(104)] de l'équipe paraît être un concept associé au bonheur des participants vu la présence de « certaines qui sont vraiment adorables » [R6(150)]. Puis, le fait qu'« ils sont déjà très gentils le matin » [R9(126)], pourrait-il signifier que ce concept s'associe aux concepts saluer et sourire ? Étant donné que ces derniers concepts ont été évoqués comme importants lors de la matinée, pourrait-il y avoir une complémentarité ?

Le dernier concept est celui avec le plus de diversité de données empiriques : **soutenir**. Le soutien de l'équipe envers les participants lorsqu'ils en ont besoin semble être un élément associé au bonheur. Ainsi, soutenir c'est « la façon dont ils me soignent si je suis malade, si j'ai besoin d'un médicament, si j'ai besoin de quelque chose » [R3(115)]. Selon les participants, il existe certains comportements de la part de l'équipe qui ne semblent pas être vus comme un soutien :

R1(134) : « on me dit ‘faites vite, vite, vite parce que si vous ne montez pas, on va plus s’en occuper de vous’, ça ne va pas. » ;

R3(139) : « ce que vous avez demandé, il n’est pas fait » ;

R6(147) : « des essuis qui manquent, des gants de toilette et puis il faut sonner (...) elles ne sont pas très attentives ».

D’autre part, certains comportements sont espérés de l’équipe pour que les participants puissent se sentir soutenus, et ainsi favoriser leur bonheur :

R3(124) : « répondre quand on sonne sur le bouton rouge... » ;

R5(118) : « faire attention à ma santé » ;

R6(167) : « en faisant ce que je leur demande... » ;

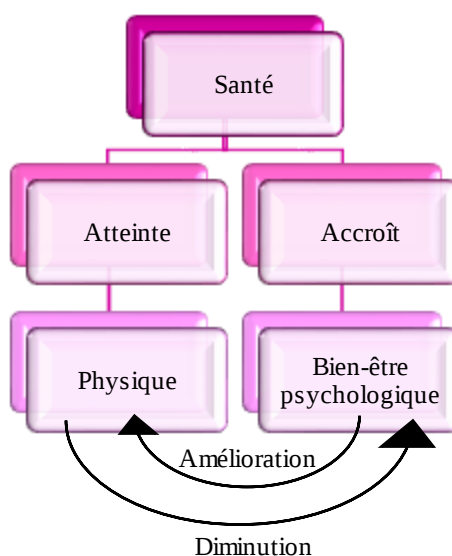
R8(84) : « avoir du personnel qui vous soigne quand vous avez besoin ».

5. Rubrique V : La santé

La présente rubrique, la dernière, sert à comprendre l’impact que le physique et le bien-être psychologique pourraient avoir sur la santé.

Au travers de l’analyse des données empiriques, comme illustré dans le diagramme XXVI, il peut se comprendre que la santé pourrait être atteinte par un état physique. D’autre part, il semble que la santé pourrait accroître dû au bien-être psychologique.

Diagramme XXVI : Associations de la rubrique V



De ce fait, il semble que lors d’une **atteinte physique**, il pourrait y avoir une diminution du bien-être psychologique, étant donné que :

R2(66) : « quand on peut faire n'importe quoi, on se sent bien, quand on est diminué on sait plus le faire et donc le sentiment de bien-être diminue aussi... » ;

R3(57) : « quand j'ai un ennui physique, par exemple j'ai difficulté à marcher, (...) ça me dérange mon humeur, mon bien-être... ».

Par ces données, il semble qu'un état physique pourrait s'associer à un état psychologique et que « l'un dépend de l'autre même. Si vous êtes en bonne santé, forcément vous êtes content. Si vous avez mal, il a certains jours où je suis moins souriante » [R9(62)].

D'autre part, il paraît que par la présence de **bien-être psychologique**, il pourrait y avoir une amélioration de l'état physique, dans le sens que :

R4(74) : « la maladie de Parkinson, que vous savez que c'est évolutif (...) mais ça n'affecte pas mon moral (...) je fais des efforts pour lutter contre » ;

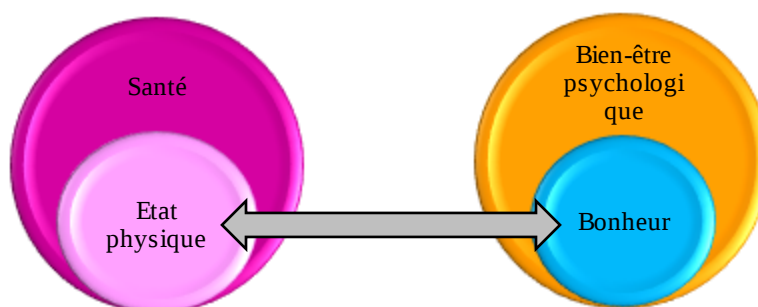
R5(63) : « j'ai la maladie de parkinson et regardez, depuis qu'on parle je ne tremble plus, parce que je m'exprime... et le neurologue dit que c'est lié au stress... c'est lié à 95%... depuis qu'on parle je suis plus détendue, je ne tremble plus... quand vous êtes arrivée, je tremblais fort... parce que vous êtes sympathique et vous m'écoutez... » ;

R10(48) : « je me force à tous les jours de marcher, faire le tour là, c'est un stand de se battre pour la survie... ».

De ce fait, il semble qu'un état psychologique pourrait s'associer à un état physique. Ainsi, si par la présence de bien-être psychologique l'état physique peut s'améliorer, d'autre part par l'absence de bien-être psychologique il pourrait y avoir un impact négatif sur la condition physique. Ainsi, des atteintes physiques telles que « des tremblements, des bourdonnements d'oreilles, la tête qui tourne, des ongles qui deviennent comme des baguettes » [R5(63)] semblent être dues à l'absence de bien-être psychologique.

Ensuite, lorsqu'on parle de bien-être psychologique, c'est prendre en compte que le bonheur en fait partie. Comme analysé dans la rubrique II (diagramme VIII), le bonheur est une composante du bien-être psychologique.

Diagramme XXVII : Relation bidirectionnelle entre la santé physique et le bonheur



VI. Discussion

Cette partie du mémoire porte sur la discussion des principaux résultats de la recherche qualitative afin de donner une réponse à la question de recherche : **quels sont les principaux éléments qui peuvent influencer positivement le bonheur des personnes âgées résidant en MR à Bruxelles ?**

La discussion sera présentée selon les cinq thèmes principaux qui ont guidé cette recherche : la transition du domicile vers la MR, le bien-être psychologique, le bonheur, la MR et le bonheur, et la santé. La discussion se réalisera au regard de la littérature scientifique. Ensuite, afin d'aboutir à l'objectif final de ce mémoire, **des recommandations sur les éléments propices au bonheur des personnes âgées résidant en MR seront rédigées et adressées aux professionnels travaillant au sein des MR**. Elles seront formulées sur base de la discussion et en tenant compte des extraits des entretiens afin de rester le plus fidèle au matériau. Au final, seront présentées les limites de cette étude.

1. Discussion générale

- **La transition du domicile vers la MR**

Suite à plusieurs **raisons**, les personnes âgées quittent leur domicile pour habiter en MR. Cette recherche a montré qu'un état de **maladie** ou une **perte d'autonomie** (Amyot, 2016 ; Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011 ; Laasman *et al.*, 2016) sont des raisons qui leur font y rentrer, tout en pensant qu'elles ne retourneront plus à leur domicile. De même, un **souhaite personnel** (Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011) constitue un des motifs de rentrée en MR. Puis, une **rentrée transitoire** compose la dernière raison. C'est-à-dire que les participants y sont rentrés juste pour bénéficier des soins (Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011) pendant qu'ils étaient malades ou dû à une absence familiale, tout en pensant que ce serait pour une durée déterminée. Mais, au fur et à mesure, la durée déterminée est devenue indéterminée étant donné qu'ils ne sont plus retournés chez eux.

Rentrer en institution implique **choisir une MR** parmi plusieurs. Les participants révèlent que le choix s'est basé sur la **publicité** menée par les MR ou sur les **avis d'autres personnes âgées** qui y résidaient déjà. Par publicité, nous entendons donner à connaître les services offerts et faire connaître la structure physique de la MR.

D'après Cavalli (2012), la vie en MR est normalement perçue par les personnes âgées d'une manière négative, étant donné une image discréditée qui est généralement associée. Puis, au fur et à mesure, l'image préconçue s'améliore significativement (Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011). Mais, selon cette recherche qualitative, cela semble le contraire. C'est-à-dire que, avant de rentrer en MR, soit les personnes âgées n'ont **aucune image préconçue** vu qu'elles n'ont jamais pensé y rentrer, soit elles imaginent qu'il y aura de la **liberté d'action**, du **soutien** à leurs besoins, des **résidents valides** avec qui elles pourraient avoir des contacts sociaux, et que l'**environnement** serait **accueillant**. De ce fait, l'image préconçue que les personnes âgées ont avant de rentrer en MR semble être plutôt positive. Ensuite, lorsque les personnes âgées y rentrent, il se vérifie l'existence de concepts opposés, tels que le ressenti d'une **moindre liberté** dû à la présence de règles (Amyot, 2016) et la présence de beaucoup de **résidents non valides** physiquement ou qui ont des troubles cognitifs. Ceci pourrait amener à un **éloignement social** dû à la difficulté de créer des contacts. De ce fait, il s'observe une différence entre l'image préconçue avant de rentrer en MR et la **réalité** vécue lorsque les personnes y sont déjà. Ainsi, il semble que l'image positive préconçue pourrait être discréditée lors de la rentrée.

Le déménagement vers une MR est considéré, par Amyot (2016), comme une étape délicate à vivre, où les personnes âgées peuvent subir quelques difficultés. Parallèlement, cette étude a montré que « ce n'est pas facile, surtout qu'on est âgé et quand on change de peau on a difficile à reprendre » [R4(143)]. Au final, quel type de difficultés les personnes âgées pourraient-elles rencontrer ? Cette recherche qualitative a soulevé que le fait d'**abandonner** des objets auxquels les résidents tenaient à cœur et s'**éloigner** de leur entourage (Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011) semble représenter des difficultés. De plus, des **sentiments ressentis** lors de cette transition, tels que l'**incertitude** de l'adaptation (Cavalli, 2012), la **tristesse** liée à l'abandon du domicile, sentir **moins de liberté** et sentir que cela pourra être une étape finale dans leurs vies pourraient être des synonymes d'une étape délicate à vivre. De même pour le fait de se sentir **désenchantés** dû à un écart entre la publicité faite et la réalité vécue. D'autre part, cette étape peut être vue comme « assez calme » [R3(17)], amenant à des sentiments d'**optimisme** ou de **tranquillité**.

Ainsi, lors de l'entrée des personnes âgées en MR, leur bien-être s'avère un élément important à leur adaptation (Concertation des Observatoires de la Santé de Wallonie, 2011).

- **Le bien-être psychologique**

Le bien-être psychologique se constitue de plusieurs dimensions telles que l'acceptation de soi, des relations positives avec les autres, le développement personnel ou l'autonomie (Snyder & Lopez, 2012). Par ce mémoire, il s'est vérifié que, pour les personnes âgées, le bien-être psychologique a comme **significations** : la **sérénité**, la **famille**, les **contacts sociaux**, l'**entourage poli**, les **activités** et la **liberté**, qui peuvent s'intégrer dans les dimensions précédentes.

Ensuite, le bien-être psychologique se différencie du bien-être évaluatif, hédonique et eudémonique (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). Pour cette recherche qualitative, nous avons pris en compte le bien-être hédonique, celui que représentent les humeurs et les sentiments du quotidien, tel que le bonheur (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). Ainsi, pour les participants, les **sentiments associés** au bien-être hédonique sont l'**amour**, l'**amitié**, la **confraternité**, la **satisfaction**, le **bonheur** et le **regret**. Steptoe, Deaton & Stone (2015) expliquent que les sentiments négatifs sont aussi nécessaires pour évaluer le bien-être hédonique. Les participants associent le sentiment de regret à une déprise de certaines situations ou de certaines activités qui leur procuraient du bien-être psychologique. Cette déprise semble être à cause de l'âge.

Il faut mettre en évidence que les participants ont fait émerger le sentiment de bonheur comme étant une composante du bien-être psychologique (Stephoe, Deaton & Stone, 2015).

- **Le bonheur**

Les participants de cette étude révèlent que le bonheur est un sentiment **subjectif** (Permiakovaa, Tokarskayaa & Yershovaa, 2016), étant donné que c'est difficile à définir (Prelipcean, 2013).

La **personnalité** de chacun joue un rôle important dans la conception du bonheur, étant donné que l'extraversion est reconnue comme un facilitateur du bonheur (Pelechano *et al.*, 2013 ; Pishva, 2011). De même, les participants de cette recherche qualitative ont montré qu'avoir un trait de personnalité **optimiste** et **sociable** pourrait être favorable à l'expérience du bonheur.

En outre, l'âge joue aussi un rôle important dans la compréhension du bonheur. Tandis que les jeunes associent le bonheur à des expériences extraordinaires, les personnes âgées l'associent à des expériences ordinaires (Bhattacharjee & Mogilner, 2013). C'est pourquoi cette recherche qualitative a voulu à comprendre les **modifications** du bonheur avec l'avancée en âge. Les participants témoignent qu'effectivement, leur perception du bonheur a changé. C'est-

à-dire que le bonheur à leur âge, « ce n'est pas le même que quand j'étais plus jeune » [R10(58)]. Mais, pourquoi la perception du bonheur s'est-elle modifiée ? Est-ce dû à une **diminution des capacités physiques**, à une **déprise des activités** et à une **perte conjugale** ? Il s'est avéré qu'une diminution des capacités physiques peut amener à une déprise des activités. De ce fait, le bonheur des personnes âgées se voit **limité**, confiné à leurs possibilités physiques du moment présent. En plus, la perception du bonheur des personnes âgées peut subir des modifications dues à une perte conjugale, étant donné que « le jour où vous tombez seul, ce n'est plus le même bonheur » [R9(147)]. Perdre le conjoint peut être associé aussi à une déprise des activités, par le fait de rester seul, pouvant donc amener à un bonheur limité.

En connaissant déjà la raison pour laquelle le bonheur subit une modification, il s'avère important de comprendre comment cette modification a eu de l'impact dans leurs vies. Les participants expliquent que ce sont les expériences ordinaires (Bhattacharjee & Mogilner, 2013), c'est-à-dire les moments vécus au quotidien, qui leur font sentir du bonheur étant donné « que je me suis centralisé sur des choses simples et qui étaient de tous les jours » [R8(67)].

Ainsi, ces modifications du bonheur qui se reproduisent avec l'avancée en âge semblent montrer que les personnes âgées subissent une **reconstruction de la perception de leur bonheur**, dans la mesure que « j'ai dû reconstruire ma perception de bonheur parce qu'avant c'était différent » [R2(97)]. De plus, un sentiment de contentement paraît exister par rapport à cette nouvelle conception, vu toutes les contraintes qui ont modifié leur vision du bonheur. De ce fait, étant donné que la conception de leur bonheur s'est modifiée, amenant à une nouvelle reconstruction, quels seront les éléments ordinaires associés à leur bonheur ?

