

## Rapport final de recherche

**De l'EHPAD à l'EHPAD : étude de cas d'un  
déménagement d'EHPAD sur l'appropriation des  
lieux par les résident·es et les professionnel·les**

[AAP ESTOM, 2022]

Rédaction : Hélia Poncet-Georges

Coordination scientifique : Frédéric Balard

Mai 2024

Soutenu par la CNSA et l'IReSP

<b>I. PARTIE SCIENTIFIQUE .....</b>	<b>6</b>
Résumé .....	7
Abstract .....	9
Synthèse longue .....	11
CONTEXTE .....	13
OBJECTIFS .....	13
METHODOLOGIE .....	14
PRINCIPAUX RESULTATS .....	15
APPORTS POUR LA COMMUNAUTE DE RECHERCHE .....	20
APPORTS POUR LA SANTE PUBLIQUE .....	21
APPORTS POUR LES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE .....	23
APPORTS POUR LES DECIDEUR·SES .....	24
PERSPECTIVES DE RECHERCHES .....	25
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES PRINCIPALES .....	26
Rapport scientifique complet .....	28
Avant-propos à destination des lecteur·ices : .....	29
Introduction générale .....	31
Partie I. Méthodologie, dispositif de recherche, contraintes et limites du dispositif .....	35
I.1. Contexte spatio-temporel de réalisation de la recherche .....	35
I.2. Rappel des objectifs de la recherche .....	37
I. 2. 1. Un questionnement transversal : une problématisation en termes d'appropriation de l'EHPAD par celles et ceux qui y travaillent et celles et ceux qui y habitent .....	37
I. 2. 2. Questionner les mobilités résidentielles au grand âge, renouveler les réflexions sur l'entrée en EHPAD .....	37
I. 2. 3. Comprendre une organisation nouvelle, saisir les pratiques, les ressentis des équipes et leurs trajectoires professionnelles .....	38
I. 2. 4. Penser l'EHPAD moderne et sa conception, saisir les dimensions hôtelière, médicale et résidentielle ainsi que leur articulation .....	39
I.3. Constitution du dispositif méthodologique, réflexions, apports et limites .....	40
I. 3. 1. Une enquête de terrain centrée sur l'EHPAD, entre observations et entretiens .....	40
Encadré. Questionnements et positionnements relatifs à l'anonymisation des personnes et à la confidentialité des données .....	41
I. 3. 2. Observation participante et recherche participative filmée : la participation en question .....	43
Encadré. Deux productions filmiques complémentaires .....	68
II. Résultats .....	69
II.1. Trajectoires résidentielles antérieures et sort des derniers domiciles occupés .....	69
II.1. 1. Des trajectoires résidentielles hétérogènes .....	69

II. 1. 2. Le futur des domiciles passés : enjeux économiques, émotionnels et intergénérationnels .....	71
II.1. 2. Saint-André, l'EHPAD devenu maison et lieu de relations .....	78
II.2. Un ancien EHPAD dépassé, un nouvel EHPAD repensé : penser l'avant-déménagement.....	84
II. 2. 1. De la vétusté des locaux à Saint-André comme origine du projet de déménagement....	84
II. 2. 2. Penser un nouvel EHPAD. Entre innovation et reconfiguration, le regard « concepteur » .....	88
II.3. Un tournant en commun : le déménagement comme enjeu partagé entre professionnel·les et résident·es.....	98
II. 3. 1. Se préparer et préparer les résident·es au déménagement : en amont, des appréhensions partagées et un travail de rassurance réalisé.....	98
II. 3. 2. Une installation des résident·es complexifiée face à la situation pandémique : le temps des difficultés .....	100
II.4. Les attraits des Buissons pour les professionnel·les : un investissement fort, une amélioration possible, des espaces plus définis et plus ergonomiques .....	104
II. 4. 1. Le déménagement : un moment d'élan professionnel et un espoir d'amélioration du lieu de travail.....	104
II. 4. 2. Des espaces professionnels améliorés : des espaces et des équipements plus adaptés	106
II. 4. 3. Des espaces multiples et polyvalents : une place pour chaque professionnel·le & des espaces à investir .....	108
II. 4. 5. Un environnement plaisant et variable, une luminosité appréciée .....	110
II. 4. 6. Les limites du nouvel EHPAD selon les professionnel·les : des espaces plus cloisonnés, des problèmes récurrents, des personnes déclassées et des proximités spatiales limitées.....	110
II. 5. Attraits et limites du nouvel EHPAD selon les résident·es .....	118
II. 5. 1. Des améliorations retenues par les résident·es : un EHPAD hôtelier, des commodités plus présentes et de ses effets en terme d'autonomie et de confort.....	118
II. 5. 2. Des limites du nouvel EHPAD et des regrets vis-vis de l'ancien EHPAD : un fonctionnement rigidifié, des proximités déplacées, des échelles démesurées et un temps limité pour les ancien·nes résident·es.....	119
III.1. Des EHPAD dans l'EHPAD ? Statuts de santé, ancienneté et classements socio-spatiaux .....	134
III. 1. 1. Des ancien·nes résidentes déplacé·es et replacé·es : l'attribution des chambres, entre volonté de continuité identitaire et prise en compte des difficultés actuelles .....	134
III. 1. 2. Des principes généraux qui répartissent les personnes au regard de leur santé physique et psychique : stratification de l'espace et « vécus d'étages » .....	138
III. 2. Des chambres comme espaces à soi ? Chambres standardisées, espaces individuels et appropriations différenciées .....	146
III. 2. 1. La chambre entre commodités, ameublement et espace : entre avantages, limitations et « bricolages ».....	146
III. 2. 2. La gestion du risque en chambre : entre risques à éviter et risques à prendre.....	149
III. 2. 3. Les objets à soi : mémoire familiale, ancrages affinitaires, supports identitaires et usages pratiques .....	155
III. 2. 4. La chambre comme espace à soi : des modalités d'utilisation et d'investissement	

différencier.....	159
Encadré. Des objets mutualisés dans les espaces collectifs : entre permissions et limitations..	161
III. 2. 5. La chambre partagée : lieu de sociabilité élective et lieu d'hospitalité questionnée ....	163
III. 2. 6. Une chambre propre et rangée : ménage continué ou délégué .....	165
III.3. Se vivre à travers plusieurs espaces : extensions du territoire individuel, espaces liminaux, lieux de secondarité et déplacements .....	167
III. 3. 1. Se rapprocher des centralités.....	168
III. 3. 2. Etendre son territoire .....	169
III. 3. 3. Investir des espaces liminaux .....	177
II. 3. 4. Changer de perspective : la marche pour élargir la vue.....	178
II. 3. 5. Pouvoir compter sur des lieux de secondarité .....	178
III.4. Travailler les proximités et les distances relationnelles au sein de l'institution .....	180
III. 4. 1. Des liens entre professionnel·les et du rapport l'institution.....	180
4. 2. Des liens entre professionnel·les de proximité et résident·es : entre interconnaissance, ancienneté et créations de liens privilégiés .....	185
Encadré. Une interconnaissance qui se fait également à travers les proches de résident·es ....	189
III.4. 3. Du manque de professionnel·les extérieur·es et de l'impression d'être négligé·e par le médecin : le vécu de l'attente .....	200
Encadré. Des relations aux tutelles : gérer son argent, gérer sa vie .....	202
III. 4. 4. Des liens entre résident·es : des attaches faites et défaites .....	204
Encadré. Être à table ensemble : un révélateur des proximités et des tensions en EHPAD.....	205
Encadré. Négocier sa fin de vie : une mort à soi .....	221
Conclusion générale .....	223
Bibliographie .....	226
Annexes .....	248
Annexe 1. Tableau récapitulatif des entretiens réalisés avant, pendant et peu de temps après le déménagement (premier volet de la recherche, 2020-2021).....	248
Annexe 2. Tableau récapitulatif des entretiens réalisés en 2023(résident·e·s, professionnel·les, bénévoles et proches) .....	249
Annexe 3. Rappel des noms d'usage et des propriétés sociales des professionnel·les mentionné·es dans le rapport .....	250
Annexe 4. Rappel des noms anonymisés et des propriétés sociales des résident·es mentionné·es dans le rapport .....	251
Annexe 5. Quelques photos et plans permettant de visualiser la configuration des Buissons ..	252
<b>II.PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE .....</b>	254
1.Publications scientifiques.....	254
2.Communications autres .....	255
FICHE A RENSEIGNER.....	256
Publications scientifiques.....	256

Communications au grand public.....	256
-------------------------------------	-----

## I. PARTIE SCIENTIFIQUE

---

## Résumé

### De l'EHPAD à l'EHPAD : étude de cas d'un déménagement d'EHPAD sur l'appropriation des lieux par les résident·es et les professionnel·les

#### CONTEXTE

La dimension domiciliaire des EHPAD constitue un point névralgique des recherches portant sur ces établissements, à travers des questionnements sur les possibilités d'appropriation des résident·es et des professionnel·les vis-à-vis d'un nouvel environnement. En novembre 2020, tou·tes les résident·es de l'ancien hospice Saint André de Xertigny (Vosges) déménagent pour le nouvel EHPAD « Les Buissons ». Ethnographier ce déménagement et analyser l'adaptation des résidents et des professionnel·les au nouvel EHPAD constitue une étude de cas susceptible de renseigner les mécanismes d'appropriation et de non-appropriation d'un hébergement collectif pour personnes âgées dépendantes.

#### OBJECTIFS

Dans la très grande majorité des travaux scientifiques portant sur l'entrée et la vie en EHPAD, l'analyse est faite au prisme du domicile personnel antérieur au déménagement. Cependant, qu'en était-il lorsque le domicile antérieur était un EHPAD ? En faisant l'hypothèse qu'avoir connu un premier EHPAD pouvait minorer l'effet de rupture vis-à-vis du domicile et questionner à nouveaux frais les mécanismes d'adaptation et d'appropriation d'un hébergement collectif, ce projet visait à renseigner les éléments permettant ou limitant les possibilités de faire de cet EHPAD un nouveau « chez soi ».

#### MÉTHODOLOGIE

La méthodologie repose sur une étude de cas. L'approche est longitudinale, et regroupe des matériaux collectés avant et pendant le déménagement, puis quelques mois et quelques années après ce dernier. Le corpus est composé d'entretiens réalisés avec les résident·es, les professionnel·les et les proches, auxquelles s'ajoutent des observations filmées et non filmées du déménagement, de l'ancienne structure ainsi que de la nouvelle structure. Le matériau filmé, accessible sur le Centre de ressourcEs Numériques des Humanités et des Territoires ([CENHTOR](#)) de la MSH Lorraine, permet une restitution aux acteur·ices de terrain ainsi qu'un support accessible pour la communauté scientifique et pour un plus large public.

#### PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Le déménagement a rendu visible l'attachement émotionnel des résident·es et de certain·es professionnel·les à l'ancien EHPAD, et ce malgré sa vétusté. Ce résultat montre que l'attachement à un lieu repose sur des mécanismes complexes qui ne peuvent être limités à des paramètres techniques et architecturaux.
- Les effets du déménagement de l'EHPAD sur les résident·es et les professionnel·les ne peuvent se comprendre qu'au regard des temporalités qui l'encadrent : en amont, la conception, la préparation et l'anticipation du départ ; en aval, l'aménagement. Chacune de ces étapes conditionne l'appropriation, le bien/mal être, le sentiment d'y être ou non « chez soi ».
- L'ancienneté dans l'EHPAD, la position avancée dans le parcours de vie et l'état de santé dégradé des résident·es ont une influence majeure sur les capacités et difficultés d'adaptation au nouvel établissement.

- Les rapports objectif et subjectif au temps se révèlent être des leviers centraux de prise et de déprise à l'égard du nouveau lieu de vie.
- Le déménagement a produit une reconfiguration qui n'est pas seulement géographique et spatiale, mais aussi et surtout relationnelle : elle a modifié les proximités et les distances existant entre les professionnel·les et les résident·es, en limitant certains contacts. Ce changement relationnel est au cœur des difficultés rencontrées par les résident·es.

