



UFR3S – Université de Lille

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)

Master Management Sectoriel

LUCAS Juliette

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master

Année universitaire 2024-2025

Master Management Sectoriel

Parcours Management des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires

**L'équilibre entre les attentes des familles, les besoins des résidents et les pratiques professionnelles en EHPAD : enjeux et solutions**

Sous la direction de Monsieur Sébastien GOSSELIN

Composition du jury :

- Docteur Valentine BAERT : Vice Doyen Département d'Ingénierie et Management de la santé, Président de Jury
- Monsieur Sébastien GOSSELIN : Enseignant au sein d'ILIS, 2ème membre de jury
- Monsieur Henri LEBLANC : Directeur de l'EHPAD Le Château à Oye Plage, 3ème membre de jury

Date de soutenance : 8 Juillet 2024 à 11h

**Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé - ILIS**

**42 rue Ambroise Paré**

**59120 LOOS**

# Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance à tous ceux qui ont, de près ou de loin, participé à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers les professionnels d'EHPAD, les directions et les familles des résidents qui ont accepté de participer à mes entretiens. Leurs témoignages, ont grandement contribué à la compréhension des réalités du travail en EHPAD, des tensions rencontrées sur le terrain et des efforts incessants pour équilibrer humanité, rigueur professionnelle et attentes sociétales.

Je souhaite également exprimer mes remerciements à toute l'équipe de l'EHPAD Le Château du Bois, où j'ai réalisé mon alternance. Cette expérience en milieu professionnel a constitué un moment significatif dans mon parcours. Elle m'a offert l'opportunité de mettre en parallèle les enseignements théoriques du master avec la réalité pratique, de réfléchir sur le rôle de chaque acteur dans les EHPAD. Je tiens à exprimer ma reconnaissance à Monsieur Henri Leblanc, directeur de l'établissement et troisième membre du jury, pour sa confiance, son aide constante et son attention tout au long de cette année.

Je tiens à remercier Monsieur Sébastien Gosselin, le directeur de ce mémoire, pour son soutien attentif, ses conseils toujours pertinents et bienveillance tout au long de cette démarche de réflexion. Son assistance précieuse a été apportée grâce à sa disponibilité et ses exigences.

Je tiens également à remercier Madame Valentine Baert, présidente du jury, pour l'attention qu'elle a accordée à mon travail et pour sa participation lors de cette soutenance. Son attitude à la fois rigoureuse et bienveillante permet de transformer cette période d'évaluation en un véritable moment d'échange et de reconnaissance du parcours accompli.

Pour terminer, je tiens à souligner le travail de l'équipe d'ILIS, pour la qualité de l'enseignement fourni tout au long de mon parcours universitaire. Je voudrais aussi exprimer mes remerciements envers mes collègues de promotion, avec qui j'ai traversé cette année rigoureuse, empreinte de solidarité, d'interactions enrichissantes et de moments d'entraide qui ont contribué à donner un caractère plus stimulant et humain à ce cursus. Je tiens également à remercier ma famille et mes amis pour leur appui, leur patience et leurs encouragements constants tout au long de ces mois de travail.

À toutes et à tous, merci.

# Sommaire

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>3</b>
<b>Liste des sigles</b> .....	<b>4</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>6</b>
<b>Table des figures</b> .....	<b>9</b>
<b>Table des tableaux</b> .....	<b>9</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>10</b>
<b>PARTIE 1: REVUE DE LA LITTÉRATURE</b> .....	<b>11</b>
2. Évolution démographique et enjeux socio-économiques.....	20
3. Les besoins actuels des résidents.....	31
4. Les attentes des familles.....	34
5. Les contraintes des professionnels en EHPAD.....	40
6. Conclusion de la revue de littérature.....	47
<b>PARTIE 2 – MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>49</b>
1. Méthode choisie : une approche qualitative par entretiens semi-directifs.....	49
2. Démarche : échantillonnage, guides d'entretien et recrutement.....	50
3. Méthode d'analyse des données.....	51
4. Limites et difficultés rencontrées dans le recueil des données.....	52
<b>PARTIE 3 – RESULTATS ET DISCUSSION</b> .....	<b>54</b>
1. Analyse des entretiens.....	54
2. Discussion : tensions, arbitrages et leviers de conciliation.....	61
3. Recommandations.....	63
<b>Conclusion</b> .....	<b>66</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>67</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>73</b>
<b>Table des annexes</b> .....	<b>75</b>

## Liste des sigles

- **APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- **ARS** : Agence Régionale de Santé (*à confirmer selon ta mention effective*)
- **ASH** : Agent des Services Hospitaliers
- **CA** : Conseil d'Administration
- **CVS** : Conseil de la Vie Sociale
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- **EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- **ESMS** : Établissement ou Service Médico-Social
- **GIR** : Groupe Iso-Ressources
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IDÉ** : Infirmier Diplômé d'État
- **ILIS** : Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé
- **INED** : Institut National d'Études Démographiques
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- **M2** : Master 2

- **PAP** : Projet d'Accompagnement Personnalisé
- **PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

# Glossaire

**Accompagnement personnalisé** : Démarche visant à adapter les soins et services aux besoins, préférences et habitudes de vie de chaque résident, en respectant son autonomie et son histoire personnelle.

**Agent des services hospitaliers (ASH)** : Personnel chargé de l'entretien, de l'hygiène des locaux et parfois de l'aide aux soins dans les établissements de santé ou médico-sociaux.

**Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** : Prestation sociale destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie pour financer une partie de leur accompagnement à domicile ou en établissement.

**Autonomie** : Capacité d'une personne à faire ses propres choix, à prendre des décisions et à accomplir des actes de la vie quotidienne sans aide extérieure.

**Care** : Concept éthique et politique désignant l'attention portée à l'autre, l'écoute active de ses besoins et une forme de sollicitude intégrée dans l'action professionnelle.

**Conseil de la Vie Sociale (CVS)** : Instance représentative des usagers en EHPAD, rassemblant résidents, familles, professionnels et direction, pour dialoguer sur la vie de l'établissement.

**Culture managériale** : Ensemble des pratiques, valeurs et méthodes de gestion mises en œuvre dans une organisation pour encadrer et orienter l'action collective.

**Dépendance** : Perte d'autonomie physique, psychique ou sociale, nécessitant l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie.

**Dissonance éthique** : Malaise ressenti par un professionnel lorsque les exigences de son travail entrent en contradiction avec ses valeurs profondes.

**Direction d'établissement** : Ensemble des cadres responsables du fonctionnement général de l'EHPAD, incluant la gestion administrative, budgétaire, des ressources humaines et la qualité des soins.

**Écoute active** : Technique de communication qui consiste à prêter attention à l'autre de manière bienveillante et empathique, en valorisant sa parole et ses émotions.

**Effet domino administratif** : Situation où la multiplication des tâches administratives génère une surcharge, réduisant le temps consacré à la relation avec les usagers.

**Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)** : Structure médico-sociale accueillant des personnes âgées dépendantes nécessitant un accompagnement quotidien.

**Gérontologisation**: Processus par lequel une institution, une politique publique ou une pratique sociale s'adapte progressivement aux enjeux du vieillissement de la population. Cela implique souvent une réorganisation des services, une montée en compétence des professionnels, et une reconnaissance accrue des besoins spécifiques liés à l'âge, en particulier dans des secteurs comme la santé, le logement ou l'accompagnement médico-social.

**GIR (Groupe Iso-Ressources)** : Grille nationale permettant d'évaluer le niveau de dépendance d'une personne âgée, de 1 (dépendance maximale) à 6 (autonomie).

**Gouvernance participative** : Mode de gestion associant différents acteurs (usagers, familles, professionnels) à la prise de décision et à l'évaluation des actions.

**Injonction paradoxale** : Situation dans laquelle une personne reçoit des ordres contradictoires, la plaçant dans une impossibilité de répondre adéquatement.

**Médiation** : Démarche consistant à faire appel à un tiers neutre pour faciliter le dialogue, prévenir les conflits ou restaurer une relation de confiance.

**Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)** : Dispositif au sein des EHPAD destiné aux résidents souffrant de troubles cognitifs modérés, leur proposant des activités adaptées.

**Polypathologie** : Présence simultanée de plusieurs maladies chroniques chez une même personne, fréquente chez les personnes âgées.

**Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)** : Document formalisant les objectifs et modalités d'accompagnement d'un résident, construit en concertation avec lui, sa famille et les professionnels.

**Relation de service** : Interaction entre un usager (résident, famille) et un professionnel, marquée par des attentes réciproques, une asymétrie de savoirs, et un besoin d'ajustement mutuel.

**Soin invisible** : Ensemble des attentions, gestes discrets ou émotions mobilisées par les professionnels, souvent non reconnus institutionnellement mais essentiels au bien-être des résidents.

**Soins relationnels** : Ensemble des interactions humaines et empathiques mises en œuvre dans le cadre du soin, au-delà des actes techniques, visant à reconnaître la personne dans sa globalité.

**Triangulation relationnelle** : Schéma de relations en EHPAD impliquant le résident, ses proches et les professionnels, générant parfois des tensions ou des attentes divergentes.

## Table des figures

Figure 1: Part des 65 ans ou plus dans la population en 2018	21
Figure 2: Part des 65 ans ou plus dans la population en 2070	22
Figure 3: Évolution du ratio de dépendance démographique en France (1970–2050).(IEFP, 2021)	24
Figure 4: Pyramide des besoins des personnes âgées	32
Figure 5: Triangulation complexe des relations personne âgée (PA), famille et soignants à l'entrée en EHPAD. Situation des demandes (A) et registres des réponses (B) (Thomas & Thomas, 2015a).	36
Figure 6: Évolution de la relation famille, résident et institution au cours du séjour en EHPAD	37

## Table des tableaux

Tableau 1: Nombre d'EHPAD déclarant des difficultés de recrutement en 2019	41
Tableau 2: Causes évoquées pour ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité	44

# Introduction

Ses proches, convaincus que leur mère est « différente » des autres résidents, sollicitent fréquemment les équipes. Ils exigent une présence constante lors des ateliers, demandent des explications pour chaque activité, et formulent des instructions quotidiennes concernant les déplacements ou la participation de Madame G. Bien que motivées par une intention légitime, ces interventions peuvent parfois entrer en contradiction avec les véritables souhaits de la résidente ainsi qu'avec l'expertise professionnelle du personnel soignant.

Si ce contexte reste singulier, il illustre néanmoins un enjeu plus large : celui de l'équilibre fragile entre trois sphères: celle des résidents, des familles et des professionnels qui coexistent dans un même lieu sans nécessairement partager les mêmes perceptions, priorités ou logiques d'action. Au cœur de cette cohabitation, une question essentielle se pose : comment garantir la dignité et l'autonomie des résidents tout en prenant en compte les attentes des familles et les contraintes propres au travail en EHPAD ?

C'est à cette interrogation que mon mémoire s'efforce de répondre, à travers l'analyse de la problématique suivante : comment concilier les attentes des familles, les besoins des résidents et les pratiques des professionnels en EHPAD pour assurer la reconnaissance et la place de chacun ?

Pour apporter des éléments de réponse, cette étude s'appuie sur une analyse approfondie de la littérature, croisant les regards de la sociologie, de la psychologie du vieillissement et de la gestion des établissements médico-sociaux. Elle s'enrichit également d'une série d'entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels, de directeurs et de proches. Cette double approche, théorique et empirique, vise à identifier des leviers concrets pour favoriser un accompagnement plus équitable, plus ajusté et plus humain.

Ce travail cherche ainsi à dépasser les tensions apparentes pour envisager une cohabitation harmonieuse, où la voix des résidents, l'expérience des familles et le savoir-faire des équipes trouvent toute leur légitimité.

# **PARTIE 1: REVUE DE LA LITTÉRATURE**

## **1. Les évolutions des structures de prise en charge**

Avant d'aborder l'étude des pratiques professionnelles et des frictions relationnelles en EHPAD, il est important d'examiner les notions et dynamiques théoriques qui éclairent ces situations. La revue de littérature vise ainsi à situer ce mémoire dans un cadre de réflexion plus large, en mobilisant des recherches en gérontologie, sociologie des organisations et éthique du soin. Elle offre une meilleure compréhension des défis actuels liés à la prise en charge des individus âgés dépendants, particulièrement en ce qui concerne l'idée de personnalisation de l'accompagnement, les changements des profils de résidents, le rôle des familles, et les conditions de travail des professionnels. Cette étude vise à identifier les points de tension relevés par les chercheurs et à définir les frontières actuelles des politiques et mesures appliquées dans les EHPAD.

### 1.1 De la prise en charge familiale à l'assistance publique : l'émergence d'une réponse institutionnelle

La perception de la vieillesse dans la société a considérablement évolué au fil des époques, ayant un impact significatif sur les manières de prendre soin des personnes âgées. D'après G. Minois (1987), Aristote adopte une position critique à l'égard du vieillissement, estimant que "la sagesse ne peut se réaliser qu'en possession des moyens corporels". Le philosophe considère que le vieillard devrait être "confiné aux fonctions sacerdotales", tandis que le pouvoir devrait être exercé "par des hommes jeunes et robustes" (Trincas, 1998, p 167). En revanche, Platon, fort de son expérience et de maturité, préconise une perception plus favorable du rôle des personnes âgées dans la société. Il affirme notamment que "les vieux doivent commander, rendre la justice, donner l'exemple aux jeunes" (Destrée, 2002, p 801), défendant l'idée d'un pouvoir exercé par les sages : une forme de "gérontocratie" fondée sur la vertu.

Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, le soutien aux personnes âgées est essentiellement basé sur l'entraide familiale ou religieuse. Toutefois, selon J.-P. Bois (1989), un changement s'amorce à partir de 1783 avec la création de la "Maison royale de santé" (J.P, 1989, p 124), considérée comme le premier établissement français spécifiquement destiné à l'accueil des personnes âgées. Cette institution, située à Paris, accueille initialement des individus provenant de milieux sociaux élevés (soldats, clercs, magistrats), répartis dans une salle

commune, avec certaines chambres attribuées à des résidents qui paient. Au XIXe siècle, l'établissement sera élargi pour se transformer en hospice La Rochefoucauld, qui est maintenant un EHPAD.

La révolution de 1789 marque un changement de cap dans la manière d'aborder la pauvreté et la dépendance. Le gouvernement révolutionnaire met en place un comité dédié à la gestion de l'aide publique, avec pour objectif clair de favoriser "l'extinction de la mendicité". Ainsi, La Rochefoucauld-Liancourt rédige un rapport critiquant l'inefficacité des hôpitaux et des dépôts de mendicité, suggérant la mise en place d'hospices départementaux pour héberger les « personnes infirmes et les vieillards » (Amyot, 2007). Ces structures constituent alors "l'ultime recours pour ceux qui n'ont ni la force de travail nécessaire pour subvenir à leurs besoins, ni l'épargne suffisante pour vivre sans recours, ni le soutien de l'entourage familial (...) ; elles absorbent alors ces fins de vie".

Durant le XVIIIe siècle, bien qu'il y ait eu une hausse graduelle de la population, l'âge avancé est encore peu fréquent. La France compte une population de 20 millions d'individus, parmi lesquels environ 11,5 % sont âgés de plus de 60 ans. (Blayo & Henry, 1975). Ce chiffre, même s'il est modeste par rapport aux données actuelles, mérite d'être mentionné et illustre la visibilité sociale grandissante des personnes âgées. Jean-Pierre Gutton évoque le XVIIIe siècle en le qualifiant de « la naissance de la naissance des vieillards » (Bois, 1989), mettant en évidence un changement culturel significatif : l'admission de la personne âgée comme sujet moral et social, à qui on confère maintenant un rôle d'éducateur et une valeur exemplaire.

Au cours du XIXe siècle, l'aide aux personnes âgées commence à s'établir grâce à la création de bureaux de bienfaisance. Selon R. Castel, cette période marque le déclin progressif du modèle de vie intergénérationnelle, qui est remplacé par la famille nucléaire, surtout à cause de l'exode rural et de l'industrialisation. Les personnes âgées, sans soutien familial, sont donc dirigées vers les hospices, des lieux où les conditions de vie peuvent être souvent défavorables. (Castel, 1995, p34).

La loi du 7 août 1851 établit une différence entre les hôpitaux, qui ont une finalité curative, et les hospices, qui sont conçus pour accueillir les personnes âgées et démunies. La circulaire de 1899 marquera la confirmation de cette séparation, qui sera ensuite institutionnalisée par la loi du 14 juillet 1905, obligation faisant aux hospices d'accueillir sans frais les personnes âgées résidant dans la commune depuis au moins cinq ans. En dépit de ces progrès, les conditions d'hébergement demeurent fortement détériorées. Un rapport de 1902 sur

l'hospice de Forcalquier rapporte que "les fiévreux et les blessés sont confondus dans la même salle", que les installations sont "dans un état de délabrement" et que "les matières tombent directement dans la rue"(Cribier, 2008, p351) .

Depuis le milieu du XXe siècle, l'option privilégiée pour les personnes âgées ayant un haut degré de dépendance est devenue leur institutionnalisation. Les structures d'hébergement bénéficient d'une image valorisante, offrant une variété de services et un cadre de vie comparable à celui d'un hôtel. Toutefois, cette dynamique encourageante disparaît rapidement. Comme le soulignent Martin et Nepveu, dans leurs travaux sur l'hébergement collectif, les soins sont souvent inadaptés, les personnels insuffisamment formés, et les bâtiments peu accueillants. Ils affirment que "l'institutionnalisation dans de mauvaises conditions peut entraîner des effets négatifs sur la santé des personnes âgées" (Martin, 1970).

Le rapport Laroque de 1962, provenant de la Commission d'étude des problèmes du vieillissement, constitue un tournant significatif dans le domaine de la politique sociale. Il soutient que l'on ne devrait plus voir les personnes âgées comme des assistés, mais plutôt comme des citoyens à part entière, et insiste sur le fait que la société doit "vivre ensemble" avec ses aînés. Cette approche contribue à redéfinir la prise en charge : les structures d'accueil sont progressivement différenciées selon leur niveau de médicalisation, et l'ordonnance du 11 novembre 1958 introduit la dénomination de "maison de retraite" pour les établissements destinés exclusivement aux personnes âgées (Paillat, 1997).

La mise en place des EHPAD en 1999 officialise une démarche médico-sociale concernant la dépendance, représentant le résultat d'un long cheminement d'évolution institutionnelle. Le soutien, précédemment fourni au sein du cercle familial, appartient désormais à un contexte professionnel et supervisé, ancré dans des dynamiques de service public et de droits des usagers.

## 1.2 Création des maisons de retraite médicalisées et apparition des EHPAD

Le passage des maisons de retraite à des établissements médicalisés s'aligne sur un mouvement vers la professionnalisation et la reconnaissance grandissante des enjeux liés à la dépendance. Depuis les années 1970, des études universitaires mettent en évidence les défaillances d'un hébergement principalement social et dépourvu de structure pour

l'assistance des personnes en situation de dépendance, les premières recherches signalent la gérontologisation des structures mais soulignent leur inadaptation aux besoins des résidents (Villez, 2007).