Les sources psychologiques du bonheur résultent de facteurs subjectifs, tels que les sentiments, et de facteurs objectifs, tels que l'environnement social (Prelicean, 2013). Par ce mémoire, nous comprenons que la **joie**, l'**amour**, le sentiment de **serviabilité** et de **liberté d'action** sont des facteurs subjectifs liés au **bonheur intime** des participants. Le sentiment d'amour est orienté vers le conjoint, tandis que le sentiment de serviabilité, c'est « essayer de faire plaisir aux autres, c'est essayer d'être ou se rendre utile » [R4(88)]. Ce qui est confirmé par Prelicean (2013) : nos actions peuvent conduire à notre propre bonheur mais aussi à celui des autres. En ce qui concerne les facteurs objectifs, les participants associent leur bonheur intime :

- à la **famille** (Bhattacharjee & Mogilner, 2013 ; Scheibe *et al.*, 2014), plus précisément aux enfants et aux petits-enfants. Ne référant pas le conjoint comme un élément potentiel du bonheur. Ce fait pourrait s'associer à la perte conjugale qui est un élément

modificateur du bonheur, puisque « avant c'était d'être avec mon mari, mais il est mort » [R5(81)]. Ceci pourrait induire que les participants associaient leur bonheur à leur conjoint (Jeon *et al.*, 2016 ; Lawrence *et al.*, 2015), mais comme il est décédé « maintenant sont les enfants, le seul qui me reste » [R9(79)] ;

- à être avec des **amis** (Bhattacharjee & Mogilner, 2013 ; Scheibe *et al.*, 2014) ;
- la présence d'**animaux** (Bennett *et al.*, 2015 ; Costa *et al.*, 2009 ; Pinto, 2016), tels que chats ou chiens ;
- à ses **intérêts personnels** ;
- à être **chez soi**.

Ceci confirme que les personnes âgées associent leur bonheur plutôt à des expériences ordinaires qu'extraordinaires (Bhattacharjee & Mogilner, 2013). De plus, il se vérifie que le bonheur intime des personnes âgées s'expérimente plutôt par des expériences positives que par des expériences matérielles. Selon Bhattacharjee & Mogilner (2013), ce sont ces expériences positives qui peuvent faire le bonheur plus durable.

Puisque tous les éléments associés au bonheur intime des personnes âgées sont connus, il est important d'établir une relation avec le bien-être psychologique. Ceci, afin de comprendre que, effectivement, le bonheur est une partie intégrante du bien-être psychologique. Ainsi, il s'est vérifié que des facteurs subjectifs et objectifs du bonheur, tels que l'amour, l'amitié, la liberté, la famille et être chez soi, sont des éléments qui ont aussi expliqué le bien-être psychologique. Grâce à cela, nous pouvons comprendre que, en effet, le bonheur est un sentiment qui appartient au bien-être psychologique (Steptoe, Deaton & Stone, 2015 ; Ulloa, Møller & Poza, 2013).

Bhattacharjee & Mogilner (2013) soulignent que les expériences hédoniques de bonheur peuvent s'expérimenter plusieurs fois par de nombreuses expériences agréables du quotidien. La recherche qualitative de ce mémoire a voulu comprendre quelles sont ces expériences agréables du quotidien vécues en MR, qui peuvent être associées au bonheur. De ce fait, connaissant déjà les éléments associés au bonheur intime des personnes âgées, il est important de connaître leurs expériences hédoniques de bonheur en tant que résident d'une MR. Dès lors, les résidents expérimentent du bonheur à la MR par les expériences suivantes du quotidien :

- **contacts sociaux valables** (Lawrence *et al.*, 2015). C'est-à-dire des contacts sociaux avec d'autres résidents qui leur sont semblables, donc sans troubles cognitifs ;
- **visites de la famille** (Chiang *et al.*, 2013 ; Jeon *et al.*, 2016) ;
- **sortir avec la famille** (Chiang *et al.*, 2013 ; Jeon *et al.*, 2016) ;

- **contacts de l'entourage**, des amis ou de la famille (Chiang *et al.*, 2013 ; Jeon *et al.*, 2016), soit par téléphone ou par lettres ;
- **activités valables** (Dixon *et al.*, 2010 ; Ruengtam, 2017). C'est-à-dire « faire des bonnes activités, des activités valables, parce qu'il a des unes qui ne le sont pas » [R2(110)] ;
- **présence d'animaux** (Bennett *et al.*, 2015 ; Pinto, 2016). Les participants faisaient référence au chien du directeur qui se promène la journée dans la MR, ayant des contacts avec tous les résidents ;
- **partage de table au restaurant** (Lobos *et al.*, 2016), semble favoriser les contacts sociaux ;
- **environnement accueillant**, en ce qui concerne la structure physique de la MR.

Ainsi, les expériences hédoniques de bonheur vécues par les personnes âgées résidant en MR sont connues. A savoir que les articles scientifiques mentionnés pour chaque concept sont des études en milieu rural, à l'exception du concept Activités valables où les participants vivaient en MR.

Connaissant déjà les éléments associés au bonheur intime et les éléments vécus en MR qui s'associent au bonheur, des constatations peuvent être faites. D'une part, le bonheur intime lié à la famille semble être en corrélation avec les visites de la famille, les sorties avec la famille et les contacts avec l'entourage, qui correspondent aux expériences de bonheur vécues en MR. Egalement, le bonheur intime lié aux amis semble être en relation avec les contacts sociaux valables et les contacts avec l'entourage, qui correspondent aux expériences de bonheur vécues en MR. De même pour le concept animaux qui a émergé dans ces deux thématiques. C'est-à-dire que, lors d'un changement de milieu tel que la transition du domicile vers la MR, il y a des éléments associés au bonheur intime qui peuvent se maintenir. D'autre part, des éléments reliés au bonheur intime, tels qu'être chez soi et avoir de la liberté d'action, ne semblent pas se maintenir lors de la transition de lieu de vie. L'élément être chez soi semble ne pas se transférer en MR, étant donné que les participants ne sont plus chez eux. De plus, le bonheur intime lié à la liberté d'action semble s'opposer à la moindre liberté vécue par les participants en MR. Par cette association, il pourrait s'induire que les ressentis de bonheur pourraient diminuer dû à l'existence d'une moindre liberté d'action perçue en MR. Si d'un côté il y a des éléments de bonheur intime qui semblent s'absenter lors de la rentrée en MR, d'un autre côté il y a de nouveaux éléments qui s'associent au bonheur tels que le partage de table au restaurant, les activités valables et l'environnement accueillant. Ainsi, lorsque les personnes âgées quittent

leur domicile pour s'installer en MR, leur perception de bonheur pourrait subir une modification, amenant à une nouvelle reconstruction de la signification de bonheur.

- **La MR et le bonheur**

La transition du domicile vers la MR pourrait être une étape difficile pour certaines personnes âgées. De ce fait, le rôle de la MR s'avère important : la satisfaction de ses résidents (Amyot, 2016), leur qualité de vie (Paiva, Sobral & Villarouco, 2015) l'amélioration de leur bien-être (Ruengtam, 2017) et le maintien de l'identité de chacun (Minney, Hons & Ranzijn, 2016). De ce fait, ce mémoire a voulu comprendre de quelle manière la MR pourrait améliorer la qualité de vie des résidents au travers du bien-être psychologique, particulièrement par le sentiment de bonheur. Ainsi, connaissant déjà les éléments associés au bonheur intime, et aussi les expériences de bien-être hédonique vécues en MR qui sont associées au bonheur, il s'avère important de connaître les éléments potentiels en MR qui pourraient s'associer au bonheur. C'est-à-dire que les éléments potentiels sont des concepts qui ne semblent pas être ressentis au moment présent à la MR, mais qui pourraient favoriser leur bonheur. Ainsi, cette recherche qualitative a mis en évidence les **éléments potentiels** qui pourraient s'associer au bonheur en MR :

- **contacts sociaux** (Lawrence *et al.*, 2015) **agréables** afin de permettre des conversations et de bonnes ententes, vu que parfois les contacts sociaux ne sont pas agréables avec des résidents qui ont des troubles cognitifs ;
- **activités** (Dixon *et al.*, 2010 ; Ruengtam, 2017) **personnalisées**. C'est-à-dire des activités liées aux intérêts personnels de chacun, au lieu des activités communes à tous ;
- **liberté d'action** (Godoy-Izquierdo *et al.*, 2013 ; Lobos *et al.*, 2016), dans la mesure de « pouvoir faire ce que je veux » [R3(42)] ;
- **soutien psychologique**, par exemple par un psychologue ;
- **qualité de la nourriture** (Jeong & Seo, 2014) ;
- **quantité de nourriture adéquate** afin d'éviter des vécus tels que « après le souper je mange dans ma chambre parce que j'ai faim » [R4 (201)], et procurer du bonheur par une expérience plus agréable ;
- **partage de table** (Lobos *et al.*, 2016) **personnalisé**. C'est-à-dire que les participants désirent choisir avec qui ils veulent partager la table lors des repas, au lieu que cela leur soit imposé. Partager la table au restaurant semble être un moment qui favorise les

contacts sociaux, c'est pourquoi c'est si important pour eux de manger avec ceux avec qui ils ont plus d'affinité ;

- **soins personnalisés**, dans le sens de faire plus attention aux besoins individuels de chacun ;
- **sécurité du résident**, dans le sens de sauvegarder le « sentiment de sécurité » [R6(156)] afin de veiller à un bien-être physique et psychologique ;
- **sécurité des objets**. D'après les participants, des objets qui leur sont chers semblent être volés. C'est pourquoi la sécurité des objets personnels pourrait s'associer au bonheur expérimenté à la MR ;
- **environnement adapté**. Concerne la « situation matérielle » [R3(110)] de la MR, en ayant à la disposition des résidents ce dont ils ont besoin afin de favoriser des expériences hédoniques de bonheur.

A noter que tous les auteurs mentionnés pour les éléments potentiels qui pourraient être vécus en MR concernent des études où les personnes âgées ne résidaient pas en MR, à l'exception du concept Qualité de la nourriture et Activités. Par rapport à la sécurité, Cavalli (2012) réfère que c'est un concept qui est normalement associé aux MR par les personnes âgées. Mais, cette recherche qualitative montre que la sécurité personnelle et des objets personnels n'est pas comme les participants le désiraient. C'est pourquoi la sécurité du résident et la sécurité des objets sont des concepts potentiels au bonheur. Ensuite, Minney, Hons & Ranzijn (2016) expliquent que les MR ont un rôle par rapport au maintien de l'identité de chacun. De ce fait, les participants font appel à des actions personnalisées, telles que le partage de table, des activités et des soins.

Indépendamment de l'âge, les personnes cherchent des moments de bonheur adoptant des attitudes et des actions qui peuvent les conduire à ce sentiment (Mogilner, Aaker & Kamvar, 2012). Dans le cas de ce mémoire, il s'avère que les éléments potentiels décrits ci-dessus pourraient conduire les personnes âgées résidant en MR au sentiment de bonheur. Il s'observe que la majorité de ces éléments potentiels du bonheur ne dépendent pas seulement des attitudes et des actions des résidents mais des actions et des attitudes institutionnelles. Ainsi, nous considérons que la MR en soi pourrait avoir une forte influence dans le bonheur des résidents. Selon Prelipcean (2013), il existe une relation d'interdépendance entre l'individu et les autres afin d'atteindre le bonheur. De ce fait, il se vérifie que la MR a un rôle important par rapport aux expériences hédoniques du bonheur des résidents afin de les favoriser et les potentialiser.

En outre, selon les participants de cette étude, la MR semble avoir plusieurs **rôles institutionnels** qui semblent s'associer au bonheur en MR :

- **équipe compétente.** C'est à la MR de faire le « triage du personnel soignant » [R2(152)], en se certifiant de leurs compétences professionnelles. Cavalli (2012) réfère que les MR sont censées avoir des professionnels compétents ;
- **équipe suffisante.** Les participants constatent l'existence d'« un manque de personnel » [R1(198)], surtout des aides-soignantes. C'est pourquoi « elles n'ont pas assez de temps pour consacrer à chacun » [R4(246)]. De ce fait, il s'avère important d'avoir un nombre suffisant de professionnels ;
- **actionnaires réalistes**, dans le sens de connaître la réalité vécue par les résidents avant de prendre des décisions telles que réduire les frais ou augmenter les prix ;
- **directeur participatif**, dans la mesure d'être à l'écoute des besoins des résidents et d'y apporter des solutions. En ayant une attitude participative dans la vie des résidents ;
- **crédibilité**, dans le sens de pouvoir bénéficier des services et des offres proposés par la MR ;
- **prix adéquat.** Les participants trouvent que la mensualité est onéreuse et que « les prix ont augmenté énormément » [R1(40)]. Ainsi, a émergé le besoin d'un prix adéquat de façon à favoriser le bonheur des résidents. Les auteurs Jeon *et al.* (2016) et Lobos *et al.* (2016) mentionnent que, en effet, la satisfaction économique est un élément propice au bonheur.

Egalement, l'**équipe** travaillant au sein d'une MR pourrait avoir un **rôle** afin de favoriser le bonheur des résidents. De ce fait, selon les participants de cette étude, le rôle que l'équipe pourrait avoir afin de potentialiser leur bonheur se caractérise par les éléments suivants :

- **communication adéquate.** L'équipe est censée utiliser une communication professionnelle auprès du résident. De plus, il s'avère important d'adopter une bonne communication entre l'équipe afin de transmettre les informations données par les résidents ;
- **timing adéquat.** C'est-à-dire, donner réponse aux besoins des résidents « au moment qu'il faut » [R3(125)] ;
- **soutenir**, signifie le soutien de l'équipe envers les résidents lorsqu'ils en ont besoin ;
- **respecter** les résidents, au travers des actions ou des paroles ;
- **empathie** ;

- **gentillesse** ;
- **saluer** les résidents dès leur rencontre ou lors de la sortie ;
- **sourire** lors de la rencontre des résidents.

Les professionnels travaillant au sein des MR peuvent favoriser le sentiment de bonheur des résidents au travers des attitudes citées ci-dessus. Ainsi, il existe une relation d'interdépendance entre les résidents et l'équipe afin d'expérimenter le bonheur (Prelipcean, 2013).

Sous forme de synthèse de toutes les thématiques liées au bonheur des personnes âgées, nous pouvons constater que les concepts émergés concernent des expériences ordinaires, c'est-à-dire des expériences du quotidien. Ce que rejoignent les indications de Mogilner, Aaker & Kamvar (2012) : la préférence pour des expériences ordinaires montre que les personnes âgées se centrent plutôt sur les moments présents que sur les moments futurs, ce qui augmente le bonheur du quotidien. Ainsi, sont connus les principaux éléments qui peuvent influencer positivement le bonheur des personnes âgées résidant en MR à Bruxelles.

• **La santé**

La recherche qualitative de ce mémoire a montré que la santé d'une personne âgée peut être atteinte par un état physique ou peut s'améliorer dû à un bien-être psychologique. Puis, une relation bidirectionnelle entre l'état physique et le bien-être psychologique s'est vérifiée.

C'est-à-dire que lors d'une **atteinte physique**, il pourrait y avoir une **diminution du bien-être psychologique**, étant donné que « quand j'ai un ennui physique (...) ça me dérange mon humeur, mon bien-être » [R3(57)]. Ces données sont conformes à l'étude de Steptoe, Deaton & Stone (2015) qui réfèrent qu'une mauvaise santé physique est associée à de faibles états de bien-être psychologique.

D'autre part, la **présence de bien-être psychologique** pourrait **améliorer l'état physique**, dans le sens que « je ne tremble plus, parce que je m'exprime... et le neurologue dit que c'est lié au stress » [R5(63)]. De plus, l'**absence de bien-être psychologique** pourrait avoir un **impact négatif sur la condition physique** des participants, étant donné que « des tremblements, des bourdonnements d'oreilles, la tête qui tourne » [R5(63)] pourraient arriver avec l'absence de bien-être psychologique. Ces inductions vont à l'encontre de l'étude de Steptoe, Deaton & Stone (2015), vu qu'ils indiquent qu'un bien-être psychologique positif, tel que le bonheur, s'associe à un facteur protecteur pour la santé, en diminuant les morbidités.

D'autre part, un bien-être psychologique affaibli est associé à une augmentation du risque des maladies physiques (Stephoe, Deaton & Stone, 2015).

De surcroît, Steptoe & Wardle (2012) mentionnent que la joie de vivre est aussi associée à une moindre prévalence des maladies. Egalement, la recherche qualitative de ce mémoire a pu vérifier que la joie est un sentiment associé au bonheur intime des personnes âgées, qui fait partie du bien-être psychologique. Ainsi, la joie s'associe au bien-être psychologique et pourrait donc améliorer l'état physique des personnes âgées.