#### **APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS**

- Au plan scientifique et méthodologique, cette recherche amène à approfondir les réflexions en cours sur les apports et les limites d'une recherche participative menée avec des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et /ou de limitations fonctionnelles marquées. Elle amène également à réfléchir à la participation dans un contexte de tension vécu par les professionnel·les, où la prise de parole et la mise en image ne sont jamais neutres.
- Ce rapport souligne que pour concevoir « l'EHPAD de demain », il s'avère nécessaire de penser ensemble les dimensions spatiale, environnementale et relationnelle pour mieux comprendre les leviers et freins à l'appropriation des lieux.
- Il permet également d'évoquer l'aspect ambivalent de certaines initiatives architecturales à travers la réception et l'appropriation plus ou moins marquée des résident·es (grands espaces vus comme luxueux, mais vides et peu intimistes ; présence de répliques de commerces existant à l'extérieur de l'EHPAD qui complexifient la compréhension de l'espace des personnes désorientées, etc.).
- Y sont également abordées les négociations quotidiennes permettant de faire tenir ensemble un collectif composé de professionnel·les, de proches, de résident·es, dans un espace aux fonctions multiples, à la fois lieu de vie, lieu de soin, lieu de travail et lieu de visite. Dans ce contexte, les arrangements formels et informels sont au cœur des possibilités de négociation relatives à ce lieu.
- Enfin, il permet de réfléchir au processus de déménagement ainsi qu'aux modalités d'anticipation et de préparation de celui-ci, en informant sur des changements plus larges qui se jouent dans ces déménagements, et qui peuvent amener les professionnel·les comme les résident·es à se sentir plus ou moins classé·e ou déclassé·e.

## Abstract

### From a nursing home to another: a case study of a nursing home's move and its effects on the residents' and workers' appropriation of the place

#### CONTEXT

The domiciliary dimension of nursing homes is a key focus of research about these institutions, with questions being asked about how residents can adapt to the architectural and professional environment. In November 2020, all the residents of the former Saint André hospice in Xertigny (Vosges) moved to the new nursing home 'Les Buissons'. Ethnographing this move and analysing the adaptation of residents and professionals to the new nursing home is a case study likely to shed light on the mechanisms of appropriation and non-appropriation of collective accommodation for dependent elderly people.

#### OBJECTIVES

In the vast majority of scientific studies focused on moving into and living in a nursing home, the analysis is based on the personal home prior to the move. However, what is changing when the previous home was already a nursing home? Based on the hypothesis that having lived in another long-term care facility before could reduce the feeling of a breaking point and raise new questions about the mechanisms of adaptation and appropriation of collective accommodation, the aim of this project was to identify the factors that enable or limit the opportunities of making this place a new 'home'.

#### METHODS

The methodology is based on a case study. The approach is longitudinal, bringing together material collected before and during the move, then a few months and a few years after the latter. The corpus is based on interviews with residents, professionals and relatives, combined with filmed and unfilmed observations of the move, the old nursing home and the new one. The filmed material can be shared with people involved in this nursing home and others ones, and is accessible to the scientific community and to a wider public [here](#).

#### MAIN RESULTS

- The move revealed the emotional attachment of residents and some professionals to the old EHPAD, despite its state of disrepair. This result shows that attachment to a place is based on complex mechanisms that cannot be limited to technical and architectural parameters.
- The effects of moving from one nursing home to another on residents and professionals can only be understood in the context of the timeframes involved: before the move, the design, preparation, planning and anticipation; after the move, the layout. Each of these stages has a bearing on how well or badly the new home is appropriated, and whether or not people feel 'at home' there.
- The length of time residents has been in the nursing home, their advanced stage in life and their declining state of health have a major influence on their ability and difficulty in adapting to the new facility.

- Objective and subjective ways of relating to time are proving to be key factors in the residents' ability to adapt to their new home, or to strategically give up on some aspects.
- The move produced a reconfiguration that was not only geographical and spatial, but also and above all relational: it altered the proximity and distance between professionals and residents, by restricting certain relationships. This relational change is at the heart of the residents' difficulties.

#### **OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS**

- From a scientific point of view, this research provides an opportunity to take a closer look at the contributions and limitations of participatory research carried out with elderly people suffering from cognitive disorders and/or functional limitations, and with professionals 'under stress' in a context where the expression of one's opinion is never neutral.
- This report highlights the fact that, in order to design the "nursing homes of tomorrow", it is necessary to consider the spatial, environmental and relational dimensions together, in order to gain a better understanding of the levers and obstacles to the appropriation of these places.
- It also highlights the ambivalent aspect of certain architectural initiatives in terms of how they are received and appropriated by residents (large spaces seen as luxurious, but empty and lacking in intimacy; the presence of replicas of shops that exist outside the EHPAD, which make it difficult for disorientated people to understand the environment, etc.).
- It also looks at the day-to-day negotiations involved in bringing together a group of professionals, family members and residents in a space with multiple functions: a place where people live, receive care, work and visit. In this context, formal and informal arrangements are at the heart of the possibilities for negotiating this space.
- Finally, it provides an opportunity to reflect on the process of moving house and the ways in which it can be anticipated and prepared for. More broadly, this report provides information on the wider changes involved in such moves, which can lead both professionals and residents to feel more or less favored or disadvantaged.

## Synthèse longue

De l'EHPAD à l'EHPAD : étude de cas d'un déménagement d'EHPAD sur l'appropriation des lieux par les résident·es et les professionnel·les

Coordinateur scientifique du projet : Frédéric Balard, Laboratoire TETRAS (Nancy)

Rédactrice du rapport : Hélia Poncet-Georges, Laboratoire TETRAS (Nancy)

Avec l'appui de Léa Berdah (observations et entretiens), stagiaire en L3 de Sociologie

Projet réalisé dans le cadre de l'AAP ESTOM (2022)

Travail réalisé en partenariat avec Ninon Liotet, vidéaste et monteuse indépendante

Projet de recherche complet

## Messages clés du projet

### **Résultats principaux**

Porter la focale sur le déménagement des résident·es et des professionnel·les d'un EHPAD ancien vers un autre EHPAD récent au sein de la même commune a permis de mettre en lumière plusieurs résultats.

Ces résultats concernent :

- **Les mécanismes d'attachement envers un logement collectif ancien et techniquement inadapté :**
  - l'interconnaissance entre résident·es ayant vieilli ensemble
  - le sentiment de proximité entre résident·es et professionnel·les
  - l'existence d'une « âme », terme polysémique renvoyant à l'incorporation des lieux par les personnes qui y vivent et travaillent
- **Les déstabilisations que peuvent engendrer un déménagement d'EHPAD pour les résident·es et les professionnel·les et les manières de s'y préparer :**

- en considérant le déménagement comme un processus qui s'engage dès la conception du nouvel EHPAD et qui se poursuit à travers plusieurs phases d'aménagement
- en impliquant les équipes, les résident·es et les proches dans la conception de ce nouveau lieu de vie et de ce nouvel outil de travail
- en prenant en compte le fait qu'un bâtiment techniquement mieux adapté puisse générer des déprises chez les résident·es du fait d'une perte de repères, et en l'anticiper pour en limiter les effets

**• Les enjeux et limites inhérentes à la conception et à la construction d'un EHPAD destiné à rompre avec une logique hospitalière pour privilégier les dimensions hôtelière et domiciliaire :**

- l'importance de la localisation du bâtiment au sein de la commune comme élément structurant de la démarche d'inclusion et de lien social
- le surcoût engendré pour les résidents qui affecte le sentiment de bien-être
- l'impact matériel et symbolique des malfaçons et des erreurs de conceptions sur l'appropriation du lieu et le sentiment de bien-être des résident·es et des professionnel·les
- le décalage ressenti entre un lieu vécu comme plus luxueux et plus adapté, tout en pouvant être perçu comme plus froid et moins familial
- les limites d'usage des espaces dédiés à favoriser le lien social lorsqu'ils paraissent artificiels
- la faible efficacité des dispositifs matériels et techniques censés favoriser l'appropriation du lieu et l'autonomie des résidents
- l'existence d' « EHPAD dans l'EHPAD », à travers des cloisonnements (spatiaux, sociaux, sanitaires) qui constituent tantôt des éléments d'appropriation, tantôt des éléments d'étrangeté du lieu

**• Les gains liés à un EHPAD « moderne » :**

- pour les professionnel·les : des espaces de travail mieux définis et plus ergonomiques
- pour les résident·es : des gains de confort, d'intimité et d'autonomie,
- pour les proches : une image du lieu améliorée, des espaces dédiés à leur accueil

**• Les limites :**

- pour les professionnel·les : un cloisonnement des fonctions plus marqués et affaiblissement partiel du collectif
- pour les résident·es : un fonctionnement rigidifié, une difficile incorporation et appropriation notamment du fait de la taille de l'établissement et de la répartition des surfaces

**L'originalité du projet**

- 1) la focale portée sur le déménagement d'un EHPAD, qui permet d'interroger l'attachement et l'appropriation à ce lieu sous un angle différent, non plus seulement à partir de l'EHPAD habité actuellement mais en considérant aussi l'EHPAD quitté. L'appropriation du nouvel EHPAD moderne a ainsi pu être analysée à l'échelle individuelle (pour chaque résident·e s'étant exprimé·e) et à l'échelle collective (pour l'ensemble des résident·es et des professionnel·les ayant vécu le déménagement).

- 2) La méthodologie proposée : une étude de cas comportant une dimension longitudinale (sur 4 ans) et ethnographique (observations longues et entretiens qualitatifs).
- 3) Le recours aux méthodes visuelles : l'utilisation du film et du son, le recours aux entretiens et aux observations filmées, la réflexion concernant les méthodes visuelles tant en termes d'accessibilité, de restitution que de moyen réflexif (d'explicitation des pratiques et des expériences).
- 4) La mise en questionnement de la dimension participative d'une recherche menée avec de personnes souffrant de troubles cognitifs et/ ou avec des limitations fonctionnelles marquées, ainsi qu'avec des professionnel·les exerçant dans un contexte « sous tension ». Il s'agit notamment de questionnements éthiques et déontologiques concernant les conditions permettant ou limitant la participation, les refus de participer, les incertitudes concernant la participation, ou encore la place des chercheur·ses dans le dispositif.

## CONTEXTE

En 2020, une équipe de sociologues et d'anthropologues, alors présente sur la commune vosgienne de Xertigny, travaille sur la question des trajectoires résidentielles des personnes âgées vivant sur ce territoire (Freichel et al, 2021). Au cours de ce projet, ces dernier·es rencontrent des membres de l'EHPAD de la commune et apprennent le déménagement prochain de l'établissement. Il s'agit alors du passage de l'EHPAD Saint André, ancien hospice et dispensaire au sein de la commune, à un établissement neuf et moderne, Les Buissons, situé à l'entrée de celle-ci. Témoins d'un moment singulier dans l'histoire d'une institution et d'un territoire, l'équipe collecte, interroge et filme ce processus qui s'étale des mois qui précèdent le déménagement aux mois qui le suivent.

## OBJECTIFS

La recherche poursuivait ainsi plusieurs objectifs. Tout d'abord, il s'agissait d'ethnographier et d'analyser l'effet « déménagement » sur les résident·es et les professionnel·les. Ensuite, il s'agissait d'exploiter cette configuration particulière pour proposer une analyse renouvelée des questions d'adaptation et d'appropriation. Les hypothèses soutenant cette démarche étaient d'une part que le déménagement puisse être un révélateur d'un attachement à l'EHPAD Saint André qui n'aurait pas été visible sans la perspective du départ. Avec la possibilité de comparer les expériences des résident·es ayant connu Saint André et celles de celles et ceux entré·es directement aux Buissons, nous faisions également l'hypothèse d'un effet « départ du domicile » minoré et peut être d'une appropriation facilitée de l'hébergement collectif.

D'autre part, le déménagement se faisant vers un établissement moderne, il était possible d'évaluer l'importance que revêtent les « progrès architecturaux et techniques » pour un collectif, fait de résident·es, de professionnel·les et de proches.

Plus généralement, le projet visait à renseigner les éléments permettant ou limitant la possibilité de faire de cet EHPAD un nouveau « chez soi », et donc à questionner ce qui conditionne cette possibilité. Nous avons donc fait le choix notamment de nous concentrer sur les trajectoires de vie et les trajectoires résidentielles au grand âge, sur les mécanismes d'adaptation et d'appropriation en/à l'EHPAD ainsi que sur l'articulation des dimensions hôtelière, sanitaire et domiciliaire dans l'établissement. L'idée était alors d'interroger les expériences de celles et ceux qui vivent dans et font vivre l'EHPAD : résident·es, professionnel·les & proches.

## METHODOLOGIE

La méthodologie de ce projet repose sur une étude de cas du déménagement de l'EHPAD « Saint-André » vers l'EHPAD « Les Buissons », réalisé en novembre 2020 dans la commune vosgienne de Xertigny. L'approche déployée est longitudinale et processuelle, elle s'appuie sur une imprégnation au terrain de près de 4 ans sur la commune ainsi qu'au sein de l'EHPAD. Elle regroupe des matériaux collectés avant et pendant le déménagement, puis quelques mois et quelques années après ce dernier.