La tendance politique évolue progressivement, notamment à la suite du rapport Laroque (1962) qui plaide pour la priorité du maintien à domicile, ne réservant l'accueil en institution qu'aux situations de dépendance sévère. Ce rapport organise les politiques publiques futures, établissant les fondations d'un système progressif de prise en charge.

La loi de 1975 autorise une médicalisation partielle des institutions, dédiant jusqu'à 25% des places aux soins. Cette méthode, cependant, est restreinte et ne fournit pas une gestion complète des maladies associées à l'âge avan

La création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) par la loi du 24 janvier 1997 marque un virage dans la politique de dépendance. Comme l'analyse Catherine Borrel : "La Prestation spécifique dépendance (PSD) [...] est destinée aux personnes les plus dépendantes ; son montant maximum (...) est placé sous le régime de l'aide sociale et relève de la compétence des conseils généraux" (Borrel, 1999). Cette mise en place s'est "substituée à l'allocation compensatrice pour tierce personne", cristallisant la notion de dépendance comme priorité nationale (Bihan, 2000).

De plus, Martin, Le Bihan et Schweyer (2000) mettent en avant les inégalités géographiques dans l'application de la PSD, dues aux variations du partenariat entre les conseils généraux et les caisses de sécurité sociale.

La PSD est remplacée en 2001 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), accessible aux personnes en Groupe Iso-Ressources ( GIR) 1 à 4, ce qui marque un élargissement de la politique d'aide.

Le décret d'avril 1999 institue officiellement les EHPAD, avec une définition claire : hébergement, coordination médicale, soins, tarification différenciée selon la dépendance. La documentation scientifique cite la capacité de ces établissements à se transformer en véritables « lieux de soins gériatriques et gérontologiques »(RBPP Qualité de vie en Ehpad - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, 2012), marquant un changement de paradigme vers la maison de retraite médicalisée.

Depuis leur création, les EHPAD sont au centre de réflexions nombreuses : études sociologiques décrivent la médicalisation comme un processus parfois contraignant pour les

résidents(Mallon, 2005), tandis que les économistes et politiques analysent les implications financières, humaines et professionnelles de ce modèle (Hébert, 2011).

Ce processus s'inscrit dans une logique de professionnalisation du secteur. Comme l'analyse Billaud (2018), la transition entre les anciennes structures d'accueil et les dispositifs contemporains se caractérise par l'introduction progressive de normes de soins, de protocoles médicaux et d'un contrôle accru par les pouvoirs publics. La médicalisation devient ainsi un critère structurant de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Cette évolution aboutit à la création officielle du statut d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), acté par le décret du 26 avril 1999. Le passage du modèle de la maison de retraite à celui de l'EHPAD ne se limite pas à un changement de terminologie : il marque une transformation institutionnelle profonde. Leclerc (2019) souligne que l'introduction du label EHPAD s'accompagne d'un cahier des charges strict : présence médicale renforcée, conventions tripartites avec l'État et les ARS, mise en place de référentiels qualité, et obligation de construire un projet d'établissement articulant soins, vie sociale et droits des usagers.

Cette réforme répond à une double exigence : celle des pouvoirs publics, soucieux de mieux encadrer un secteur en expansion, et celle des professionnels, confrontés à des situations de plus en plus complexes. L'étude de Béduwé et Lanoë (2019) montre ainsi que le profil des résidents en EHPAD s'est considérablement alourdi depuis les années 2000, avec une augmentation des troubles cognitifs, de la dépendance physique, et des besoins en soins continus. L'EHPAD devient ainsi un lieu de soins de longue durée, tout en demeurant un lieu de vie, ce qui génère des tensions organisationnelles et éthiques importantes.

En résumé, la création des EHPAD en 1999 vient formaliser un processus de médicalisation et de rationalisation amorcé dès les années 1970 avec les maisons de retraite médicalisées. Elle inscrit l'accompagnement des personnes âgées dans une logique médico-sociale encadrée, mais soulève également des défis majeurs en matière de personnalisation, de qualité relationnelle et de gouvernance participative.

### 1.3 Professionnalisation du secteur, montée en puissance de l'État et des normes

La création du statut d'EHPAD en 1999 a marqué une étape majeure dans la structuration du secteur médico-social. Cette transformation, impulsée par la volonté de mieux encadrer

l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, s'est accompagnée d'un double mouvement : d'une part, une professionnalisation des métiers exercés au sein des établissements, d'autre part, un renforcement de la régulation étatique et normative. Si ces dynamiques ont contribué à améliorer les conditions de soins et à instaurer des standards de qualité, elles ont aussi introduit des tensions entre exigences administratives et besoins humains.

#### A. La professionnalisation progressive des métiers

Historiquement, le secteur du soin aux personnes âgées reposait sur des logiques d'engagement personnel, souvent exercées par des bénévoles, des membres de congrégations religieuses ou des personnels peu qualifiés. Avec la transformation des maisons de retraite en EHPAD, cette approche a progressivement laissé place à une logique de professionnalisation. Comme le souligne Bourdelais (2014), les métiers de l'accompagnement se sont institutionnalisés : ils exigent aujourd'hui des compétences spécifiques, une formation initiale et continue, et une conformité à des référentiels de bonnes pratiques (*L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, s. d.*).

Comme le soulignent Iris Loffeier et al., les EHPAD sont devenus des espaces fortement régulés où les pratiques professionnelles sont encadrées par des normes précises, influençant jusqu'aux relations interpersonnelles entre soignants et résidents. La mise en place d'équipes pluridisciplinaires intégrant aides-soignants, infirmiers, psychologues, animateurs ou encore ergothérapeutes vise une prise en charge globale, mais complexifie la coordination interne et redéfinit les dynamiques de travail.

Loffeier note également que cette professionnalisation s'accompagne d'un glissement vers des logiques disciplinaires : les recommandations de bonnes pratiques et les procédures de traçabilité imposent une surveillance normative croissante, susceptible d'altérer la spontanéité relationnelle (Loffeier, 2015).

#### B. La montée en puissance de l'État et la normalisation du secteur

En parallèle, l'État a développé des instruments de régulation toujours plus complexes pour encadrer le secteur. Delouette et Nirello décrivent l'instauration des conventions tripartites,

des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), ainsi que la régulation budgétaire via l'ONDAM, comme autant de mécanismes structurant les marges de manœuvre des établissements (Delouette, 2017).

Ces instruments s'accompagnent d'exigences accrues en matière de suivi qualité, de protocoles, d'indicateurs et d'évaluation. Ellingsen, Monteiro et Munkvold (2018) soulignent que même lorsque ces normes sont co-construites avec les professionnels, elles peuvent induire des rigidités et générer des résistances dans les pratiques quotidiennes (Ellingsen et al., s. d.).

Les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS), autrefois par l'ANESM, s'imposent comme des standards incontournables, parfois perçus comme déconnectés des réalités de terrain.

#### C. Les tensions entre soins individualisés et gestion normative

La généralisation des normes et des procédures a permis une certaine sécurisation des parcours de soins, mais elle introduit également une « bureaucratisation du soin ». Les soignants consacrent une part croissante de leur temps à des tâches de reporting, de traçabilité et de planification, au détriment du lien humain. Cette tendance est dénoncée dans les études de terrain, notamment par Delouette et Nirello, qui soulignent que les exigences de rentabilité et de traçabilité détournent les équipes de leur cœur de métier.

En outre, la financiarisation progressive du secteur, même au sein des structures à but non lucratif, impose une rationalisation des moyens et une optimisation des ressources humaines, parfois au détriment de la qualité perçue des soins. Cela peut générer un sentiment de perte de sens chez les professionnels et une perception de déshumanisation chez les résidents et leurs familles.

#### D. Vers un équilibre à reconstruire

Les études récentes convergent vers un diagnostic partagé : si la professionnalisation et la normalisation ont permis de sortir d'un modèle paternaliste et informel, elles ont aussi introduit une technocratisation qui fragilise le cœur éthique du soin. Le défi actuel consiste à repenser les modes de régulation afin qu'ils valorisent les compétences relationnelles, la souplesse d'adaptation et l'autonomie des équipes.

Cela suppose notamment de développer des indicateurs qualitatifs, d'ouvrir des espaces de participation pour les usagers et les familles, et de revaloriser les temps de présence humaine au sein des établissements. En somme, il s'agit d'inventer une gouvernance plus équilibrée, capable d'articuler exigences de qualité et reconnaissance des métiers du lien.

## 1.4 Conséquences sur la relation résident–famille–institution

La relation entre les résidents, leurs familles et les établissements est aujourd'hui au cœur des enjeux d'accompagnement en EHPAD. La littérature scientifique récente souligne que cette relation tripartite est souvent marquée par des tensions, mais également par des possibilités de co-construction du parcours de vie, à condition que soient réunies les conditions d'un dialogue ouvert et d'un respect mutuel des rôles de chacun.

### A. Tensions, ajustements et co-construction

La réforme du secteur médico-social, notamment à travers la loi du 2 janvier 2002, a introduit des dispositifs de participation visant à renforcer la place des usagers et de leurs proches dans les institutions. Selon Bourdon (2018), cette réforme a donné un cadre législatif à l'implication des familles dans les EHPAD, notamment via les conseils de la vie sociale, les réunions de projets personnalisés, ou encore les enquêtes de satisfaction . Toutefois, la mise en œuvre de ces dispositifs reste hétérogène selon les établissements et les équipes.

Billaud (2018) met en lumière les tensions qui peuvent émerger dans la relation famille–établissement, en particulier lors de l'élaboration du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP). Ce projet, censé refléter les préférences du résident, devient un terrain de négociation entre les attentes des familles, les besoins des résidents et les contraintes des professionnels. La co-construction du PAP représente dès lors un enjeu central de qualité de la relation tripartite, mais elle suppose un investissement en temps et en communication que tous les établissements ne sont pas toujours en mesure d'assurer.

Molinier souligne quant à lui les conflits de légitimité qui peuvent surgir dans les conseils de la vie sociale. Si ces instances ont vocation à instaurer une forme de démocratie participative en EHPAD, elles révèlent aussi les rapports de force implicites entre professionnels, familles et résidents, ainsi que les difficultés à reconnaître une véritable place à la parole des usagers (Le Guennic, 2012).

### B. Impacts sur la communication, la confiance et la satisfaction

La relation famille–institution est également tributaire de la qualité de la communication entre les acteurs. Or, le rapport de la DREES (2023) montre que les contraintes de ressources humaines, la surcharge de travail et le manque de formation à la relation impactent fortement la fluidité des échanges. Ces difficultés peuvent générer des incompréhensions, voire des tensions entre familles et équipes professionnelles, altérant la confiance et la satisfaction des usagers.

Makdessi et Pradines mettent en évidence que les résidents les plus dépendants (classés en GIR 1 ou 2) présentent en moyenne 8,6 pathologies, contre 5,7 pour les moins dépendants. Cette polypathologie avancée, souvent combinée à des troubles cognitifs ou des pathologies aiguës, renforce la complexité des prises en charge à l'entrée en établissement. Ce contexte impose non seulement un accompagnement renforcé pour le résident, mais aussi un soutien accru aux familles. Il souligne ainsi la nécessité de dispositifs de médiation, d'écoute et de co-construction pour limiter les tensions relationnelles et favoriser une intégration harmonieuse dans l'EHPAD (*En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, s. d.*).

### C. Enjeux d'articulation et perspectives

La littérature scientifique converge sur un point : la relation entre les résidents, leurs familles et les professionnels ne peut plus être pensée de manière hiérarchique ou cloisonnée. Il s'agit d'une dynamique relationnelle mouvante, où chaque acteur détient une forme de légitimité qui doit être reconnue. La cohabitation de ces logiques suppose des ajustements permanents, mais aussi des dispositifs institutionnels favorisant la participation, la transparence, et l'adaptation aux besoins singuliers.

Les articles de Molinier ainsi que les travaux de la DREES et de Makdessi et Pradines, permettent de comprendre les leviers et les freins à une meilleure articulation des rôles. Ils soulignent aussi l'importance de renforcer la culture du dialogue au sein des EHPAD, pour garantir à la fois la qualité de vie des résidents, la reconnaissance des familles, et les conditions de travail des professionnels.

## 2. Évolution démographique et enjeux socio-économiques

### 2.1 Croissance de la population âgée

La France connaît, depuis plusieurs décennies, un vieillissement progressif de sa population, phénomène amplifié par l'arrivée aux âges avancés des générations issues du baby-boom. En 1975, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 13 % de la population, cette proportion est passée à 20 % en 2019, puis à 22 % en 2024, soit environ 14,7 millions d'individus (INSEE, 2024). Cette dynamique démographique, loin d'être conjoncturelle, s'inscrit dans une tendance structurelle durable.

Deux facteurs majeurs expliquent ce vieillissement : d'une part, l'allongement de l'espérance de vie, et d'autre part, la diminution du taux de fécondité. L'espérance de vie à la naissance a progressé de manière significative au cours du XXe siècle, atteignant 85,7 ans pour les femmes et 80,1 ans pour les hommes en 2024 (INED, 2024). Simultanément, la fécondité a fortement chuté, passant de 2,9 enfants par femme dans les années 1950 à 1,68 en 2023, un des niveaux les plus bas observés depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Les projections démographiques réalisées par l'INSEE indiquent une poursuite du vieillissement de la population. Selon le scénario central, les personnes âgées de 65 ans et plus représenteraient près de 29 % de la population à l'horizon 2070. Par ailleurs, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus devrait connaître une croissance particulièrement marquée (+5,7 millions d'ici 2070). Ces évolutions auront un impact profond sur la structure démographique, marquée par un rétrécissement de la base de la pyramide des âges : la part des moins de 20 ans, qui représentait encore un tiers de la population dans les années 1960, est aujourd'hui inférieure à un quart.

Cette transformation soulève de nombreux enjeux en matière de politiques publiques. Le vieillissement de la population constitue en effet un défi majeur pour les systèmes de protection sociale. En 2024, les dépenses de retraite représentaient à elles seules un quart des dépenses publiques françaises, traduisant une pression croissante liée à l'augmentation du nombre de retraités : de 5 millions en 1981, ils sont passés à 17 millions aujourd'hui, avec une projection de 23 millions à l'horizon 2050 (INSEE, 2024).

Les besoins croissants en soins et accompagnement pèsent également sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En 2023, 66 % des EHPAD déclaraient un déficit financier, contre 27 % en 2020 ; dans le secteur public, ce taux atteignait 84,4 %, pour un déficit global estimé à 800 millions d'euros (*RAPPORT D'INFORMATION EHPAD : UN MODÈLE À RECONSTRUIRE*, s. d.). Ce constat met en évidence la fragilité du modèle économique actuel face à la montée en charge des besoins liés à la dépendance.

Toutefois, certains observateurs appellent à nuancer ce constat. Si la part des plus de 60 ans est passée de 16 % à 28 % entre 1950 et 2024, cette évolution, bien que marquée, s'inscrit dans une tendance démographique prévisible. Elle doit être appréhendée non comme une menace, mais comme une opportunité pour repenser les politiques publiques dans une logique de prévention, d'inclusion et de solidarité intergénérationnelle. Elle ne doit pas être perçue uniquement sous l'angle du risque ou du coût, mais aussi comme une opportunité de refonder les politiques publiques dans une logique d'inclusion, de prévention et de solidarité intergénérationnelle.

## 2.2 Statistiques et projections

Le vieillissement de la population française s'inscrit dans une trajectoire démographique largement documentée par les travaux de l'INSEE et de l'INED. En 2024, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent environ 21,5 % de la population, soit près de 14,7 millions de personnes. Ce chiffre est en nette augmentation par rapport aux années 1970, où cette tranche d'âge ne dépassait pas 13 % de la population totale (INSEE, 2024).

Cette tendance résulte d'une double dynamique : l'allongement de l'espérance de vie et la baisse durable de la natalité. En effet, le nombre de naissances enregistrées en France métropolitaine est en constante diminution. En 2023, le pays a comptabilisé 678 000 naissances, soit une baisse de 6,6 % par rapport à 2022. L'indice conjoncturel de fécondité a chuté à 1,64 enfant par femme, son plus bas niveau depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale (INSEE, 2024).

Les projections démographiques permettent d'anticiper les transformations à venir de la structure par âge de la population. Selon les estimations de l'INSEE, la population française atteindrait un pic de 69,3 millions d'habitants en 2044, avant de diminuer légèrement à 68,1

millions en 2070. Mais derrière cette stabilité apparente se cache une mutation profonde : la part des 65 ans et plus devrait passer de 21 % en 2021 à 29 % en 2070. Cette évolution est encore plus marquée pour les 75 ans et plus, dont le nombre progresserait de 5,7 millions sur la période.

Dans le même temps, la population des moins de 60 ans devrait diminuer de près de 5 millions, accentuant le déséquilibre intergénérationnel. Le rapport de dépendance, c'est-à-dire le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 individus âgés de 20 à 64 ans pourrait atteindre 55 en 2054, contre 33 aujourd'hui (OCDE, 2021).

En outre, la population de centenaires, aujourd'hui estimée à 30 000 personnes, atteindrait 270 000 individus en 2070. Cette projection témoigne de l'extrême avancée en âge de la population future, ce qui posera des défis inédits en matière de santé, de dépendance et d'organisation des soins de longue durée.

Le vieillissement de la population française ne concernera pas de manière uniforme l'ensemble du territoire. En effet, les projections démographiques de l'Insee montrent que les disparités territoriales vont s'accroître d'ici 2070, renforçant les contrastes déjà perceptibles en 2018.

En 2018, comme le montre la carte ci-dessous (Figure 4a), la part des personnes âgées de 65 ans ou plus ne dépassait les 30 % dans aucun département. Seules certaines zones du Massif central, du sud-ouest et du sud-est affichaient une proportion légèrement supérieure à 25 %.

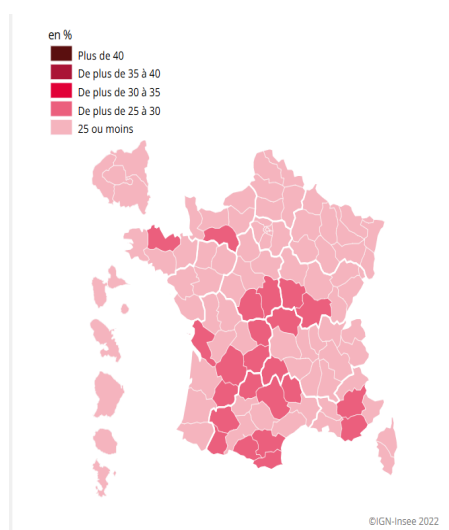


Figure 1: Part des 65 ans ou plus dans la population en 2018

Cette situation contraste fortement avec les prévisions pour 2070 : 64 départements devraient alors compter plus de 30 % de personnes âgées de 65 ans ou plus, et plusieurs d'entre eux notamment la Creuse, la Corrèze, la Charente-Maritime, le Lot ou encore la Dordogne dépasseront même les 40 %. Cette évolution est illustrée de manière éloquentes par la carte suivante (Figure 4c), où l'intensité des teintes reflète la concentration croissante de seniors.