En concluant, cette étude qualitative a mis en évidence que le bonheur est une composante du bien-être psychologique. Conséquemment, en tenant compte de ces éléments d'analyse, deux associations ont émergé :

- le bonheur pourrait avoir une influence positive sur la santé physique (Stephoe, Deaton & Stone, (2015) ;
- si pas d'atteintes physiques, le bonheur pourrait être potentialisé (Stephoe, Deaton & Stone, (2015).

De ce fait, il se vérifie l'existence d'une **relation bidirectionnelle** entre le bonheur et la santé, plus précisément la santé physique. C'est-à-dire que quand l'un est favorisé, l'autre aura des conséquences positives. Les auteurs Boehm & Kubzansky (2012) expliquent que les comportements de santé réparateurs, tels que « je me force à tous les jours de marcher » [R10(48)] et la prévention des maladies sont potentialisés par des sentiments positifs, tels que le bonheur. Il en résulte que le bien-être psychologique hédonique – le bonheur - a des évidences significatives qui l'associent à la santé et la qualité de vie des personnes âgées (Sánchez *et al.*, 2017 ; Steptoe, Deaton & Stone, 2015). De même, la santé pourrait influencer positivement le bonheur des personnes âgées résidant en MR à Bruxelles (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). De ce fait, la promotion de la santé des résidents et l'adoption des comportements réparateurs pour la santé semblent être importantes afin d'influencer positivement le bonheur (Boehm & Kubzansky, 2012).

2. Recommandations

Etant donné que tous les éléments propices au bonheur des personnes âgées résidant en MR sont connus, des recommandations adressées aux professionnels travaillant au sein des MR sont importantes. Ceci afin de favoriser des expériences ordinaires de bonheur, ce qui semble améliorer la santé physique des résidents.

De ce fait, il est recommandé que les **expériences hédoniques** de bonheur qui sont **déjà ressenties** par les résidents, soient encouragées et favorisées par les professionnels travaillant en MR :

- encourager les visites de la famille ;
- encourager les sorties du résident avec sa famille en dehors de la MR ;
- favoriser les contacts par des appels avec l'entourage ;
- favoriser le contact avec des animaux ;
- favoriser un environnement accueillant.

Afin de promouvoir les **éléments potentiels** qui pourront s'associer au bonheur des résidents, ceux qui pourraient être réels au quotidien d'une MR, il est recommandé que les professionnels travaillant en MR prennent en compte :

- promouvoir des contacts sociaux agréables entre les résidents ;
- promouvoir des activités personnalisées, liées aux intérêts personnels des résidents ;
- favoriser un environnement adapté ;
- promouvoir un soutien psychologique ;
- contribuer à la sécurité des objets personnels des résidents ;
- favoriser la sécurité des résidents ;
- veiller à la qualité de la nourriture ;
- veiller que la quantité de la nourriture soit adéquate ;
- promouvoir un partage de table personnalisée au restaurant ;
- favoriser la liberté d'action des résidents ;
- veiller que les soins soient personnalisés, ayant de l'attention aux besoins individuels de chaque résident.

Ensuite, des recommandations par rapport au **rôle institutionnel** semblent être importantes afin de favoriser le bonheur des résidents :

- veiller à une équipe compétente ;
- veiller que l'équipe soit suffisante ;
- veiller à des actionnaires réalistes ;
- veiller à un directeur participatif ;
- assurer de l'existence de crédibilité ;
- veiller à un prix adéquat.

De surcroît, en vue de potentialiser le sentiment de bonheur, l'**équipe** a un **rôle** important face aux résidents. De ce fait, il est recommandé que l'équipe prenne en compte les éléments suivants lors du contact avec les résidents :

- soutenir ;
- soigner dans un timing adéquat ;
- communiquer de façon adéquate ;
- respecter ;
- faire preuve d'empathie ;
- faire preuve de gentillesse ;
- saluer ;
- sourire.

Comme dernière recommandation, il est important que d'une part les professionnels travaillant en MR promeuvent la **santé** des résidents et les encourageant à adopter des comportements réparateurs pour la santé, étant donné que la santé physique semble influencer positivement le bonheur. D'autre part, en veillant aux recommandations ci-dessus, recommandations qui semblent favoriser et potentialiser les expériences ordinaires de bonheur, la santé physique des personnes âgées résidant en MR à Bruxelles pourrait subir un impact positif.

Pour conclure, il s'est vérifié que la majorité des résidents étaient très surpris lors de la première approche sur le bonheur : que signifie pour vous le bonheur ? A ce moment, nous avons constaté que la majorité des participants faisaient une pause en silence. Puis, ils répétaient le mot Bonheur sous forme interrogative, vu que « ça m'a un peu étonné... qu'on vienne de l'extérieur me poser ces questions... si vous m'aurez simplement posé des questions matérielles 'est-ce que vous mangez bien ?', ça ne m'aurait pas étonné. Mais le bonheur comme ça... » [R3 (157)]. De ce fait, il semble que les résidents aient été surpris puisque c'est une thématique qui n'est pas souvent abordée : « ici, on parle rarement du bonheur, il faut quand même penser qu'on a tout quitté pour venir ici... » [R4(276)]. Ainsi, une **approche plus fréquente du bonheur** des personnes âgées résidant en MR à Bruxelles est recommandée.

3. Les forces de l'étude

Le bien-être psychologique et la santé sont fortement associés aux personnes âgées, mais c'est une thématique de recherche qui est à l'état débutant (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). De ce fait, l'importance de poursuivre des recherches afin de mieux comprendre cette relation.

Il s'est vérifié que tant le bien-être psychologique que le bonheur sont des thèmes peu exploités en ce qui concerne les personnes âgées. Lors des recherches scientifiques, nous avons constaté qu'une grande partie des études se centre sur les adultes.

De plus, la majorité des articles scientifiques trouvés, par rapport au bonheur des personnes âgées, ont été menés en milieu rural. Ainsi, le bonheur des personnes âgées qui résident en MR semble être peu étudié.

De ce fait, ce mémoire semble être une recherche originale et pertinente, étant donné qu'il a étudié le bonheur des personnes âgées résidant en MR d'une manière globale.

De surcroît, la validation du plan théorique a été faite, c'est-à-dire que la validation de la théorie a été faite auprès des participants. La théorie émergente correspondait de manière globale à leur cas. Il s'est vérifié que trois concepts (animaux, soutien psychologique et actionnaires réalistes) ne semblaient pas correspondre à quelques cas, mais un consensus majoritaire s'est constaté.

4. Les limites de l'étude

Cette étude a été limitée en termes de temps, dans la mesure que quelques MR n'ont pas accepté une recherche sur le bien-être psychologique auprès de leurs résidents. De ce fait, le timing pour trouver une MR s'est prolongé, ce qui a raccourci le temps disponible pour la collecte et l'analyse des données. Ainsi, bien que cette recherche tienne à comprendre un phénomène et non une population, l'échantillon de dix participants pourrait constituer une limite. Ceci, dans le sens que certains concepts ont eu une faible saturation de données théoriques. Puis, les participants résidaient tous dans la même MR, ce qui pouvait contribuer à une moindre hétérogénéité de l'échantillon.

Ainsi, comme ce n'est pas une étude de longue portée, elle ne peut pas être théoriquement généralisable. De ce fait, les résultats sont plutôt transférables, car l'échantillon n'est pas représentatif d'une population. Les résultats sont contextualisés à l'échantillon d'étude, pouvant être transférables à un autre échantillon avec des caractéristiques similaires.

Une autre limite est que cette étude n'a pas été menée comme prévu initialement : trianguler les données des résidents avec celles de l'infirmier-chef et du directeur. Ceci, pour comprendre comment l'infirmier-chef et le directeur perçoivent le bonheur des résidents.

Par rapport à une réflexivité épistémologique, une attitude la plus neutre possible a essayé d'être adoptée lors de la construction du guide d'entretien et lors de la réalisation des entretiens auprès des participants. Toutefois, ayant très peu d'expérience en recherche qualitative ni aucune en théorisation ancrée, il y a pu avoir une influence des réponses lors des questions de relance, de l'attitude ou de l'intonation vocale. Quelques questions ont été formulées de façon quantitative afin de ne pas influencer la réponse du participant, et subséquemment afin de se poser la question qualitative. En outre, le fait qu'un *gatekeeper* (interlocuteur privilégié) ait facilité l'accès au terrain de recherche n'a pas interféré sur les résultats. C'est-à-dire que le *gatekeeper* n'a pas exercé une pression sur les résultats de la recherche et le chercheur ne s'est pas senti redevable étant donné qu'il n'y avait aucun lien professionnel ou personnel. Ensuite, par rapport à la nomination des concepts, nous avons essayé de rester le plus fidèle au matériau, en utilisant les mêmes noms prononcés par les participants. Mais, ce n'a pas été toujours possible. De ce fait, nommer un concept par subjectivité peut orienter les résultats dans une certaine direction. De plus, les participants ont répondu à certaines questions sous forme négative. C'est-à-dire que, par exemple, à la question : quels autres moments ou situations, pensez-vous, pourraient vous apporter du bonheur ? – la majorité des participants ont mis en évidence des situations qu'ils n'apprécient pas, de manière à comprendre ce qui pourrait leur apporter du bonheur. Ce fait a aussi pu avoir une influence sur la nomination des concepts et sur l'interprétation.

VII. Conclusion

La transition du domicile vers une MR peut constituer un moment difficile dans la vie des personnes âgées, pouvant avoir un impact dans leur bien-être psychologique. Il a été constaté que le bonheur est un sentiment subjectif qui appartient au bien-être psychologique. De ce fait, il pourrait y avoir aussi un impact sur le bonheur. Ainsi, une théorie par rapport au bonheur des personnes âgées s'est construite (annexe F).

Il s'est vérifié que le bonheur peut subir des modifications avec l'avancée en âge. Des modifications dues à une diminution des capacités physiques et à une perte conjugale, pouvant conduire à une déprise des activités. Ces éléments peuvent limiter le bonheur, amenant les personnes âgées à reconstruire leur perception de bonheur. De ce fait, les personnes âgées centrent leur bonheur sur des expériences plutôt ordinaires, c'est-à-dire des expériences vécues au quotidien.

Les personnes âgées associent leur bonheur intime au fait de vivre dans leur domicile, à des contacts avec la famille, avec les amis et avec les animaux de compagnie, à des intérêts personnels et à sentiments de serviabilité, de liberté et d'amour conjugal. Mais, en sachant qu'elles résident dans une MR, la conception de bonheur intégré dans la MR semble avoir des différences qu'avec celle du bonheur intime. C'est-à-dire que le bonheur en MR est expérimenté au travers des contacts sociaux valables, des visites de la famille, des sorties avec la famille, des contacts de l'entourage, d'un partage de table au restaurant, des activités valables, d'un environnement accueillant et de la présence d'animaux.

De plus, il s'est vérifié que le bonheur vécu en MR pourrait être potentialisé par d'autres expériences potentielles telles que des contacts sociaux agréables, des activités personnalisées, un environnement adapté, un soutien psychologique, la sécurité des objets et du résident, de la qualité et de la quantité de nourriture adéquate, d'un partage de table personnalisé, des soins personnalisés et de la liberté d'action.

Il existe une relation d'interdépendance entre les résidents et les professionnels travaillant au sein de la MR, afin d'expérimenter le bonheur. De ce fait, en vue de favoriser le sentiment de bonheur des résidents, un rôle institutionnel est soulevé : que les actionnaires soient réalistes, que le directeur soit participatif, que le prix soit adéquat, qu'il ait de la crédibilité, que l'équipe soit suffisante et compétente. De surcroît, l'équipe a aussi un rôle qui lui est adressé afin de potentialiser les expériences hédoniques de bonheur des résidents : soutenir, soigner dans un timing adéquat, avoir une communication adéquate, respecter, montrer de l'empathie et de la gentillesse, saluer et sourire.

Pour finir, une relation bidirectionnelle entre le bonheur et la santé s'est vérifiée. Le sentiment de bonheur semble influencer positivement la santé physique. Aussi, avec l'absence d'atteintes physiques, le bonheur est potentialisé.

En concluant, tous les éléments associés au bonheur des personnes âgées peuvent être vus sous forme de recommandations adressées aux professionnels travaillant au sein des MR. Ceci afin de favoriser et potentialiser les expériences ordinaires de bonheur, ce qui pourrait avoir un bénéfice sur la santé physique des résidents.

• Perspectives

Il est nécessaire d'encourager plus d'études dirigées sur les personnes âgées concernant le bien-être psychologique et, plus concrètement, le bonheur, afin de mieux comprendre ces thématiques. Plus de recherches auprès des résidents semble important pour mieux comprendre leur bonheur. Les articles scientifiques trouvés liés à ces thèmes ne sont pas si récents.

Idéalement, pour une recherche future, il serait intéressant d'augmenter la taille de l'échantillon afin d'augmenter l'hétérogénéité et de mieux saturer les données. Il serait aussi intéressant de collecter des données empiriques auprès des résidents dans différentes MR. Tout en maintenant la thématique du bonheur des personnes âgées résidant en MR, il serait intéressant d'analyser le bonheur des nouveaux résidents et des anciens, d'analyser le bonheur des résidents qui habitent en MR privée et ceux qui habitent en MR publique. Puis, comme prévu initialement pour ce mémoire, il serait intéressant de trianguler les données des résidents avec celles des professionnels qui travaillent en MR afin de comprendre les perceptions de chacun.

VIII. Bibliographie

- AGUIAR B., MACÁRIO R. (2017). The need for an Eldrely centred mobility policy [Version électronique]. *Transportation Research Procedia*, 25, 4355–4369 ;
- AMYOT J. (2016). *Travailler auprès des personnes âgées*. 4^{ème} éd. Paris : Dunod. 432 p. ;
- BENNETT P., TRIGG J., GODBER Y., BROWN C. (2015). An Experience Sampling Approach to Investigating Associations between Pet Presence and Indicators of Psychological Wellbeing and Mood in Older Australians [Version électronique]. *Anthrozoös*, 28 (3) ;
- BERRUT G. (2014). Vieillissement de la population ou transition démographique ? [Version électronique]. *Ger psychol neuropsychiatr vieil*, 12(3), 241-242 ;
- BHATTACHARJEE A., MOGILNER C. (2013). Happiness from Ordinary and Extraordinary Experiences [Version électronique]. *Journal of Consumer Research*, 41, 1-17 ;
- BOEHM J., KUBZANSKY, L. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health [Version électronique]. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655-691 ;
- CASTAGNA A., FURIA D., MARIANACCI R., MATTOSIO N. (2013). Demographics and health in the Eu27 development process [Version électronique]. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 93, 704-708 ;
- CAVALLI S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse : Rester chez soi ou s'installer en institution?*. Chene-Bourg : Georg Editeur. 247 p. ;
- CERQUI D. (2016). Le vieillissement – une maladie chronique à l'issue souvent mortelle ? [Version électronique]. *Gerontologie appliquée*, 1, 11-13 ;
- CHIANG H., CHIEN H., LIN J., YEH Y. & LEE T. (2013). Modeling psychological well-being and family relationships among retired older people in Taiwan [Version électronique]. *International Journal of Mental Health Nursing*. 22, 93–101 ;
- CHOKKANATHAN S. (2013). Religiosity and well-being of older adults in Chennai, India [Version électronique]. *Aging & Mental Health*, 17(7), 880-887;
- CORBIÈRE M., LARIVIÈRE N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 684 p. ;