Au cours de ces années, un corpus a été constitué à partir d'entretiens et d'observations. Ce dernier repose sur une première vague de réalisation d'entretiens ayant eu lieu entre 2020 et 2021, soit dans les temporalités entourant le déménagement. Cette partie du corpus a été collectée dans le contexte d'une présence ponctuelle sur site, et a donné lieu à des entretiens semi-directifs enregistrés et filmés. Elle est composée d'un total de 15 entretiens : 8 entretiens avec des professionnel·les, 5 entretiens des résident·es dont la majorité a connu les deux EHPAD, un entretien en binôme avec des proches de résident·es auparavant en poste à l'EHPAD et un entretien avec la maire de la commune de Xertigny.

A cette première phase de recueil s'ajoute une seconde phase réalisée entre mai 2023 et mai 2024, qui avait pour but de d'interroger l'évolution des vécus des personnes rencontrées, mais aussi de comparer ces vécus à celles et ceux de résident·es ou de professionnel·les arrivé·es dans le nouvel établissement. Cette seconde phase est marquée par une présence au temps long et davantage répétée. Dans un contexte d'observation, les entretiens ont été réalisés sous plusieurs formes, de manière plus ou moins formelle ou informelle, à travers des enregistrements mais aussi des prises de notes. Cette diversité dans le recueil du matériau a été nécessaire pour s'adapter aux appréhensions partagées par les résident·es et les professionnel·les vis-à-vis de l'enregistrement des propos à travers l'image et le son. Le corpus est à la fois composé d'entretiens semi-directifs enregistrés et/ou filmés et de notes ethnographiques relatant des échanges informels. 12 entretiens filmés/enregistrés ont été réalisés avec des résident·es, 4 avec des personnes ayant connu les deux EHPAD, 8 avec des résident·es arrivé·es aux Buissons. 5 entretiens enregistrés ont été réalisés avec les professionnel·les et un entretien en trinôme avec des proches et

bénévoles, soit un total de 22 entretiens auxquels s'ajoutent de nombreuses discussions non enregistrées.

Il est donc ici question d'un matériau d'observation filmée et non filmée conséquent, réalisé lors des 30 journées passées sur site au cours de cette année de recherche. Ces observations ont fait l'objet de notes ethnographiques faisant état non seulement d'échanges informels mais également de pratiques, de situations et d'usages des lieux.

Une démarche réflexive autour de la dimension participative instrumentée par la caméra et le microphone a été présente tout au long du projet. Le matériau collecté a donné lieu à un premier film, qui reprend pour une grande partie l'analyse du processus du déménagement. Ce dernier peut être visionné sur la plateforme [CENHTOR](#) de la MSH Lorraine. Ce film sera complété par des séquences filmées collectées entre mai 2023 et mai 2024. Ces nouveaux volets de cette démarche filmique permettront d'aborder davantage l'existence et les modalités d'appropriation au sein d'un EHPAD de construction récente.

## PRINCIPAUX RESULTATS

- **Le rapport des résident·es à leur(s) dernier(s) domicile(s)**

La recherche met en lumière l'importance que revêt le dernier logement occupé sur la manière de vivre l'EHPAD. Dans le cas des personnes ayant quitté un domicile privatif pour entrer en EHPAD, il apparaît que le devenir de ce domicile constitue une préoccupation qui peut altérer l'appropriation de l'EHPAD ou la faciliter. Le fait d'avoir réglé les questions relatives à la gestion du dernier domicile, soit en le vendant, soit en le laissant dans la famille, permet une certaine sérénité aux résident·es. A l'inverse, le fait d'avoir des dissensus sur la vente ou de ne pas retrouver repreneur·se pour cette dernière peut être mal vécu, d'autant plus lorsque ce domicile a été fortement investi. Pour les personnes de milieux modestes, les difficultés de vente contribuent également à rendre plus difficile le financement des coûts d'hébergement en EHPAD, qui inclut souvent le report des frais sur les enfants. Enfin, de nombreux résident·es déplorent que la vente de leur logement serve à financer leurs mensualités à l'EHPAD car il importait pour elles et eux de constituer un patrimoine à transmettre à leurs enfants. La question des derniers domiciles occupés pose donc celle de la continuité identitaire mais également celle de la transmission intergénérationnelle, qui se voit d'autant plus mise en tension du fait de l'augmentation des coûts.

- **Le rapport à l'ancien EHPAD Saint-André**

L'EHPAD Saint André était un ancien hospice (une partie du bâtiment date de 1865) marqué par sa vétusté, et ce malgré les multiples réhabilitations dont il avait fait l'objet (1934, 1994). A la suite d'un avis défavorable de la commission de sécurité, les travaux de mise aux normes n'étaient pas envisageables, ce qui a accéléré le projet de construction des Buissons.

La vétusté de l'ancien EHPAD, tant au niveau du matériel que des locaux, entravait le quotidien des professionnel·les dans la réalisation du ménage et dans la prise en charge des résident·es.

Son ancienneté amenait également à une certaine inadaptation des locaux, qui ne pouvaient que difficilement accueillir des nouvelles activités ou de nouveaux/nouvelles professionnel·les. A ce titre, les territoires professionnels étaient peu définis et les espaces dédiés étaient peu nombreux et peu adaptés aux usages.

Cette vétusté pesait également sur le confort matériel des résident·es (pas de douche dans les chambres, attentes fréquente pour l'ascenseur) et participait à faire perdurer l'image d'un hospice pour les habitants de la commune et au-delà.

Pour autant, l'ancien EHPAD était vu comme possédant « une âme ». Ce terme repris tant par certain·es résident·es que par certain·es professionnel·les est difficile à définir car il renvoie à quelque chose de diffus. Il s'agit tout à la fois d'une ambiance qui se caractérise par des sonorités (y compris des bruits devenus familiers), mais aussi des ressentis (tel que le fait de se sentir proches les un·es des autres) conférant au lieu une dimension intimiste et familière qui relève aussi de l'incorporation inhérente à un lieu au sein duquel on a acquis des repères matériels, mémoriels et cognitifs.

La dimension intimiste de la structure était également facilitée par la configuration du bâti, qui favorisait le croisement entre les résident·es, les professionnel·les et les familles. Ce contexte favorisait également la possibilité d'arrangements permettant de pallier les limites architecturales et matérielles de la structure. L'aspect familial tenait aussi à l'aspect local du recrutement que par la tradition communautaire de la structure, qui en faisait un lieu où les frontières entre privé et public, entre professionnel·les et résident·es, étaient marquées par une certaine porosité. Les résident·es ayant connu l'ancien EHPAD mettent en avant une interconnaissance marquée entre les résident·es, renforcée à la fois par une proximité locale antérieure ainsi que par une certaine ancienneté au sein de l'institution. Ces liens étaient évoqués comme une attache positive, permettant des relations de « camaraderie » entre résident·es.

L'EHPAD Saint-André était apprécié pour son positionnement au sein même de la commune. Les résident·es mentionnaient notamment sa proximité avec la nature et son aspect campagnard, avec la vue sur l'étang pour certain·es et l'accès au parc ombragé de l'établissement pour la plupart. Mais c'est également sa proximité avec une route passante, avec des bancs, ainsi que sa proximité avec des espaces de résidence ou d'activité qui amenaient à pouvoir avoir des relations ou des échanges appréciés en dehors de l'EHPAD (avec des passant·es ou des voisin·es). Ainsi, Saint André apparaissait davantage comme un lieu intégré à la vie de la commune et non « en marge ».

- **La conception d'un nouvel EHPAD : des réflexions architecturales**

La conception du nouvel EHPAD a reposé sur plusieurs approches qui ont traversé la réflexion architecturale : il s'agissait d'en faire avant tout un lieu de vie pour les résident·es qui permette la rencontre et soutienne le lien social, ainsi qu'un lieu hôtelier, qui permette un certain confort. Se posait donc la question d'une juste distance entre l'adaptation aux troubles des personnes accueillies et la présence voulue discrète du sanitaire dans l'établissement. En ce sens, la conception s'inscrivait dans une approche quasi domiciliaire, centrée sur les résident·es mais aussi sur leurs proches et les visites de personnes extérieures. En effet, le bâtiment a été prévu pour pouvoir accueillir de nombreuses personnes en plus des résident·es. Pour ce faire, la "place du village", sorte de grande salle entourée du salon de coiffure, du bar et d'un coin jukebox où les résidents autonomes prennent leurs repas, devait être un lieu de passage et de rencontre, sorte d'image d'Epinal d'une place d'un village. Dans chaque unité, des petits salons avaient pour vocation d'être des lieux de détente et de rencontre où les résident·es pouvaient partager du temps ensemble ou avec leurs proches.

La conception de l'EHPAD s'est faite également au regard de figures repousoirs en mettant à distance l'aspect hospitalier et sanitaire de la structure. Pour ce faire, une attention a été portée aux matériaux de construction utilisés (bois, pierre sèche), aux mobiliers ainsi qu'aux couleurs des locaux et des tenues vestimentaires des professionnel·les.

L'EHPAD, dans sa conception, renvoyait également à une volonté de mise en continuité entre l'ancien EHPAD et le nouveau. Certains meubles et certains symboles de l'ancien EHPAD ont ainsi été amenés dans le nouvel établissement. Des clins d'œil ont également été faits vis-à-vis de l'ancienne structure à travers notamment les noms d'unité qui portaient le nom des arbres qui ornaient le parc de Saint André. Le nom de l'établissement « Les Buissons » a été choisi pour marquer une continuité avec l'histoire de la commune puisqu'il s'agit du nom donné par les habitant·es au terrain sur lequel il s'est implanté.

Par ailleurs, la conception du nouvel EHPAD reposait sur la volonté d'en faire un lieu de travail facilité pour les professionnel·les, et donc d'améliorer leur outil de travail ainsi que leurs conditions de travail. Il s'agissait alors d'en faire un lieu plus fonctionnel pour les professionnel·les et d'être également plus attractif dans un contexte de difficultés de recrutement. C'est dans ce cadre que des achats de matériel neufs ont été réalisés, et qu'un travail conséquent a été fait autour des territoires professionnels et de la prise en compte des besoins de chaque groupe de professionnel·les.

- **Déménager : retours sur un processus**

Le temps du déménagement est un processus qui s'inscrit sur plusieurs années. Ce dernier a été conditionné à de nombreux événements extérieurs (décisions politiques, retard de livraison...) qui ont amené à un décalage vis-à-vis des délais initialement prévus. En amont de ce dernier, il est ainsi important de considérer tout le travail d'anticipation, de préparation au déménagement et de gestion de l'attente. En aval, on peut notamment soulever les temps d'aménagement, de familiarisation aux lieux et de construction de nouveaux repères.

Bien que le déménagement ait pu être un temps d'énergie, d'investissement et de dépassement des professionnel·les et des proches, ces investissements ont des effets marqués au temps long (fatigue) et peuvent renforcer des dynamiques déjà présentes, comme par exemple le manque de reconnaissance dans son travail et son engagement.

Le déménagement n'est pas seulement à lire au regard d'un déplacement physique. Il s'agit également de dynamiques où pour certain·es la nouvelle structure signifie une nouvelle place et un nouveau moment de la carrière professionnelle. Là où pour beaucoup, le déménagement signifiait une ascension, pour d'autres, elle n'a pas empêché un sentiment d'immobilité. Par ailleurs, le déménagement a été un tournant dans l'histoire de l'institution du fait du départ de nombreuses « figures » de ce dernier. Cette reconfiguration des effectifs, adossée à une organisation du travail différente, est donc conséquente.

- **Le nouvel EHPAD des Buissons**

La spécialisation des espaces et la création d'espaces dédiés aux professionnel·les sont vécues de manière ambivalente : d'un côté, elles permettent d'améliorer la qualité de travail en définissant des territoires professionnels ; de l'autre, elles séparent des professionnel·les et les met à distance les un·es des autres. Ces dernier·es relatent alors les effets de distance accrues entre différent·es professionnel·les (notamment de professions différentes) ou vis-à-vis des résident·es, mais également de nouvelles proximités tissées entre professionnel·les.

Les espaces de travail sont davantage adaptés et dédiés à chaque activité. Ainsi, les corps de professionnel·les disposent d'espaces ayant incorporé les limites de l'ancien EHPAD, ce qui permet d'accompagner le travail au quotidien.