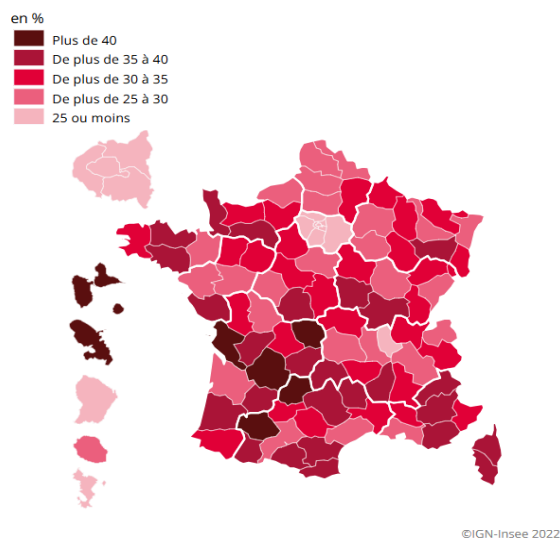


Figure 2: Part des 65 ans ou plus dans la population en 2070

Ces dynamiques traduisent une recomposition démographique majeure du territoire. Les zones rurales et les départements déjà attractifs pour les retraités voient leur population âgée s'amplifier, alors que les grandes métropoles et les zones à forte natalité (comme certaines banlieues urbaines ou départements d'outre-mer) affichent un vieillissement plus modéré.

Notons également que les départements d'outre-mer présentent des trajectoires spécifiques : baisse démographique aux Antilles (notamment en Guadeloupe et Martinique), forte croissance à Mayotte et en Guyane, et croissance modérée à La Réunion. Cette évolution pose des défis différenciés en termes de politiques de santé, de logement et de dépendance selon les territoires.

Ces projections reposent sur plusieurs hypothèses, notamment en matière de fécondité, de mortalité et de solde migratoire. L'INSEE envisage une espérance de vie à la naissance de 90,0 ans pour les femmes et de 87,5 ans pour les hommes en 2070. Cependant, depuis 2014, la progression de l'espérance de vie a connu un ralentissement, en lien avec les inégalités sociales de santé et les effets résiduels de certaines crises sanitaires.

Le solde migratoire constitue une variable d'ajustement essentielle. En effet, les projections montrent que les décès dépasseront les naissances à partir de 2035. Le maintien d'un solde migratoire positif apparaît donc comme une condition nécessaire pour stabiliser la population active et compenser la baisse de la natalité.

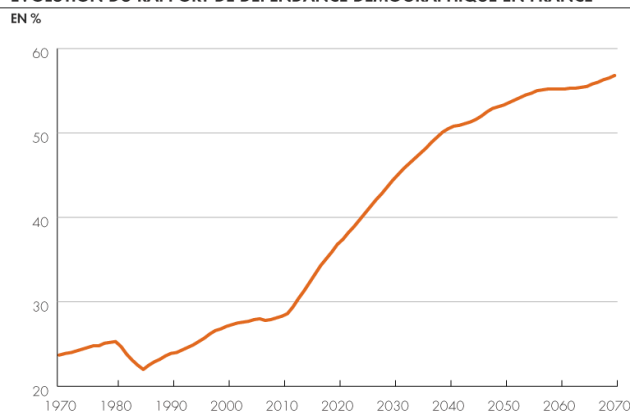
En somme, ces données et prévisions confirment que la France entre dans une phase de transition démographique avancée. Cette mutation impactera en profondeur les politiques sociales et de santé, ainsi que les équilibres économiques, notamment à travers la montée en charge des dépenses de retraite, de santé et de prise en charge de la dépendance.

## 2.3 Conséquences économiques et sociales

En outre, le vieillissement de la population induit une recomposition des équilibres macroéconomiques, notamment en matière de croissance et d'investissement. Le recul de la population active peut freiner la croissance potentielle, en réduisant la contribution du facteur travail. Parallèlement, la hausse de la part des seniors dans la population modifie les comportements d'épargne et de consommation, avec un effet potentiellement récessif si les dépenses de consommation diminuent au profit de la thésaurisation. Les orientations budgétaires de l'État s'en trouvent également affectées, les dépenses liées à la vieillesse retraites, santé, dépendance représentant une part croissante des finances publiques.

Le financement des retraites et de la dépendance repose en grande partie sur les actifs, ce qui interroge la soutenabilité du modèle redistributif actuel. À cet égard, le ratio de dépendance démographique, qui mesure le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de 20 à 64 ans, constitue un indicateur clé.

#### ÉVOLUTION DU RAPPORT DE DÉPENDANCE DÉMOGRAPHIQUE EN FRANCE



Source : lafinancepourtous.com d'après INSEE



Figure 3: Évolution du ratio de dépendance démographique en France (1970–2050). (IEFP, 2021)

Ce graphique met en évidence l'augmentation progressive de ce ratio, passant d'environ 25 en 1970 à près de 55 en 2050. Cette évolution traduit une pression croissante sur les finances publiques et sur les actifs, qui devront contribuer davantage pour financer les retraites et les services liés à la perte d'autonomie.

Dans ce contexte, les enjeux liés à la dépendance deviennent centraux. L'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie engendre une demande accrue de services d'aide et de soins, tant à domicile qu'en établissement. Cela suppose le développement d'un secteur médico-social capable d'assurer une prise en charge adaptée, tant en termes qualitatifs que quantitatifs. Or, ce secteur est d'ores et déjà confronté à une pénurie de professionnels, à une précarisation des métiers du soin et à des contraintes budgétaires chroniques, qui compromettent sa capacité à répondre aux besoins croissants de la population âgée.

Enfin, le vieillissement soulève des enjeux de solidarité intergénérationnelle. Le financement des retraites et de la dépendance repose en grande partie sur les actifs, ce qui interroge la soutenabilité du modèle redistributif actuel. La montée des tensions intergénérationnelles, alimentée par un sentiment d'injustice perçu chez les plus jeunes, pourrait menacer la cohésion sociale si des mécanismes d'ajustement équitables ne sont pas mis en place. Dans ce cadre, des réformes d'ampleur sont à envisager pour renforcer l'équité du système, tout en préservant la dignité et les droits des aînés.

Ainsi, le vieillissement de la population constitue bien davantage qu'un enjeu démographique : il s'agit d'un véritable défi économique, social et politique, qui exige une

refonte en profondeur des politiques publiques et une mobilisation collective pour construire une société inclusive et solidaire à tous les âges de la vie.

## 2.4 Défis liés à l'allongement de l'espérance de vie

### A. Augmentation de la dépendance

L'allongement de l'espérance de vie constitue une avancée majeure en matière de santé publique. Toutefois, cette progression s'accompagne de défis significatifs, notamment l'augmentation de la période de vie passée en situation de dépendance.

Selon la DREES (2024), l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans s'élève à 12,0 ans pour les femmes et 10,5 ans pour les hommes. Ces chiffres, en hausse par rapport aux données de 2008, indiquent une amélioration générale de l'état de santé des personnes âgées. Néanmoins, la durée de vie avec incapacité demeure préoccupante, tant en raison de son coût humain que de ses implications sur l'organisation du système de soins.

Les travaux de Cambois, Clavel et Robine ont mis en évidence que, malgré les progrès, des disparités subsistent selon les critères retenus pour évaluer l'incapacité. Cette diversité dans les indicateurs complexifie la compréhension fine de la dépendance et interroge les politiques publiques quant aux stratégies de prévention et d'accompagnement.

En complément, Robine et Cambois soulignent que le vieillissement démographique s'accompagne mécaniquement d'une augmentation du nombre de personnes en situation de dépendance, générant une pression accrue sur les structures d'accueil et les dispositifs médico-sociaux (Robine & Cambois, 2013). Dans ce contexte, il devient impératif de promouvoir des politiques d'autonomie qui soient à la fois soutenables, inclusives et équitables.

Le renforcement des services à domicile, la formation des aidants, l'adaptation de l'habitat et la création d'environnements accessibles sont autant de leviers identifiés pour anticiper les besoins et améliorer la qualité de vie des personnes âgées, tout en différant l'entrée en institution

Initialement conçus comme des lieux d'hébergement sécurisés pour des personnes âgées relativement autonomes, les EHPAD font aujourd'hui face à une transformation en profondeur de leur public. Le profil des résidents s'est considérablement complexifié, tant

sur le plan médical que psychologique et social. Cette évolution bouleverse les pratiques professionnelles, les organisations internes et les interactions avec les familles.

Un ensemble de facteurs contribue à cette complexification, que résume le tableau ci-dessous :

### B. Complexification des profils des résidents en EHPAD

Le profil des résidents accueillis en EHPAD s'est considérablement complexifié au cours des dernières décennies. L'entrée en établissement intervient désormais plus tardivement, à des stades avancés de dépendance ou de troubles cognitifs, ce qui modifie profondément les pratiques professionnelles.

La synthèse ci-dessous met en évidence les principaux facteurs de complexité observés chez les résidents, ainsi que leurs répercussions directes sur l'organisation des établissements, les compétences attendues des équipes, et la nature du soin apporté :

<b>Facteurs de complexité</b>	<b>Conséquences pour les EHPAD</b>
<b>Entrée plus tardive dans l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dépendance plus élevée à l'arrivée</li><li>• Période d'adaptation plus difficile</li><li>• Prise en charge immédiatement intensive</li></ul>
<b>Troubles cognitifs sévères (près d'un tiers des résidents)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Besoin de soins spécifiques (unités Alzheimer)</li><li>• Adaptation des espaces pour prévenir les fugues</li><li>• Formation spécifique du personnel</li></ul>

<p><b>Troubles du comportement (plus de la moitié des résidents)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des manifestations comportementales (agitation, agressivité, cris)</li> <li>• Impact sur le collectif et les autres résidents</li> <li>• Charge psychologique pour les équipes</li> </ul>
<p><b>Polypathologies</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi médical intensif et constant</li> <li>• Polymédication et risques iatrogéniques</li> <li>• Coordination pluridisciplinaire renforcée</li> </ul>
<p><b>Niveaux de dépendance importants (85% en GIR 1-3)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charge en soins élevée</li> <li>• Besoins en personnel accrus</li> <li>• Transformation en véritables structures de soins</li> </ul>
<p><b>Trajectoires de vie marquées par des ruptures</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement psychosocial renforcé</li> <li>• Prise en compte de l'histoire personnelle</li> <li>• Travail social individualisé</li> </ul>
<p><b>Isolement social</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substitution du réseau familial absent</li> <li>• Prévention de la dépression et du repli</li> <li>• Animation sociale adaptée</li> </ul>
<p><b>Familles avec attentes élevées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication régulière avec les proches</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des exigences et des tensions</li> <li>• Implication dans le projet d'accompagnement</li> </ul>
<b>Vulnérabilités financières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement administratif pour les aides</li> <li>• Gestion des situations précaires</li> <li>• Coordination avec les services sociaux</li> </ul>
<b>Hétérogénéité des situations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnalisation fine des accompagnements</li> <li>• Adaptation constante des pratiques</li> <li>• Organisation modulaire des services</li> </ul>

Source : Synthèse basée sur les données de la DREES (2023),

Cette sélection tardive se traduit, à l'admission, par une dépendance plus marquée et une charge de soins renforcée. En effet, les données de la DREES (2019) montrent que 51 % des résidents en EHPAD se trouvent en GIR 1 ou 2, reflétant une perte d'autonomie importante (Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2022)

Les chiffres de la DREES (2023) confirment cette évolution : 85 % des résidents sont classés en GIR 1 à 3, signalant un niveau de dépendance élevé. De plus, près d'un tiers des résidents présentent des troubles cognitifs sévères, tandis que plus de la moitié souffrent de troubles du comportement, ce qui nécessite une approche spécifique de la prise en charge.

Au-delà des dimensions strictement médicales, ces profils sont souvent marqués par des parcours de vie discontinus, un isolement affectif ou social, et parfois une grande précarité économique. Certaines familles sont très présentes et impliquées, d'autres complètement absentes, obligeant les équipes à assurer un rôle de substitut relationnel ou administratif.

Dans ce contexte, les professionnels sont confrontés à une exigence croissante d'adaptabilité. Ils doivent mobiliser des compétences diversifiées en gériatrie, en psychiatrie, en communication, et parfois même en médiation sociale. La coordination interprofessionnelle devient une clé de voûte du bon fonctionnement des établissements, tout comme la capacité à intégrer les familles dans un projet d'accompagnement véritablement concerté.

Enfin, cette complexité remet en question le modèle traditionnel de l'EHPAD. Il ne s'agit plus uniquement d'un lieu de vie, mais aussi d'un lieu de soins spécialisés, où la relation humaine, le respect de l'histoire individuelle, et la capacité à "faire avec" plutôt que "faire pour" deviennent des repères essentiels pour réinventer l'accompagnement du grand âge.

### C. Présence accrue de maladies chroniques et troubles cognitifs

La complexification des profils des résidents s'accompagne d'une augmentation marquée de la prévalence des pathologies chroniques et des troubles cognitifs. Cette évolution est au cœur des préoccupations des acteurs du secteur médico-social, car elle implique des transformations profondes dans les modalités d'accompagnement.

Selon le rapport Jeandel-Guérin, les résidents d'établissements pour personnes âgées cumulaient en moyenne 7,9 pathologies, dont 6,8 stabilisées, témoignant d'une situation de polyopathie généralisée dans ces structures. Les affections les plus fréquentes incluent les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques et les maladies respiratoires chroniques. Ces pathologies chroniques exigent une prise en charge pluridisciplinaire et une coordination continue entre professionnels (*RAPPORT D'INFORMATION EHPAD : UN MODÈLE À RECONSTRUIRE*, s. d.).

Par ailleurs, selon une étude de l'IRDES, bien que les chiffres exacts varient, une large part des personnes âgées en France est sujette à la polymédication. Les seuils de 5 à 10 médicaments sont fréquemment dépassés, ce qui expose à des risques accrus de prescriptions inappropriées et d'effets indésirables.

S'agissant des troubles cognitifs, la DREES estimait en 2015 que 42 % des résidents en EHPAD en étaient atteints. Ce taux est sans doute sous-estimé aujourd'hui, au vu de l'évolution démographique et de la progression des maladies neurodégénératives. La maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés constituent la principale cause de dépendance cognitive en institution. Concernant les interventions, l'Organisation mondiale de la Santé, dans son rapport *Global status report on the public health response to dementia*

(2021), insiste sur l'importance de combiner approches médicamenteuses et non médicamenteuses. Elle recommande notamment des stratégies comme la stimulation cognitive, la musicothérapie, l'activité physique adaptée et les interventions psychosociales pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec une démence.

Ces approches doivent s'inscrire dans une logique de soin centré sur la personne, avec une évaluation continue des besoins, une attention à la qualité de vie, et une meilleure intégration des familles dans les trajectoires de soins.

### 3. Les besoins actuels des résidents

Dans le champ médico-social, la notion de « besoin » est centrale pour comprendre et structurer l'accompagnement des personnes âgées en institution. Selon le *Guide de l'évaluation en action sociale et médico-sociale* (Gacoin, 2010), « le besoin correspond à un écart entre une situation existante et une situation souhaitée, perçue comme satisfaisante par la personne concernée ». Cette définition met en lumière l'importance du ressenti individuel, mais également du contexte environnemental et institutionnel dans la construction des besoins.

Il convient de distinguer clairement le besoin d'autres notions proches mais distinctes :

- Le besoin désigne l'écart objectif et subjectif entre ce qui est et ce qui devrait être pour garantir le bien-être de la personne.
- La demande est l'expression explicite de ce besoin, formulée par l'utilisateur ou ses proches.
- L'attente est plus implicite, souvent intuitive, et reflète les espoirs ou aspirations non toujours formulés.
- La satisfaction est l'évaluation par la personne de la réponse qui lui a été apportée.

Dans le contexte des EHPAD, cette clarification est essentielle car les résidents ne sont pas toujours en mesure d'exprimer leurs demandes, en particulier en cas de troubles cognitifs. C'est pourquoi une démarche d'évaluation fine des besoins, dépassant les seuls aspects médicaux, est indispensable pour construire un accompagnement de qualité.

### 3.1 Besoin de reconnaissance, de respect du rythme, de personnalisation

Les résidents en EHPAD expriment aujourd'hui des attentes qui dépassent largement la seule réponse médicale. En effet, avec l'évolution des profils plus dépendants, plus polyopathologiques, souvent cognitivement altérés mais aussi plus informés et exigeants la demande de reconnaissance individuelle s'intensifie. Les personnes âgées ne souhaitent plus être perçues comme des « patients passifs » dans un système uniformisé, mais comme des sujets de droits, porteurs d'une histoire, de préférences et de projets de vie.

Selon Éloi et Martin (2017), « la personne est aujourd'hui appelée à être au centre de la prise en charge » à.23, mais cette volonté affichée se heurte à des tensions entre logiques gestionnaires, culture professionnelle, et capacité réelle d'adaptation. La personnalisation repose donc sur une approche fine du quotidien : horaires, alimentation, hygiène, rituels personnels. L'ANESM recommande ainsi que «le recueil des besoins et des attentes comprenne les habitudes de vie spécifiques de la personne à prendre en compte dans l'organisation collective : rythmes, modalités de toilette, lever, coucher, rituels personnels, etc. » (*reco\_vie\_en\_collectivite\_anesm.pdf*, s. d., p16),

Ces éléments de personnalisation, qui peuvent sembler anecdotiques, prennent une dimension essentielle dans un cadre institutionnel souvent marqué par la standardisation. Leur non-respect peut être à l'origine de désengagement, de souffrance psychique, voire de troubles du comportement. Charlotte Herfray (2018) rappelle qu'« il est une nécessité éthique de veiller au confort de nos aînés car l'humain ne vieillit ni ne meurt comme une bête. Se séparer, se quitter reste une histoire d'attachement et de perte : c'est toujours une histoire d'amour » (Herfray, 2007)(p. 214).

Cette même recommandation ajoute que « pour contribuer à la préservation et à l'autonomie de la personne, il est recommandé d'examiner les modalités de personnalisation sur les points suivants : la réalisation des actes de la vie quotidienne (alimentation, hygiène, sommeil, habillement), le rangement et l'entretien de l'espace privatif et du linge, l'organisation du rythme de la journée, les déplacements ».

La philosophe Charlotte Herfray vient souligner cette même exigence de personnalisation et d'humanité dans l'accompagnement : « Veiller au confort de nos aînés est une nécessité éthique car l'humain ne vieillit ni ne meurt comme une bête. Se séparer, se quitter reste une

histoire d'attachement et de perte : c'est toujours une histoire d'amour »(Herfray, 2007, p214) .

La grille de lecture des besoins selon la pyramide de Maslow offre un cadre utile pour penser l'accompagnement global en EHPAD. Cette hiérarchisation des besoins humains, souvent représentée sous forme pyramidale, distingue cinq niveaux :

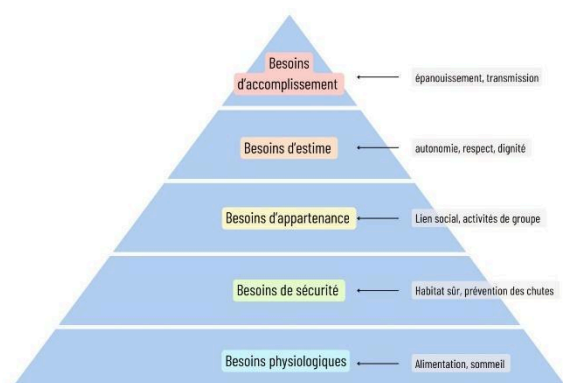


Figure 4: Pyramide des besoins des personnes âgées

Comme le montrent Éloi et Martin, ces niveaux s'enchevêtrent souvent dans le vécu des résidents : l'insécurité ou l'isolement peuvent empêcher toute possibilité d'estime de soi ou de réalisation. De même, l'absence de reconnaissance des besoins de base compromet l'ensemble du processus de valorisation (Éloi & Martin, 2017).