- DELEFOSSE M, CARRAL M. (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Malakoff: Dunod. 274 p. ;
- DIXON M., NASTALLY B. & WATERMAN A. (2010). The effect of gambling activities on happiness levels of nursing home residents [Version électronique]. *Journal of applied behavior analysis*. 43, 531–535 ;
- CONCERTATION DES OBSERVATOIRES DE LA SANTÉ DE WALLONIE (2011). Le ressenti des personnes âgées à leur entrée en maison de repos ou en maison de repos et de soins : Facteurs favorisant l'adaptation et leviers pour l'améliorer [Version électronique]. *Wallonie Santé*, 1, 1-28 ;
- DAVIDSON K., MOSTOFSKY E., WHANG W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey [Version électronique]. *European Heart Journal*, 31, 1065–1070 ;
- EPINAY C., CAVALLI S. (2013). *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes. 141 p. Disponible à l'adresse : <https://books.google.de/books?hl=pt-PT&lr=&id=XJzmDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA4&dq=troisi%C3%A8me+et+quatri%C3%A8me+%C3%A2ge&ots=1HI-7IT0IE&sig=vsXVvSCzO7ZWSirZI7JECfyCkww#v=onepage&q=troisi%C3%A8me%20et%20quatri%C3%A8me%20%C3%A2ge&f=false>, consulté le 28 octobre 2017 ;
- EUROSTAT. (2017). Population (Demography, Migration and Projections) - Population Projection. Disponible à l'adresse : <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/statistics-illustrated>, consulté le 17 avril 2017 ;
- EUROSTAT. (2017). Population et conditions sociales. Disponible à l'adresse : <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, consulté le 25 octobre 2017 ;
- FUSTER V. (2017). Changing Demographics : A New Approach to Global Health Care Due to the Aging Population [Version électronique]. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 69 (24), 3002-3005 ;
- GODFROID T. (2012). Préparer et conduire un entretien semi-directif. Disponible à l'adresse: <http://crulh.univ-lorraine.fr/sites/crulh.univlorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godfroid.pdf>, consulté le 3 Janvier 2018 ;

- GODOY-IZQUIERDO D., MORENO R., PÉREZ M., SERRANO F. & GARCÍA J. (2013). Correlates of Happiness Among Older Spanish Institutionalised and Non-Institutionalised Adults [Version électronique]. *J Happiness Stud.* 14, 389–414 ;
- GRUNERT K., LOBOS G., BUSTAMANTE M. & SCHNETTLER B. (2014). With Health and Good Food, Great Life! Gender Differences and Happiness in Chilean Rural Older Adults [Version électronique]. *Soc Indic Res.* 127, 865–885 ;
- HE W., GOODKIND D., KOWAL P. (2016). An Aging World: 2015 - International Population Reports [Version électronique]. *U.S. Census Bureau*, 1-175 ;
- INAMI : INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (2013) : Statistiques et évolution du secteur des maisons de repos : Quelle est l'évolution du nombre de lits?. Disponible à l'adresse : <http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/etablisements-services/maisons-repos/Pages/statistiques-evolution-secteur-maisons-repos.aspx#.WRMXsGe7qUk>, consulté le 17 avril 2017 ;
- INESSS : Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (2015). Fiche Outil : L'échelle MMSE, échelle de statut mental. Disponible à l'adresse : http://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_Echelle_MMSE.pdf, consulté le 30 décembre 2017 ;
- JEONG J. & SEO S. (2014). Importance of satisfaction with food for older adults' quality of life... [Version électronique]. *British Food Journal*, 116 (8), 1276-1290 ;
- JEON S., HAN C., LEE J., LIM J., JEONG H., PARK M., KO Y., PAE C., KIM S., JOE S. & STEFFENS D. (2016). Perspectives On The Happiness Of Community-Dwelling Elderly In Korea [Version électronique]. *Korean Neuropsychiatric Association*. 13(1), 50-57 ;
- LAASMAN J., MARON L., HEEDE A., DUYNLAEGER M., VERVOORT K., VRANCKEN J. (2016). Maison de repos : à quel prix? [Version électronique]. *Union Nationale des Mutualités Socialistes*, 1-64 ;
- LANG P., PROUST J., VOGEL T., ASPINALL R. (2013). Saurons-nous jamais ce qui provoque le vieillissement ? [Version électronique]. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 13, 337-343 ;
- LAWRENCE E., ROGERS R. & WADSWORTH T. (2015). Happiness and Longevity in the United States [Version électronique]. *Soc Sci Med.*, 145, 115–119 ;

- LEJEUNE C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-Neuve: De Boeck, 149 p. ;
- LIU B., FLOUD S., PIRIE K., GREEN J., PETO R., BERA V. (2016). Does happiness itself directly affect mortality? The prospective UK Million Women Study [Version électronique]. *Lancet*, 387, 874– 881 ;
- LOBOS G., LAPO M., SCHNETTLER B. (2016). In the choice between health and money, health comes first: an analysis of happiness among rural Chilean elderly [Version électronique]. *Cad. Saúde Pública*. 32(5), 1-12;
- MAREŠOVÁ P., MOHELSKÁ H., KUČA K. (2015). Economics Aspects of Ageing Population [Version électronique]. *Procedia Economics and Finance*, 23, 534 – 538 ;
- MÉLIANI V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode [Version électronique]. *Recherches qualitatives – hors série*, 15, 435-452 ;
- MINNEY M., HONS B., RANZIJN R. (2016). “We Had a Beautiful Home... But I Think I’m Happier Here”: A Good or Better Life in Residential Aged Care [Version électronique]. *The Gerontologist*, 56(5), 919–927 ;
- MOGILNER C., AAKER J., KAMVAR S. (2012). How Happiness Affects Choice [Version électronique]. *Journal of Consumer Research*, 39 (2), 429-443 ;
- OCDE : ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2017). Espérance de vie à 65 ans - indicateur. Doi: 10.1787/da7ad49f-fr. Disponible à l’adresse : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/esperance-de-vie-a-65-ans.htm>, consulté le 17 avril 2017 ;
- OMS : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2018). Constitution de l’OMS : ses principes. Disponible à l’adresse : <http://www.who.int/about/mission/fr/> , consulté le 25 mars 2018 ;
- OMS : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2016). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Version électronique]. *Organisation Mondiale de la santé*, 1-296 ;
- OMS : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2015). Vieillesse et santé. Disponible à l’adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>, consulté le 29 octobre 2017 ;

- PAIVA M., SOBRAL E., VILLAROUCO V. (2015). The elderly and environmental perception in collective housing [Version électronique]. *Procedia Manufacturing*, 3, 6505 – 6512 ;
- PELECHANO V., LEANDRO P., GARCÍA L., MORÁN C. (2013). Is it possible to be too happy? Happiness, personality, and psychopathology [Version électronique]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 18-24 ;
- PERMIAKOVAA M., TOKARSKAYAA L., YERSHOVAA I. (2016). The research of Subjective Sense of Happiness in Senior Preschoolers [Version électronique]. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 233, 100-104 ;
- PINTO J. (2016). O animal de estimação na vida de idosos de um grupo de convivência : contribuições para o cuidado de enfermagem gerontológica [Version électronique]. Universidade Federal Fluminense : Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói;
- PISHVAA N., GHALEHBANB M., MORADIC A., HOSEINID L. (2011). Personality and Happiness [Version électronique]. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 429-432 ;
- PRELIPCEAN T. (2013). Happiness – Between Aspiration and Fulfilment [Version électronique]. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 92, 757 – 763 ;
- RONALD L., ANDREW M. (2016). Conséquences macroéconomiques du vieillissement de la population [Version électronique]. *Revue d'économie financière*, 2 (122), 83-102 ;
- RUENGTAM P. (2017). Factor analysis of built environment design and management of residential communities for enhancing the wellbeing of elderly people [Version électronique]. *Procedia Engineering*, 180, 966 – 974 ;
- SANDERSON J. (2015). Vieillissement de la population et retraites en belgique, xixème-xxème siècles [Version électronique]. *Journal of Belgian History*, 45, 192-215 ;
- SCHEIBE S., ENGLISH T., TSAI J., CARSTENSEN L. (2014). Striving to Feel Good: Ideal Affect, Actual Affect, and Their Correspondence Across Adulthood [Version électronique]. *Psychol Aging*, 1-23 ;
- SNYDER C., LOPEZ S. (2012). *Handbook of Positive Psychology* [Version électronique]. New York : Oxford University Press. 848 p. ;

- STEENOVEN I., AARSLAND D., HURTIG H., CHEN-PLOTKIN A., DUDA J., RICK J. *ET AL.* (2014). Conversion Between Mini-Mental State Examination, Montreal Cognitive Assessment, and Dementia Rating Scale-2 Scores in Parkinson's Disease [Version électronique]. *International Parkinson and Movement Disorder Society*, 1-13 ;
- STEPTOE A., DEATON A., STONE A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing [Version électronique]. *Lancet*, 385(9968), 640–648 ;
- STEPTOE A., DEMAkakOS P., OLIVEIRA C., WARDLE J. (2012). Distinctive Biological Correlates of Positive Psychological Well-Being in Older Men and Women [Version électronique]. *Psychosomatic Medicine*, 74(5), 501–508 ;
- STEPTOE A., WARDLE J. (2012). Enjoying life and living longer [Version électronique]. *Arch Intern Med.*, 172(3), 273-275 ;
- SABATINI F. (2014). The relationship between happiness and health: Evidence from Italy [Version électronique]. *Social Science & Medicine*, 114, 178-187 ;
- SÁNCHEZ X., BAILEY C., ARCOS E., MUNOZ L., GONZÁLEZ L., MIRANDA R. (2017). Subjective well-being and the perception of health opportunities: The case study of senior citizens of the neighborhood of Playa ancha [Version électronique]. *World Development Perspectives*, 5, 7-9 ;
- SUZMAN R., BEARD J., BOERMA T. (2015). Health in an ageing world—what do we know? [Version électronique]. *Lancet*, 385, 484-486 ;
- ULLOA B., MØLLER V., POZA A. (2013). How Does Subjective Well-Being Evolve with Age? A Literature Review [Version électronique]. *Institute for the Study of Labor*, 7328, 1-33;
- UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN (s.d.). Consentement. Disponible à l'adresse : <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/ipsy/consentement.html>, consulté le 5 Janvier 2018 ;
- VANDERMOTTEN C. (2013). « Jean-Pierre Grimmeau, Jean-Michel Decroly, Isaline Wertz, “La démographie des communes belges de 1980 à 2010” ». *Belgeo*, 2. Disponible à l'adresse: <http://belgeo.revues.org/11243>, consulté le 28 octobre 2017 ;
- WALTON K. (2015). The relationship between religion/spirituality and the general

psychological well-being of the institutionalized elderly population in the Eastern Cape, South Africa [Version électronique]. Faculty of Social Sciences, Department of Psychology, London ;

WETERING E., EXEL N., BROUWER W. (2016). Health or Happiness? A Note on Trading Off Health and Happiness in Rationing Decisions [Version électronique]. *Value In Health*, 19, 552-557;

Annexe A : Guide d'entretien semi-dirigé aux résidents

Introduction :

1. Me présenter ;
2. Le contexte ;
3. Les objectifs ;
4. Le but ;
5. La confidentialité ;
6. L'enregistrement et l'accord ;
7. Questions ?

(cf : Annexe C)

Profil de l'enquêté

1. Sexe :
2. Âge :
3. Ancienneté chez la MR :
4. Nationalité :
5. Score MMSE :

Transition du domicile vers la MR

1. Pour quelles raisons êtes-vous entré dans la MR ?
2. Pourriez-vous me décrire les sentiments que vous avez ressentis lors de votre entrée/arrivée dans la MR ?
3. Avant d'arriver dans la MR, comment imaginiez-vous la vie en institution ?
4. Maintenant que vous y vivez, partagez-vous la même opinion ?

Le bien-être psychologique et la santé

1. Que représente pour vous le bien-être psychologique ?
2. Lorsque l'on parle de bien-être psychologique à quel(s) type(s) de sentiments pensez-vous ?
3. Pensez-vous que votre bien-être psychologique pourrait avoir une relation avec votre santé physique et mentale ? Pourquoi ? / Comment ?

Le bonheur

1. Que signifie pour vous le bonheur ?
2. Est-ce que votre perception du bonheur s'est modifiée avec votre avancée en âge ?
Comment ?
3. Quels sont les moments ou les situations où vous ressentez du bonheur dans la MR ?
4. Quels autres moments ou situations, pensez-vous, pourraient vous apporter du bonheur ?

Les professionnels de la santé

1. A votre avis, est-ce que la MR peut jouer un rôle sur votre sentiment de bonheur ?
Comment ?
2. A votre avis, est-ce que les soignantes pourraient améliorer votre sentiment de bonheur ? Au travers de quelles actions ou attitudes ?

Conclusion

1. Comment vous êtes-vous senti quand vous parliez du bonheur ?
2. Remerciements

Annexe B : Demande de recherche auprès de la MR Y

Norberto, Sara
sar_inha@hotmail.com
0486069462

13/01/2018

Objet : Demande d'entretiens aux résidents

Madame/Monsieur,

Actuellement en 2^{ème} année d'un Master en Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain en spécialité en Management et Développement Organisationnel et Personne Âgée et Gériatrie, je réalise un mémoire qualitatif sur le thème du **bien-être psychologique des personnes âgées résidant en maison de repos**. Le but du mémoire sera de rédiger des recommandations aux maisons de repos à propos de ce sujet, afin d'améliorer la qualité de vie, de promouvoir et de maintenir la santé des personnes âgées résidant en MR.

Dans ce cadre, j'aimerais faire des entretiens à quelques résidents. Tout en sachant que les entretiens seront **anonymes** et que le nom de la maison de repos apparaîtra aussi en anonymement dans le mémoire, afin de garder la confidentialité.

Je me tiens à votre disposition pour un entretien afin de mieux expliquer le sujet d'analyse.

Je vous remercie pour l'attention portée à ma demande et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations les plus distinguées.

Sara Norberto

Annexe C : Information sur la participation à l'étude

Comprendre le bien-être psychologique des personnes âgées résidant en maison de repos

Il s'agit d'une étude qualitative qui consiste à comprendre quels sont les éléments qui peuvent influencer positivement le bien-être psychologique des personnes âgées résidant en maison de repos. Ainsi, le but de cette recherche est de rédiger des recommandations aux maisons de repos par rapport au bien-être psychologique des résidents. De ce fait, je m'intéresse au vécu et à l'expérience du bien-être psychologique des résidents.

L'outil de collecte de données utilisé sera l'entretien semi-directif. La durée de l'entretien sera d'environ 40 minutes et un enregistrement audio sera fait pour une postérieure analyse des données. Les entretiens seront mis à terme lors d'une saturation de données théoriques. Selon une revue de littérature³, 10 à 15 participants semblent être suffisants.

Les participants sont invités à participer à cette étude de façon volontaire, ayant le droit d'arrêter l'entretien à tout moment ou de refuser d'y participer. L'identité du participant sera anonyme et confidentielle, c'est-à-dire qu'un code numérique lui sera attribué afin d'analyser anonymement les données recueillies. Le nom de la maison de repos sera aussi maintenue dans l'anonymat et remplacée par un nom fictif.

En cas de questions ou de renseignements par rapport à cette étude, vous pouvez me contacter au 0486069462.

Je vous remercie pour votre intérêt et pour votre collaboration à cette étude.

Sara NORBERTO

³ CORBIÈRE M., LARIVIÈRE N. (2014). Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. Québec : Presses de l'Université du Québec. 684 p.

Annexe D : Consentement éclairé au participant⁴

Comprendre le bien-être psychologique des personnes âgées résidentes en maison de repos	
Chercheur: Sara NORBERTO	0486069462 sara.norberto@student.uclouvain.be

Je, soussigné(e) _____ déclare :

- avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessus ;
- avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.