Le fait que l'EHPAD soit pourvu de larges couloirs et d'espaces spacieux est là aussi vécu de manière ambivalente : ces derniers accentuent le sentiment de vide et « rallongent les axes » pour les professionnel·les.

Du côté des résident·es, il apparaît que le confort permis par le nouvel EHPAD est vécu comme un élément positif. Sur ce point, la salle de bain privative est particulièrement mentionnée, et pas seulement par les résident·es de Saint André ayant connu la douche à l'étage. Le fait que leurs proches leur fassent remarquer la beauté du lieu (qui ressemble à « un club de vacances ») participe à donner une image positive et valorisante du lieu.

Comme pour les professionnel·les, l'échelle de la structure est vécue de manière ambivalente pour les résident·es : si le fait que cette dernière soit spacieuse est appréciée, la grandeur de celle-ci a été un frein pour les ancien·nes résident·es qui se sont senti·es isolé·es par cette configuration. En effet, si certain·es apprécient les grandes baies vitrées qui amènent une luminosité appréciable ainsi que les couleurs vives sur les murs qui participent de la rupture avec le modèle hospitalier, certains résident·es considèrent le lieu plus froid et plus impersonnel. Sans doute se joue-t-il ici des différences générationnelles dans le rapport à l'espace que l'on retrouverait également entre une maison ancienne et une autre plus moderne. Par ailleurs, l'impression d'éloignement et d'isolement a été renforcée par une

installation qui s'est faite pour une partie des résident·es durant la période de Covid-19 marquée par des confinements en chambre.

L'appropriation de l'EHPAD pour les ancien·nes résident·es est à saisir au regard de leurs parcours : ainsi, la question de l'ancienneté dans la structure mais aussi le temps de vie projeté conditionne grandement les (im)possibilités d'adaptation au lieu. Par ailleurs, la place des personnes dans l'établissement se modifie au regard de leur état de santé.

Enfin, il apparaît que certains aménagements destinés à créer du lien social, à favoriser l'appropriation et un sentiment de bien-être n'ont pas toujours eu l'effet escompté. C'est le cas de la « place du village » avec son bar, son salon de coiffure et son juke-box. Pour plusieurs résident·es, cette salle s'avère trop grande et contribue à éloigner les résident·es des uns des autres, tout du moins en arrivant sur place. Cela est particulièrement vrai pour celles et ceux qui revendiquent le côté intimiste de Saint André.

Pour les personnes souffrant de troubles cognitifs (même légers), ces « faux commerces » où l'on ne paie pas sont déstabilisants. Au lieu de faciliter les rencontres et le lien social, ils artificialisent les liens pour certain·es résident·es qui ne savent pas s'ils doivent prendre rendez-vous et n'osent pas demander à boire. Comme tout lieu « partagé », les personnes les mieux dotées en capitaux (social, de santé, culturel, d'autonomie) s'approprient plus facilement le lieu et ses composantes, là où d'autres se sentent déclassé·es. Il en est de même pour les « petit salons » qui ne sont des lieux d'échange et de discussions que pour celles et ceux qui ont pu se les approprier. En cela, ils constituent pour un petit groupe de résident·es des extensions de leurs chambres, peu investis par les autres résident·es et leurs proches.

La recherche a justement pu mettre en évidence la manière dont les résidents ayant le plus de capacités et de ressources (notamment relationnelles) ont mis en œuvre des « stratégies d'adaptation » sein de l'EHPAD. Cela s'observe tout d'abord dans l'appropriation que ces personnes ont su faire des espaces collectifs mais surtout de leurs chambres en ajoutant des meubles ou en modifiant certain·es (bricolage pour accroître la surface du bureau, etc.) pour les rendre plus conformes à leurs attentes et usages.

Enfin, il apparaît que l'appropriation du lieu passe aussi par les capacités de négociation et d'arrangement dont sont dotés les résidents. Ainsi, certain·es sauront imposer leur droit à avoir la clé de la porte ou de la fenêtre de leur chambre alors que d'autres se plaignent simplement de ne pas l'avoir. De même, au moment du déménagement, certain es ont eu plus de possibilités que d'autres pour faire valoir le choix de la localisation de leur chambre.

L'appropriation et la familiarisation passent inévitablement par les liens entre résident·es et les liens aux professionnel·les. En cela, les tensions sur les effectifs et le turn-over impactent le travail d'accompagnement qui est secondarisé alors que les enjeux de santé sont priorisés.

De même, comme tout lieu collectif, l'EHPAD peut être un lieu de tensions entre les personnes qui y résident car s'y déroulent des démarches de comparaisons, de mise à

distance, de rapprochements et de pertes qui influent sur le rapport au lieu et notamment la possibilité de le reconnaître ou non comme sien.

### APPORTS POUR LA COMMUNAUTE DE RECHERCHE

Au plan méthodologique et épistémologique, cette recherche apporte une contribution aux questions relatives à la recherche participative (Winance et Ribrault, 2023). L'INSERM en donne la définition suivante : « Les sciences et recherches participatives sont des formes de production de connaissances scientifiques auxquelles participent, aux côtés des chercheurs, des acteurs de la société civile, à titre individuel ou collectif, de façon active et délibérée. »

Suivant cette définition, toutes les recherches qualitatives s'appuyant sur la conduite d'entretiens auprès des personnes concernées par l'objet de la recherche pourraient être qualifiées de participatives. Cependant, si l'on considère la recherche participative dans une acception plus restreinte et plus radicale qui implique que les informateur·ices ne soient pas simplement des sujets produisant un matériau mais des acteur·ices à part entière de la recherche en ce qu'ils et elles participeraient à l'ensemble du processus de recherche allant de la définition des objectifs jusqu'à la production de résultats, alors cette dimension participative n'est que partiellement atteinte. Dans le cas de notre projet, outre l'équipe de recherche, les participant·es sont les professionnel·les exerçant dans l'EHPAD, les résident·es, leurs proches et les bénévoles qui y interviennent. Au plan pratique, notre recherche montre tout d'abord la difficulté de simplement faire connaître et comprendre la démarche aux participant·es. Du côté des professionnel·les, le fort turn over associé à une entrée via l'équipe de direction a rendu complexe la participation de toutes et tous. Les démarches d'affichage dans l'EHPAD s'avéraient peu probantes et plusieurs mois après le début de l'enquête, certains n'étaient toujours pas au clair avec la démarche de recherche. Surtout, les contraintes professionnelles, notamment l'absence de temps disponible pour les professionnels du *care*, a rendu difficile leur participation telle qu'elle était initialement prévue, avec notamment l'impossibilité de réaliser des focus groups.

De plus, la recherche montre surtout que l'aptitude à prendre la parole est une aptitude inégalement distribuée sur laquelle les statuts de classe et de santé ont une influence majeure.

Enfin, et c'est le point crucial, que ce soit du côté des professionnel·les ou des résident·es, savoir sa parole enregistrée et même le fait d'être filmé·e constituent des éléments sensibles traversés par des rapports de pouvoir, où tout un chacun peut craindre que ce qui a été dit ou vu puisse jouer contre soi. Dans ce contexte, engager une recherche participative est nécessairement une démarche sensible et incomplète qui remplit difficilement la possibilité de construire avec les participant·es concerné·es et leurs savoirs expérientiels.

Du côté des chercheur·ses, la dimension participante de l'observation pose également question. Jusqu'à où fait-il/elle partie du collectif au sein duquel se déroule l'enquête. Où doit-il/elle s'arrêter dans son implication au sein d'un collectif de travail et de vie au sein duquel il/elle est « pris·e » ? Par quelles éthiques est-il/elle tenu·e, entre une morale

personnelle qui l'enjoint à aider les professionnel·les et les résident·es lorsque le contexte le requiert et une déontologie professionnelle qui lui impose une certaine retenue ? Qu'en est-il des effets de genre sur cet engagement sur le terrain ?

## APPORTS POUR LA SANTE PUBLIQUE

Dans un contexte de vieillissement de la population avec l'arrivée aux grands âges de la première génération de baby-boomers dans la prochaine décennie, les questions relatives au « bien vieillir au grand âge » vont être de plus en plus saillantes et notamment celles relatives au lieu de vie. Le développement de dispositifs visant à permettre aux personnes âgées qui le souhaitent de vieillir le plus longtemps possible à domicile aura nécessairement des conséquences sur la vie en logements collectifs tels que les EHPAD où la durée moyenne de séjour est aujourd'hui de 18 mois. Ces établissements seront, plus que jamais, confrontés à des injonctions contradictoires : être des lieux de vie pour des résident·es probablement plus âgé·es et dont la santé et l'autonomie seront plus dégradées.

Alors que la préservation de la santé et de la perte d'autonomie constituent des enjeux centraux pour la santé publique, la question des EHPAD implique d'interroger les limites de cette logique pour penser l'accompagnement des personnes dont la santé et l'autonomie fonctionnelle sont d'ores et déjà dégradées. Le projet montre qu'au sein de l'EHPAD, le travail des professionnel·les participe à préserver la santé et l'autonomie d'une partie au moins des résident·es et que cela a une incidence concrète sur leur appropriation du lieu, sur leur manière de vivre dans l'EHPAD, d'en négocier/contourner les contraintes et de s'en extraire (participer aux sorties, accéder aux espaces extérieurs...).

Notre recherche plaide pour le développement de programmes de recherches et d'intervention ciblant spécifiquement la préservation de la santé et de l'autonomie pour les personnes dont ces dimensions sont dégradées. Une telle démarche n'est envisageable qu'avec la mise à distance du modèle du « vieillir actif » ou au moins sa recontextualisation à l'aune de la réalité des statuts de santé et d'autonomie des résident·es d'EHPAD.

Il importe également de contextualiser la notion de qualité de vie en EHPAD en prenant en considération les dimensions subjectives de celles-ci telles qu'elles sont exprimées par les résidentes et résidents. Dans ce cadre, la recherche montre qu'un des enjeux majeurs de la qualité de vie en EHPAD repose sur la notion de confiance, dans le fait de pouvoir être respecté·e dans sa singularité, dans son droit à exprimer son malaise ou son mécontentement, quant au fait de voir son intimité et ses possessions matérielles respectées.

S'il a été démontré que la continuité du *care* est un des enjeux de l'accompagnement des personnes âgées à domicile, il s'avère qu'elle l'est également en EHPAD. En effet, l'entrée en EHPAD ne peut être synonyme de relégation sanitaire. Or, les difficultés de recrutement des médecins coordinateurs, la faible disponibilité des médecins généralistes, le manque de

kinésithérapeutes ou d'ergothérapeutes, ainsi que le turn over des professionnel·les constituent aujourd'hui un risque sérieux pour la santé des résidentes et résidents. Alors qu'il paraît possible de s'appuyer sur des processus ou à défauts des procédures qui soutiendront les continuités informationnelles et d'approche, la continuité relationnelle -qui demeure la plus importante- est menacée. Pour maintenir cette continuité relationnelle, les professionnel·les se retrouvent alors à assurer une charge de travail conséquente. D'autre part, l'impossibilité d'assurer ce travail relationnel influence (suppression du PASA, des soignantes « détachées » pour faire de l'animation) le sens accordé à son métier. La dimension relationnelle qui participe au bien-être des résident·es peut ainsi, dans certains contextes, mettre les professionnel·les dans des situations de mal-être ou de tensions. Pour toutes et tous, la possibilité de fonctions dédiées qui soient relatives ni au sanitaire ni à la gestion permettrait certainement d'assurer de manière plus pérenne cette fonction manquante au sein de l'EHPAD. Cela pourrait notamment être réalisé à travers l'extension des possibilités de ces personnes qui font lien.

Enfin, bien que la recherche porte sur un EHPAD récent et moderne, censé améliorer les conditions de travail, la recherche montre des conditions de travail complexes. Plusieurs raisons l'expliquent : les difficultés de recrutement du personnel qui génèrent en rebond un surtravail pour les professionnel·les en poste, des formes de résignation à l'égard de problèmes récurrents (matériel en panne, problèmes de conception, etc.) qui peinent à être réglés. Plus largement, la montée des normes et de l'administratif participe également à « alourdir » le travail à réaliser. A cela s'ajoute également les vécus d'une précarisation des professionnel·les, du fait de l'embauche en CDD ou en remplacement. Enfin, la question du vieillissement des professionnel·les du secteur serait à prendre en compte.