Ainsi, une politique de personnalisation de l'accompagnement, qui prend en compte tous les niveaux de cette hiérarchie, devient essentielle pour garantir une qualité de vie globale et non seulement médicale. Cela suppose une connaissance fine de la personne, un dialogue constant avec elle et ses proches, et des ajustements au quotidien.

Mais cette approche se heurte encore à des obstacles majeurs. Selon Herfray , « les établissements qui accueillent des personnes âgées sont axés sur la satisfaction des besoins. Une telle optique entraîne des pratiques où la question de la demande et du désir n'est pas pertinente [...] car comment traiter des problématiques subjectives au moment où leur dénouement laisse filtrer l'incommensurabilité de la demande ? » (Herfray, 2007)(p. 5533).

La tension entre les logiques institutionnelles et les aspirations personnelles est donc au cœur de la réflexion sur les besoins en EHPAD. La personnalisation ne peut se penser sans

reconnaître cette complexité, ni sans ouvrir des espaces de dialogue où les résidents, leurs proches et les professionnels puissent co-construire un parcours de vie réellement singulier.

### 3.2 Le PAP : un outil central de personnalisation

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) occupe une place centrale dans la démarche d'humanisation des soins et d'individualisation de l'accompagnement en EHPAD. Sa vocation première est de recueillir, formaliser et faire vivre les attentes, besoins, préférences et projets des résidents, tout en intégrant les apports de leurs proches et des professionnels. Il s'agit ainsi de dépasser une vision purement médicale pour inscrire l'accompagnement dans un véritable projet de vie.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) insistent pourtant sur l'importance de cet outil. Dans le document intitulé "Le projet personnalisé : une dynamique de parcours d'accompagnement - volet EHPAD" (HAS, 2018), il est précisé que « le projet personnalisé doit être co-construit avec la personne accompagnée, réévalué régulièrement, et constituer un outil vivant du parcours d'accompagnement » (p. 6). Ce projet ne peut se limiter à une formalité initiale : il doit refléter les évolutions, les ajustements et les aspirations nouvelles du résident.

Dans cette perspective, le PAP devient un levier concret de la personnalisation. Il permet d'intégrer les habitudes de vie, les rythmes personnels, les repères affectifs et les aspirations individuelles dans l'organisation collective du quotidien. L'ANESM recommandait déjà en 2016 que « le recueil des besoins et des attentes comprenne les habitudes de vie spécifiques de la personne à prendre en compte dans l'organisation collective : rythmes, modalités de toilette, lever, coucher, rituels personnels, etc. » (*reco\_vie\_en\_collectivite\_anesm.pdf*, s. d., p. 16). Ce niveau de détail, qui peut sembler secondaire dans d'autres contextes, est essentiel en institution pour préserver l'identité et l'autonomie des personnes âgées.

## 4. Les attentes des familles

La relation entre les familles, les résidents et les institutions constitue un pilier central dans l'accompagnement en EHPAD. La littérature récente souligne que cette relation est à la fois porteuse de tensions, de transformations et d'opportunités. L'évolution des pratiques professionnelles, les attentes croissantes des proches, et les contraintes structurelles créent

une dynamique complexe, où coexistent défiance, ajustements progressifs et tentative de co-construction.

#### 4.1 Des tensions à la co-construction

L'entrée en EHPAD est une étape marquante tant pour les personnes âgées que pour leurs familles. Comme le montrent Thomas et Hazif-Thomas (2015), cette transition est chargée d'émotions et de pertes de repères : les familles souhaitent rester impliquées dans le quotidien de leur proche, tout en étant confrontées aux logiques institutionnelles du soin. Leurs attentes, parfois surinvesties, entrent en tension avec des pratiques professionnelles centrées sur la technicité, ce qui crée des conflits de légitimité et des sentiments d'exclusion (Thomas & Hazif-Thomas, 2015).

Angel et al. (2020) soulignent la nécessité d'un véritable dialogue tripartite entre résidents, familles et équipes, notamment lors de l'entrée en établissement (Angel et al., 2020). Ce dialogue conditionne l'adhésion au projet de vie proposé et favorise la construction d'une alliance de soin stable. Or, selon Chovrelat-Péchoux (2021), la pandémie de Covid-19 a mis en lumière la fragilité de ce lien : les familles ont été écartées du processus décisionnel, ce qui a ravivé une perception d'exclusion et suscité une perte de confiance durable (Chovrelat-Péchoux, 2021).

#### 4.2 Variabilité des formes de participation

Dans leur étude phénoménologique, Théry et al. montrent que les familles cherchent à développer un rôle actif en EHPAD, allant de la reconnaissance symbolique à une implication dans les soins (Théry et al., 2021). Cependant, cette participation reste très hétérogène. Liffraud insiste sur la diversité des configurations relationnelles et sur les tensions entre proximité affective et contraintes professionnelles (Liffraud, 2013). La qualité de la relation dépend fortement de l'accueil initial, de la capacité d'écoute des équipes, et du degré de reconnaissance institutionnelle des familles.

Selon l'enquête de la Drees (2011), 82 % des résidents reçoivent la visite d'un proche (dont 5 % sans lien de parenté), montrant que les familles restent fortement investies dans la vie en institution (*La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*, 2011).

### 4.3 Cadre normatif et attentes accrues

La montée en puissance du cadre normatif, notamment via les RBPP de la HAS (qualité de vie en EHPAD), a renforcé la légitimation du rôle des proches. Noël (2024) rappelle que les établissements ont désormais l'obligation d'intégrer les familles dans les projets personnalisés (Noël, 2024). Pourtant, Devetter et al. (2023) soulignent que cette ouverture peut entrer en conflit avec les logiques de service face à un « double bénéficiaire » (résident/famille), générant des contradictions dans les pratiques professionnelles (Devetter et al., 2023).

### 4.4 Poids émotionnel, ajustements complexes

Selon Trépied (2014), la relation de filiation, lorsqu'elle est réarticulée dans le cadre institutionnel, devient ambivalente (Trépied, 2014). Elle engendre à la fois des attentes affectives fortes et un besoin d'ajustement aux nouvelles formes de lien social. Lachaize (2022) parle d'une « injonction paradoxale » faite aux familles : elles doivent à la fois encourager l'autonomie de leur proche tout en surveillant l'accompagnement. Cette tension constante peut être source d'épuisement et de frustration (Lachaize, 2022).

### 4.5 Plaintes, conflits et insatisfactions : révélateurs d'un lien fragilisé

La fréquence des plaintes déposées par les familles est un indicateur clair des tensions persistantes. En France, selon Thomas et Hazif-Thomas, ces plaintes concernent principalement les soins (31 %), le cadre de vie (13 %), la nutrition (12,7 %) et l'hygiène (13 %) (Thomas & Hazif-Thomas, 2015). Elles traduisent un écart entre les attentes des proches et la réalité du quotidien en établissement. Ces doléances sont source de stress, d'inquiétude et de frustration pour les familles, mais aussi pour les professionnels, contribuant parfois à leur épuisement (burn-out).

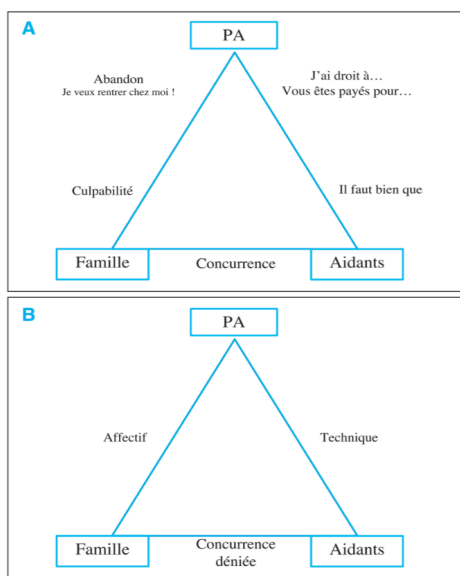


Figure 5: Triangulation complexe des relations personne âgée (PA), famille et soignants à l'entrée en EHPAD. Situation des demandes (A) et registres des réponses (B) (Thomas & Thomas, 2015a).

Thomas et Thomas (2015a) montrent que les tensions et conflits entre familles et établissements naissent de la perte de contrôle et de l'impact émotionnel de l'institutionnalisation. La famille souhaite rester présente, endossant une fonction de garant du bien-être du résident, parfois perçue comme concurrentielle par les soignants. « Par leur application à bien faire leur travail en étant le plus neutre possible avec les familles, ils dénie une situation de concurrence de fait » (p. 54). Ces malentendus doivent être déconstruits par un processus d'accueil chaleureux et continuellement renégocié (Thomas & Thomas, 2015a, p. 54).

L'étude souligne également que la qualité relationnelle est fortement conditionnée par l'accueil initial, la capacité d'écoute, et la reconnaissance mutuelle des besoins. Ce processus doit viser à prévenir les conflits plutôt qu'à les gérer en aval.

Les auteurs rapportent également qu'en 2013, plus d'une plainte par jour était recensée dans les EHPAD français. Bauer et Nay (2011), Garcia et al. (2012), Hertzberg et al. (2001, 2003), Majerovitz et al. (2009), Reid & Chapell (2017) ou encore Rosemond et al. (2017) décrivent la relation famille-soignant comme fréquemment conflictuelle, marquée par des incompréhensions réciproques. Selon Thomas et Thomas, les familles adoptent souvent un rôle d'« avocat du proche » et souhaitent garder un contrôle sur le quotidien du résident, ce qui entre parfois en contradiction avec l'organisation technique des soins en EHPAD (Thomas & Hazif-Thomas, 2015).

Théry et al. (2021) rappellent que l'entrée en institution constitue un moment fondateur de la relation famille–établissement (Théry et al., 2021). Elle façonne durablement la confiance et la satisfaction futures. Pour répondre aux besoins de reconnaissance, d'implication et de dialogue, il est nécessaire de mettre en place une médiation adaptée, fondée sur la compréhension mutuelle et le respect des attentes de chacun.

Il est utile de visualiser la progression typique de la relation entre la famille, le résident et l'institution à travers les différentes étapes du séjour en EHPAD. La frise ci-dessous illustre cette dynamique, de l'entrée en établissement à la co-construction du parcours de vie :

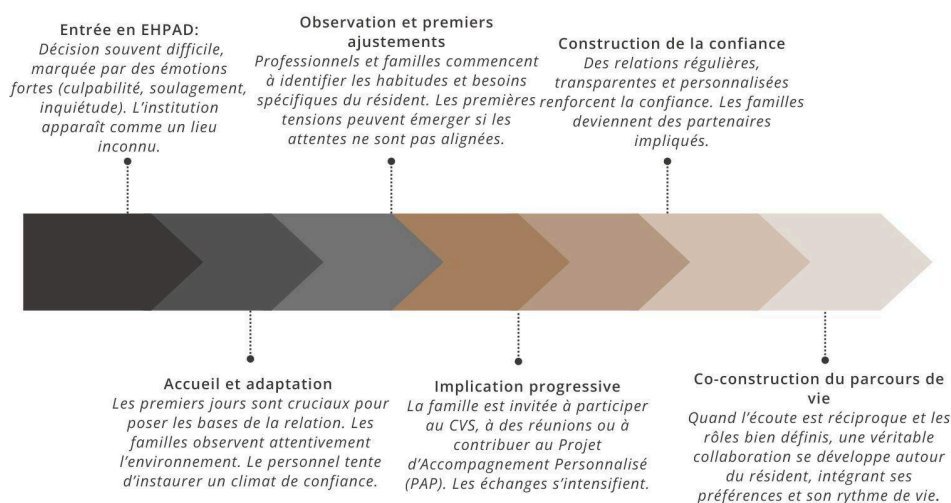


Figure 6: Évolution de la relation famille, résident et institution au cours du séjour en EHPAD

#### 4.6 Focus : L'étude Rhéa 1: Comprendre les attentes des familles en EHPAD

L'étude Rhéa 1, présentée dans la thèse de Charlotte Havreng-Théry (2021), constitue une contribution majeure à la compréhension fine des attentes familiales à l'égard des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Conçue comme une revue intégrative de la littérature internationale, cette étude a analysé 53 publications issues de 13 pays, représentant plus de 3900 familles concernées.

Les résultats font émerger trois grandes catégories d'attentes :

- Pour le résident : les familles attendent que l'institution garantisse la dignité, l'identité, l'autonomie, la liberté et l'empathie dans les soins.
- Pour elles-mêmes : elles expriment le besoin de conserver une place active, d'être écoutées, informées et reconnues comme co-actrices du soin.
- Pour l'environnement : un lieu sécurisé, chaleureux, bienveillant, encadré par des professionnels formés et en nombre suffisant.

Ces attentes s'inscrivent dans une approche dite des "soins fondés sur les forces" (SFF), qui met l'accent sur la collaboration, la reconnaissance des savoirs expérientiels familiaux et le partenariat dans l'accompagnement. Les familles sont vues comme une ressource plutôt que comme une contrainte, porteuses d'une expertise affective et d'une histoire relationnelle précieuse avec le résident.

Havreng-Théry (2021) insiste sur le fait que la non-reconnaissance de ce rôle entraîne des frustrations, des conflits et une perte de confiance, alors qu'une institution qui valorise cette implication favorise au contraire la qualité de vie du résident et la satisfaction de l'entourage. L'étude invite ainsi à un changement de paradigme : considérer les familles non pas comme extérieures à la relation de soin, mais comme partenaires essentiels de celle-ci.

La relation entre les familles, les résidents et les professionnels est profondément influencée par les dynamiques institutionnelles, les normes juridiques et les représentations sociales du vieillissement. Elle nécessite une reconnaissance mutuelle, une adaptation permanente et des dispositifs formalisés de participation. Les travaux de Chovrelat-Péchoux (2021), Angel et al. (2020), Théry et al. (2021), Lachaize (2022), et Thomas et Hazif-Thomas (2015) montrent qu'une approche humaniste, négociée et partenariale est possible, à condition d'intégrer pleinement la parole des proches dans les pratiques de soin.

## 5. Les contraintes des professionnels en EHPAD

### 5.1 Travail prescrit vs travail réel

Le fossé entre le travail prescrit et le travail réel constitue une source majeure de tension pour les professionnels en EHPAD. Le travail prescrit, c'est-à-dire l'ensemble des tâches et procédures formalisées dans les fiches de poste, les protocoles et les consignes institutionnelles, se heurte fréquemment à la réalité du terrain. Lebrun, Dumas et Douguet (Lebrun et al., 2018) analysent les ajustements constants auxquels les aides-soignantes doivent procéder pour faire face à la complexité des situations de soins, en particulier lorsqu'elles accompagnent des personnes atteintes de troubles cognitifs graves.

En effet, les aides-soignantes opèrent en permanence des arbitrages entre le respect des normes, la gestion des imprévus (agitation, comportements déviants, urgence médicale ou affective) et les besoins relationnels des résidents. Cette régulation nécessite des compétences invisibles mais essentielles, souvent non reconnues dans les outils d'évaluation formels. Ainsi, loin d'être une simple exécution de consignes, le travail en EHPAD repose sur une intelligence pratique et relationnelle adaptée à des contextes instables.

La tension entre travail prescrit et travail réel engendre une charge cognitive et morale importante. Les professionnelles interrogées par les auteurs expriment un sentiment de responsabilité accrue lorsqu'elles ne peuvent accomplir leur travail selon leurs propres standards de qualité humaine. Cette dissonance entre les normes officielles et les exigences de la réalité produit parfois un malaise professionnel profond, voire un sentiment de perte de sens. Comme le souligne Detchessahar (Detchessahar,2009), les professionnels sont confrontés à « des tensions contradictoires qui obligent les acteurs à effectuer un travail important de gestion des décalages entre le prescrit et le réel » (p.28)(Detchessahar & Grevin, 2009). Ce travail de régulation, bien que souvent invisible, est néanmoins indispensable au maintien d'un accompagnement individualisé et respectueux des besoins des résidents.

Face à ces enjeux, Lebrun, Dumas et Douguet appellent à une reconnaissance explicite du travail réel dans les dispositifs d'organisation et d'évaluation en EHPAD, afin de mieux soutenir les professionnels dans l'accomplissement de leurs missions complexes.

## 5.2 Tâches administratives croissantes

La multiplication des exigences de traçabilité, des procédures et des indicateurs de qualité a redéfini le quotidien des soignants en EHPAD, en particulier celui des infirmiers et des cadres de santé. Si ces instruments visent à renforcer la qualité et la sécurité des soins, ils sont aussi perçus comme une charge supplémentaire, parfois déconnectée de la réalité du terrain.

Selon le rapport de la DREES, « les enjeux de traçabilité et de qualité ont pu être vécus comme un manque de confiance dans le travail réalisé par les professionnels [...] Les IDE sont davantage concernés par ces enjeux de traçabilité : l'augmentation des tâches "administratives" les concerne prioritairement » (ROMARD et al., 2024) .

Ces évolutions s'accompagnent de bouleversements culturels, notamment pour les professionnels les plus expérimentés. Le passage d'une culture de l'oral à une culture de l'écrit, l'introduction progressive du numérique (tablettes pour les transmissions ciblées, dossiers informatisés), et la standardisation des pratiques via des procédures formelles modifient en profondeur les conditions de travail. Si certains reconnaissent l'intérêt de ces outils, d'autres y voient « l'introduction de tâches supplémentaires et de temps de travail non consacrés à la prise en charge du résident et donc non essentiels » (DREES, 2020, p. 51).

L'accroissement de cette charge documentaire pèse sur le temps consacré à la relation avec les résidents et alimente un sentiment de décalage entre les missions du soin et les exigences de production de preuves. Dans cette logique, une infirmière coordinatrice

Ces contraintes administratives viennent en concurrence avec le soin relationnel et alimentent une forme de souffrance professionnelle. Les soignants doivent continuellement arbitrer entre les attentes normatives et le souci d'une présence authentique auprès des résidents, ce qui met en tension les valeurs du métier et les exigences de rendement institutionnel.

### 5.3 Pénurie de personnel, souffrance au travail, turnover élevé

La pénurie de personnel et le turnover figurent parmi les enjeux les plus critiques. Selon le rapport du Sénat (2023), plus de 40 % des établissements rencontrent des difficultés de recrutement pour les postes d'aides-soignants ou d'infirmiers (*Situation des Ehpad*, s. d., p. 71).