Je sais que :

- je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;
- je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;
- les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

Lu et approuvé,

Date _____

Signature _____

⁴ Basé sur le consentement éclairé pour des recherches impliquant des sujets humains de l'Université Catholique de Louvain. [UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN (s.d.). Consentement. Disponible à l'adresse : <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/ipsy/consentement.html>, consulté le 5 Janvier 2018]

Annexe E : Grille d'analyse des données empiriques

Rubrique	Catégorie	Concept	Extrait des entretiens
LA TRANSITION DU DOMICILE VERS LA MR	Raison	Maladie	R1(12) : <i>Je suis tombé malade d'une façon inattendue. (...) Ma maladie c'est l'arthrose. (...) Je suis rentré ici pour être soigné. (...) Les médecins mon amené ici. (...) C'était pour nécessité, pas une volonté personnelle.</i> R2(23) : <i>j'ai aussi quitté parce que ma vue baisse... et je ne sais plus lire de tout... (...) ma vue c'est abominable.</i> R3(10) : <i>Je suis rentré parce que j'avais des problèmes de jambes</i> R4(27) : <i>j'ai commencé la maladie de Parkinson, et je ne savais plus rester seul chez moi (...) pour ma santé aussi qui s'est commencé à se dégrader</i> R7(11) : <i>J'étais soigné à l'hôpital, c'était un terrible accident et comme ma femme avait Alzheimer il n'était pas question de revenir chez nous.</i> R8(11) : <i>il y a 3 ans ma santé a fortement baissé, (...) je me suis inscrit ici</i> R9(10) : <i>j'étais tombé et j'ai dû être opéré au col du fémur</i> R10(10) : <i>Parce qu'il a exactement un an, j'étais gravement malade</i>
		Perte d'autonomie	R2(10) : <i>j'avais 91 ans et tout devenait un peu plus difficile. (...) être tout seul à la maison c'était difficile (...) faire des courses aussi était difficile parce que je ne sais pas monter, je n'ai pas de forces et je ne porte pas des choses lourdes...</i> R2(34) : <i>tout devient lourd, tout devient difficile...</i> R4(28) : <i>parce que j'avais des difficultés à me déplacer</i> R6(11) : <i>j'avais 93 ans et j'avais fait une chute, donc je ne pouvais plus rester seul (...) jusque-là j'avais été plus ou moins autonome</i> R8(11) : <i>je ne savais presque plus marcher ni rien de tout</i> R8(17) : <i>je peux plus vivre dans mon appartement, je peux plus faire des courses et tout ça</i> R9(11) : <i>je ne pouvais pas pratiquement marcher, j'étais 1 mois à l'hôpital</i>

LA TRANSITION DU DOMICILE VERS LA MR	Raison	Choix Personnel	R2(17) : C'était un choix personnel R3(12) : c'était un choix personnel en accord avec ma compagne R4(10) : j'étais demandé en mariage (...) et je suis venu vivre près de lui... c'était par amour... R5(10) : Je suis rentré tout à fait librement (...) je venais pour me reposer... R8(13) : J'ai choisi d'entre une du CPAS et une autre un peu plus loin, et je me suis dit que celle-ci me plais R8(24) : je ne voulais pas déprendre de mon fils non plus. R10(12) : Puis j'ai décidé de rester pour des raisons personnelles, c'est moi-même qui a choisi la MR
		Moment transitoire	R1(25) : je suis rentré ici pour être soigné et alors je suis resté ici. (...). J'ai pensé que je ne resterais pas R5(14) : je venais pour 15 jours et en 15 jours j'étais déjà un peu affaiblie et je n'ai pas su retourner R6(11) : mes enfants voulaient partir en vacances (...) et c'était prévue que je vienne ici pour 15 jours... R9(17) : ils ne m'ont pas dit MR, ils ont dit revalidation donc je suis une résidente ambulante, donc pour partir R9(24) : J'ai pensé en venir juste un petit temps (...) et je retournerais R10(11) : je suis venu ici en convalescence et j'ai très bien récupéré. Et maintenant je suis top bien pour être ici, mais pas assez bien pour être chez moi.
	Choix de la MR	Publicité	R1(30) : Et ici tout est virtuel... ça signifie qu'on vous fait visiter, on vous dit qu'il y a des jardins mais les jardins ne sont pas entretenus (...) le bar qui doit être ouvert de tel heure à tel heure, mais il est fermé. R1(49) : en apportant les objets qui m'étaient chers R5(19) : parce que c'était jolie... R6(19) : le cadre me plaisait beaucoup R8(18) : me semblait bien, agréable, accueillante, et c'est pour ça qu'elle m'a attiré.
		Avis d'autrui	R3(11) : je suis rentré ici parce que la tante de ma compagne elle était ici. On venait lui rendre visite et elle m'a dit « ah ça ce n'est pas mal pour toi aussi » R4(11) : un monsieur de 92 ans qui vivait ici, et je suis venu vivre près de lui... R8(26) : J'avais visité quelques MR, et on entend plus parler de ce qui ne vas pas, que de ce qui va...

LA TRANSITION DU DOMICILE VERS LA MR			R8(28) : J'avais entendu que la coopération entre les résidents et les assistants qui n'était pas l'idéal, souvent assez dur vis-à-vis des résidents, la nourriture également qu'elle n'était très agréable... au fond, ce qu'on entendait ce n'étais pas rose.
	Sentiments Ressentis	Désenchantement	R1(46) : j'étais assez désenchanté dans le sens que j'avais perdu mon mari, j'avais mon fils loin, mes petits enfants dans le monde... tout ça... et moi je n'étais pas bien (...) c'était strictement dur parce que tout qu'on avait vu c'est une fausseté R4(34) : personnes qui me disaient qui étaient ici depuis 3 ans, et je ne comprenais pas qu'on reste 3 ans ici... R4(53) : on va s'installer à Cote d'azur ou quelque part mais on ne reste pas ici R6(27) : j'étais surprise pour tout ce qui se passait ici...
		Abandon	R2(21) : un déchirement parce que comme j'avais tout une maison, il y avait énormément des choses que j'ai dû jeter, tous mes photos, tous mes livres... R2(26) : C'était un sentiment d'abandon... R4(18) : les 3 premiers mois j'ai eu difficile à quitter ma maison... j'avais ma maison, ma voiture dans le garage, j'avais tout... R4(37) : on quitte tous ses habitudes, on quitte la maison, on quitte tout... c'est un changement total. R4(141) : on change totalement de vie, on quitte tout, sa maison, ses meubles, ses habitudes, sa nourriture... et ici on repart à zéro R6(90) : j'ai des sentiments de regrets de ce que j'ai dû abandonner chez moi parce que je suis quand même plus au moins partie en catastrophe...
		Tristesse	R2(27) : et alors je nourrissais des chats abandonnés et je devais les abandonner aussi, c'était malheureux... c'était une transition terrible... R4(20) : j'ai eu trois crises de larmes et après je me suis habitué. R4(143) : Ce n'est pas facile, surtout qu'on est âgée et quand on change de peau on a difficile à reprendre... et il faut trouver le courage de surmonter ça
		Moindre liberté	R2(28) : et malgré tout perdre une certaine liberté aussi. R6(44) : il faut apprendre à vivre en communauté

LA TRANSITION DU DOMICILE VERS LA MR	Sentiments Ressentis	Eloignement social	R2(30) : mes amis elles habitent très loin, c'est loin pour qu'elles viennent ici donc je les vois beaucoup moins... très peu même pendant qu'il fait froid...
		Besoin	R4(54) : puis vous vous rendez compte qu'avec votre santé qui se dégrade et qu'on ne sait plus rester tout seul, (...) le plus raisonnable c'était de rester ici. Ce n'était pas ce qui me plaisait le plus, mais c'était le plus raisonnable parce que je n'avais pas d'autre moyens pour continuer à vivre seul. R9(19) : c'était nécessaire... un sentiment de besoin, il fallait.
		Tranquillité	R3(17) : assez calme. Ça n'a pas été dramatique pour moi parce que je connaissais déjà... R6(20) : tous les jours il se passait quelque chose de drôle ici, et donc j'ai tout suite eu beaucoup de gentillesse de la part de certains résidents et du personnel aussi
		Optimisme	R5(12) : Je suis arrivé tout joyeuse, jolie... et ici, petit à petit on m'a tué psychologiquement... R5(23) : j'étais contente parce que je me suis dit que je ne dois plus aller au restaurant tous les jours, je vais être prise en charge, c'est joli, les gens sont sympas... je suis arrivé naïve et optimiste...
		Incertitude	R3(17) : un petit peu d'incertitude pour savoir comment je supporterais R4(33) : Je me disais que jamais je tiendrais le cou, jamais je vais m'habituer. R4(52) : au début, vous vous dites « je ne resterais pas ». R4(140) : les premiers trois mois où on ne s'habitue pas et on se dit « je vais partir » R6(22) : c'était très mitigé (...) il avait quelques filles qui étaient formidables et d'autres qui n'étaient pas à la hauteur R7(17) : De l'appréhension... R8(18) : je me suis dit « je dois commencer une nouvelle vie » (...) C'était une aventure. R8(77) : disons que la vie est tout à fait différente
		Etape finale	R1(29) : sortir d'ici, pour moi c'est difficile. R1(204) : La certitude d'avoir fait un choix définitif dans ma vie R2(32) : On sent qu'on passe une étape en âge... R2(67) : Je sens que je suis prêt de la mort et ça ne me dérange pas, mais je sens que c'est la fin de la vie et je regrette de ne plus savoir faire un état de choses que je faisais avant...

LA TRANSITION DU DOMICILE VERS LA MR	Sentiments Ressentis	Etape finale	R4(19) : je suis venu ici, on n'est jamais plus rien disons... R4(179) : elle est décédée hier... il y a aussi le fait que vous vous attaché à quelqu'un qui ne fait que passer... ici je suis dans une salle d'attente... on les voit passer, chacun son tour... il a la porte qui s'ouvre, la morte qui est là, c'est une salle d'attente. Ça il faut le supporter aussi, de voir partir ceux que vous aimez bien... R8(18) : Je me suis dit que je prends une nouvelle vie, je tourne la page...
	Prévoyance	Liberté	R1(55) : qui avait une liberté totale de mouvement, (...) D'horaires, (...) c'était comme ça en commençant. R5(23) : De la liberté de parole, la liberté d'appeler un médecin quand on a besoin... R5(42) : La liberté d'appeler tous les gens...
		Soutien	R1(54) : avait besoin des certaines certitudes. R5(23) : je vais être prise en charge
		Résidents valides	R2(37) : Je n'ai pas pensé que j'allais me trouver avec autant de gens malades. J'ai cru me trouver avec des gens âgées, qui avaient encore leur tête plus ou moins, mais qu'on aurait pu faire plusieurs choses ensembles... R2(44) : j'aurais aimé me trouver avec des gens qui sont encore valides, âgées mais valides R4(41) : je croyais que dans une résidence pour personnes âgées j'aurais beaucoup de contacts avec les autres
		Accueillante	R5(23) : des infirmiers joyeux et gentils, et un environnement propre du point de vue... de l'honnêteté
		Aucune	R3(21) : Je pouvais rien imaginer parce que je ne m'étais pas vraiment posé la question R4(36) : Mais je ne voyais pas la vie en avance R6(27) : Je ne voulais pas entendre parler de ça... je n'imaginai rien... j'étais très contente chez moi, j'avais un petit jardin, j'avais un chat... je ne voulais pas l'imaginer, on n'y parlait pas R7(23) : On n'imaginait pas parce que on n'avait pas prévu rentrer en maison de repos. R9(23) : Je n'ai jamais pensé une minute parce que j'étais trop bien, peut-être plus tard... je pense que je suis unes des plus jeunes ici. Je n'ai jamais pensé une minute que j'allais déjà venir ici.
	Réalité	Moindre liberté	R5(19) : mais dans le fond c'est une prison... R5(23) : Le manque de liberté, l'attitude des aides-soignantes qui m'emprisonnent parfois...

LA TRANSITION DU DOMICILE VERS LA MR	Réalité	Moindre liberté	R5(23) : tous les appels d'urgence sont coupés sur mon téléphone, je croie qu'on n'a pas le droit de faire ça (...) l'ambulance est venue 2 ou 3 fois et on a vu que c'était des crises d'angoisse et on a coupé tous les numéros d'urgence... R6(22) : il faut tout accepter quand on ne peut pas faire autrement, ce qui est mon cas. R7(31) : Ce qui ne me plait pas c'est qu'on ne peut pas faire ce qu'on veut... R9(123) : Suivre des règles... comme à l'école, on vous dit « à droite, à gauche », au début ça me posait des problèmes...
		Eloignement social	R4(46) : Et au début, vous ne parvenais pas à créer des contacts (...) j'ai eu très difficile pour m'habituer, mais maintenant je suis souvent seul. Je suis assez dans ma chambre R4(60) : parce que beaucoup des personnes sont désorientés... R7(116) : Je suis trop éloigné de mes enfants, de ma famille...
		Vie passive	R10(23) : elle est trop facile, donc je deviens bête et paresseuse... je suis très confortable d'avoir le petit déjeuner qui arrive tout seul, d'avoir les soins, les pilules, etc, sans devoir s'en soucier
		Résidents non valides	R2(39) : tomber dans un milieu avec des gens si malades... tous en chaise roulante, beaucoup avec une tête qui n'est plus bonne R4(42) : ici il y a énormément de personnes désorientées et ça c'est dure. Pour moi, ça c'était un problème parce qu'il y a certainement 80% des personnes désorientées R9(25) : il a beaucoup des personnes qu'il faut aider, au début j'ai trouvé ça très bizarre parce qu'à moi il ne faut rien faire. R9(64) : personne qui a sa tête comme moi, et ça m'impressionne fort (...) ça je trouve un peu dommage ici dans une belle maison. 2/3 des personnes parlent un peu avec vous, mais 5 minutes après elles ne peuvent plus dire ce qu'elles ont dit (...) il a beaucoup des chaises roulantes ici aussi, énormément, sa ça m'a choqué...
	Signification	Entourage poli	R1(88) : avoir des personnes très simples, le plus simples possible, qui ont du bon sens pour commencer... et puis la base de l'éducation. R4(61) : un bon contact avec le personnel

LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLO- GIQ	Signification		R5(72) : Il a des dames de compagnie qui vous cherche pour l'argent R9(25) : la gentillesse, la propreté, tout ça faut parti du bien-être.
		Famille	R2(71) : Aller avec mon mari faire des promenades de tous les cotes R6(76) : j'ai mon fils et deux petites-filles et un arrière-petit-fils, et pour moi c'est eux qui compte...
		Chez soi	R5(36) : Le bien-être psychologique c'est quand je suis à la mer, dans ma villa...
		Activités	R2(61) : Faire des promenades, faire des voyages, lire, jouer au scrabble que je le faisais régulièrement... j'apprenais des nouveaux mots encore, je jonglais avec les mots... R3(104) : sont importantes, parce que d'abord ça occupe... quand on est l'après-midi-là sans rien faire il faut chercher l'activité... R6(80) : je m'intéresse à ce qui se passe dans le monde, j'étais très musicienne... R7(40) : Et qui m'a fait faire beaucoup de choses ici. (...) c'est elle qui m'a poussé à assumer la direction des résidents, c'est elle qui m'a indiqué ce que je devais faire pour devenir président... R8(81) : la revue de presse. Les jeux (...) La gymnastique douce, le Wii thérapie, je les prends comme un jeu et pour ma santé. Sont les choses importants. Au début j'étais 2 ou 3 fois au cinéma.
		Contacts sociaux	R2(51) : De se trouver avec des gens du même niveaux que vous R4(60) : un bon contact avec les autres R8(44) : c'est pouvoir se confier à d'autres personnes, parler de ses problèmes...
		Liberté	R3(45) : d'avoir mon temps libre, mon temps de réfléchir, le temps de me reposer, le temps de faire un peu ce que j'ai envie de faire...
		Sérénité	R3(38) : ne pas avoir d'emmerdes comme on dit en français. Donc, de ne pas être dérangé par des gens (...) Donc j'ai un certain bien-être à cause de ça. Il n'y a personne qui m'embête. R3(44) : pas avoir des gros chagrins R4(50) : C'est être bien dans sa peau, se sentir bien.

LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLO- GIQUE	Signification	Sérénité	R6(75) : <i>Le bien-être psychologique est dans ma tête (...) ce n'est que moi (...) j'ai que trois questions fondamentales : où, quand et comment. Où, ce n'est pas difficile c'est soit à l'hôpital soit ici. Quand, je ne sais rien de tout. Comment, je ne sais rien de tout. Je ne me casse pas la tête...</i> R8(43) : <i>Le bien-être général c'est se sentir alaise (...) se sentir bien</i> R9(48) : <i>Ça c'est le principale... c'est être contente, être bien...</i> R10(38) : <i>C'est de ne pas réfléchir et de ne pas regarder plus loin que le bout de son nez... de ne pas se faire des grandes pensées ni des grandes élucubrations philosophiques...</i>
		Amour	R3(51) : <i>À l'amour</i> R6(88) : <i>A l'amour pour mes proches</i> R9(56) : <i>Pour moi, la vie c'est arrêté à la mort de mon mari, on s'entend très très bien...</i>
	Sentiments associés	Amitié	R3(51) : <i>l'amitié</i> R3(162) : <i>rencontrer des gens que je connais</i> R5(57) : <i>être avec des amis</i> R7(48) : <i>Surtout à l'amitié...</i> R8(47) : <i>à l'amitié et au contact humain.</i>
		Confraternité	R1(103) : <i>à la confraternité</i> R3(51) : <i>la supportabilité... qu'on me supporte et que je supporte les autres...</i> R5(56) : <i>Etre en confiance, ne pas me faire voler, pas être injuste... (...) être gentil, ce que n'est pas tout à fait le cas ici...</i> R6(88) : <i>à l'aide que je pourrais encore apporter aux autres (...) je peux leur remonter le moral, et être aimable</i> R8(43) : <i>A l'accueille</i> R9(57) : <i>j'ai deux filles qui sont formidables, mes beaux fils aussi... c'est un peu monotone mais, heureusement que j'ai tout ça parce que... sinon tout seul ici serais...</i>
		Satisfaction	R4(66) : <i>A se sentir bien dans sa peau, à être contente intérieurement...</i> R5(56) : <i>se sentir bien</i> R9(53) : <i>Être content, satisfaite au quotidien...</i>

LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLO- GIQUE	Sentiments associés	Bonheur	R1(104) : ici il y a une personne qui est heureuse : quand son fils lui porte du pain, il lui fait une tranche de pain, il prépare lui-même... (...) Alors elle est très contente avec ça R3(56) : de bien-être, de bonheur disons... R5(50) : être heureuse... être joyeuse comme j'étais quand je suis arrivé...
		Regret	R2(69) : je sens que c'est la fin de la vie et je regrette de ne plus savoir faire un état de choses que je faisais avant... R3(28) : j'ai simplement un petit peu de regret (...) C'est à cause de l'âge, de ne plus pouvoir voyager, etc, (...) c'est la question de 86 ans... R6(80) : ça c'est mon regret, d'avoir dû abandonner mon piano...
LA SANTE	Atteinte	Physique	R1(111) : la santé physique limite beaucoup des choses... et on ne peut pas imaginer certaines choses... R2(52) : de pouvoir faire encore beaucoup de choses que je ne sais plus faire parce que je ne vois pas (...) c'est une diminution... R2(58) : pouvoir faire beaucoup de choses et qu'est impossible de faire maintenant (...) que je ne sais plus faire (...) J'aurais aimé faire encore certaines choses R2(66) : Quand on peut faire n'importe quoi on se sent bien, quand on est diminué on sait plus le faire et donc le sentiment de bien-être diminue aussi... R3(56) : quand je commence à avoir mal ici ou là, j'ai moins de bien-être (...) ça a une influence R3(57) : Quand j'ai un ennui physique, par exemple j'ai difficulté à marcher, (...) ça me dérange mon humeur, mon bien-être... parce qu'il n'y a que ça de variable en fait, tous les écarts de santé... le bien-être il est comme il est mais s'il y a une variation, la variation c'est parce que j'ai un problème de santé. R8(51) : j'avais le parkinson et avec les médicaments ma santé a remonté. Je me suis senti mieux, j'ai pu reprendre des contacts que j'avais, j'ai pu me sentir moi-même malgré tout R9(62) : l'un dépend de l'autre même. Si vous êtes en bonne santé, forcément vous êtes content. Si vous avez mal, il a certains jours où je suis moins souriante.

LA SANTE	Accroître	Bien-être psychologique	R4(74) : Quand vous vous sentez bien dans votre peau vous êtes bien mentalement, et le physique passe au second plan. (...) la maladie de Parkinson, que vous savez que c'est évolutif (...) mais ça n'affecte pas mon moral (...) je fais des efforts pour lutter contre R5(63) : j'ai la maladie de parkinson et regardez, depuis qu'on parle je ne tremble plus, parce que je m'exprime... et le neurologue dit que c'est lié au stress, etc... c'est lié à 95%... depuis qu'on parle je suis plus détendue, je ne tremble plus... quand vous êtes arrivé je tremblais fort... parce que vous êtes sympathique et vous m'écoutez... R5(63) : des tremblements, des bourdonnements d'oreille, la tête qui tourne, des ongles qui deviennent comme des baguettes, je sais plus marcher (dans l'absence de bien-être psychologique) R10(48) : je me demande pourquoi je me force à tous les jours de marcher, faire le tour là, c'est un stand de se battre pour la suivie...
LE BONHEUR	Personnalité	Sociable	R4(25) : j'ai toujours eu du contact avec le publique, donc ça me convenait d'être avec les autres ici. (...) Et maintenant ça fait déjà 5 ans que je suis ici et je me suis très bien intégré et je suis très heureuse ici... (...) je me suis habitué R4(50) : Je suis d'un caractère assez fort et je ne souffre pas psychologiquement
		Optimiste	R2(87) : mais le bonheur, il faut être optimiste et je le suis... (...) donc le bonheur il est encore là, mais il est diminué... R2(100) : mais comme je suis optimiste je prends les choses comme elles viennent... (...) je cherche encore mes possibilités. R2(180) : le bonheur je l'ai encore, il est dans ma tête, c'est le principe d'être toujours optimiste... R2(192) : Dans mon caractère, c'est moi qui suis comme ça... (...) Je n'ai pas une nature triste, j'essaye toujours de passer au-dessus (...) de pas se laisser aller, de réagir... R6(90) : je me fais le moral à moi-même...
		Solitaire	R8(33) : J'ai toujours eu un caractère assez enfermé, je n'ai jamais cherché le contact. Je me suis dit que je vais aller comme ça et que je me fais mon petit coin. R8(90) : je n'ai pas besoin de trop de contact avec les autres
			R1(117) : C'est difficile à expliquer ça (ton vocal plus bas et plus calme) ...tout est peu R3(79) : Le bonheur c'est un état...

LE BONHEUR	Intime	Subjective	R3(159) : <i>mais le bonheur comme ça... comme ce n'est pas facile à décrire...</i> R4(87) : <i>C'est difficile à définir le bonheur...</i> R10(58) : <i>Uhh, aucun philosophe n'a jamais répondu</i> R10(76) : <i>Le bonheur est un trop grand mot.</i>
		Joie	R2(76) : <i>Etre heureuse (en souriant) ...</i> R3(68) : <i>c'est de ne pas avoir de malheur</i> R4(87) : <i>c'est toujours ce sentiment d'être bien dans sa peau</i> R7(58) : <i>l'absence de souffrance et la joie</i>
		Famille	R2(78) : <i>J'ai la chance d'avoir ma fille (...) elle est terrible... et c'est un bonheur énorme pour moi... la rencontrer, parler avec elle, elle m'amène un peu de tout cotes, elle est super gentille... ça c'est mon bonheur... j'ai une grande famille et on est très attachées...</i> R3(68) : <i>de savoir que les enfants, que les petits enfants sont en bonne santé, qu'ils réussissent dans leur vie</i> R3(74) : <i>je suis heureux si m'a compagne l'est aussi</i> R3(162) : <i>de mes relations personnelles, de famille (...) chez ma compagne...</i> R4(90) : <i>quand j'attends mon fils, quand il vient diner avec moi... j'ai mes petits-enfants... par exemple tous les dimanche soir mon frère me téléphone</i> R5(81) : <i>être avec ma fille, mes petits-enfants</i> R6(110) : <i>Mon bonheur c'était ça (...) mon fils, et mes deux petites filles et maintenant j'ai un arrière-petit-fils... c'est ma famille...</i> R6(110) : <i>c'est lié à ma famille, à mon entourage</i> R7(65) : <i>Heureux c'est quand j'ai des contacts avec ma famille, avec mes enfants et surtout avec ma petite fille qui vienne régulièrement ici... là je suis très heureux !</i> R9(76) : <i>sont les enfants, ça c'est mon bonheur. Mes deux filles (...) J'ai un frère aussi mais que je voie beaucoup moins</i> R10(59) : <i>le bonheur actuel c'est une bonne entente au tour de moi, une bonne entente avec ma famille, être rassuré sur l'avenir de mes enfants...</i>

LE BONHEUR	Intime	Amis	R5(82) : être à Knokke avec des copains et des copines R6(116) : j'avais beaucoup d'amis
		Amour	R3(69) : de savoir que ma compagne m'aime encore et qu'elle fait tout pour moi... R3(162) : Le bonheur dépend de mes questions personnels (...) et d'amour... R4(112) : j'ai eu une vie heureuse... je suis une femme qui a eu 2 grands amours dans sa vie, ce qui donne de la force (...) j'ai constaté qu'à 81 ans vous pouvez aimer que quand vous avez 20 ans
		Intérêts personnels	R5(82) : être au bord de la mer ou sur la plage tout seul (...) la mer je l'adore... ça fait du bien à la santé R5(92) : promenades... R6(82) : jouer au piano ça me donne énormément de satisfaction... R2(76) : de réaliser tous qu'on est en vie de réaliser encore... R8(57) : pouvoir réaliser ses projets.
		Chez soi	R5(83) : être dans ma jolie villa que c'est beaucoup plus belle que cette petit chambre R5(103) : Retourner chez moi à Knokke... pas une maison de repos, c'est trop fermé... R8(62) : je faisais mon bonheur en vivant seul et en faisant mon petit ménage, c'est ça qui était important. Au fond, j'ai reporté mon bonheur du travail sur mon appartement, être chez moi.
		Animaux	R2(157) : J'adore les animaux, je préfère les chats mais j'adore les animaux (...) je soignais des chats abandonnés... R5(84) : être avec mon petit chien... R6(32) : j'étais très contente chez moi, (...) j'avais un chat...
		Serviabilité	R4(88) : essayer de faire plaisir aux autres, c'est essayer d'être ou se rendre utile, c'est d'essayer quand par exemple une personne est déprimée de trouver les mots pour le remonter le moral R9(110) : j'étais à côté d'un vieux monsieur (...) et petit à petit j'ai dit « vous voyez, votre mémoire elle est meilleure que la mienne » il était heureux comme tout... et moi aussi, j'aime bien aider.
		Liberté	R1(118) : le bonheur c'est la liberté de décision, la liberté de choix...
			R2(86) : il a des choses qu'on pouvait faire que maintenant on ne sait plus faire... R2(124) : j'ai quand même des difficultés, je ne sais plus marcher long temps et je n'ai pas de forces...

LE BONHEUR	Modification	Diminution des capacités	R2(185) : <i>je ne sais plus faire tout ce que je voulais faire, ce que je voudrais faire, et ça c'est épouvantable... au niveau physique je suis diminué, la marche, la vue, la force...</i> R6(54) : <i>maintenant moins parce que je suis trop fatigué, j'ai 96 ans</i> R7(70) : <i>maintenant je peux faire beaucoup moins de choses, je suis beaucoup plus bloqué maintenant. Et donc c'est malheureux de ne pouvoir plus faire un état de choses...</i> R8(110) : <i>Faire des voyages me donnerait sûrement du bonheur (...) je n'ai plus l'envie de marcher, de dépendre des gens...</i>
		Déprise des activités	R2(99) : <i>j'adorais lire, j'adorais faire des mots croisés, j'adorais faire mon scrabble... tout ça a été diminué</i> R2(121) : <i>Si je pouvais faire encore du scrabble, si je pouvais lire le journal, si je pouvais lire des livres, faire des sorties, des petits voyages... mais ce n'est plus possible à cause de ma vue et de la marche que n'est plus comme avant</i> R3(32) : <i>C'est faire du sport par exemple, aller me promener et de voyager évidemment</i> R3(169) : <i>A l'âge que j'ai, la sexualité n'est pas grand-chose... et ça faisait partie de mon bonheur de vivre. Et maintenant... ça change... c'est important pour moi...</i> R6(54) : <i>au début j'y assisté et maintenant moins parce que je suis trop fatigué, j'ai 96 ans</i> R6(81) : <i>d'avoir dû abandonner mon piano...</i> R7(75) : <i>une vie plus active, j'étais avec ma femme, j'étais chez moi, je travaillais, je voyageais... donc j'avais une vie très mouvementée... et donc la comparaison est là.</i> R8(58) : <i>Le bonheur dans ma vie a été surtout mon travail. Si je n'avais pas eu le travail que j'avais, ma vie aura été catastrophique.</i> R8(105) : <i>quand j'étais pensionné que je faisais des voyages, mais ça ne manque plus à mon bonheur. (...) Faire des voyages me donnerait sûrement du bonheur, mais je me suis dit que je n'ai plus le besoin et je ne peux plus m'aventurer</i> R9(84) : <i>là, c'était beaucoup courir... (...) avant c'était une vie plus active avec lui, on faisait des choses ensembles...</i>
		Limité	R2(180) : <i>le bonheur c'est tellement limité à l'âge que j'ai</i> R2(187) : <i>je ne sais pas faire ce que je voudrais faire et ça limite mon bonheur quand même...</i> R3(74) : <i>peut-être que je me contente de moins... (...) à l'âge que j'ai je me contente du bonheur que j'ai...</i>

LE BONHEUR	Modification	Limité	R3(94) : <i>il peut rien arriver de plus, disons dans mon bonheur... parce que à l'âge que j'ai la situation se dégrade, donc je suis content si je n'ai pas de malheur qui m'arrive</i> R8(92) : <i>je me limite à ma vie, ça c'est mon bonheur, ma petite vie.</i> R9(85) : <i>c'était un bonheur terrible, mais maintenant il y a quand même une limite quand mon mari est parti ...</i> R10(58) : <i>ce n'est pas le même que quand j'étais plus jeune (...) alors, devient un tout petit cercle.</i> R10(64) : <i>le monde était plus grand. Donc les ambitions étaient plus grandes, on voyait plus large, maintenant le cercle se rétréci.</i>
		Perte Conjugale	R2(88) : <i>avant j'étais avec mon mari et c'était tout à fait différent... c'est la tristesse quand on perd son mari, évidemment... on avait du bonheur d'être ensemble, de faire ce qu'on voulait ensemble... faire les choses à deux ou les faire seule ce n'est pas pareil</i> R4(113) : <i>il y a eu la mort de mon mari, évidemment on a mal. Et puis je suis resté 6 ans tout seul où j'ai pu me remettre</i> R5(81) : <i>Avant c'était d'être avec mon mari mais il est mort.</i> R6(109) : <i>j'étais heureuse avec mon mari jusqu'au but</i> R7(76) : <i>J'étais beaucoup plus heureux à l'époque... une vie plus active, j'étais avec ma femme</i> R9(77) : <i>je n'ai plus mon mari (...) Il y a plus grand-chose. Avant c'était mon mari</i> R9(147) : <i>le jour où vous tombez seul, ce n'est plus le même bonheur. Heureusement j'ai mes filles, mais ce n'est plus le même bonheur. Surtout qu'on a été un ménage formidable...</i>
		Reconstruction	R2(97) : <i>J'ai dû reconstruire ma perception de bonheur, parce qu'avant c'était différent... Déjà le fait de ne pas être à la maison, le fait de ne pas savoir lire, ce qui était pour moi énorme...</i> R3(76) : <i>Quand j'étais plus jeune il avait aussi la réussite professionnelle, maintenant cette question ne se pose plus. (...) j'étais le plus heureux au moment où je me suis marié et où j'ai eu mes enfants</i> R3(166) : <i>dans cette période de vie où je suis...</i> R5(91) : <i>elle est plus tranquille (...) elle a changé, elle est plus calme maintenant (...) il ne me faut plus des grands voyages, des hôtels de luxe... au contraire, on est parfois moins bien là-dedans...</i> R7(75) : <i>Quand j'avais 50 ans et maintenant ce n'est plus comparable... c'est tout une autre vie d'activités, tout a changé complètement. J'étais beaucoup plus heureux à l'époque...</i>