Les EHPAD ont vocation à être des lieux de vie mais cela ne doit pas masquer le fait qu'ils sont aussi des lieux de la fin de la vie. La question de la fin de vie en EHPAD est évoquée dans la loi du 8 avril 2024 en pointant à juste titre la nécessité de garantir le droit de visite et l'accès aux soins palliatifs. Notre recherche ayant été conduite en partie durant la crise sanitaire de la Covid-19, les questions de la fin de vie et de la mort ont été particulièrement saillantes. Plusieurs résident·es ont évoqué avoir été marqué·es par les décès d'autres résident·es avec qui ils avaient construit des liens. Durant la covid-19, les résident·es, les proches et les professionnel·les ont été très affectés de ne pas pouvoir être au chevet des personnes mourantes. La perte de ces autrui significatifs constitue un élément qui affecte la qualité de la vie des résident·es. Il semble nécessaire d'assumer le fait qu'un EHPAD est un lieu de fin de vie et qu'en tant que tel, les décès qui y ont lieu ne soient pas des morts déclassées. S'il apparaît nécessaire que le développement des soins palliatifs prévus dans le cadre du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie considère de manière spécifique le cas des EHPAD, il nous apparaît essentiel que l'acculturation puisse également se faire du secteur gériatrique vers celui des soins palliatifs. En effet, les fins de vie en EHPAD représentent un contexte spécifique pour lequel les professionnelles qui y exercent font état de compétences acquises au fil de leurs expériences et de la continuité relationnelle qu'elles assurent auprès des résident·es. C'est pourquoi, il est indispensable que ces savoirs professionnels sur la fin de vie en EHPAD acquis sur le terrain par ces

professionnelles puissent faire l'objet d'une valorisation et ainsi alimenter les savoir-faire propres aux soins palliatifs. Ces considérations amènent à valoriser et faciliter les partenariats tissés sur le terrain, incluant coordination avec les médecins traitants, professionnel·les de l'Hospitalisation à Domicile et de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs. Il s'agirait également de considérer ce qu'implique cet accompagnement de la mort pour les vivant·es, à travers les possibilités matérielles et humaines permettant de se rendre aux cérémonies ou sur des lieux de recueillement, ou encore d'avoir des espaces d'écoute et d'échange autour des décès.

### APPORTS POUR LES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

Nous considérons ici l'autonomie à travers l'autonomie fonctionnelle, qui recouvre tout ce qu'un individu peut faire (se mouvoir, s'habiller, prendre des décisions...) ; l'autonomie morale qui renvoie aux valeurs de l'individu (hospitalité, vie solitaire...) et enfin l'autonomie politique et sociale qui rejoint les notions d'*advocacy*, d'autodétermination et le pouvoir d'agir (Gzil, 2021).

S'il est évident que l'autonomie fonctionnelle est menacée par l'avancée en âge et la dégradation de la santé, notre recherche montre que cette dimension de l'autonomie peut également être entravée par la configuration spatiale de l'EHPAD. Décider de se rendre dans une zone de l'EHPAD ou hors de l'EHPAD n'est envisageable que si la personne en a connaissance, que si cela lui semble accessible et enfin que cet espace lui soit effectivement accessible. Alors que la question de l'accessibilité était un élément réfléchi en amont au moment de la conception (construire un EHPAD plus proche du centre bourg, avec des couloirs plus larges, des pentes douces, des ascenseurs plus nombreux, une signalétique permettant de se repérer plus facilement...) il s'avère que le changement d'EHPAD a réduit la mobilité de certains résident·es qui, sans parc et éloignés de la vie du village, ont vu leurs possibilités de sortir diminuées. De même, la configuration spatiale de l'EHPAD avec un rez-de-jardin et un rez-de-chaussée a été très difficile à intégrer pour plusieurs résident·es.

Par ailleurs, il s'avère que le fonctionnement intrinsèque à l'EHPAD génère également des situations qui limitent l'autonomie des résidents. Alors que le droit au risque constitue un des éléments constitutifs du chez soi (Dreyer, 2017), le risque demeure peu envisageable en EHPAD. Ainsi, pour pallier le risque de chute, des formes de contention (le fauteuil roulant qui remplace le déambulateur, les barrières de lit, la réduction des accès extérieurs) sont mises en place. Ces éléments réduisent de fait les capacités de se mouvoir mais également de s'habiller voire de se rendre aux toilettes, ce qui affecte également le sentiment de dignité et l'autonomie morale.

Cette injonction à assurer la sécurité des résident·es qui pèse sur les professionnel·les conduit parfois à devoir davantage empêcher les « événements indésirables » que de les prévenir. Dans le cadre de cette recherche mais aussi de la recherche « Mal être au grand âge » conduite en parallèle par notre laboratoire, nous avons été confrontés à des personnes âgées considérées comme « suicidaires » par le personnel de l'EHPAD. Les

réponses apportées à ce constat relevaient majoritairement de démarches d'empêchement, par exemple en plaçant ces résidents dans des chambres avec des fenêtres fermées à clé. Le fait de pouvoir mettre en place davantage de moyens pour prévenir les suicides, notamment en travaillant à la réduction du mal-être, paraîtrait souhaitable. En outre, certaines démarches d'empêchement d' « événements indésirables » (médicalisation excessive, restriction de la liberté de se mouvoir...) entravent l'autonomie politique, sociale et morale.

L'exercice de l'autonomie politique et morale n'est possible que si les personnes se sentent dans un environnement moralement sécurisant. Or, la recherche montre qu'en EHPAD, certains résident·es considèrent que leur parole se doit d'être (re)tenue, que l'on ne peut pas tout dire au risque de se voir sanctionner socialement et/ou moralement par ses co-résident·es, par le personnel ou par les proches. Ce point rejoint celui de la confiance que nous avons évoqué plus haut. Pour que l'autonomie puisse s'exercer, il apparaît indispensable que cette confiance soit acquise.

Dans cette optique, il est une dimension de l'autonomie que cette recherche a mis en lumière, que nous avons nommée « l'autonomie émotionnelle ». S'il apparaît important au sein d'un logement collectif d'avoir la possibilité de s'exprimer en confiance, il l'est sans doute tout autant de pouvoir garder pour soi certaines émotions. En cela, il importe que la chambre demeure un lieu d'intimité où il est possible de se retrouver seul·e et d'y exercer son droit au refus, y compris refus de soin, de visites et de participation.

La recherche nous conduit aussi à ouvrir une réflexion sur « l'autonomie accompagnée ». En effet, pour s'approprier un EHPAD, certain es résident es manifestent le besoin de pouvoir s'en extraire que ce soit pour revenir, même ponctuellement à leur ancien domicile ou encore pour se rendre dans des commerces. La relation marchande (se rendre au restaurant, au café, chez le coiffeur...) et de soin de proximité (aller chez son médecin traitant) disparaît en EHPAD et les « substituts » (reproduire des commerces fictifs, « voir passer » le médecin) mis en œuvre par l'établissement ne permettent pas de compenser ces pertes qui affectent l'autonomie morale et politique. Développer de manière plus systématique des dispositifs permettant aux résident·es qui le souhaitent d'être accompagné·es dans des commerces de proximité pour continuer à « être et faire comme tout le monde » semble être une piste à approfondir.

## APPORTS POUR LES DECIDEUR·SES

Dans le cadre d'une réflexion sur les logements collectifs de demain et de l'EHPAD en particulier, cette recherche soulève plusieurs points de vigilance.

Le premier est sans doute celui des limites des dimensions architecturales et des dispositifs environnementaux visant à favoriser l'appropriation du lieu. Si ces éléments comptent pour les professionnel·les et les résidents, il compte davantage pour l'entourage de ces dernier·es. Un lieu que les proches jugent plaisant participera certainement à rendre les visites plus agréables. Cependant, nos résultats montrent que ces dimensions matérielles sont secondaires pour ce qui concerne le bien être des résident·es et les bien-être au travail. Le

« bien-être » apparaît davantage modulé par le sentiment de confiance qui renvoie à une sécurité morale, c'est à dire le fait de pouvoir agir et s'exprimer librement sans craintes que ses actions et ses propos puissent amener à des formes de réprobation. L'une des voies pour assurer ce sentiment de sécurité semble être la capacité du collectif à générer de la cohésion entre professionnel·les, entre résident·es et entre résident·es et professionnel·les. Le déménagement et la covid-19 (dans certains établissements), en tant qu'événements potentiellement bouleversant pour toutes et tous a produit une forme d'émulation collective et renforcé certaines solidarités. Cependant, un tel engagement de tous et toutes n'est pas durable sur le long terme, d'autant que l'installation dans un lieu plus cloisonné a eu pour effet de fragiliser les proximités construites antérieurement. Ainsi, explorer les éléments susceptibles de « faire collectif » apparaît être un axe de questionnement qui implique de réfléchir à l'implantation de l'EHPAD dans un territoire, à sa localisation géographique, à la composition de son personnel et des résident·es.

Ce dernier point soulève d'ailleurs une question épineuse relative à la conception de l'EHPAD de demain. Faut-il concevoir les EHPAD d'aujourd'hui en fonction des personnes qui les occuperont demain, c'est à dire les baby-boomers ? Si cela est possible, l'anticipation passe-t-elle par des démarches de concertation avec les membres de cette génération ? Les travaux menés dans cette optique tendent plutôt à montrer la disparité qu'il y a entre la projection que les individus se font lorsqu'ils envisagent leur « vieux jours » et les choix qu'ils opèrent lorsqu'ils s'y trouvent confrontés. En outre, penser et concevoir l'EHPAD de demain ne signifie-t-il pas négliger les attentes et les besoins non comblés des résident·es d'aujourd'hui ? Qui plus est, les disparités entre les modes de vie et les besoins de personnes d'une même génération sont à souligner.

Penser et concevoir l'EHPAD de demain ne semble pouvoir se faire sans réfléchir à une offre plurielle d'établissements ou à un type d'établissement qui occuperait plusieurs fonctions. Chaque option a ses avantages et ses inconvénients. Dans la première, il serait plus facile d'avoir des lieux adaptés au profils des résident·es et par exemple de promouvoir des projets de vie au sein de certains et de voir les autres comme des lieux adaptés pour accompagner des fins de vie « qui s'éternisent » (Lefèvre des noettes, 2021) au risque de renforcer la dimension stigmatisante de ces établissements. Les différences qui existent aujourd'hui entre résidence-autonomie, EHPAD et USLD vont dans ce sens. Dans la seconde, l'objectif d'inclusion apparaît plus favorable mais le risque est de créer des cloisonnements au sein même de la structure.

## PERSPECTIVES DE RECHERCHES

Bien que les EHPAD soient l'objet de recherche depuis de nombreuses années, les perspectives pour l'avenir sont encore nombreuses. Nous nous limiterons à en évoquer trois.

- la première est relative aux savoirs et savoir-faire professionnels et profanes des professionnel·les et des bénévoles. Si des travaux ont déjà pu être conduits sur cette question (Billaud & Xing, 2021), la recherche se heurte aux conditions de travail de ces

professionnelles qui ne sont pas disponibles pour la recherche alors que leur parole est riche. Engager une recherche de grande ampleur sur le « travail en EHPAD » implique la mise en place d'un dispositif qui dépasse le cadre d'un projet de recherche classique car il implique que ces professionnelles puissent dégager le temps nécessaire pour la recherche et qu'elles puissent s'exprimer en ayant confiance.

En ce qui concerne les déménagements, les expériences et connaissances antérieures de professionnel·les ayant déjà vécu es le déménagement d'un lieu d'hébergement collectif mériteraient d'être davantage questionnées.

- la seconde est relative à ce qui fait « âme » dans un hébergement collectif, ce qui fait que des personnes puissent s'attacher à un lieu collectif pour le reconnaître comme « leur ». Si notre projet a pu pointer quelques éléments tels que le fait de « vieillir ensemble », d'être collectivement engagé autour d'un enjeu, de « briser » les cloisonnements etc. tout porte à croire que d'autres études de cas dans des contextes différents (urbain, petites structures, établissement à caractère religieux, etc.) apporteraient des éléments complémentaires pour l'analyse.
- le dernier élément sur lequel il nous apparaît indispensable d'engager des recherches est celui de la fin de vie en EHPAD. Si des travaux existent déjà sur la question et si l'épidémie de covid-19 a eu pour effet de la visibiliser plus encore, le sujet demeure encore insuffisamment exploré alors même que l'EHPAD est un des lieux où l'on meurt le plus. Comment ces morts sont-elles vécues par les autres résident·es ? Par les professionnel·les ? Ethnographier les trajectoires de fin de vie aux plans organisationnel, médical, émotionnel et social serait un apport conséquent pour comprendre la vie en EHPAD car il semble difficile de considérer que cette vie puisse se concevoir sans la perspective de la mort.

#### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES PRINCIPALES

Argoud, D (2011). De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë. *Gérontologie et société*, vol. 34/136 (1), pp. 13-27.

Freichel, J., Balard, F., & Martin, E. (2022). Habiter et vieillir : Trajectoires résidentielles à Xertigny, Vosges. Ed. Autrement.

Balard, F., Caradec, V., Castra, M., Chassagne, A., Clavandier, G., Launay, P., Trimaille, H. (2021). Habiter en Ehpad au temps de la Covid-19 : Les logiques sociales des expériences du premier confinement. *Revue des politiques sociales et familiales*, (4), 31-48.

Billaud, S (2012). Financer le vieillissement en institution par le patrimoine en milieu modeste. *Retraite et société*, vol. 62, no. 1, pp. 105-125.

Charras, K & Cérèse, F (2017). Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, vol. 39/152, no. 1, pp. 169-183.

Divay, S (2013). Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation. Presses de l'EHESP.

Mallon, I (2007). Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et société*, vol. 30/121, no. 2, pp. 251-264.

Mallon, I (2007). Le « travail de vieillissement » en maison de retraite. *Retraite et société*, vol. 52, no. 3, pp. 39-61.

Monjaret, A. Fermeture et transfert de trois hôpitaux parisiens. L'ethnologue, accompagnateur social. *Ethnologie française*, vol. 31, no. 1, pp. 103-115.

Pennec, S (2013). Manières d'habiter et transitions biographiques à la vieillesse. Dans Membrado, M & Rouyer, A (dir), *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*. Érès, pp. 85-102.

Meyer, M (2010). Tu veux ma photo ? Droit de regard et droit à l'image dans la sociologie visuelle. Dans Laurens S., Neyrat F. (dir), *Enquêter : de quel droit ? Menace sur l'enquête en sciences sociales*. Éditions du Croquant, pp. 155-186.

Labarchède, M (2021). Les espaces de la maladie d'Alzheimer : conditions de vie hébergement et hospitalité. [Thèse de doctorat de sociologie (dir : Tapie G & Rainfray M, Université de Bordeaux] Disponible sur : <http://theses.fr/2021BORD0030>

Sarzier, M (2020). Des déclassé·es immobiles. Comprendre l'évolution des rapports au travail dans un service hospitalier. *Sociologie du travail*, Vol. 62 - n° 4.

Rimbert, G (2005). Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite. *Lien social et Politiques*, numéro 54, pp. 93–104.

Reveillere, C. (2023). La fabrique temporelle du consentement : Les habitant·es des quartiers populaires dans l'attente du délogement. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 250, pp 60-77.

Voléry, I & Legrand, M (2012). L'autonomie au grand-âge : corporéisation du vieillissement et distinctions de sexe. *SociologieS*.

## Rapport scientifique complet

De l'EHPAD à l'EHPAD : étude de cas d'un déménagement d'EHPAD sur l'appropriation des lieux par les résident·es et les professionnel·les

Coordinateur scientifique du projet : Frédéric Balard, Laboratoire TETRAS (Nancy)

Rédactrice du rapport : Hélia Poncet-Georges, Laboratoire TETRAS (Nancy)

Avec l'appui de Léa Berdah (observations et entretiens), stagiaire en L3 de Sociologie

Projet réalisé dans le cadre de l'AAP ESTOM (2022)

Travail réalisé en partenariat avec Ninon Liotet, vidéaste et monteuse indépendante

Projet de recherche complet

Avant-propos à destination des lecteur·ices :

- *De l'utilisation du « je » et du « nous » dans le rapport*

Le travail de recherche ayant été mené par une équipe composée de plusieurs personnes, vous trouverez dans ce rapport un recours fréquent à des formes plurielles et à l'utilisation du « nous ». Néanmoins, et du fait des présences fluctuantes des différent·es membres du projet sur le terrain, vous trouverez également l'utilisation de formes au singulier, accompagnées par une écriture à la première personne. Le recours au singulier renvoie également à un rapport au terrain qui est propre à chaque personne : celui exprimé ici est donc celui de la personne ayant rédigé le rapport, soit Hélia Poncet-Georges. Les éléments de terrain consignés ont néanmoins été collectés avec l'appui de Léa Berdah, stagiaire pendant 3 mois sur le projet, ainsi que Ninon Liotet, vidéaste présente sur toute la durée du projet, de manière ponctuelle. Nous avons également été accompagnées tout au long du projet par Monique Liotet, la mère de Ninon, vieillissant quant à elle à domicile. Les photos utilisées dans le rapport sont en grande partie des captures d'écran des images filmées par Ninon Liotet. Il s'agit plus marginalement de photos de Léa Berdah et d'Hélia Poncet-Georges. Les éléments relatifs à l'analyse et à la réflexion ont pour leur part également été réfléchis avec Frédéric Balard, coordinateur scientifique du projet.

- *De l'utilisation des formes épiciènes ou féminisées*

Afin de ne pas invisibiliser les logiques genrées qui font que le grand âge est une expérience majoritairement féminine (Perrig-Chiello & Darbellay, 2014) et qui fait l'objet d'un accompagnement lui aussi en grande partie féminin -du fait même de professions du soin qui étaient et demeurent particulièrement féminisées (Faure, 2020), nous avons fait le choix de ne pas avoir recours à l'utilisation du « masculin générique ». Nous avons donc choisi de fonctionner en utilisant des formes épiciènes lorsque nous abordions des populations incluant hommes et femmes (par exemple : les résident·es, les professionnel·les), ou encore d'utiliser des formes doublées (par exemple : celles et ceux). Lorsque nous parlions de groupe constitué exclusivement de femmes, nous avons donc accordé au féminin générique (par exemple : les soignantes). Enfin, pour des professions particulièrement mais pas entièrement féminisées, nous avons fait le choix d'utiliser des formules épiciènes, tout en précisant en note de bas de page la composition du corps professionnel concerné et ses dynamiques genrées.

- *Précisions concernant les termes spécifiques et acronymes utilisés*

Ce rapport comporte quelques acronymes et abréviations en usage dans les EHPAD. Pour faciliter la lecture et la compréhension de chacun·e, nous avons donc fait le choix de les expliciter en les écrivant intégralement une première fois, puis d'utiliser les formes abrégées. Ces termes sont également tous consignés ci-dessous :

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignante

ASH : Agent de Service Hôtelier

CSE : Comité Social et Economique

CVS : Conseil de Vie Sociale

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

HACCP : Hazard Analysis Critical Control Points

HAD : Hospitalisation A Domicile

MFR : Maison Familiale Rurale

MNE : Maladies Neuro-Evolutives

PASA : Pôle d'Activités de Soins Adaptés

PHV : Personne Handicapée Vieillissante

PHVS : Pôle Hébergement et Vie Sociale

PVI : Projet de Vie Individuel

PP : Projet Personnalisé

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SUMER : Surveillance Médicale des Expositions des Salariés aux Risques Professionnels

UVP : Unité de Vie Protégée

## Introduction générale

La question de l'habiter et du vieillir (Royer, Membrado, 2013) fait depuis de nombreuses années l'objet d'une littérature scientifique abondante. En fonction des recherches, la focale a pu être portée sur les modes d'habiter dans le domicile ordinaire (Balard & Somme, 2011) souvent renommé le « chez soi » (Veysset, 1989, Dreyer, 2017), mais aussi sur les logements dit « intermédiaires » (Nowik, 2014) tels que les foyers logement aujourd'hui appelés résidence autonomie (Simzac, 2016), ou encore sur les EHPAD (Dupré-Lévéque, 2002, Mallon, 2001, Jaujou, Minnaërt et Riot, 2006, Loffeier, 2013, etc.). Certains de ces travaux ont abordé les trajectoires résidentielles des personnes âgées (Gallou et al. 2019), souvent en se focalisant sur l'institutionnalisation (Gucher, 2005) pour analyser la nature de ce passage (Mallon, 2007). Ces recherches ainsi que les rapport institutionnels (Libbault, 2019) convergent à présenter le domicile comme le lieu de vie privilégié par les personnes âgées. Deux dynamiques se croisent alors :

- d'une part, des orientations politiques portées par une « double logique à la fois idéologique et financière : éviter l'exclusion sociale ou la ségrégation que représente l'institution et limiter les coûts de l'hébergement » (Chevalier, 2021).
- de l'autre, des volontés personnelles favorisant le fait de rester et de faire rester le plus longtemps possible les personnes âgées à leur domicile, notamment du fait des situations critiques soulevées dans les EHPAD au cours des dernières années.

Dans ce contexte, les personnes arrivent à l'EHPAD de plus en plus âgées. L'entrée en EHPAD à des âges plus avancés peut apparaître comme un témoin de cette volonté consistant à repousser, autant que faire se peut, le moment de l'institutionnalisation. En ce sens, l'EHPAD fait bien souvent figure de « dernier recours ». Les données statistiques récentes confirment qu'aujourd'hui, 1 personne sur 10 habite dans un EHPAD après ses 75 ans. Ces personnes en EHPAD, contrairement à celles à domicile, disposent bien souvent d'un réseau moins dense, d'un moindre nombre de descendant·es, et sont pour la plupart veuves (et majoritairement des femmes). Pour les plus jeunes, ces dernier·es sont plus fréquemment des hommes, plus souvent célibataires. Il s'agit également plus souvent de personnes sous tutelle, et vis-à-vis de l'ensemble des personnes de leurs tranches d'âge, de personnes qui vivent avec des limitations fonctionnelles ou cognitives plus marquées (Roy (DREES), 2023).

De manière générale, la maison représente donc le lieu du « bien vieillir » des personnes âgées, là où les lieux de prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie ou déjà dépendantes sont vus comme des repoussoirs, renvoyant à l'image d'un « mal vieillir ».

Dans ce contexte, le domicile est associé au bien-être : il est vu comme un lieu permettant la continuité de soi et le maintien d'une vie selon ses propres rythmes. S'y retrouve donc l'idée d'un lieu fait de « repères » et devenu « repaire », qui abrite les souvenirs d'une vie passée ainsi que la vie et le quotidien de celui ou celle qui y vit et qui représente une permanence face aux ruptures, une protection vis-à-vis de l'extérieur, un ancrage face à un futur incertain (Puijalon & Deremble, 1984).

Le domicile représente aussi l'espace à soi, où l'on peut vivre selon ses règles et selon ses modes de vie, en maintenant des prises sur son quotidien et sur les temporalités de ce dernier (Gucher, Laforgue & Alvarez, 2019). On retrouve ici l'attrait pour « la liberté, le confort, le bien-être et la prise de risque » (Dreyer, 2017). Les bénéfices de cette

configuration sont alors à trouver dans la possibilité « de faire ce que l'on veut, comme on veut et quand on veut », dans un espace « façonné pour s'ajuster au plus près des habitudes de vie et des manières de faire », où il est possible de « prendre des risques avec le sentiment de ne pas se mettre en danger » (Delsalle, 2013 ; Dreyer, 2017). Ce droit au risque et cette liberté dans les actions est alors au centre de la pratique d'habiter. Le domicile se lit donc à travers la possibilité d'arrangements vis-à-vis d'une avancée en âge ou de problèmes de santé plus conséquents.

Cependant, habiter signifie plus que résider (Giroud, 2007). Le domicile ne se limite pas à ses seuls contours : si c'est un lieu que l'on vit, c'est aussi un lieu duquel on part et on revient, et qui s'inscrit dans un espace le dépassant. Ainsi, penser l'attrait du domicile au grand âge revient également à penser au maintien d'une vie sociale dans un territoire connu. Le fait d'habiter chez soi permet aussi de continuer à vivre « hors des murs », à se déplacer et à rencontrer les personnes autour de chez soi, dans un environnement que l'on connaît. Mais même lorsque ces excursions ne sont plus possibles, la maison permet de continuer à être un support des relations permettant de « faire venir le monde chez soi », à travers une place d'hôte qui peut encore être conservée. Les relations de voisinage, elles aussi, peuvent être une ressource à la fois du fait de leurs apports relationnels et des arrangements pratiques qu'elles permettent (Membrado, 2003, Gucher, 2013, Mallon, 2013).

Par contraste, l'EHPAD demeure aujourd'hui encore une figure repoussoir : c'est l'endroit que la plupart des personnes âgées tentent de garder à distance le plus longtemps possible.