Tableau 1: Nombre d'EHPAD déclarant des difficultés de recrutement en 2019

Catégorie d'établissements	Non		Oui		Total répondants
	Nombre	%	Nombre	%	
Ehpad publics	1 328	42 %	1 817	58 %	3 145
Ehpad privés à but non lucratif	798	35 %	1 487	65 %	2 285
Ehpad privés à but lucratif	662	38 %	1 089	62 %	1 751
<b>Ensemble</b>	<b>2 788</b>	<b>39 %</b>	<b>4 393</b>	<b>61 %</b>	<b>7 181</b>

Cette situation découle de plusieurs facteurs : conditions de travail pénibles, salaires peu attractifs, charge émotionnelle élevée. Le document de l'INRS met en lumière les conséquences sur la santé des soignants : troubles du sommeil, douleurs musculo-squelettiques, épuisement émotionnel (p. 10, l. 2-6) (ROMARD et al., 2024).

« Le taux de rotation dans les ESMS, qui correspond à la part du personnel renouvelée chaque année, est également un indicateur d'intérêt dans l'analyse des tensions sur le recrutement, même si son interprétation est plus indirecte. Un taux de rotation élevé signifie en effet un flux important d'entrées-sorties dans un établissement [...] Dans tous les cas, le taux de rotation est un indicateur de fidélisation de la main-d'œuvre. Que celui-ci soit provoqué (contrats courts) ou subi (démission), il s'agit d'un indicateur contextuel pour l'analyse de la tension dans un secteur, ici le secteur médico-social » (Lévy, 2025, p.14).

Ainsi que le rapporte la CNSA, « depuis 2018, dans les ESMS, le taux de rotation a significativement augmenté, passant de 19,4 % à 24,4 %. En moyenne, ce taux est devenu nettement supérieur à celui observé dans le secteur privé, où il s'établissait à 21 % en 2023. Ce taux moyen recouvre de très fortes disparités selon le type de structure observé [...] Il est ainsi nettement plus faible dans les services [...] que dans les établissements [...], atteignant 25,6 % dans les EHPAD » (Lévy, 2025), p.14). Ce renouvellement entraîne une perte de compétences et nuit à la continuité de la prise en charge. En outre, les professionnels font face à une souffrance morale due au sentiment d'impuissance : « Certains ont ainsi pu être amenés à décrire en entretien leur sentiment de débordement, souffrant d'être amenés à

intervenir sur une multitude d'aspects sans savoir où poser la limite de leur rôle et questionnant les retours dont ils bénéficient au regard de leur investissement » (ROMARD et al., 2024, p. 28).

## 5.4 Attentes contradictoires

Les professionnels doivent jongler avec des attentes souvent contradictoires : dispenser des soins techniques, écouter les résidents, rassurer les familles, tout en respectant des normes strictes. Montargot et Saboune (2024) décrivent la tension de rôle comme des difficultés « à concilier leur rôle de soignants responsables de la santé et du bien-être des résidents et leur rôle de salariés, qui doivent remplir des objectifs organisationnels liés à la performance de l'établissement. » (Sabouné et al., 2024, p16). Cette multiplicité des injonctions engendre une pression organisationnelle et psychologique. Thomas et Hazif Thomas expliquent que les conflits entre familles et soignants en EHPAD ne sont pas toujours centrés sur le résident : « Ils ont parfois des origines cachées qui positionnent les soignants face à des situations incompréhensibles : problèmes psychologiques ou psychiatriques dans la famille, désaccords, jalousie ou autres problèmes relationnels non avoués [...] Des conflits intrafamiliaux peuvent ainsi déteindre sur les relations famille-soignants, sans que ces derniers aient une quelconque responsabilité » (Thomas & Hazif-Thomas, 2018)(p. 29). Cette tension renforce le stress professionnel. Le personnel se trouve souvent contraint de choisir entre respecter un protocole ou répondre à une urgence affective. Charlotte Perrin-Costantino met en lumière que les soignants peuvent ressentir une culpabilité profonde lorsque les changements organisationnels altèrent les valeurs et l'éthique du soin, exprimant ainsi des blessures de l'idéal soignant (PERRIN-COSTANTINO, 2024).

## 5.5 Soin relationnel et limites organisationnelles

Le soin relationnel, élément central de l'accompagnement en EHPAD, est souvent mis à mal par les contraintes organisationnelles. Une étude menée par Aubry met en évidence que les aides-soignantes, bien que majoritairement en contact direct avec les résidents, sont confrontées à une parcellisation du travail qui limite leur capacité à établir des relations significatives. Ces découpages imposés par les logiques de rendement nuisent à la continuité du soin et fragilisent la relation entre le soignant et le résident (Aubry, 2012).

Par ailleurs, Raybois (2014) souligne que lorsque la relation est empêchée ou négligée dans l'organisation du travail, elle devient elle-même une source de souffrance pour les soignants. Comme l'affirme l'auteur : « c'est la relation qui est mise au premier plan, comme aspect le

plus stressant du travail de soins. Ainsi, les relations de soin aux patients sont jugées responsables de micro-traumatismes trop fréquents (Delbrouck, 2010) qui peuvent engendrer une charge émotionnelle pénible (Courty, 2010).» (Raybois, 2014, p. 3, l. 12-14). L'absence de temps dédié à l'écoute et à l'accompagnement psychologique des personnes âgées génère un sentiment de frustration, qui peut à terme conduire à l'épuisement professionnel.

Ces constats mettent en lumière la nécessité de repenser l'organisation du travail en EHPAD pour valoriser le soin relationnel. Il est essentiel de reconnaître l'importance de la dimension humaine du soin et d'allouer des ressources suffisantes pour permettre aux professionnels de santé d'établir des relations de qualité avec les résidents.

## 5.6 Tensions concrètes : désaccords sur les soins, refus de soins, contentieux

Les tensions en EHPAD sont particulièrement vives entre familles et professionnels, notamment lorsqu'il s'agit de définir la nature et l'intensité des soins. Ces divergences sont exacerbées par des attentes souvent incompatibles et une communication parfois défaillante. Une étude de Romard et al. (2024) rapporte que les professionnels "déclaraient avoir subi des agressions verbales ou physiques sur leur lieu de travail actuel [...] 41,6 % par des familles de résidents"(p72), mettant en évidence le climat conflictuel latent dans certaines structures (ROMARD et al., 2024).

Par ailleurs, la difficulté à concilier contraintes organisationnelles et attentes individuelles contribue à la détérioration de la qualité relationnelle au sein des EHPAD. De nombreux professionnels expriment un sentiment d'impuissance face aux attentes des familles et aux besoins des résidents, qu'ils ne parviennent pas toujours à concilier faute de moyens.

Le tableau ci-dessous, issu de l'étude menée par Romard et al. (2024), illustre les ressources que les soignants estiment insuffisamment disponibles pour assurer un accompagnement de qualité. Il met en évidence que la majorité des répondants pointent un manque de personnel et de temps, mais aussi une insuffisance de formation, de soutien et de reconnaissance, autant de facteurs qui fragilisent la relation de soin.

Tableau 2: Causes évoquées pour ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité

	N (82)	%
Manque de personnel	70	85,4
Manque de temps	54	65,9
Matériel non adapté, insuffisant ou absent	30	36,6
Interruption fréquente des tâches en cours	23	28,0
Manque d'entraide	22	26,8

Ces données confirment que la qualité de l'accompagnement ne peut être envisagée sans prendre en compte les conditions concrètes d'exercice des professionnels. Le manque de ressources, combiné à des exigences parfois contradictoires de la part des familles, peut engendrer des tensions, altérer la relation de confiance et conduire à des situations conflictuelles, notamment dans les cas de refus de soins ou de désaccords autour des décisions médicales. Ce constat appelle à repenser l'organisation du travail en EHPAD en y intégrant davantage d'espaces de médiation, de formation croisée et de reconnaissance des acteurs impliqués.

### 5.7 Manque de cadres de médiation ou de dialogue (CVS peu efficaces, réunions ponctuelles)

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS), dispositif prévu par la loi de 2002, reste trop souvent une instance formelle sans véritable impact décisionnel. Selon Fasshauer et Ferreira de Moura, « le principe ne fonctionne pas vraiment. Les demandes sont peu suivies d'actions efficaces et les besoins des personnes [...] peu exprimés » (p. 45). Les auteurs appellent à une ouverture plus large du CVS à d'autres acteurs du territoire, afin de dépasser la seule logique institutionnelle (Fasshauer & Ferreira de Moura, 2023).

Cette critique récurrente souligne le manque de cadres pérennes de médiation, pourtant cruciaux dans des environnements complexes où les tensions sont fréquentes. L'absence d'espaces de concertation actifs participe ainsi à l'invisibilisation des attentes des familles comme des résidents.

## 5.8 Initiatives existantes : co-construction de PAP, contrats de vie, groupes de parole

Face à ces limites, certaines initiatives visent à améliorer la participation des résidents et de leurs proches. Parmi celles-ci, le développement des *tiers-lieux* en EHPAD représente une avancée significative. Ces espaces de socialisation favorisent les échanges entre résidents, familles et acteurs extérieurs dans une logique de « vivre ensemble » et de reconnaissance mutuelle. Ils permettent notamment de « reconsidérer la personne vulnérable comme source de potentialité pour la société » ((Fasshauer & Ferreira de Moura, 2023), p. 46).

En ce sens, le tiers-lieu dépasse le simple espace d'animation : il devient un levier de transformation institutionnelle, où se reconfigurent les relations entre aidés, aidants et accompagnants.

## 5.9 Manque de formation croisée (familles ↔ professionnels), manque de temps

Les professionnels en EHPAD dénoncent régulièrement l'insuffisance de formations permettant une meilleure compréhension mutuelle avec les familles. Cette carence est couplée à une surcharge chronique de travail. L'étude de l'INRS met en évidence que 24 % des soignants ne se sentent pas en capacité de gérer la souffrance des résidents et de leurs familles, soulignant un manque d'outils relationnels (Romard et al., 2024, p. 72). Cette incapacité favorise l'usure professionnelle et l'évitement relationnel, parfois perçus à tort comme de la négligence.

Dans une analyse complémentaire, Raybois (2014) souligne que la relation de soin elle-même peut devenir un facteur de souffrance, lorsqu'elle est exercée sans soutien collectif, la relation aux patients est jugée responsable de micro-traumatismes qui peuvent engendrer une charge émotionnelle pénible (Raybois, 2014).

## 5.10 Vers une gouvernance partagée ?

Enfin, au-delà des initiatives ponctuelles, des réflexions émergent autour d'une gouvernance plus partagée en EHPAD. Le modèle du tiers-lieu, à nouveau, propose un cadre structurant : « l'appel à projet incite fortement les gestionnaires à une gouvernance partagée incluant résidents, familles, salariés et partenaires extérieurs » (Fasshauer & Ferreira de Moura, 2023), p. 46).

Toutefois, cette transformation demande une réorganisation profonde des rapports hiérarchiques et décisionnels. Comme le rappellent les auteurs, cette approche « bouscule les habitudes, les processus de décision, la répartition des tâches entre les professionnels » (p. 46). L'objectif est de passer d'une gestion descendante à un véritable partage du pouvoir d'agir.

## 6. Conclusion de la revue de littérature

À l'issue de cette revue, il apparaît clairement que les EHPAD constituent des espaces où coexistent des logiques d'acteurs hétérogènes, parfois antagonistes. Les attentes exprimées par les familles, les besoins spécifiques des résidents et les contraintes professionnelles des soignants ne s'imbriquent pas naturellement, générant des tensions persistantes. La littérature souligne que ces frictions trouvent leur origine tant dans des divergences de représentations que dans des réalités organisationnelles rigides.

Face à ce constat, plusieurs travaux insistent sur l'intérêt d'instaurer des cadres de gouvernance partagée. Ces cadres permettraient à chaque acteur, qu'il s'agisse du résident, de ses proches ou des professionnels, d'occuper une place reconnue dans les dynamiques décisionnelles. La mise en place de dispositifs participatifs, tels que les projets personnalisés co-construits, les tiers-lieux ou les conseils de la vie sociale rénovés, apparaît prometteuse. Toutefois, ces pratiques restent encore marginales et parfois cantonnées à une dimension formelle. Parallèlement, la littérature met en évidence la nécessité de développer des espaces de coordination, favorisant une régulation des attentes par le dialogue, la médiation et la transparence.

Cependant, des limites notables demeurent. Le manque de dispositifs de conciliation durables, l'insuffisante reconnaissance mutuelle entre les parties prenantes et la faible prise en compte de la parole des résidents comme sujets à part entière sont autant d'obstacles à une réelle cohabitation des points de vue. Ces lacunes invitent à repenser les modalités d'interaction au sein des EHPAD, afin de dépasser une logique strictement gestionnaire et ouvrir la voie à une approche relationnelle, éthique et inclusive de l'accompagnement.

C'est dans cette perspective que s'inscrit ce mémoire. Il se propose d'explorer, à travers une enquête de terrain, la manière dont les tensions entre familles, professionnels et résidents sont perçues, vécues et, dans certains cas, surmontées. En mobilisant un cadre théorique croisant sociologie des organisations, éthique du care et analyse dialogique des pratiques,

ce travail visera à identifier les conditions favorables à une articulation équilibrée des attentes de chacun en EHPAD.

## PARTIE 2 – MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

En se basant sur les apports de la littérature, il est évident que l'équilibre entre les exigences des familles, les besoins des résidents et les contraintes des professionnels représente un défi majeur encore instable dans la gestion des EHPAD. Pour approfondir notre compréhension de la manière dont ces tensions sont vécues et régulées au quotidien, une enquête de terrain a été réalisée. Cette recherche qualitative vise à collecter des témoignages concrets de personnes directement engagés dans la relation de soins, qu'il s'agisse de familles, de professionnels du terrain ou de membres de la direction, afin d'apporter un éclairage sur les modifications, choix et stratégies déployés dans la pratique. Cette approche a pour but de mettre en relation les concepts théoriques avec les réalités observées, afin d'identifier des voies d'amélioration basées sur l'expérience concrète.

### 1. Méthode choisie : une approche qualitative par entretiens semi-directifs

Pour ce mémoire, une approche qualitative a été privilégiée dans le but d'examiner en détail les perceptions, les tensions et les adaptations qui se manifestent dans la relation de service au sein des EHPAD. Cette décision est basée sur le désir de saisir les expériences vécues, les émotions et les perceptions personnelles des divers intervenants impliqués : familles, professionnels de terrain et dirigeants.

La méthode principale de collecte des données a été choisie comme étant les entretiens semi-directifs. Ce format fournit une structure flexible qui oriente la conversation à l'aide d'un plan préétabli, tout en offrant aux participants l'opportunité de partager librement sur les points qui leur semblent les plus importants. Cette approche est spécialement conçue pour documenter les dynamiques d'action, des sentiments ou des conflits expérimentés, qui sont difficilement mesurables par le biais de questionnaires à choix multiples.

## 2. Démarche : échantillonnage, guides d'entretien et recrutement

### 2.1 Choix de l'échantillon

Le choix de l'échantillon s'est fait de façon réfléchie, privilégiant une diversité des profils plutôt qu'une représentation statistique. Le but était d'affronter les perspectives de divers intervenants engagés dans la vie quotidienne des EHPAD.

Au total, 10 à entretiens ont été réalisés, auprès des personnes suivantes :

- 1 secrétaire chargée de l'accueil
- 1 directeur d'EHPAD public
- 2 directeur d'EHPAD privé
- 2 familles de résidents, dont une membre du Conseil de la Vie Sociale (CVS)
- 1 aide-soignant
- 1 animatrice socio-culturelle
- 1 infirmière diplômée d'État (IDE)
- 1 agent de service hospitalier (ASH)

Cette variété favorise une vision globale des problématiques, en englobant des points de vue complémentaires : le regard des familles en tant que usagers ou partenaires, celui des professionnels face aux circonstances du terrain, et la perspective des directions qui sont en position de décision.

### 2.2 Élaboration des guides d'entretien

Trois guides d'entretien distincts ont été construits, en fonction des profils interrogés :

- Un guide destiné aux familles, axé sur leurs attentes, leurs échanges avec l'institution, leur rôle dans les prises de décisions et leur appréciation de la qualité de vie de leur proche.
- Un guide destiné aux professionnels, traitant de leur routine quotidienne, de leurs interactions avec les familles, de leur capacité d'intervention et de leur point de vue sur le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).
- Un guide pour les directions, axé sur la gestion des conflits, les décisions institutionnelles et l'importance accordée à l'expression des familles et des résidents.

Chaque guide a été élaboré de façon flexible, avec des sujets ajustables en fonction des interlocuteurs. Des suivis ont été programmés afin d'explorer davantage certains aspects émotionnels ou organisationnels.

## 2.3 Recrutement des participants

Le recrutement a été effectué selon des modalités souples et multiples :

- Via des groupes Facebook dédiés aux aidants, aux soignants ou aux personnels en EHPAD
- Par mise en relation à travers le réseau professionnel et l'alternance
- Par contact direct auprès de directions d'établissement, notamment pour les cadres et les personnels administratifs

Certaines entretiens ont eu lieu en face à face, d'autres par téléphone ou visioconférence. Pour les participants qui se sentent moins confiants à l'oral, une solution plus flexible a été suggérée : l'utilisation de messages vocaux ou écrits, notamment par le biais d'applications de messagerie instantanée (WhatsApp, Messenger), afin de promouvoir une expression plus naturelle.

## 3. Méthode d'analyse des données

Une analyse qualitative thématique a été conduite sur l'ensemble des entretiens. Elle repose sur un codage inductif, en trois étapes :

1. Découpage des verbatims en unités de sens, à partir des transcriptions intégrales des entretiens ;
2. Attribution de codes à chaque unité de sens (ex. : « pression des familles », « absence de relais », « PAP = outil formel ») ;
3. Regroupement des codes en grandes catégories thématiques, telles que : relation au résident, relation aux familles, contraintes institutionnelles, stratégies d'ajustement, reconnaissance professionnelle, etc.

Tout le codage a été effectué manuellement grâce à un tableau Excel, facilitant l'organisation et la visualisation des correspondances entre les passages de discours, les codes attribués et les catégories qui se développent. Cette approche a conduit à l'identification à la fois de ressemblance (composants communs à différents acteurs), ainsi que de différences de perception en fonction des profils.

Le but final est d'élaborer une compréhension intégrale à partir de récits individuels, tout en garantissant la crédibilité de l'interprétation grâce à une confrontation systématique des points de vue.

Pour expliciter ce processus, une annexe présente un tableau de codage détaillé.

#### 4. Limites et difficultés rencontrées dans le recueil des données

Bien que l'acquisition des données soit généralement enrichissante et captivante, elle a néanmoins rencontré plusieurs obstacles méthodologiques qu'il est important de mettre en évidence pour contextualiser les résultats et d'en reconnaître les limites.

Un des biais majeurs concerne la constitution de l'échantillon des proches. Effectivement, les individus qui ont choisi de témoigner de manière volontaire, notamment par le moyen des médias sociaux ou du bouche-à-oreille étaient principalement des personnes proches ayant traversé une expérience compliquée ou étant actuellement en conflit avec l'établissement. Il était fréquent que ces familles soient actives, parfois engagées dans des actions collectives ou au sein d'organismes tels que les CVS (conseils de la vie sociale).

Ce phénomène largement consigné dans les écrits en sciences sociales découle d'un processus traditionnel : les usagers satisfaits s'expriment moins souvent que ceux qui ressentent une insatisfaction ou une injustice. Le fait que les discours critiques soient surreprésentés ne diminue pas leur pertinence, cependant, cela exige une interprétation nuancée. Les entretiens offrent une perspective partielle de la réalité sur le terrain, qui ne représente pas essentiellement toutes les expériences vécues au sein des établissements.