LE BONHEUR	Modification	Reconstruction	<i>R8(67) : Elle s'est surement modifiée parce que je me suis centralisé sur des choses simples et qui étaient de tous les jours</i> <i>R8(105) : Je me suis fait une nouvelle vie et je me sens bien dans la vie que j'ai actuellement...</i> <i>R9(77) : Maintenant j'ai beaucoup plus de temps pour réfléchir...</i> <i>R10(65) : J'ai eu la chance d'avoir une vie très variée, avec beaucoup d'ouverture sur le monde (...) et maintenant mon univers se borne à mes enfants, mes petits-enfants, mes proches, mes amies</i>
	Éléments présents à la MR	Contacts sociaux Valables	<i>R2(40) : je me suis fait un petit groupe d'amies ici quand même, des gens qui sont bien...</i> <i>R2(88) : le contact avec des autres personnes que j'ai appris à bien aimer...</i> <i>R2(109) : Me retrouver ensemble avec d'autre personnes... (...) les gens sont tellement gentils qu'on a plaisir à les voir quand même... rencontrer des gens du même niveaux que moi</i> <i>R4(145) : Et si par les paroles et par les contacts on parvient à aider une personne, ça c'est quelque chose que j'aime faire, ça me fait plaisir</i> <i>R4(159) : elle me téléphone pour me dire « elle est chouette ta doctoresse », et ça fait plaisir, on a pu rendre service. Et on ne se sent pas abandonné, on ne se sent pas trop seul. Elle est ici au couloir et elle me dit « s'il y a quelque chose que ne vas pas, tu me sonnes tout suite » et moi je lui sonne, ou elle me sonne....</i> <i>R5(99) : jouer au scrabble avec des gens sympas...</i> <i>R6(58) : je me suis aussi fait quelques amitiés (...) on rit beaucoup avec des bêtises</i> <i>R6(123) : c'est un bonheur de retrouver certaines personnes, d'observer ce qui se passe</i> <i>R6(139) : des gens auxquelles je me suis attaché et qui sont partis, il y en a beaucoup, et tous les soirs je fais une rétrospective, j'y pense et ça me procure du bonheur...</i> <i>R7(60) : c'est ça le bonheur... la psychologue et la discussion avec les deux ou trois personnes</i> <i>R7(82) : Quand je vois une dame que j'aime bien, et qui viens me pousser tous les matins et qui vient discuter avec moi</i> <i>R8(86) : la dame avec qui j'ai des contacts réguliers, ça rempli mes journées aussi.</i> <i>R9(68) : Heureusement j'ai repéré une amie, un peu comme moi, donc là j'ai une amie. Et puis j'ai deux très vieilles personnes où je me suis un petit peu attaché</i>

LE BONHEUR	Éléments présents à la MR		R9(107) : C'est à moi à trier certaines personnes qui sont tout à fait à côté de la plaque... R10(71) : Des petits partages d'amitiés avec l'un ou l'autre, des petits conversations... Bien, les conversations sont rarement possibles parce qu'ils sont presque tous Alzheimer, mais il y en a quelques-uns... c'est pour ça que je me dis « je m'entends très bien avec moi-même » et j'ai peu de contact avec les autres résidents.
		Visites de la famille	R3(75) : si elle vient me voir, si mes enfants viennent me voir de temps en temps... (...) ma compagne qui vienne me voir au moins 3 fois par semaine. R3(89) : quand j'ai de la visite... disant, c'est un changement... R2(80) : la rencontrer, parler avec elle (la fille) R4(90) : quand j'attends mon fils, quand il vient dîner avec moi... j'ai mes petits-enfants (...) je ne suis pas abandonné, je suis seul ici mais je ne me sens pas abandonné... R6(130) : quand j'ai de la visite je suis enchanté... récemment j'ai eu la visite d'une dame que je l'avais plus vue depuis 24 ans, ça m'a fait plaisir... R6(178) : ma famille que j'aime beaucoup, ils sont terriblement occupés (...) j'aimerais les voir plus souvent... mon fils surtout, parce que mes petites filles font ce qu'elles peuvent... R7(65) : Heureux c'est quand j'ai des contacts avec ma famille, avec mes enfants et surtout avec ma petite fille qui vienne régulièrement ici... là je suis très heureux ! R8(79) : j'ai un fils que je vois tous les 15 jours / 3 semaines, ça c'est important que j'aie ce contacte-là... R10(71) : les visites
		Sortis avec famille	R3(81) : elle m'amène aussi entre 1 fois et 3 fois, donc elle m'amène chez elle et là je mange bien, je passe un bon moment... R2(80) : elle m'amène un peu de tout cotes, elle est super gentille... ça c'est mon bonheur...
		Contacts de l'entourage	R2(140) : Et ma fille qui me téléphone tous les matins R4(91) : tous les dimanche soir mon frère me téléphone (...) mon fils me téléphone tous les jours... R6(131) : quand un ami de mon mari m'appelle toutes les semaines pour avoir de mes nouvelles... R10(71) : ou les gens qui pensent à moi, tous ces cartes sont des gens qui m'ont envoyé...

LE BONHEUR	Éléments présents à la MR	Partage de table	R2(176) : Je suis avec une petite dame à table, (...) elle n'arrête pas de me dire qu'elle est contente d'être avec moi... et moi j'ai une joie d'être avec qu'elle parce que ça me fait plaisir... R6(124) : le repas au restaurant (...) c'est un bonheur de retrouver certaines personnes, d'observer ce qui se passe R6(69) : j'ai une bonne vue de tout le restaurant et c'est une place agréable, les tables qui y entour sont des gens agréables et je m'y accroche ! R9(133) : je suis déjà habitué à ma place. Je suis avec des personnes très bien (...) un monsieur m'a dit « on est pas mal dans cette table », parce qu'il a des tables quand même pénibles...
		Activités Valables	R2(110) : joué aux cartes (...) participer à des conversations, mais ça dépend avec qui (...) faire des jeux ensemble (...) la revue de presse par exemple m'intéresse énormément, bien que je l'entende à la télévision mais c'est un contact agréable... surtout les jeux avec des lettres, des jeux cognitifs, trouver des énigmes... j'adore, c'est agréable, sont des bons moments... faire des bonnes activités, des activités valables, parce qu'il a des unes qui ne le sont pas... R3(99) : j'en ai plusieurs activités qui me plaisaient, je fais partie de la chorale, on vient de créer un groupe théâtral... R4(131) : des questions-réponses sur de sujets en histoire ou en géographie. (...) on a fait une fête pour le carnaval et j'ai ri au larmes (...) sont des moments de détente, on rit sans à rien penser R4(145) : je joue au scrabble (...) je joue à la canasta, j'ai un ami auquel on joue aux échecs... R5(98) : Lors des activités... par exemple le théâtre, la chorale, la revue de presse, jouer au scrabble avec des gens sympas... en général dans les activités on se détends... R6(123) : les activités, les concerts... le piano, le violoncelle... R6(135) : des poésies, des films... et je regarde de la télévision où on donne par exemple une série Autrichienne avec Rex et ça me fait rappeler mon voyage à Vienne où j'ai pu rencontrer personnellement ce chien, et alors revoir ça me donne un bonheur extraordinaire... R8(90) : j'aime bien me documenter... R9(92) : les activités organisées j'aime bien... samedi et dimanche c'est un film... alors maintenant c'est la revue de presse, ça j'aime bien. (...) des jeux aussi pour l'intelligence (...) la gym...

LE BONHEUR	Éléments présents à la MR	Environnement Accueillant	R4(238) : Ça on est heureuse de vivre dans un cadre comme on vit. On est des privilégiés. Bien sûr, elle peut nous apporter beaucoup, dans un sens où on vit dans un cadre exceptionnel. (...) votre chambre vous pouvez la ranger comme vous voulez, on peut amener des meubles à soi. R6(122) : le jardin d'hiver, donc dès qu'il fait beau je vais prendre l'air... R6(126) : le grand salon au restaurant est très agréable, très confortable et le petit jardin à côté... R6(55) : j'aime beaucoup ma chambre qui est très agréable... R7(17) : nous avons une très grande chambre, très belle (...) très clair, avec beaucoup de fenêtres. Ma femme et moi, on était très contentes... R8(79) : J'ai dit, je prends une petite chambre, je me sentirais bien, il fait propre... c'est important (...) une bonne ambiance, être accueilli
		Animaux	R2(156) : son petit chien sur mes genoux (...) j'adore sa présence et j'aime bien quand il vient sur mes genoux, on se parle (en rigolant) ... ça donne des joies... R6(127) : le chien du directeur ! Ah mais ça, c'est un chien de cirque, il est tellement comique, il amuse tout le monde... il est comédien, je le connais tellement bien que je lui parle comme à une personne. Et tout le monde joue avec lui... ça c'est une chose qui me donne beaucoup de bonheur
LA MR ET LE BONHEUR	Éléments potentiels	Activités personnalisées	R2(125) : Il y a des petits voyages ici, mais pour moi ne sont pas intéressants. (...) c'est court et c'est tout un groupe avec des difficultés en masse... et alors en plus comme il faut attendre de tout côtes, le lendemain je suis fatigué, je suis crevé... mais on ne sait pas le personnaliser, ce n'est pas possible. Ou mettre éventuellement des bénévoles. R2(138) : Je voudrais bien suivre des cours de langues R3(84) : ici on n'a pas beaucoup d'activités, on est assez passives R3(98) : une activité qui me plairait R3(144) : il n'y a pas toujours d'animations R5(85) : ici je ne sais pas où aller me promener... j'allais au théâtre tous les soirs, mais c'est dangereux à Bruxelles... je ne sors presque pas... R5(112) : avoir plus d'activités

LA MR ET LE BONHEUR	Éléments potentiels		R8(110) : les excursions qu'on a ici, ça ne m'attire pas, ils m'ont proposé de faire des voyages à Ostende et de choses comme ça R9(97) : J'aime toutes les activités mais parfois je n'y vais pas parce que c'est vraiment pour les tout petits
		Soins Personnalisés	R1(199) : ils me donnent une photocopie du menu mais moi je ne sais même pas lire l'écriture... R2(142) : Et ma fille qui me téléphone tous les matins, comme je ne sais plus lire, tous les matins elle me dit ce qui a à manger dans la journée, ce qui a comme activités... R5(113) : être plus gentils avec moi, faire un peu plus d'attention à la personne...
		Environnement adapté	R1(144) : il y a des microondes pour faire le thé, mais ça ne fonctionne pas ! R3(110) : ils peuvent améliorer la situation matérielle R4(229) : il y avait une microonde qui ne fonctionnait plus et une dame qui dit « je soupe dans ma chambre et ma soupe est toujours froide, j'aimerais bien une microonde qui fonctionne » R5(74) : l'histoire où je demande une chambre plus calme... R9(120) : le lit n'est pas excellent (...) je mets un essuie ou quelque chose au milieu, parce que vous tombez au milieu, si c'est du mauvais côté je me réveille avec mal.
		Liberté d'action	R3(42) : De pouvoir faire ce que je veux je ne peux pas, parce qu'il y a tout un problème d'organisation, disons ... des repas à certaines heures, des animations... R6(127) : on n'est pas très très libres R9(127) : dès que vous rentrez ici vous êtes à l'école, il faut obéir.
		Contacts sociaux agréables	R4(170) : quelqu'un avec qui vous savez parler... il a des dames que j'aime bien mais elles sont tuantes... (...) il y a des moments où je ne peux plus, c'est dure de vivre à côté des gens désorientés R9(91) : Parce qu'ici, quand je vois les personnes autour de moi, c'est quand même un petit peu ... (...) parler un peu, mais je m'arrête parce que ce n'est pas possible.
		Soutien psychologique	R4(186) : une aide psychologique que la résidence ne vous donne pas. R4(247) : Il y a beaucoup des résidents qui n'osent rien dire car ils ont peur des représailles, ça aussi on a peur. Si on fait une remarque sur un aide-soignant on est sûr qu'il va y avoir une réaction, il faut faire attention, être prudent... R5(70) : mais ici ce n'est pas possible de se sentir bien, on est toujours en stress...

LA MR ET LE BONHEUR	Éléments potentiels	Soutien psychologique	<i>R7(40) : la psychologue à l'époque... c'était fantastique (...) à ce qu'elle m'a fait faire dans la maison, le soutien... Elle m'a aidé de tout façons : moralement, physiquement...</i>
		Sécurité des objets	<i>R1(71) : Ce petit paravent est un souvenir de voyage (...) Eh bien ils ont trouvé le système de l'enfoncer, de le casser, de faire des trous, de le laver, de le démonter et de le jeter par terre (...) J'ai des très beaux tableaux, je n'ai rien porté, tout disparaît... il n'y a aucune sécurité.</i> <i>R1(81) : Le coffre doit être placé à l'intérieur et je l'ai trouvé sur le frigidaire (...) maintenant il se trouve là, devant la fenêtre et il n'a aucune sécurité</i> <i>R5(36) : ils m'ont volé une très belle montre en or, avec un cadran entouré de diamants, puis ils m'ont volé un parfum, puis ils m'ont volé un collier qui est réapparu dans mon sac il y a deux jours</i> <i>R5(36) : qu'on me vole plus comme on m'a volé et qu'on s'intéresse au moins au fait que j'étais volé...</i> <i>R6(92) : on m'a pris une bague, des produits de beauté qui disparaissent mystérieusement ou qui diminuent, un bracelet de grande valeur qui a disparu... pour la bague je suis très triste parce que c'était un cadeau de ma maman... il faut être attentive... et pour les vêtements ça se passe la même chose...</i> <i>R9(115) : Tout au début ils m'ont quand même pris 25 euros, j'avais fait une expérience et ils ont été partis... quand ils ont fait mon lit et que je pars je ferme la porte parce que je sais que... je n'aime pas un passage étranger quand je ne suis pas là</i>
		Sécurité du résident	<i>R1(77) : On ne peut pas fermer la porte de la chambre (...) alors, je me suis retrouvé avec une autre personne d'un autre étage dans mon lit ...</i> <i>R1(137) : j'ai fait une blessure aux lèvres parce que la tasse de café avait une brèche...</i> <i>R5(106) : qu'on me débloque les appels d'urgence...</i> <i>R6(45) : il faut savoir se défendre aussi parce que malgré qu'on n'embête personne (...) on vient encore m'attaquer parfois (...) une fille qui a été renvoyé pour maltraitance (...) Elle a eu quelques gestes un peu brusques vis-à-vis de moi... par exemple quand elle me déshabillait le soir, elle me tapé sur le long des cuisses, très très brusque</i> <i>R6(156) : ils pouvaient augmenter le sentiment de sécurité (...) qu'on vienne plus vite quand on sonne. Ça m'a déjà arrivé d'attendre 45 minutes/1 heure, et je me suis dit que si j'avais tombé... (...) on vient discrètement la nuit pour voir si tout va bien. Et ça je trouve un sentiment de reconnaissance, ça c'est très bien...</i>