Souvent considéré comme une « institution totale » (Goffman, 1968), qui encadre tous les aspects de la vie des personnes y habitant, l'EHPAD est vu comme un lieu marqué par l'imposition de rythmes aux résident·es (Rimbert, 2005), par une proximité non désirée, des formes de dépouillement, ainsi qu'un encadrement des corps et des pratiques. Ces représentations ont sans doute été récemment renforcées par la médiatisation de certaines enquêtes journalistiques (Les Fossoyeurs, Complément d'enquête sur ORPEA), faisant de l'EHPAD un potentiel lieu de mauvais traitements et de déni de l'individualité des personnes ainsi que de leurs besoins.

De plus, les lieux d'hébergement des personnes âgées peuvent également être vus comme des lieux de mise en marge d'une vieillesse reléguée : l'hospice en son temps était vu comme un espace « à distance » des centralités des communes, un lieu relativement secret avec un fonctionnement relativement clos, pour des personnes par ailleurs peu entourées, bien souvent précaires et/ou marginalisées. La notion même d'« hébergement » renvoie à cet habitat qui n'est par essence pas à soi, un habitat collectif, partagé, où les personnes sont accueillies plus qu'habitantes. Dans ce contexte, si on peut « tenir » son chez soi, il apparaît plus difficile d'avoir des prises sur un lieu collectif. C'est aussi bien souvent l'aspect de la mise en proximité de ces personnes âgées à la fois dépendantes et déclassées qui est également vu comme une difficulté, du fait de la concentration des existences de ces personnes pour certaines isolées, malades, en fin de vie. Les questionnements qui évoquent aujourd'hui le fait de vivre en EHPAD comme un « cumul des inégalités sociales » (Xing-Bongioanni & Billaud, 2021) trace alors ce lien dans la prise en charge des personnes âgées, hospices d'hier et EHPAD d'aujourd'hui. Pour toutes ces raisons, l'EHPAD est bien souvent vu comme un lieu qui ne peut être approprié, que l'on ne peut pas faire sien.

On voit donc ici comment l'EHPAD est un lieu qui porte en lui des dynamiques *d'hospicialisation* autant que *d'hospitalisation* (Thomas, 2005), et qui concentre à la fois des

populations précaires et malades. En ce sens, l'EHPAD regroupe des personnes qui se voient altérisées (Van Dyk, 2016). De fait, les populations accueillies se heurtent à certaines représentations et normes du bien vieillir, qui se centrent sur un « vieillir actif » qui crée une frontière entre les personnes âgées actives, « des jeunes vieux » autonomes et valides, et les autres, « ces vieux vieux », avec une autonomie moindre et des problèmes de santé physique et cognitifs plus conséquents (King & Casalanti, 2015).

Nous partageons donc ce constat qui souligne « qu'en devenant un référentiel de plus en plus structurant de l'action publique, la politique de maintien à domicile accroît une représentation sociale duale entre, d'un côté, le logement ordinaire correspondant à une population âgée encore autonome, et de l'autre côté, l'hébergement collectif réservé à une population dépendante » (Argoud, *art. cit*). Pour autant, cette vision duale, en opposant ces deux lieux, limite la compréhension de certaines logiques et de certaines possibilités.

Un des premiers points de limitation de cette vision est le fait d'invisibiliser les difficultés liées au domicile. Comme les recherches l'ont montré, le fait de rester à domicile peut amener à des tensions, du fait d'un lieu de vie transformé par l'avancée en âge et des difficultés pouvant y être associées. Ainsi, rester à domicile se heurte à des difficultés pour les personnes âgées : difficultés d'accessibilité du lieu lorsque ce dernier n'est plus adapté aux problèmes de santé, difficulté à ce qu'il demeure ordinaire et approprié lorsque surviennent des troubles cognitifs (Balard & Somme, *art cit*), difficultés enfin à conserver ce territoire personnel lorsqu'il est de plus en plus investi par les professionnel·les de la santé et/ou de l'aide à domicile (Banens & Thomas, 2020, Dreyer & Ennuyer (*dir*), 2017). Dans ce contexte, le domicile peut se voir par exemple transformé par cette médicalisation, amenant à des formes de dépossession de certains « territoires de l'intime ». Mais c'est aussi des changements dans la place des proches qui peuvent se lire, pouvant à la fois soutenir la personne mais également renforcer la dépossession d'elle-même, à travers notamment la mise à distance des décisions la concernant (Weber, 2012). Ces dynamiques peuvent perdurer et s'installer avec l'arrivée en EHPAD.

Un autre point limitant est celui de l'invisibilisation partielle du changement de modèle des EHPAD. Si les politiques de l'autonomie ont été marquées par le « virage domiciliaire », les EHPAD ont également suivi ce tournant, en incorporant à la fois les critiques faites aux institutions et les avantages du domicile. La volonté est désormais de rendre les établissements plus accueillants et plus appropriables pour celles et ceux qui y vivent, et en ce sens, de rapprocher cette « dernière demeure » d'un lieu à soi. De manière générale, il s'agit tout du moins de faire de l'EHPAD un habitat qui soit un « lieu ouvert et intégré à la vie sociale ordinaire » (Argoud, *art. cit*). Le passage du terme « pensionnaires » au terme « résident·es » traduit bel et bien de cette volonté de considérer autrement les personnes hébergées, à travers un traitement plus singularisant et plus individualisé que celui, davantage communautaire, des anciens lieux de prises en charge des personnes âgées. On assiste donc depuis des années à une volonté de rapprochement avec un fonctionnement ouvert sur l'extérieur et accessible, ayant pour but de maintenir des formes de liens sociaux et d' « assouplir le fonctionnement institutionnel » (*art. cit*). Aujourd'hui, les personnes âgées habitant l'EHPAD sont même souvent incitées à l'investir, en s'appropriant les lieux individuels et collectifs, à travers notamment la décoration de la chambre ou encore la création de lien social. La dynamique actuelle laisse donc à voir la possibilité pour un EHPAD d'être aussi un « lieu de vie », même si cette mise en place n'est pas sans tensions entre la fonctionnalité d'un lieu pour les professionnel·les et l'aspect domiciliaire d'un lieu pour les résident·es (Charras &

Cerese, 2017). Au quotidien, les EHPAD se dessinent donc au regard de tensions entre lieu de soin dédié à la prise en charge de la dépendance, inspiré du modèle hospitalier, lieu d'hébergement inspiré du modèle hôtelier et lieu de vie à tendance domiciliaire.

Enfin, une autre limite consiste à minorer les possibilités de s'adapter et de s'approprier les lieux. Ce faisant, cela obscurcit l'*agency* des personnes résidentes ainsi que les arrangements faits avec le personnel - en bref, toutes les possibilités de négocier avec le cadre de l'institution. Les recherches ont eu tôt fait de montrer que des formes d'appropriation pouvaient exister y compris en EHPAD. En évoquant des tournants permettant de maintenir une certaine continuité avec sa vie antérieure ou encore des « ruptures assumées », Isabelle Mallon a par exemple montré comment certaines personnes avaient investi positivement l'EHPAD, du fait notamment de leurs conditions antérieures, des modalités de leur entrée, ou encore de leurs appuis au quotidien dans et hors l'établissement (Mallon, 2007). Elle a également pu détailler comment ces personnes avaient réussi à opérer ce tournant en établissant des « continuités, matérielles, relationnelles et symboliques [qui] visent à réduire l'écart entre les deux univers et manifestent une anticipation, stratégique ou tactique, du vieillissement ». Par ailleurs, l'entrée en EHPAD peut également signer une rupture espérée vis-à-vis d'un contexte étouffant et de conditions matérielles précaires (Mallon, *art. cit.*). Enfin, d'autres chercheur·ses ont également pu mettre en avant les formes de marges de manœuvre investies au quotidien par les personnes âgées en EHPAD, à travers « des statuts négociés en situation » (Mazé & Nocérino, 2017).

A travers ces quelques points sur l'habitat des personnes âgées, nous avons donc pu saisir que les lieux du vieillir étaient nombreux et pluriels, et qu'ils ne pouvaient être simplement appréhendés à travers la relation duale EHPAD/domicile. Nous avons ainsi montré que le rapport au lieu et l'investissement de ce dernier ne dépendait pas seulement du type de lieu, mais aussi de possibilités à négocier la vie en son sein. Le déménagement d'un EHPAD ancien vers un nouvel établissement, dans la même commune, venait alors reposer à nouveau frais cette question de l'adaptation à un EHPAD. En proposant une configuration atypique de trajectoire résidentielle, le déménagement d'un EHPAD vers un autre permettait d'interroger l'attachement à ce lieu sous un angle différent, non plus seulement à partir de l'EHPAD habité actuellement mais en considérant aussi l'EHPAD « quitté ». En l'absence de déménagement, ce type de configuration est difficile à explorer puisqu'entre 80 et 85% des sorties d'EHPAD correspondent à un décès (CNSA, 2019) ; Balavoine (DREES), 2022).

Nous avons ainsi considéré que le déménagement de l'EHPAD nous fournissait une configuration et un contexte spécifique pour interroger les questions d'attachement et d'appropriation. Par exemple, est-il possible de s'approprier et de s'adapter par deux fois à un déménagement ? Et si oui, par quels moyens et avec quels appuis ? Ce sont ces possibilités et impossibilités que nous questionnerons à travers ce rapport, à travers le déménagement de cet EHPAD. Nous analyserons donc ce déménagement qui devient aussi un « déplacement », un changement de position géographique certes mais aussi sociale (Monjaret, 2001). Par ailleurs, outre la possibilité d'interroger ce que signifie « quitter un EHPAD », cette étude de cas nous permettait aussi d'articuler les vécus et ressentis individuels avec un évènement partagé collectivement par plusieurs résident·es. Enfin, cela nous permettait d'effectuer une comparaison de l'appropriation du nouvel EHPAD entre les résident·es ayant connu l'ancien EHPAD et ceux n'ayant connu que le nouveau.

## Partie I. Méthodologie, dispositif de recherche, contraintes et limites du dispositif

### I. 1. Contexte spatio-temporel de réalisation de la recherche

La recherche s'est déroulée à partir de 2020 du fait de la présence d'une équipe de sociologues et d'anthropologues sur la commune vosgienne de Xertigny, dans le cadre du projet POPSU « Habiter et vieillir » (Balard, Freichel & Martin, 2021). Puisqu'un axe de la recherche portait sur les trajectoires résidentielles (Martin & Balard, 2024), l'équipe avait fait le choix de conduire une partie de l'enquête dans l'EHPAD Saint André. Cet ancien hospice ne pouvant être réhabilité faisait depuis près de dix ans l'objet de discussions concernant un déménagement à venir. Au moment où l'équipe enquêtait (automne 2019), la construction du nouvel EHPAD « Les Buissons » était en cours et le déménagement était prévu pour le premier semestre de 2020. Les chercheur·ses avaient alors pour volonté de pouvoir rendre compte d'un déménagement d'EHPAD, car ce qui s'y joue est peu renseigné par la littérature scientifique. Avec l'appui du directeur de l'ancien EHPAD, il et elles ont eu la possibilité de filmer, d'interroger et de questionner ce moment singulier dans l'histoire locale, institutionnelle, professionnelle et personnelle des résident·es, des professionnel·les et des habitant·es. Cette collecte de données sur le déménagement d'un EHPAD a donc été composée de plusieurs séquences filmées successives sur le terrain : trois séquences avant le déménagement au sein de l'EHPAD Saint André, une lors du déménagement puis deux au sein de l'EHPAD Les Buissons, et cela à plusieurs mois d'intervalles.

La présente recherche rend pour sa part compte du travail de terrain qui a été mené quelques années après l'installation dans le nouvel EHPAD des Buissons (mai 2023-mai 2024). C'est cette phase de la recherche qui a fait l'objet du financement du Programme ESTOM, avec une présence sur site particulièrement intensive entre la fin du printemps 2023 et l'automne 2023 ainsi qu'une présence plus limitée entre l'hiver et le printemps 2024, pour un total d'environ 30 journées dans l'enceinte de l'EHPAD. A ce travail d'enquête et de collecte de données, s'ajoutent des temps d'analyse des matériaux collectés, de mise en forme de ces matériaux ainsi que de communication à ce sujet, qui ont également été réalisées dans le cadre de la recherche<sup>1</sup>.

Le projet « De l'EHPAD à l'EHPAD » constitue donc un projet sur plusieurs années, abordant aussi bien la conception, la préparation du déménagement, le déménagement lui-même, et enfin, l'aménagement de ce nouveau lieu. Cette approche au temps long amène également à considérer le contexte du déménagement qui marque une réelle bascule dans l'histoire de l'institution, ainsi que l'évolution des ressentis vis-à-vis de ce nouveau lieu au fur et à mesure du temps passé dans la nouvelle structure. Pour toutes ces raisons, le projet repose sur une approche longitudinale et processuelle (Jouvenet, 2016).