Des efforts ont été faits pour diversifier les profils, notamment en sollicitant des proches qui avaient une vision plus positive ou équilibrée. Toutefois, la répartition reste déséquilibrée, ce qui peut accentuer certaines thématiques (ressenti de délaissement, demande de reconnaissance, perception d'un manque d'écoute...).

Difficultés à instaurer un échange en face à face avec certains professionnels

Pour les professionnels, une autre difficulté était liée à la façon dont l'échange était organisé. De nombreux aides-soignants, ASH ou jeunes soignants ont manifesté un certain inconfort à l'idée d'un entretien formel en tête-à-tête, généralement considéré comme trop bureaucratique ou impressionnant. Pour surmonter cet obstacle, une autre approche a été

suggérée : l'utilisation de messages vocaux par le biais de la messagerie instantanée, offrant un témoignage plus naturel, hors des heures de travail.

Cette solution a eu l'avantage de libérer la parole, notamment chez ceux qui avaient du mal à prendre du recul dans un cadre formel. Elle a aussi permis de recueillir des récits concrets et incarnés. Elle a également facilité la collection de récits tangibles et incarnés. Toutefois, elle a restreint les options pour des relances directes, des approfondissements ou des clarifications en temps réel, ce qui a pu entraver l'examen minutieux de certaines déclarations.

Globalement, cette expérience met en relief la nécessité d'ajuster les instruments de collecte en fonction des restrictions du terrain, surtout dans un environnement aussi dense que celui des EHPAD.

# PARTIE 3 – RESULTATS ET DISCUSSION

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les interactions entre les familles, les professionnels de terrain et les directions au sein des EHPAD, en se basant sur 10 entretiens semi-structurés réalisés avec des participants aux profils diversifiés. Elle s'efforce de mettre en évidence les tensions, ajustements et décisions qui surviennent quotidiennement autour de la personnalisation de l'accompagnement. L'approche d'analyse utilise un codage thématique inductif pour faire ressortir des régularités, mais aussi des divergences de perception en fonction des rôles occupés.

## 1. Analyse des entretiens

### 1.1 Les attentes des familles : vigilance légitime ou pression ingérente ?

Dans la relation de service, les familles ont une position ambivalente. Elles représentent à la fois des alliés indispensables et des sources possibles de conflits. De nombreux experts parlent d'une augmentation des attentes qui, parfois, ne prennent pas en compte les réalités du terrain. La demande de transparence et de personnalisation est forte, fréquemment alimentée par le sentiment de culpabilité lié à la mise en institution et par des représentations idéalisées de la prise en charge.

« Une famille a exigé qu'on coupe les cheveux de la résidente court, alors qu'elle-même disait ne pas vouloir. J'ai refusé. Je me fie à ce que dit le résident.  
» *(Secrétaire chargée de l'accueil)*

Ce témoignage met en lumière une tension courante entre le désir des familles et la préservation de l'indépendance du résident. Il est donc nécessaire que les professionnels exercent leur diplomatie afin de maintenir la relation tout en sauvegardant le bien-être de la personne âgée.

« Je pense qu'il y a parfois des attentes irréalistes : tout le monde veut que son parent soit unique, qu'il ait un traitement à part. » *(Directeur – Privé lucratif)*

La direction admet ce climat de tension, tout en soulignant l'importance de la demande sociale. D'autres familles, quant à elles, partagent une expérience positive et équilibrée :

« Nous avons été bien accompagnés. L'équipe a pris le temps de nous expliquer les choses. » (*Famille, membre du CVS*)

« Je vois l'environnement comme un cadre rassurant. Je sens qu'elle est bien entourée. » (*Famille proche*)

Ces affirmations indiquent que la qualité du lien est également liée à la transparence des communications, à l'attitude d'écoute manifestée par les équipes, et à l'attention véritablement donnée aux proches dans le suivi quotidien.

## 1.2 La prise en compte des besoins des résidents : entre volonté d'individualisation et contraintes systémiques

Les professionnels s'entendent sur le fait qu'il est crucial de considérer les préférences, les routines et les rythmes de vie des résidents. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) est considéré comme un outil structurant de cette approche, mais son application réelle varie considérablement en fonction des équipes, des institutions et des conditions de travail.

« Le PAP est un bon outil si on le fait vivre. Sinon, c'est juste un document de plus. Il faut qu'il serve à coordonner, pas à cocher des cases. »  
(*Directrice – EHPAD public*)

Ce constat met en évidence une critique courante concernant l'excès de formalisation des pratiques, susceptible de dénaturer un outil destiné à favoriser la personnalisation. Lorsque le PAP demeure inactif ou insuffisamment utilisé, il se transforme en simple artefact administratif.

Quelques experts soulignent l'importance de maintenir l'indépendance décisionnelle des résidents, même dans les situations quotidiennes les plus ordinaires:

« Il faut écouter le résident, même quand il dit non. Je leur dis souvent : 'on ne force pas'. »  
(*Aide-soignante*)

« On essaie de faire en sorte qu'il y ait toujours un repère pour la personne. Parfois, c'est une chanson, un objet, un rituel. »  
(*Animatrice socio-culturelle*)

Ces actions ont retenu une contribution à sauvegarder la mémoire, l'identité et les points de repères émotionnels des résidents. Dans ce contexte, la personnalisation se traduit par une prise en compte des plus petits détails, souvent négligés dans les outils de gestion.

Toutefois, cette volonté est confrontée à un défi majeur : le manque de temps. Ce blocage est souvent mentionné dans divers entretiens, comme une constante :

« Le souci, c'est qu'on a trop peu de temps pour vraiment connaître les résidents. On les accompagne, oui, mais parfois sans vraiment les voir. »

*(Infirmière diplômée d'État)*

« J'aimerais faire plus d'animations individuelles, mais c'est compliqué. Entre les transmissions, les dossiers, les plannings... il faut faire des choix. »

*(Animatrice)*

« On a l'envie, mais pas toujours les moyens. Quand t'as dix toilettes à faire en deux heures, t'es pas dans la personnalisation. »

*(ASH)*

« C'est frustrant. Je sais qu'il y a des choses à faire pour que ce soit plus humain, mais il faut jongler avec les absences, les urgences. »

*(Aide-soignante)*

Le temps limité devient un acteur caché, qui guide les pratiques vers l'efficacité plutôt que vers l'uniformité. L'effort de personnalisation repose donc fortement sur l'implication personnelle de certains professionnels, ainsi que sur la culture managériale de l'établissement.

« Les repas, c'est le moment où je peux vraiment les observer. Je note tout ce qui change. C'est ma façon d'adapter. »

*(ASH)*

Ici, l'adaptation se base sur une observation minutieuse du quotidien. Cette approche professionnelle, proactive, attentive et humaine met en évidence que la personnalisation ne repose pas uniquement sur les outils utilisés, mais aussi sur l'attitude relationnelle et la manière dont le travail est organisé.

### 1.3 Contraintes professionnelles et stratégies d'ajustement : arbitrer sans se perdre

Le travail en EHPAD est marqué par des tensions solides et persistantes. L'insuffisance de personnel et l'exigence paradoxale de personnaliser l'accompagnement tout en respectant un cadre standardisé contraignent les professionnels sur le terrain à jongler constamment entre le modèle idéal des soins et la réalité quotidienne.

« J'ai 72 résidents à m'occuper, et je dois aussi faire le reporting. À la fin de la journée, je suis vidée. »

*(Infirmière diplômée d'État)*

Cette infirmière témoigne de son épuisement professionnel qui n'est pas seulement dû à la surcharge physique, mais également au fossé entre les exigences institutionnelles (traçabilité, gestion du risque) et le temps véritablement disponible pour une relation de soin empreinte d'humanité.

L'animatrice souligne une autre forme de contrainte, liée à l'effet domino administratif :

« Je dois parfois déléguer des animations parce que je suis seule à gérer les papiers, les plannings et tout ce qui va avec. »

*(Animatrice socio-culturelle)*

Son récit expose une contradiction : bien que l'animation soit considérée comme indispensable au bien-être des résidents, elle est mise de côté quand les obligations administratives deviennent prioritaires. Cela soulève des questions sur la hiérarchie implicite des tâches dans certains établissements.

« On nous demande de plus en plus de choses, mais avec moins de moyens. C'est difficile de faire bien. »

*(ASH)*

Ce constat, largement répandu, reflète une tendance à la hausse des attentes : les professionnels doivent satisfaire à des impératifs de personnalisation, d'efficacité et de sécurité, tout en naviguant dans l'imprévisibilité (chutes, absences, décès, conflits...).

« Il y a des jours où on est trois au lieu de cinq. On fait ce qu'on peut, mais on culpabilise de ne pas faire plus. »

*(Aide-soignante)*

La culpabilité éprouvée met en évidence le fossé entre les valeurs que défendent les soignants (respect, considération, humanité) et les conditions dans lesquelles ils exercent leur métier. C'est dans cet environnement de tension que les stratégies d'ajustement commencent à se mettre en place.

Certaines découlent de critères de priorisation, parfois assumées:

« Je sais que je ne peux pas tout faire, alors je me concentre sur les résidents les plus vulnérables. »

*(Aide-soignante)*

D'autres mobilisent des formes de solidarité professionnelle, souvent informelles mais décisives :

« On se voit entre collègues après les transmissions pour se soutenir. On ne peut pas tout faire, mais on essaie de faire au mieux. »

*(Aide-soignante)*

Ici, le soutien entre pairs sert de solution contre l'épuisement émotionnel. Il permet de donner un sens, même lors de journées interminables.

Devant des familles considérées comme trop envahissantes ou exigeantes, quelques membres du personnel se tournent vers la hiérarchie pour défendre leur domaine d'action :

« Quand une famille est trop insistante, je leur dis d'en parler avec le directeur. Moi, je me concentre sur le résident. »

*(Secrétaire chargée de l'accueil)*

Cette transition assure la préservation du lien avec le résident, tout en déléguant la responsabilité de résolution du conflit à au niveau décisionnel. C'est une adaptation défensive qui reflète le poids émotionnel soutenu par les agents d'accueil, souvent en première ligne.

Pour finir, quelques directions identifiant ces tensions, tout en faisant état de leur propre marge de manœuvre restreinte :

« On voudrait faire plus, mais entre les ratios, les contraintes budgétaires, les normes... on est en permanence en train d'arbitrer. »

*(Directeur EHPAD privé)*

Ce récit met en lumière que la pression ne concerne pas uniquement les soignants : elle traverse tous les échelons de la hiérarchie. L'adaptation de l'accompagnement se transforme donc en un défi collectif, mais dépend d'une organisation du travail à la fois réaliste et cohérente.

#### 1.4 Ajustements et solutions concrètes : entre contraintes structurelles et initiatives locales

En dépit des tensions évoquées lors des échanges, plusieurs actions admirables ont surgi du terrain, témoignant d'une volonté de la part des intervenants d'optimiser la relation de service. Ces modifications ne se basent pas seulement sur des réformes institutionnelles, mais également sur des actions individuelles ou collectives destinées à harmoniser les attentes, les besoins et les restrictions.

Dans un contexte de surcharge, certains professionnels mettent en place des stratégies d'adaptation spontanées. Au lieu d'abandonner la relation, ils ajustent leur organisation pour maintenir des instants de qualité avec les résidents :

*« Je fais en sorte de terminer l'administratif tôt le matin, comme ça après je peux aller faire un tour dans les chambres, prendre cinq minutes pour parler avec chacun. »*

*(Animatrice socio-culturelle)*

Ces choix individuels montrent une grande dévotion à la signification du travail, malgré des conditions professionnelles difficiles. Ici, l'engagement professionnel se transforme en un acte de résistance créatif contre la possible dépersonnalisation des soins.

La direction a aussi un rôle structurant dans ces processus d'ajustement. De nombreux directeurs instaurent des espaces de discussion et de médiation, avant que les conflits ne surviennent :

*« Tous les jours, il y a quelqu'un du comité de direction qui est installé à l'accueil dans le hall. On est facilement accessibles, et ça change beaucoup les choses.*

*» (Directrice – EHPAD privé)*

*« Les cafés des aidants, ça marche bien. On discute, on désamorce des malentendus. Les familles se sentent plus écoutées. »*

*(Directrice – EHPAD privé)*

Ces formats non officiels font ressortir la transparence et la confiance, tout en apaisant les frustrations qui, sinon, pourraient s'exprimer de manière plus conflictuelle.

En ce qui concerne les familles, plusieurs témoignages révèlent également une volonté d'adaptation et de collaboration, à condition que l'information soit transmise de manière claire :

*« J'apprécie qu'on m'appelle si elle ne veut pas manger, même si je ne peux pas venir. Ça me donne l'impression d'être encore impliquée. »*

*(Fille d'une résidente)*

Cette reconnaissance mutuelle, même partielle, contribue à construire une relation de confiance, dans laquelle les familles deviennent des partenaires plutôt que des plaignantes.

Pour conclure, de nombreux sont les professionnels qui mettent en avant que, malgré un environnement difficile, des solutions internes puissent voir le jour grâce à l'appui de la direction :

*« On a proposé de faire des temps d'écoute en fin de journée. Une infirmière ou moi, on est là, sans blouse, juste pour discuter. »*

*(Cadre intermédiaire)*

*« Parfois on n'a pas les moyens, mais on essaie de bricoler quelque chose quand même. L'an dernier, pour un monsieur, on a organisé un mini concert dans sa chambre. »*

*(Aide-soignant)*

Ces actions modestes mais précises sont généralement vues sous un jour très favorable par les familles. Ils contribuent à redéfinir une image plus humaine et attentive de l'institution, au-delà des contraintes structurelles.

En fin de compte, les entretiens mettent en lumière que l'harmonisation entre attentes, besoins et restrictions n'est jamais entièrement atteinte, mais qu'elle peut être négociée quotidiennement par le biais d'efforts personnels et collectifs. Ces modifications offrent des approches tangibles pour examiner des recommandations de gestion qui tiennent compte de la réalité du terrain.

## 2. Discussion : tensions, arbitrages et leviers de conciliation

L'objectif de ce mémoire est d'étudier les interactions au sein des EHPAD, en examinant les perspectives des familles, du personnel soignant et des directeurs. La problématique principale visait à comprendre : comment concilier les attentes des familles, les besoins des résidents et les contraintes des professionnels.

Avec une approche qualitative, le but n'était pas de faire des généralisations, mais de repérer des dynamiques d'interaction, des zones de friction et des types de réajustement en mis en pratique sur le terrain, notamment en ce qui concerne la personnalisation de l'accompagnement apporté.

### 2.1 Une articulation fragile entre trois logiques distinctes

Les résidents ont une diversité de besoins : non seulement médicaux, mais également relationnels, d'identité et de ressentis. Les experts consultés soulignent l'importance de l'écoute et de la personnalisation, même dans les gestes quotidiens simples : « faut écouter le résident, même quand il dit non. » (aide-soignante). Cette préoccupation s'aligne avec les écrits sur l'importance de l'autonomie et de la reconnaissance de la personne âgée (Herfray, 2007).

Selon les entretiens effectués avec les familles, on constate une attente marquée d'implication et de reconnaissance. Certaines personnes manifestent une relation positive avec les équipes, tandis que d'autres affichent un engagement très fort, qui peut parfois être perçu par les équipes comme intrusif : « Une famille a insisté pour que la résidente se fasse couper les cheveux courts, alors qu'elle-même affirmait ne pas le souhaiter. » (secrétaire d'accueil). Ce témoignage résonne avec les études de Thomas et Hazif-Thomas (2015) concernant les conflits de légitimité entre professionnels et leurs proches.

Les professionnels doivent donc sans cesse arbitrer entre ces deux pôles tout en répondant aux contraintes organisationnelles. Ce déséquilibre structurel renforce la difficulté de faire coexister des approches axées sur l'efficacité, de bientraitance et l'écoute, comme souligné par Lebrun et al. (2018) et Montargot & Saboune (2024).

## 2.2 Les dispositifs de participation : leviers et limites

L'implication des familles se fait souvent à travers les projets d'accompagnement personnalisé (PAP) ou les conseils de vie sociale (CVS). Sur le terrain, divers directeurs et soignants ont mis en évidence à la fois ses atouts et ses contraintes : « Le PAP est un bon outil si on le fait vivre. Sinon, c'est juste un document de plus. » (directrice d'un EHPAD public). Cette observation corrobore les études de la HAS (2018) et de Billaud (2018) : il ne suffit pas d'avoir les outils, c'est leur véritable appropriation qui détermine leur efficacité.

L'enquête démontre que quelques institutions réussissent à instaurer des espaces de discussion, telles que les « cafés des aidants » ou une présence régulière de la direction dans le hall d'accueil. Ces méthodes détournent les préconisations de Bourdon (2018) et Fasshauer & Ferreira de Moura (2023) pour une gouvernance participative concrète et incarnée.

## 2.3 Le soin relationnel : un enjeu transversal à réhabiliter

Le lien humain est fréquemment cité comme l'essence du travail : « On les accompagne, oui, mais parfois sans vraiment les voir. » (infirmière.) Ce manque de temps est perçu comme un facteur d'atteinte à la qualité relationnelle. La charge administrative et la pénurie de personnel orientent les pratiques vers une logique de rendement (ROMARD et al., 2024), au détriment de la qualité de présence.

Cependant, diverses démarches illustrent l'engagement à conserver une interaction personnalisée : « Je note tout ce qui change pendant les repas. C'est ma façon d'adapter. » (ASH). Ces observations détaillées s'alignent avec les études de Raybois (2014) sur le soin invisible et la douleur associée à son absence de reconnaissance. Le croisement entre les entretiens et la littérature indique que le soin relationnel, fréquemment mis de côté, est un élément fondamental à rétablir.

## 2.4 Vers une gouvernance partagée ?

Devant les tensions constatées, diverses approches viennent du terrain : réajustement des priorités, mise en valeur du temps de présence, élargissement de la formation. Certaines personnes mettent en place des stratégies flexibles et engagées: « J'essaie de m'occuper des tâches administratives dès le matin, comme ça après je peux aller faire un tour dans les chambres voir les résidents » (Animatrice). Cette aptitude à trancher s'aligne avec les suggestions de gouvernance davantage horizontales proposées par Fasshauer & Ferreira de Moura (2023).

Quant aux directions consultées, elles font preuve de discernement face aux contraintes systémiques, tout en manifestant une volonté d'ouverture : « On voudrait faire plus, mais entre les ratios, les contraintes budgétaires, les normes... on est en permanence en train d'arbitrer. » (directeur d'un EHPAD privé). Les écrits corroborent cette tension structurelle qui touche tous les niveaux hiérarchiques (Devetter et al., 2023).

Les entretiens révèlent que l'équilibre entre les attentes des familles, les besoins des résidents et les pratiques professionnelles est un processus en constante évolution, jamais complètement stabilisé. Elle requiert des décisions quotidiennes, appuyées par une culture de gestion bienveillante et la reconnaissance des réalités du terrain. L'interaction entre les méthodes pratiquées et les écrits indique que cette harmonisation est réalisable si l'on met l'accent sur la qualité des relations, qu'on institue des espaces de médiation et qu'on encourage une gouvernance collaborative. C'est à cette condition que l'EHPAD peut se transformer en un lieu de vie digne pour les uns, de travail respecté pour les autres, et de confiance regagnée pour tous.