LA MR ET LE BONHEUR	Éléments potentiels	Qualité de la nourriture	R1(65) : quand vous prenait un thé il y avait la marque, maintenant le thé c'est une boisson chaude (...) Ca ne vas pas. R1(145) : Le frigidaire qui est en bas est ouverte avec des choses périmes... R1(199) : la cuisine qui devrait être une cuisine avec un chef, il n'y a qu'un plongeur... R3(81) : les repas du soir sont pas terribles ici... le repas du midi sont très bien mais le repas du soir ça ne me plaît pas toujours... (...) donc bien manger ça fait partie des plaisirs de la journée. R3(142) : dans l'organisation en générale, manger correctement... ça c'est vraiment fondamental R4(200) : Et je dois dire qu'il y a des moments où la nourriture... « comment peuvent-ils servir ça ? » R4(206) : Vous allez chez le cuisinier (...) Il me dit « j'ai un budget... je ne sais pas avec l'argent qu'on me donne acheter de la viande de première qualité » (...) il doit la faire bouillir pour qu'elle soit mangeable pour les personnes âgées qui ont des mauvaises dents... donc on mange toujours cette viande sur forme de carbonade flamande. Vous savez quand vous avez une vie... vous aviez eu la cuisine que vous aimiez et tout, et vous tombez ici... il a des moments où on rêve de manger quelque chose de convenable. Il a des jours où c'est très bon... Le plaisir de la table c'est aussi un plaisir. Si vous dînez à table avec des personnes qui sont désorientés et que vous avez dans votre assiette quelque chose qui ne vous plaît pas... R4(223) : c'est la nourriture le plus grand problème, (...) on n'est pas toujours contents parce que nous sommes un peu des personnes qui ont était gâtés par la vie et qu'on s'attends à un peu plus... R6(124) : ce n'est pas bon toujours... R6(56) : le repas en général est bon, mais si le cuisinier est en congé c'est très mauvais... R8(83) : avoir une bonne nourriture
		Quantité de nourriture adéquate	R1(139) : vous a avez un kiwi coupé en quatre dans un plat de servir au four... R1(142) : vous trouvez 5 tartines en plastique et vous demandez du pain « ah, on n'a pas de pain », on vous dit... comment est-t-il possible qu'on a pas de pain ? R4(191) : au soupé on a 2 tranches de salami et 3 feuillées de salades... et j'y vais lui dire qu'un homme normalement constitué ne sais pas quand même souper avec 2 tranches de salami

LA MR ET LE BONHEUR	Eléments potentiels		R4(201) : tous les mercredis je sors avec une amie qui vienne me chercher en voiture et nous allons faire des cours. Donc tous les mercredis je viens avec de la nourriture, j'ai un petit frigo et après le souper je mange dans ma chambre parce que j'ai faim
		Partage de table personnalisé	R4(166) : j'ai à côté de moi à table une dame qui (...) ne comprend pas ce que vous lui dites (...) il y a des moments où je ne peux plus (...) Je suis à table avec 2 personnes complètement perdues, c'est très fatigant... R4(173) : J'ai déjà demandé pour essayer d'améliorer les contacts que j'ai à table mais (...) vous ne pouvez pas choisir celui avec vous voulez manger, ils vous l'imposent par votre comportement. Comme je suis une personne assez patiente donc à table j'ai des personnes qui sont difficiles à aller aux autres tables... R6(59) : je suis à table avec une Alzheimer (...) et parfois elle est exaspérante (...) on a voulu me changer plusieurs fois car ils ne voulaient pas changer celles à côté de moi parce que ça irait les perturber... « moi je suis bien là et j'y reste » et on n'arrive pas à me changer de place ! R6(71) : je vois qu'il a des gens qui déménagent 3 ou 4x ... R9(134) : j'ai toujours dit si un jour je change de place, je ne viens plus au restaurant, je mangerais à midi aussi à la chambre. R9(141) : Nos tables, disons, est parfaite, on ne se chaille pas ni rien de tout. A côté il y a une dame qui a déjà changé 4 fois de table...
	Rôle Institutionnel	Actionnaires Réalistes	R1(40) : les prix ont augmenté énormément parce que c'est devenu une société à action, et les actionnaires ne savent même pas qu'est-ce que c'est la réalité R4(194) : alors l'MR est une pyramide : dans le bas de la pyramide vous avez des briques bien solides, ce sont les résidents que tous les mois versent leur pension. Puis la pyramide monte et vous avez le directeur, et lui quand vous avez un problème il va demander à son supérieur hiérarchique. Et lui, il monte dans la pyramide qui demande à celui d'au-dessus. Puis on arrive en haut de la pyramide où sont les actionnaires qui n'ont aucune idée en tête de ce qui est réduire au maximum les frais. Et les frais où on peut les réduire sans que ça se remarque trop c'est la nourriture.
		Directeur participatif	R1(192) : le directeur dit « vous devez nous dire et on prendra des mesures » ... et vous dites « monsieur le directeur je voudrais un rendez-vous avec vous, le jour que... », « ah, la semaine prochaine » ou « je ne suis pas là » Devrait y avoir un contact...

LA MR ET LE BONHEUR	Rôle Institutionnel	Directeur participatif	R2(151) : on a un très bon directeur... je pense qu'il fait en sorte que les gens soient heureux ici et ça c'est important (...) il fait en sorte que quand on demande quelque chose il fait tout ce qu'il peut pour qu'on l'ait, il fait le maximum pour tout... je le voit de temps en temps, il fait des petits discours R4(187) : Vous y avez envie d'aller chez le directeur et de dire il y a « ça, ça et ça qui ne vas pas », en tant que présidente j'y vais parfois m'entretenir avec lui, mais vous vous rendez compte que vos paroles tombent dans le vide et qu'il n'a rien à foutre de ce que vous dites R4(221) : le directeur ne va pas accepter les plaintes, je lui parle des choses importantes, mais il va pas accepter (...) mais moi j'ai déjà remarqué que si j'y vais parler au directeur ça ne sert à rien (ton vocal plus bas). R4(252) : Vous n'avez jamais raison, il va vous prouver par A+B qu'elle l'a fait pour votre bien ou... un résident n'a jamais raison, jamais... R4(256) : Etre plus à l'écoute, mais je ne crois pas que ça va changer... j'ai connu 4 directeurs ici, et sont tous les 4 la même chose R5(107) : j'étais volé et le directeur s'en fou, il y a une caméra il pouvait regarder...
		Crédibilité	R1(49) : en ayant ce qu'ils me proposaient... Mais tout ça n'existe plus, ce n'est plus la réalité... c'était dur, c'était strictement dur parce que tout qu'on avait vu c'est une fausseté. R1(133) : que tout soit plus simples ici, plus réel... ici c'est irréel en tout (...) il y a des menus qui sont magnifiques à lire mais que ne sont jamais respectés. (...) Alors on fait une grande présentation des services et puis... (...) R1(141) : Les choses doivent être plus réelles, comme elles le sont dites ! (...) la réalité et pas la fausseté (...) S'ils répondaient à ce qu'ils disent d'offrir ! R4(61) : Parce que ce qui compte pour lui (directeur) c'est le standing de la maison, mettre des belles bouquets de fleurs, améliorer le cadre... on est dans un cadre magnifique ici... mais quand au souper on a 2 tranches de salami et 3 feuilles de salades...
		Prix adéquat	R1(40) : les prix ont augmenté énormément R1(61) : C'est tout à fait différent et tout à fait payant R4(194) : dans le bas de la pyramide vous avez des briques bien solides, ce sont les résidents que tous les mois versent leur pension. Puis (...) les actionnaires qui n'ont aucune idée en tête de ce qui est réduire au maximum les frais

LA MR ET LE BONHEUR	Rôle Institutionnel		R4(277) : et alors la pension (prix de la MR Y) est assez cher R5(84) : on vous fait payer plus 2000 euros/mois pour ça, c'est cher...
		Equipe compétente	R1(98) : du personnel qui n'est pas formé R2(152) : d'abord le triage du personnel soignant
		Equipe suffisante	R1(98) : C'est un manque de personnel R1(168) : il faudrait plus de personnel parce quand vous avez une personne qui a vingt personnes à faire, ça ne va pas (...). Avoir plus de personnel... R3(152) : il faudrait une espèce de groupe d'animatrices, pas simplement une animatrice R4(246) : il n'y a pas assez d'aides-soignantes, elles ne sont pas assez nombreuses... elles sont en trop petit nombre et elles n'ont pas assez de temps à consacrer à chacun (...) elles en souffrent aussi... mais ça c'est la pyramide...
	Rôle Équipe	Soutenir	R1(90) : on passe ici devant, on doit venir pour m'aider pour aller à la toilette et « je n'ai pas le temps » ... c'est une chose à faire ? vous comprenez ça ? ça ne se fait pas R1(134) : on me dit « faite vite, vite, vite parce que ce vous ne montez pas on va plus s'en occuper de vous », ça ne va pas ! R1(165) : Je lui dis « il faut m'aider pour mettre ceci, comment je vais l'enfiler moi-même ? », « vous n'avez qu'à attendre, ils vous attendront en bas » ...et laisser les chambres comme ça... vous le trouvez assez en ordre ? parce que je l'ai rangé moi-même... R2(171) : je demande de regarder si le radiateur est bien sur 3 ou sur 0, directement ils font tous qu'on demande... R3(115) : La façon dont ils me soignent si je suis malade, si j'ai besoin d'un médicament, si j'ai besoin de quelque chose... R3(124) : répondre quand on sonne sur le bouton rouge... R3(139) : ce que vous avez demandé, il n'est pas fait. R5(118) : faire attention à ma santé (...) Ils trouvent que mes crises d'angoisses sont des bêtises... R6(147) : des essuis qui manquent, des gants de toilettes et puis il faut sonner (...) elles ne sont pas très attentives R6(167) : en faisant ce que je leur demande...

LA MR ET LE BONHEUR	Rôle Équipe	Soutenir	R6(172) : elles font le minimum, le strict minimum, elles s'en tiennent à ce qu'elles doivent faire et puis si a un minute qui dépasse... R7(102) : améliorer le nombre de personnes qui sont prêts à vous aider... et si possible qu'ils puissent discuter avec vous... R7(112) : Au travers du travail qu'elles font, le lavage, le coucher, le rangement R8(84) : avoir du personnel qui vous soigne quand vous avez besoin., ça c'est le principal. R10(91) : de temps en temps il y a des erreurs de pilules
		Timing adéquat	R3(116) : donc, on me le donne sans que je n'aie pas besoin de demander 3 fois... R3(124) : être ponctuels (...) nous apporter ce qu'on a besoin au moment qu'il faut R6(148) : je sonne et on arrive une éternité après alors que je sonne très rarement... R6(170) : je lui ai demandé une bouteille d'eau et elle a pris 3 jours... j'ai bu de l'eau du robinet... R5(73) : on a des rendez-vous et on se trompe d'heure... R9(108) : je n'ai pas eu les somnifères ni les dames à côté de moi, et j'ai descendu pour demander, on vous les apporte parce qu'on vous a oublié... elles étaient heureuses comme tout R10(97) : si on fait un appel, les délais sont trop longs. Un tout petit détail de jamais dire à un malade « je reviens dans 2 minutes », pour un malade 2 minutes, c'est 2 minutes et il sera là en 2 minutes... on peut dire « je reviens plus tard »... l'expression de 2 minutes ça veut dire qu'on revient plus tard, mais pour un malade ce n'est pas exacte.
		Empathie	R1(93) : Il y en a une qui est d'une simplicité absolue, un charme de femme... pour commencer elle frappe à la porte, elle rentre. R1(181) : c'est leur attitude, seulement l'attitude... (...) il y en a une qui est un charme R3(121) : si elles sont désagréables mon sentiment de bonheur va diminuer... R4(246) : une aide-soignante qui vient d'être mise à la porte, elle était méchante. R4(265) : Il y a des aides-soignants qui sont impeccables qui ont la passion pour leur métier, qui sont dévoués, mais y a des autres qui n'ont rien à foutre R5(113) : les secrétaires qui vous répondent parfois méchamment... R6(144) : que le personnel soignant fasse son travail sans râler, ça c'est quelque chose qui pourrait changer...

LA MR ET LE BONHEUR	Rôle Équipe	Empathie	R6(167) : en me demandant comment je vais, en demandant des nouvelles de ma famille R7(100) : être plus entouré par du personnel agréable, du personnel agréable qui vienne vous voir, qui comprend et qui est... un peu parler avec vous... mais ça n'existe pas pour le moment... R7(107) : Des gens plus compréhensifs, plus doux, avec qui on peut discuter... R10(91) : Puis le manque d'attention
		Gentillesse	R1(149) : ils sont super gentils tous. Je suis contente d'être dans ce milieu quand même, parce que les gens sont gentils, formidables... C'est une bonne MR ici, on a de la chance d'être ici. R3(111) : être gentils avec nous... R3(128) : être gentil... parce qu'elles ne le sont pas toutes R5(104) : mais la gentillesse, la considération R6(150) : certaines qui sont vraiment adorables... R6(166) : en étant très gentils R7(110) : être plus gentils et plus aimables... R8(101) : Elles sont polies R9(126) : Ils sont déjà très gentils le matin... R10(91) : ils sont très bien intentionnés, ils sont gentils
		Respecter	R1(149) : il dit m'a dit « moi je suis turque et celui-là n'est qu'un marocain ». Ça ce n'est pas admissible... Je lui dis « il est marocain comme vous étés turque », « ah mais moi j'ai la nationalité belge » R3(130) : pas donner le sentiment par moments qu'on les emmerde... ça arrive ça... (...) j'entends par moments les remarques des aide soignantes dans le genre « qu'est-ce que vous voulez encore ? » R4(243) : ce que je ne supporte pas c'est que l'aide-soignante jette mes papiers qu'elle trouve sur ma petite table (...) si j'ai laissé le papier là, il ne faut pas le jeter... et aussi on a un peu tendance à vous infantiliser, et ça il en a beaucoup qui ne le supportent pas... R5(104) : pas me mentir et pas rigoler derrière mon dos... et qu'on essaye plus de m'exploiter R8(102) : quand elles nettoient, elles vous disent « je fais ce coin-là » ...
			R1(191) : Et puis hurlé dans le couloir, hurlé dans le couloir (augmentation du ton vocal)

LA MR ET LE BONHEUR	Rôle Équipe	Communication Adéquate	R3(136) : <i>La communication d'ailleurs c'est quelque chose qui ne fonctionne pas très bien (...) vous allez à l'accueil, vous demandez quelque chose, on dit « oui, oui, oui », (...), mais elle n'a pas passé le message. (...) Vous dites quelque chose à l'infirmière et elle ne communique pas en bas, donc le message n'est pas passé...</i> R3(148) : <i>les animatrices pourraient se dire « bon, moi je ne suis pas là demain, est-ce que tu pourrais faire à ma place ? » ... Ça elles ne le font pas.</i> R6(171) : <i>elles se disputent entre elles même devant moi, ça c'est très rigolo...</i> R7(108) : <i>parce que la plupart des aides-soignantes ici sont arabes, elles parlent beaucoup entre elles dans leur langue (...) elles parlent arabe à deux et je ne comprends rien...</i> R10(94) : <i>est désagréable c'est quand ils sont deux à faire des soins et qu'ils parlent en arabe pardessus le malade...</i>
		Saluer	R1(190) : <i>me dire « BONJOUR » (avec expression corporel et ton vocal affirmative). Répondre quand vous lui dites « bonjour », « bonjour madame » voilà simplement...</i> R1(175) : <i>être plus normal... il n'y a pas ces choses : « ah bonjour, comment allez-vous ? »</i> R2(169) : <i>un petit Bonjour très gentil, un comment ça va...</i> R4(263) : <i>quand elles vous apportent le petit déjeuner « bonjour, comment ça va ? en forme ? » déjà ça c'est un petit réveilleur en douceur, en gentillesse</i> R6(148) : <i>elles s'en vont sans dire « au revoir »</i>
		Sourire	R1(177) : <i>il y en a une qui a vraiment un sourire magnifique.</i> R3(130) : <i>Un peu sourire, sourire quand elles rentrent</i> R6(166) : <i>avec un sourire</i> R8(33) : <i>quand elles apportent le plateau le matin un sourire c'est important...</i> R10(35) : <i>toujours un sourire, je croie que c'est même la première chose.</i>

Annexe F : Diagramme des principaux éléments qui peuvent influencer positivement le bonheur des personnes âgées résidant en MR à Bruxelles