## 3. Recommandations

En tenant compte de l'analyse croisée des entretiens et des publications, diverses pistes pratiques peuvent être envisagées pour mieux harmoniser les exigences des familles, les nécessités des résidents et les méthodes de travail en EHPAD.

Il semble primordial de mettre l'écoute des résidents au centre de toutes les décisions. On doit reconnaître leur voix comme fondamentale, même si leurs désirs sont en désaccord avec ceux de leur entourage. Il ne devrait plus être systématiquement de déléguer la prise de décision à la famille, même en cas de vulnérabilité cognitive, le résident a toujours des

capacités d'expression et de choix qui méritent d'être respectées. Il est nécessaire d'établir des séances régulières de discussion, comme des groupes de parole ou des entretiens individuels, pour recueillir leurs attentes, leurs préférences et leur expérience. Il faut par la suite partager ces retours avec les équipes afin de personnaliser l'accompagnement.

La place des familles, souvent incertaine, doit être redéfini dans une position de partenariat équilibré. Elles ne doivent pas être mises à l'écart, ni assumer une position de prise de décision prépondérante. Ils doivent jouer le rôle de contributeurs informés, capables d'approfondir la compréhension du résident sans pour autant le remplacer. Il est nécessaire d'établir des réunions de discussion thématiques et régulières à cet objectif. Les conseils de vie sociale peuvent devenir puissants acteurs d'expression et de co-construction s'ils sont dynamisés et mieux organisés.

Ainsi, la psychologue occupe une position clé à jouer. On devrait lui attribuer une tâche globale d'assistance aux familles, notamment lors des moments compliqués tels que l'admission en institution, l'augmentation des problèmes ou la fin de vie. Elle peut également mener des séances de sensibilisation sur les maladies liées à l'âge et les impacts émotionnels associés à la perte d'autonomie. Grâce à son rôle impartial, elle est à même d'intervenir lors de moments de tension pour favoriser la compréhension réciproque et rétablir le lien de confiance avec les équipes. Elle offre également un appui précieux aux professionnels confrontés à des sollicitations familiales complexes.

La valorisation du soin relationnel représente un autre fondement essentiel. Il est important de valoriser les gestes subtils du quotidien qui manifestent une réelle attention envers les résidents. Cela peut inclure la mise en place de binômes référents entre le personnel soignant et les résidents, assurant ainsi un maintien du lien et une meilleure compréhension des modes de vie. Les critères d'évaluation internes devraient inclure des indicateurs qualitatifs concernant la relation et l'écoute, en plus des normes techniques.

Il est essentiel de promouvoir une dynamique de gouvernance partagée. Les décisions au sein de l'organisation devraient être basées sur les retours des résidents, des familles et des équipes, grâce à des comités de direction transparents et des mécanismes flexibles de consultation. Il est essentiel de favoriser des micro-initiatives mises en œuvre par les équipes elles-mêmes, adaptées aux circonstances du terrain et appuyées par la direction. Cela favorise le développement d'une culture partagée de bienveillance, basée sur la responsabilité collective, le respect réciproque et la confiance mutuelle.

Ces suggestions ont pour but de replacer le résident au cœur du projet de soin et de vie, d'apporter du soutien aux professionnels dans leur travail quotidien, et d'établir une collaboration familiale plus équitable, plus informée et mieux soutenue. En mettant en lumière leurs efforts d'écoute, d'ajustement et de conversation, elles participent à la transformation de l'EHPAD en un véritable espace de vie commun, porteur de sens et d'humanité.

# Conclusion

Ce mémoire s'est consacré à l'étude des processus qui favorisent ou empêchent de garantir une place adéquate à chaque personne dans un EHPAD. En combinant les perspectives tirées de la littérature spécialisée et les récits provenant du terrain, il souligne une réalité complexe, constituée de tensions, de quiproquos mais également de possibilités d'adaptation.

Les résidents éprouvent un besoin essentiel de reconnaissance, de respect de leur rythme, à leurs décisions, même instables. Les professionnels, généralement dévoués et vigilants, sont confrontés à diverses contraintes : pression de l'organisation, exigences institutionnelles, manque de temps. Les familles, quant à elles, naviguent entre anxiété, culpabilité et désir de soutenir au mieux, ce qui peut occasionnellement les amener à prendre des décisions qui ne sont pas nécessairement en accord avec les désirs du résident.

Il faut reconsidérer cette dynamique triangulaire entre les attentes de la famille, les besoins des résidents et les pratiques professionnelles. Non pas pour effacer les conflits, mais pour instaurer un lieu d'échange, de réajustement et de considération mutuelle. Cela nécessite d'améliorer l'attention active du résident, de réévaluer la fonction des familles dans un esprit de collaboration, et d'accompagner les équipes dans leur travail, particulièrement en mettant en évidence l'importance du soin relationnel.

Ce mémoire n'apporte pas de solution universelle, mais propose des pistes concrètes, réalistes et humaines pour transformer les pratiques. Car faire de l'EHPAD un lieu de vie digne, c'est avant tout reconnaître que chaque voix compte : celle du résident, celle de ses proches, et celle des professionnels. C'est dans cette harmonie, sans domination ni effacement, que s'établit un soutien véritablement éthique.

# Bibliographie

<https://doi.org/10.3917/g1.123.0169>

Amyot, J. J. (2007). *Pratiques professionnelles en gérontologie*.

Angel, O., Bonardi, C., Drouot, C., & Corveleyn, X. (2020). Dialogue

résident-famille-institution : Clé du consentement à l'entrée en Ehpad. *Gérontologie et société*, 42 / n° 163(3), 235-262. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/g1.163.0235>

Aubry, F. (2012). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante : Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec.

*Temporalités*, 16. <https://doi.org/10.4000/temporalites.2237>

Bihan, L. (2000). *La prestation spécifique dépendance à domicile en pratiques dans six départements*.

Blayo, Y., & Henry, L. (1975). La population de la France de 1740 à 1860. *Population*, Vol. 30(1), 71-122. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/popu.p1975.30n1.0122>

Bois, J. P. (1989). *Histoire de la vieillesse* (Que sais-je?).

Borrel, C. (1999). *La prestation spécifique dépendance*.

Castel, R. (1995). *Les Métamorphoses de la question sociale* (Fayard).

Chovrelat-Péchoux, G. (2021). Covid-19 en Ehpad : Quelle place pour les familles ?

*Gérontologie et société*, 43 / n° 164(1), 191-202. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/g1.164.0191>

Cribier, F. (2008). Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960. Du vieillard au retraité.

Élise Feller. *Revue d'histoire de la protection sociale*, N° 1(1), 162-165. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/rhps.001.0162>

Delouette, L., Ilona ; Nirello. (2017). La régulation publique dans le secteur des Ehpad :

Quelles conséquences pour l'avenir des établissements de l'ESS ? *Revue internationale de l'économie sociale*, 344, 58-72.

<https://doi.org/10.7202/1039582ar>

- Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées* | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2022).  
[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et?utm\\_source=chatgpt.com](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et?utm_source=chatgpt.com)
- Destrée, P. (2002). Platon, La République. Traduction, introduction et notes par Georges Leroux. *Revue Philosophique de Louvain*, 100(4), 794-795.
- Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... Malade de « gestionniste ». *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, N° 98(4), 27-37. Cairn.info.  
<https://doi.org/10.3917/geco.098.0027>
- Devetter, F.-X., Dussuet, A., Nirello, L., & Puissant, E. (2023). La relation de service face à un « double bénéficiaire » : L'exemple du travail dans les EHPAD ? *Management & Avenir*, N° 135(3), 107-129. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/mav.135.0107>
- Ellingsen, G., Monteiro, E., & Munkvold, G. (s. d.). *Published in : The Information Society, vol. 23, no. 5, 2007, pp. 309-326 Standardisation of work : Co-constructed practice.*
- Éloi, M., & Martin, P. (2017). La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations. *Revue française des affaires sociales*, 1, 21-40. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0021>
- Fasshauer, I., & Ferreira de Moura, C. (2023). Les tiers-lieux en Ehpads, de nouveaux modes de participation et de socialisation des personnes âgées dépendantes. *ADSP*, N° 121(1), 44-46. Cairn.info.
- Gacoin, D. (2010). *Guide de l'évaluation en action sociale et médico-sociale : Législation, concepts, mise en pratique.* Dunod.
- Hébert, R. (2011). Grandeurs et misères de l'allocation personnalisée d'autonomie en France. *Gérontologie et société*, 34 / n° 138(3), 67-82. Cairn.info.  
<https://doi.org/10.3917/gs.138.0067>
- Herfray, C. (2007). *La vieillesse en analyse.* érès. <https://doi.org/10.3917/eres.herfr.2007.01>

IEFP, S. (2021, décembre 7). Les évolutions démographiques futures de la France et leurs enjeux économiques. *La finance pour tous*.

<https://www.lafinancepourtous.com/2021/12/07/les-evolutions-demographiques-futures-de-la-france-et-leurs-enjeux-economiques/>

*La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*. (2011).

Lachaize, T. (2022). L'injonction paradoxale. De la famille du résident en ehpad : Entre désir de liberté, stimulation et surveillance. *Cliniques*, N° 24(2), 43-56. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/clini.024.0043>

Lebrun, L., Dumas, M., & Douguet, F. (2018). Effets de la prise en charge des personnes démentes sur le travail aide-soignant en EHPAD. Une approche par la théorie de la régulation sociale. *Management & Avenir - Santé*, N° 4(2), 35-54. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/mavs.004.0035>

*L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) |*

*Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. (s. d.).

Consulté 8 juin 2025, à l'adresse

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees?utm\\_source=chatgpt.com](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees?utm_source=chatgpt.com)

Lévy, M. (2025). *RS n°24/ Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux | CNSA.fr*.

<https://www.cnsa.fr/publications/rs-ndeg24-absenteisme-vacance-et-rotation-dans-les-etablissements-et-services-medico>

Liffraud, D. (2013). Familles et ehpad... *Empan*, n° 91(3), 82-90. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/empa.091.0082>

Loffeier, I. (2015). La « norme de sollicitude » jusqu'à l'oubli de soi dans la prise en charge des résidents de maison de retraite. *SociologieS*.

<https://doi.org/10.4000/sociologies.5002>

- Mallon, I. (2005). Chapitre I. Vieillir en institution : Une analyse « par le bas » des maisons de retraite. In *Vivre en maison de retraite : Le dernier chez-soi* (p. 15-50). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.24281>
- Martin, J. M. (1970). *Pour une politique de la vieillesse*.
- Noël, J.-L. (2024). 11. La place des proches dans l' institution. In *Les fondamentaux du travail en EHPAD* (p. 239-247). érès; Cairn.info. <https://shs.cairn.info/les-fondamentaux-du-travail-en-EHPAD--9782749281186-page-239?lang=fr>
- Paillat, P. (1997). Le rapport Laroque et son héritage : Un regard rétrospectif. *Gérontologie et société*, 20 / n° 81(2), 25-42. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/gs.081.0025>
- PERRIN-COSTANTINO, C. (2024). *Les soignants à l'épreuve de la culpabilité*.
- RAPPORT D'INFORMATION EHPAD : UN MODÈLE À RECONSTRUIRE*. (s. d.). Consulté 12 juin 2025, à l'adresse [https://www.senat.fr/fileadmin/Presse/Documents\\_pdf/Essentiel\\_Ehpad\\_2024\\_press\\_e.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.senat.fr/fileadmin/Presse/Documents_pdf/Essentiel_Ehpad_2024_press_e.pdf?utm_source=chatgpt.com)
- Raybois, M. (2014). La santé des soignants altérée par les relations. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16-3, Article 16-3. <https://doi.org/10.4000/pistes.4072>
- RBPP Qualité de vie en Ehpad—L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (No. (volet 4)). (2012). ANESM. *Reco\_vie\_en\_collectivite\_anesm.pdf*. (s. d.). Consulté 9 juin 2025, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco\\_vie\\_en\\_collectivite\\_anesm.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf)
- Robine, J.-M., & Cambois, E. (2013). Les espérances de vie en bonne santé des Européens. *Population & Sociétés*, N° 499(4), 1-4. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/popsoc.499.0001>
- ROMARD, J., Attali, H., Dumortier, M., Mora, V., & Monteleon, P.-Y. (2024). *Conditions de*

*travail et santé du personnel soignant d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'Île-de-France.*

Sabouné, K., Montargot, N., & Dougados, M. (2024). Les tensions de rôle en EHPAD français : Causes et conséquences. *Management international*, 28(2), 64-75.  
<https://doi.org/10.59876/a-bbgx-j06v>

*Situation des Ehpads*. (s. d.). Sénat. Consulté 6 juin 2025, à l'adresse  
<https://www.senat.fr/rap/r23-778/r23-778.html>

Théry, C., Bertin-Hugault, F., Zawieja, P., Belmin, J., & Rothan-Tondeur, M. (2021). Les soins fondés sur les forces : Expérience vécue, perceptions et attentes des familles des résidents en Ehpads, une approche phénoménologique. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, Vol. 19(3), 261-273. Cairn.info.  
<https://doi.org/10.1684/pnv.2021.0953>

Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2015). Prendre le risque d'investir les familles, une école de vie pour les soignants. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 15(89), 290-297.  
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.01.002>

Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2018). Conflits intrafamiliaux et tensions familles-soignants en Ehpads. *Soins Gériatrie*, 23(129), 29-32.  
<https://doi.org/10.1016/j.sger.2017.11.006>

Trépiéd, V. (2014). 3—La détresse psychologique en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : Les ambivalences du lien de filiation. In *L'intégration inégale* (p. 63-76). Presses Universitaires de France; Cairn.info.  
<https://doi.org/10.3917/puf.paug.2014.01.0063>

Trincas, J. (1998). Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale. *Homme*, 38(147), 167-189. <https://doi.org/10.3406/hom.1998.370511>

Villez, A. (2007). EHPAD. La crise des modèles. *Gériatrie et société*, 30 / n° 123(4), 169-184. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0169>

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>3</b>
<b>Liste des sigles</b> .....	<b>4</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>6</b>
<b>Table des figures</b> .....	<b>9</b>
<b>Table des tableaux</b> .....	<b>9</b>
Introduction.....	10
<b>PARTIE 1: REVUE DE LA LITTÉRATURE</b> .....	<b>11</b>
1. Les évolutions des structures de prise en charge.....	11
1.1 De la prise en charge familiale à l'assistance publique : l'émergence d'une réponse institutionnelle.....	11
1.2 Création des maisons de retraite médicalisées et apparition des EHPAD.....	13
1.3 Professionnalisation du secteur, montée en puissance de l'État et des normes 15	
A. La professionnalisation progressive des métiers.....	16
B. La montée en puissance de l'État et la normalisation du secteur.....	16
C. Les tensions entre soins individualisés et gestion normative.....	17
D. Vers un équilibre à reconstruire.....	17
1.4 Conséquences sur la relation résident–famille–institution.....	18
A. Tensions, ajustements et co-construction.....	18
B. Impacts sur la communication, la confiance et la satisfaction.....	18
C. Enjeux d'articulation et perspectives.....	19
2. Évolution démographique et enjeux socio-économiques.....	20
2.1 Croissance de la population âgée.....	20
2.2 Statistiques et projections.....	21
2.3 Conséquences économiques et sociales.....	24
2.4 Défis liés à l'allongement de l'espérance de vie.....	26
A. Augmentation de la dépendance.....	26
B. Complexification des profils des résidents en EHPAD.....	27
C. Présence accrue de maladies chroniques et troubles cognitifs.....	30
3. Les besoins actuels des résidents.....	31
3.1 Besoin de reconnaissance, de respect du rythme, de personnalisation.....	32
3.2 Le PAP : un outil central de personnalisation.....	34
4. Les attentes des familles.....	34
4.1 Des tensions à la co-construction.....	35
4.2 Variabilité des formes de participation.....	35
4.3 Cadre normatif et attentes accrues.....	36
4.4 Poids émotionnel, ajustements complexes.....	36
4.5 Plaintes, conflits et insatisfactions : révélateurs d'un lien fragilisé.....	36
4.6 Focus : L'étude Rhéa 1:Comprendre les attentes des familles en EHPAD.....	38

5. Les contraintes des professionnels en EHPAD.....	40
5.1 Travail prescrit vs travail réel.....	40
5.2 Tâches administratives croissantes.....	41
5.3 Pénurie de personnel, souffrance au travail, turnover élevé.....	42
5.4 Attentes contradictoires.....	43
5.5 Soins relationnels et limites organisationnelles.....	43
5.6 Tensions concrètes : désaccords sur les soins, refus de soins, contentieux.....	44
5.7 Manque de cadres de médiation ou de dialogue (CVS peu efficaces, réunions ponctuelles).....	45
5.8 Initiatives existantes : co-construction de PAP, contrats de vie, groupes de parole.	46
5.9 Manque de formation croisée (familles ↔ professionnels), manque de temps....	46
5.10 Vers une gouvernance partagée ?.....	46
6. Conclusion de la revue de littérature.....	47
<b>PARTIE 2 – MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>49</b>
1. Méthode choisie : une approche qualitative par entretiens semi-directifs.....	49
2. Démarche : échantillonnage, guides d'entretien et recrutement.....	50
2.1 Choix de l'échantillon.....	50
2.2 Élaboration des guides d'entretien.....	50
2.3 Recrutement des participants.....	51
3. Méthode d'analyse des données.....	51
4. Limites et difficultés rencontrées dans le recueil des données.....	52
<b>PARTIE 3 – RESULTATS ET DISCUSSION.....</b>	<b>54</b>
1. Analyse des entretiens.....	54
1.1 Les attentes des familles : vigilance légitime ou pression ingérente ?.....	54
1.2 La prise en compte des besoins des résidents : entre volonté d'individualisation et contraintes systémiques.....	55
1.3 Contraintes professionnelles et stratégies d'ajustement : arbitrer sans se perdre... 57	
1.4 Ajustements et solutions concrètes : entre contraintes structurelles et initiatives locales.....	59
2. Discussion : tensions, arbitrages et leviers de conciliation.....	61
2.1 Une articulation fragile entre trois logiques distinctes.....	61
2.2 Les dispositifs de participation : leviers et limites.....	62
2.3 Le soin relationnel : un enjeu transversal à réhabiliter.....	62
2.4 Vers une gouvernance partagée ?.....	63
3. Recommandations.....	63
<b>Conclusion.....</b>	<b>66</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>67</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>72</b>
<b>Table des annexes.....</b>	<b>74</b>
Résumé.....	84
Abstract.....	84

# Table des annexes

Annexe 1: Guide d'entretien des professionnels	74
Annexe 2: Retranscription entretien avec une infirmière	77

## Annexe 1: Guide d'entretien des professionnels

<b>Guide d'entretien Professionnels</b>
<b>I. Parcours et expérience professionnelle</b> , <i>Attentes: Mieux comprendre le profil du professionnel, son ancienneté et la manière dont il perçoit son rôle.</i>
Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ? <i>(Attentes : Identifier l'expérience du professionnel, voir si son regard a évolué avec le temps.)</i>
Pouvez-vous me raconter un moment marquant dans votre carrière en EHPAD ? <i>(Exemples attendus : une expérience positive avec un résident, une difficulté rencontrée avec une famille, une évolution dans les pratiques.)</i>
Comment décririez-vous votre rôle au sein de l'établissement ? <i>(Attentes : Voir si le professionnel perçoit son rôle comme purement technique ou comme un accompagnement plus global des résidents et des familles.)</i>
<b>II. Identification des besoins des résidents</b> , <i>Attentes : Comprendre quels besoins sont prioritaires pour les professionnels et si les soins sont réellement adaptés à chaque résident.</i>
Quels sont les besoins les plus importants des résidents selon vous ? <i>(Attentes : Évaluer si les professionnels mettent en avant le médical, le bien-être, la relation sociale, l'autonomie.)</i>
Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez eu le sentiment d'avoir vraiment répondu aux besoins spécifiques d'un résident ? <i>(Exemples attendus : adaptation des soins, accompagnement particulier, initiative personnelle.)</i>
Avez-vous l'impression que l'EHPAD propose une prise en charge réellement individualisée ? Pourquoi ? <i>(Attentes : Vérifier si la personnalisation des soins est perçue comme faisable ou trop contrainte par les protocoles.)</i>
Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) est-il un outil utile pour adapter l'accompagnement des résidents ? <i>(Attentes : Voir si le PAP est un outil actif ou simplement administratif.)</i>
Comment le PAP est-il élaboré et réajusté au fil du temps ? <i>(Attentes : Comprendre si les professionnels sont réellement impliqués dans sa mise à jour.)</i>
<b>II. Relation avec les familles et perception de leurs attentes</b> , <i>Attentes : Comprendre comment les professionnels perçoivent les familles et quels types d'interactions sont les plus courants.</i>
Pouvez-vous me parler d'une interaction marquante avec une famille ? <i>(Exemples attendus : conflit, moment de reconnaissance, incompréhension sur les</i>

soins, satisfaction d'une famille.)
<p>Quelles sont les attentes les plus fréquentes des familles et comment influencent-elles votre travail ?  <i>(Attentes : Identifier si les familles demandent surtout du suivi, de la personnalisation des soins, une communication accrue.)</i></p>
<p>Selon vous, les familles comprennent-elles les contraintes institutionnelles de l'EHPAD ?  <i>(Attentes : Voir si les familles ont une vision réaliste du fonctionnement d'un EHPAD ou si elles en attendent trop.)</i></p>
<p>Le PAP est-il un bon outil pour dialoguer avec les familles, ou est-il parfois source de tensions ?  <i>(Attentes : Comprendre si les familles participent activement au PAP ou si elles ne le perçoivent pas comme un levier d'implication.)</i></p>
<p>Avez-vous l'impression que certaines familles font confiance à l'équipe, ou au contraire, expriment une certaine défiance ?  <i>(Attentes : Identifier si les soignants ressentent un climat de coopération ou plutôt de surveillance/méfiance.)</i></p>
<p><b>IV. Contraintes institutionnelles et organisation du travail</b>  <i>Attentes : Identifier les obstacles concrets qui empêchent une prise en charge idéale des résidents.</i></p>
<p>Pouvez-vous me donner un exemple où vous avez ressenti une forte contrainte institutionnelle dans votre travail ?  <i>(Exemples attendus : manque de personnel, protocole trop rigide, budget limité, difficulté à répondre aux attentes des familles.)</i></p>
<p>Quelles sont les principales contraintes (effectifs, temps, protocoles, budgets) qui influencent votre capacité à personnaliser l'accompagnement ?  <i>(Attentes : Vérifier quels sont les freins principaux à une prise en charge idéale.)</i></p>
<p>Pensez-vous qu'il existe des marges de manœuvre pour adapter davantage les soins aux besoins spécifiques des résidents ?  <i>(Attentes : Identifier si des ajustements sont possibles malgré les contraintes.)</i></p>
<p>Diriez-vous que votre charge de travail a un impact sur votre moral et votre engagement au quotidien ?  <i>(Attentes : Voir si les soignants ressentent de la fatigue, de la démotivation, ou au contraire, trouvent du sens dans leur travail malgré les contraintes.)</i></p>
<p>Recevez-vous des marques de reconnaissance des familles ? À l'inverse, ressentez-vous parfois un manque de considération ?</p>
<p><b>V. Communication et collaboration autour du PAP</b>  <i>Attentes : Analyser si la communication est suffisante et comment elle pourrait être améliorée.</i></p>
<p>Comment est organisée la communication avec les familles autour du PAP ?  <i>(Attentes : Voir si la communication est proactive ou si elle repose sur les</i></p>

<i>demandes des familles.)</i>
<p>Selon vous, les familles sont-elles suffisamment impliquées dans son élaboration et son suivi ?  <i>(Attentes : Évaluer si l'EHPAD favorise cette implication ou si c'est un aspect négligé.)</i></p>
<p><b>VI. Dispositifs et stratégies de conciliation</b>  <i>Attentes : Identifier les outils mis en place pour éviter les conflits et améliorer la relation avec les familles.</i></p>
<p>Quels dispositifs ou pratiques existent dans votre établissement pour concilier les attentes des familles avec les contraintes institutionnelles ?</p>
<p>Quel rôle le directeur et les cadres jouent-ils dans la médiation avec les familles ?</p>
<p>Quelles suggestions auriez-vous pour améliorer la communication et la collaboration avec les familles, ainsi que pour mieux adapter l'organisation aux contraintes existantes ?</p>
<p><b>VII. Technologies et innovations en EHPAD</b>  <i>Attentes : Voir comment les outils numériques sont perçus et s'ils améliorent ou compliquent le travail des soignants.</i></p>
<p>Des outils technologiques sont-ils utilisés pour faciliter la communication avec les familles ou améliorer la prise en charge des résidents ?  <i>(Exemples attendus : tablettes pour les résidents, suivi médical numérique, dossiers partagés, outils de télémédecine.)</i></p>
<p>Pensez-vous que ces outils améliorent votre travail ou, au contraire, ajoutent une contrainte supplémentaire ?  <i>(Attentes : Évaluer si les professionnels trouvent que la technologie est un levier ou un frein.)</i></p>

## ***Annexe 2: Retranscription entretien avec une infirmière***

**Juliette Lucas** : Bonjour, vous m'entendez bien ?

**Infirmière** : Oui, je vous entends, pas de souci.

**Juliette** : Super. Je vous appelle pour notre entretien dans le cadre de mon mémoire sur les besoins des résidents et les pratiques professionnelles en EHPAD. Avant de commencer, je voulais vous préciser que l'entretien va être enregistré pour que je puisse ensuite le retranscrire fidèlement, mais il restera totalement anonyme. Votre nom, celui de l'établissement ou tout élément permettant de vous identifier ne seront pas mentionnés.

Est-ce que cela vous convient ?

**Infirmière** : Oui, pas de souci, vous pouvez y aller.

**Juliette** : Est-ce que je peux vous poser quelques questions directement ?

**Infirmière** : Oui, allez-y.

**Juliette** : Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?

**Infirmière** : Depuis 2022, donc un peu plus de trois ans maintenant.

**Juliette** : D'accord. Et vous êtes infirmière, c'est bien ça ?

**Infirmière** : Oui, infirmière diplômée d'État.

**Juliette** : Est-ce que vous avez toujours travaillé en EHPAD ?

**Infirmière** : Non, pas du tout. J'ai commencé à l'hôpital, au CHU de Bordeaux. J'ai été en service de neurovasculaire, soins intensifs, médecine conventionnelle, j'ai aussi fait de la santé publique, pas mal de prévention. Ensuite, j'ai travaillé en réanimation médicale, juste avant la crise du Covid.

**Juliette** : Vous avez un parcours très complet.

**Infirmière** : Oui, et après le Covid, j'ai quitté l'hôpital. Les conditions s'étaient trop dégradées. Et je voulais un poste plus stable pour fonder une famille. J'ai donc intégré un EHPAD.

**Juliette** : Comment vous décririez votre rôle aujourd'hui dans votre établissement ?

**Infirmière** : Franchement, on fait ce qu'on peut... On est en sous-effectif quasi constant. En ce moment, on est 1,3 ETP pour 54 résidents. Il y a un poste dit « administratif », mais il ne couvre que quatre heures par jour, pour prendre des rendez-vous, gérer les papiers... Ce poste a été mis en place par l'ARS depuis un peu plus d'un an pour nous soulager, mais ce n'est pas suffisant. Sur le terrain, je suis souvent seule. Une infirmière pour tous les soins, tous les jours. Ce n'est pas vivable.

**Juliette** : Vous avez le temps d'échanger avec les résidents, ou c'est très limité ?

**Infirmière** : Très limité, voire impossible. Si je veux vraiment faire bien mon travail, je dépasse tous les jours mes horaires. Je ne prends pas ma pause. Je finis avec une à deux heures supplémentaires. Et malgré ça, je dois choisir à qui je peux accorder du temps.

**Juliette** : Quels sont, selon vous, les besoins les plus importants pour les résidents ?

**Infirmière** : Les besoins... Franchement, pour moi, ce serait vraiment le relationnel. Donc, avant tout, la présence. On a quand même un gros pourcentage de personnes âgées qui sont seules. Les familles sont loin ou ne se déplacent que le week-end. On a une population qui se dégrade de plus en plus, puisqu'on est sur une moyenne d'âge qui dépasse les 85-87 ans.

Dans notre EHPAD, à l'heure actuelle, nous avons beaucoup de personnes âgées de plus de 92 ans.

**Juliette** : Donc des personnes extrêmement dépendantes, grabataires...

**Infirmière** : Oui, et qui nécessitent une attention encore plus importante. Chose qu'on ne peut pas forcément leur donner en temps et en heure, au vu du turnover qui est constant et du manque de recrutement.

Des fois, ils ont juste envie qu'on vienne leur parler, tout simplement. Mais vous voyez, même l'administration des médicaments, qui pourrait être un moment pour partager un peu,

ne permet pas toujours cela. Quand vous avez une cinquantaine de résidents à voir en deux heures et demie, maximum, c'est très court. Vous ne pouvez pas vous permettre de rester avec tout le monde, de demander si ça va, de discuter... C'est très compliqué.

Alors on essaye de se dire qu'on les verra dans la matinée, mais ce n'est pas possible pour tous. On ne peut pas le faire pour tout le monde. Sinon, on n'a pas assez de temps dans la journée.

**Juliette** : Est-ce que vous pouvez me raconter une situation où vous avez eu le sentiment d'avoir répondu à un besoin spécifique d'un résident ?

**Infirmière** : Oui, bien sûr. Il y a une dame qui revenait d'une hospitalisation pour des décompensations cardio-respiratoires. Elle est arrivée un peu tard dans notre établissement.

J'ai pris plus de temps pour l'accompagner à sa demande, car elle m'avait confié être très anxieuse. Elle avait peur que la nuit arrive et de s'éteindre seule.

Je me suis simplement assise à ses côtés. J'ai fait les soins : injection, prise de médicaments, aérosolthérapie... en restant avec elle. Je ne faisais pas des allers-retours entre les résidents. Je suis restée pour qu'elle se sente soulagée, pour qu'elle aborde la nuit — très anxiogène pour ces personnes-là — de manière plus sereine.

J'avais demandé à mes collègues de m'appeler en cas d'urgence. Je me suis octroyé une bonne demi-heure pour être pleinement avec elle et répondre à ses besoins.

**Juliette** : C'est une belle attention. On sent que vous êtes très proche des résidents.

**Infirmière** : Oui, je suis très proche de tous mes résidents. Il faut, en tant qu'infirmière. C'est un des rares aspects positifs qui reste dans ce métier.

**Juliette** : Est-ce que vous avez l'impression que votre résidence propose une prise en charge réellement individualisée du résident ?

**Infirmière** : Pas du tout. Pas du tout. Là, vous touchez un sujet très sensible. Je ne voudrais

pas vous dégoûter, mais je pense que vous vous doutez de ce qui se passe dans les EHPADs aujourd'hui, surtout depuis le scandale de 2022 avec Orpea.

Il n'y a, à l'heure actuelle, aucune amélioration réelle sur le terrain. On reste dans des signalements récurrents — auprès de l'inspection du travail, de l'ARS — qui ne bougent pas.

On est face à des managements de moins en moins empathiques, de moins en moins humains, qui répondent avant tout à des logiques financières. Ce n'est pas forcément la faute des directeurs d'établissement, mais plutôt des groupes, souvent privés, derrière.

Moi, je suis actuellement en burn-out. Je suis en arrêt parce que je me suis mise trop en danger à force de dénoncer des problématiques qui sont toujours présentes.

**Juliette** : Donc il n'y a pas de projets personnalisés ?

**Infirmière** : Non. C'est un peu du théâtre, un déguisement. On va organiser des réunions avec la psychologue, les soignants, pour discuter du projet de vie de la personne, mais ce n'est pas mis en œuvre.

Le turnover est tellement important, le manque de personnel est tel, qu'on ne peut pas mettre à profit ce qui est décidé.

Et puis, quand il y a du turnover, les soignants ne connaissent même pas les résidents.

On a pourtant des outils pour se renseigner, mais la charge de travail est tellement énorme, physiquement et mentalement, notamment pour les aides-soignants... Je me bats beaucoup pour elles, parce qu'on leur demande de gérer 10 à 12 grabataires en une matinée. C'est énorme !

**Juliette** : C'est énorme, oui.

**Infirmière** : Oui. En 20 minutes, elles doivent lever, faire la toilette, habiller, donner le petit-déjeuner, installer au fauteuil, parfois faire une prise de sang. Tout ça en 20 minutes. Ce n'est pas humain. Ce n'est pas pour rien que beaucoup partent. On recrute n'importe qui, parce que plus personne ne veut de ces postes.

**Juliette** : Et donc cette absence d'individualisation... est-ce que les familles s'en rendent compte ?

**Infirmière** : Oui, elles s'en rendent bien compte. J'ai beaucoup de familles qui sont très proches de moi, qui voient mon travail et qui me remercient. Je suis souvent leur seule interlocutrice. Mais elles voient aussi les limites. Elles deviennent méfiantes, parfois agressives. Mais je ne leur en veux pas. Elles sont inquiètes. Elles ont peur. Et moi aussi, parfois, je suis impuissante.

**Juliette** : Est-ce que la direction prend en compte ce genre de tension avec les familles ?

**Infirmière** : Avant, oui. Avant, on avait un directeur humain, bienveillant, impliqué. Il nous accompagnait, cherchait des solutions, était sur le terrain. Il comprenait les familles, il nous défendait. Il était à sa place. Il a fini en burn-out.

Depuis, on a une jeune directrice inexpérimentée, qui applique les ordres du siège. Elle ne comprend pas les enjeux humains. Elle est fermée, autoritaire, totalement dans une gestion à distance. Il n'y a plus de communication. On a perdu toute forme de dialogue.

**Juliette** : Et vous avez l'impression que le siège, ou le groupe auquel vous appartenez, soutient la structure ?

**Infirmière** : Non. Le groupe pense chiffre. Ce sont des investisseurs. Ils demandent des économies partout. Ils réduisent les coûts sur l'alimentation, sur les produits de soin, sur le personnel. Ils nous disent même de ne pas trop commander de couches, car ça coûte cher.

Le problème, c'est que ça se voit. Les résidents le ressentent, les familles aussi. Et nous, on est pris entre les deux.

**Juliette** : Justement, parlez-moi de l'alimentation.

**Infirmière** : L'alimentation... ça me révolte. On enrichit tout avec de la poudre de protéine parce que c'est moins cher que de cuisiner avec de vrais produits protéinés. Résultat : les textures sont pâteuses, écœurantes. On sert les mêmes plats mixés à tout le monde, sans

distinction.

Des hommes en bonne forme physique reçoivent des portions minuscules. Et les assiettes en texture modifiée ? C'est honteux. On dirait de la pâtée pour chien.

Certains résidents arrêtent de manger. On a des cas de dénutrition qu'on aurait pu éviter avec un peu plus de bon sens et de respect.

**Juliette** : Vous avez essayé d'alerter, de remonter les problèmes ?

**Infirmière** : Oui, bien sûr. Je suis allée en réunion de direction. J'ai parlé de tout ça. On m'a fait comprendre que je devais me taire. On ne peut rien dire, on ne peut rien dénoncer.

Pas le droit de prendre des photos, pas d'enregistrements. Sinon, on est accusé de propos diffamatoires.

J'ai commencé à rassembler des preuves, avec d'autres collègues. Mais on a peur. Peur de perdre notre emploi, peur d'être poursuivis.

Il y a des collègues qui assistent à des scènes choquantes d'humiliations, de manques de respect et qui ne disent plus rien. Parce que ça ne sert à rien, et qu'ils ont trop à perdre.

**Juliette** : Et vous ? Vous restez ?

**Infirmière** : Je suis en arrêt maladie. Je suis allée au bout de mes forces. Je ne pouvais plus. Je me suis rendue malade à force de vouloir bien faire, de me battre seule.

J'ai toujours défendu mes résidents, les familles, les aides-soignantes. Mais aujourd'hui, ce n'est plus tenable. Je pense partir. Peut-être aller en Suisse.

Là-bas, au moins, les conditions sont respectées, les soignants sont reconnus. Ici, c'est devenu de la survie.

**Juliette** : Je suis très touchée par votre témoignage. Merci pour votre sincérité, vraiment.

**Infirmière** : Merci à vous. C'est important de parler. Même si je ne sais pas si ça changera les choses. Mais au moins, quelqu'un écoute.

## **L'équilibre entre les attentes des familles, les besoins des résidents et les pratiques professionnelles en EHPAD : enjeux et solutions**

### **Résumé**

Ce mémoire explore la complexité des relations entre familles, résidents et professionnels dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). À travers une approche qualitative basée sur dix entretiens semi-directifs menés auprès de familles, de soignants et de membres de direction, l'étude vise à comprendre comment concilier les attentes parfois divergentes des proches, les besoins des résidents et les contraintes du terrain. Les résultats révèlent une tension persistante entre personnalisation de l'accompagnement, exigence de transparence et pressions organisationnelles. La discussion met en lumière l'importance d'une gouvernance participative, d'un soin relationnel reconnu, et d'espaces de médiation pour construire une relation de confiance. Des recommandations managériales sont proposées pour renforcer la place de chacun dans une dynamique de co-construction.

**Mots-clés** : EHPAD, personnalisation, familles, autonomie, relation de soin, gouvernance participative, tensions éthiques.

### **Abstract**

This thesis explores the complex relationships between families, residents, and professionals in nursing homes for dependent elderly people. Using a qualitative approach based on ten semi-structured interviews with family members, caregivers, and management staff, the study aims to understand how to reconcile the sometimes conflicting expectations of families, the needs of residents, and the constraints faced by professionals. The findings highlight persistent tensions between personalized care, the demand for transparency, and organizational pressure. The discussion underlines the importance of participatory governance, recognition of relational care, and the creation of mediation spaces to foster trust. Managerial recommendations are proposed to strengthen each stakeholder's role in a collaborative care model.

**Keywords**: Nursing home, personalization, families, autonomy, care relationship, participatory governance, ethical tensions.