Il s'agit également d'un travail à la fois monographique et comparatif (Rostaing, 2012). Il est monographique car le projet repose sur l'histoire singulière d'un établissement et comparatif car l'EHPAD a connu deux périodes et lieux différents : d'abord Saint-André et ensuite Les Buissons. A ce titre, c'est à la fois l'ancienne structure et la nouvelle qui ont fait l'objet d'un travail de documentation et de compilation d'informations. Mais cette comparaison a également été approfondie au regard d'un troisième lieu, celui de l'EHPAD

<sup>1</sup> Le déroulé de la recherche est évoqué plus précisément dans le rapport intermédiaire.

voisin de Bains-les-Bains. La réflexion a donc été élargie en prenant en compte le regard comparatif des professionnel·les travaillant dans les deux structures<sup>2</sup> ainsi que celui des résidentes qui habitaient la zone géographique d'implantation de cet autre EHPAD, et qui les comparaient également.

Enfin, du fait d'une présence en aval du déménagement, nous avons également été amené·es à interroger une population de résident·es qui étaient double : d'une part, les résident·es ayant connu l'ancien EHPAD, de l'autre, ceux et celles qui sont arrivé·es dans la nouvelle structure. Il en allait de même pour les entretiens réalisés avec les professionnel·les.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Il s'agit notamment de la directrice, du responsable hébergement, de la cadre de santé, de l'éducateur en activité physique adaptée, de la diététicienne et d'au moins une des psychologues.

<sup>3</sup> Dans les deux cas, les personnes nouvellement arrivées étaient plus nombreuses que celles anciennement arrivées.

## I. 2. Rappel des objectifs de la recherche

### I. 2. 1. Un questionnement transversal : une problématisation en termes d'appropriation de l'EHPAD par celles et ceux qui y travaillent et celles et ceux qui y habitent

L'objectif transversal de ce projet était alors d'interroger les modalités différencierées d'appropriation des résident·es et des professionnel·les vis-à-vis du nouvel EHPAD, que ces dernier·es aient connu les deux EHPAD ou qu'ils et elles soient arrivé·es dans la nouvelle structure.

En ce sens, il s'agissait de questionner ce qui facilitait l'appropriation de la nouvelle structure, ou au contraire, ce qui complexifiait les possibilités d'adaptation au sein de cette dernière, qu'il s'agisse du rapport à l'architecture de l'EHPAD, des configurations relationnelles dans lesquelles sont inscrites les personnes, de leurs trajectoires résidentielles, de leurs positions au sein du parcours de vie ou encore de leurs statuts de santé.

Notre question de départ était donc la suivante : **est-il possible de s'adapter à l'EHPAD ?**

Un ensemble de questions a ensuite guidé la réflexion : les personnes qui habitent l'EHPAD peuvent-elles créer en ce lieu un espace à soi, personnalisé, et investi subjectivement ? Si oui, de quelles manières ? Par quels moyens, quels mécanismes et marges de manœuvre l'appropriation de ce lieu est-elle possible ? Est-il possible de s'attacher affectivement à un EHPAD ? Pour qui et dans quelles circonstances cette appropriation est-elle compliquée, voire impossible ? Qu'est ce qui façonne ces capacités d'appropriation inégales entre les résident·es ?

La question de l'appropriation se pose également du côté des professionnel·les : que représente ce déménagement dans le parcours des professionnel·les ? En quoi le déménagement produit des changements potentiels dans le rapport au travail et dans l'organisation du travail ? Comment ces dernier·es vivent-ils et elles dans ce nouvel environnement de travail ? Qu'est ce qui favorise ou complexifie les conditions de travail, les pratiques professionnelles ?

A travers ces questionnements, plusieurs pistes d'analyse ont été investiguées, au regard de notions qui nous paraissaient en mesure de pouvoir éclairer les dynamiques de cette appropriation.

### I. 2. 2. Questionner les mobilités résidentielles au grand âge, renouveler les réflexions sur l'entrée en EHPAD

Les travaux réalisés jusqu'à ce jour ont permis de renseigner le tournant que peut représenter le passage du domicile à l'institution, et plus précisément, du domicile à l'EHPAD (Mallon, 2007). Les difficultés relatives à ce passage ont été abordées en pointant notamment l'impact des conditions et modalités d'entrée sur les résident·es : il s'agit en effet pour une majorité d'entre elles et eux d'entrées précipitées par un évènement, un accident de santé ou du parcours de vie, amenant à une arrivée à l'EHPAD non choisie.

Malgré cela, la première partie des matériaux de recherche collectés montrait l'attachement affectif de certain·es résident·es à l'ancienne structure, ce qui nous a amené à porter le regard non plus sur la seule perte du domicile mais sur la possibilité d'investir l'EHPAD comme lieu de vie et d'attaches. Pour cette raison, nous postulions que le déménagement d'un EHPAD vers un autre constituait une modalité spécifique susceptible de rediscuter les analyses inhérentes au passage du domicile à l'EHPAD. Il s'agissait alors de voir les conditions de cet attachement mais surtout, d'interroger le déménagement non plus ou plus seulement comme une rupture vis-à-vis de l'ancien domicile hors institution, mais également au sens d'un EHPAD quitté où certain·es avaient « élu domicile ».

Une des hypothèses fortes du projet était donc celle d'un **effet de « neutralisation » de l'effet « partir de chez soi »**, qui s'expliquerait par l'investissement des résident·es au sein du premier EHPAD.

En abordant les trajectoires résidentielles des résident·es ayant connu les deux EHPAD, mais aussi des résident·es arrivé·es dans le nouvel établissement, c'était également de multiples passages qui pouvaient alors être renseignés (domicile-EHPAD, ancien EHPAD-nouvel EHPAD, hôpital-EHPAD, résidence autonomie-EHPAD).

Il s'agissait alors de questionner les modes d'habiter au regard de ces trajectoires et socialisations antérieures, et d'interroger ce qui contribuait à faire de ce passage une transition tournant pour certain·es et un tournant voire une rupture pour d'autres.

### I. 2. 3. Comprendre une organisation nouvelle, saisir les pratiques, les ressentis des équipes et leurs trajectoires professionnelles

Au quotidien, résident·es et professionnel·les sont amené·es à partager un lieu, des temps et des relations. L'EHPAD n'est pas seulement un lieu de résidence mais également un lieu de travail. Un des objectifs de cette recherche était donc de renseigner les appropriations du lieu par les professionnel·les, dans un contexte où le déménagement était présenté comme une amélioration marquée de leur « outil de travail ».

Là encore, il s'agissait de faire part des éléments facilitant ou complexifiant l'appropriation de ces nouveaux lieux par les professionnel·les mais aussi des éléments qui y étaient appréciés ou dépréciés. A ce titre, nous nous intéressions aux regards portés sur le nouvel établissement, là où ce dernier devait apporter une ambiance de travail améliorée (avec plus d'espace, plus de lumière, des espaces dédiés à chaque corps de professionnel·les...) ainsi qu'une diminution de la pression temporelle via des gains de temps (moins d'attente pour l'ascenseur, des chambres et des couloirs pensées comme plus accessibles...).

Dans ce contexte, c'était également des modifications au long cours qui étaient interrogées, telles que les modifications du contenu du travail ou le rapport changé au sens du métier au fil d'une carrière au sein de laquelle l'organisation du lieu et du travail avaient progressivement évolué.

Il s'agissait également de renseigner quels effets le processus de déménagement en lui-même avait produit sur l'arrivée dans ces nouveaux lieux, notamment du fait des différentes modalités d'implication des professionnel·les dans ce dernier.

#### I. 2. 4. Penser l'EHPAD moderne et sa conception, saisir les dimensions hôtelière, médicale et résidentielle ainsi que leur articulation

Par ailleurs, la possibilité de travailler sur un déménagement et un EHPAD tout juste installé permettait également de questionner l'étape de la conception, les éléments qui ont prévalu et la manière dont les avis de différents acteurs ont été sollicités. La réflexion sur l'architecture se développe actuellement de plus en plus autour de questionnements concernant l'« EHPAD de demain », un EHPAD dont la part belle laissée à la réflexion architecturale permettrait de pallier à certaines difficultés rencontrées par ces institutions. En effet, les conceptions récentes tentent de faire des lieux d'hébergement des personnes âgées des lieux de vie, proches du domicile, mais également plus adaptées aux difficultés rencontrées du fait des problèmes de déplacements ou encore des problèmes cognitifs et mémoriels des personnes accueillies (Labarchède, 2021). Analyser un EHPAD moderne permettait alors de penser à nouveaux frais l'articulation des dimensions médicale, résidentielle et hôtelière, et ce également au regard de « nouveaux profils de résident·es »<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> La notion de « nouveaux profils de résident·es » renvoie bien souvent à plusieurs profils : des personnes avec des troubles cognitifs marqués (Alzheimer ou autres maladies neuro-évolutives (MNE)), des personnes arrivant très âgées et/ou très dépendantes à l'EHPAD, ou encore des personnes handicapées vieillissantes (PHV), arrivant bien plus jeunes à l'EHPAD du fait du manque de structures dédiées après 60 ans. Ce changement populationnel est à lire notamment à travers « l'accroissement régulier [depuis 2010] du besoin moyen en soins des résidents et de leur niveau moyen de dépendance » (CNSA, 2017).

## I. 3. Constitution du dispositif méthodologique, réflexions, apports et limites

Pour répondre à ces différents objectifs, l'équipe de recherche a mis en place une méthodologie qualitative, reposant à la fois sur un travail de terrain composé d'observations et d'entretiens, ainsi que d'un travail comparatif et longitudinal à partir des matériaux collectés lors des différents temps de la recherche.

### I. 3. 1. Une enquête de terrain centrée sur l'EHPAD, entre observations et entretiens

Cette méthodologie reposait donc sur une étude de cas principalement centrée sur le nouvel établissement, assurée par l'équipe en charge du troisième temps de la recherche (Mai 2023 - Mai 2024). En ce sens, il s'agissait d'un travail à caractère quasi-monographique, qui avait pour objet cette nouvelle structure. Cette relative unité de lieu venait alors permettre la production de connaissances à partir d'une échelle microsociologique. Dans ce contexte, nous avons eu recours à deux outils majeurs : des observations et des entretiens.

#### A) *De l'observation*

Pour ce qui est de l'observation, celle-ci pouvait être filmée ou non filmée. Elle représente environ 30 journées<sup>5</sup> d'observation sur site.

Elle a été mise en place dès le début du projet. La présence de l'équipe de recherche a été assez forte au départ, avec une présence soutenue, généralement hebdomadaire voire bi-hebdomadaire, sur site : ces phases d'observation flottante (Le Guillou, 2020) et d'imprégnation puis de collecte principale correspondaient à des journées de présence couplant souvent entretiens et observations, et réalisés principalement entre l'été et le début de l'automne. Ces observations renseignaient de fait le quotidien de l'EHPAD aux différents étages de la structure.

Elle s'est ensuite faite plus ponctuelle et localisée dans la suite du projet lors de l'hiver et du printemps suivants, dans une phase de collecte complémentaire, où les visites se faisaient plus précises et espacées. Dans ce contexte, il s'agissait davantage de discussions en chambre ou dans les espaces collectifs avec des personnes déjà connues, ainsi que des visites dans le cadre d'événements spécifiques (Conseil de la vie sociale, Comité social et économique, groupes d'expression, sorties, etc.).

Pour ce qui est de l'aspect non-filmé, les temps de présence à l'EHPAD ont fait l'objet de notes ethnographiques, rédigées individuellement ou collectivement<sup>6</sup>. Ces notes permettaient de retranscrire les interactions entre résident·es, entre professionnel·les, les positionnements dans l'espace des un·es et des autres, etc. Elles ont permis de collecter des éléments qui n'ont pas pu être collectés par la parole, par manque de temps ou par caractère sensible de ce qui a pu être observé, qu'il s'agisse d'éléments peu visibles ou peu dicibles. L'usage d'un journal de terrain était donc de mise, et c'est à partir de ce matériau notamment que nous pourrons donner des exemples de situations rencontrées, non-filmées et non-enregistrées.

<sup>5</sup> Ces journées étaient de durée variée : elles oscillaient entre 7h30 au plus et 4h30 au moins, pour la plupart.

<sup>6</sup> A travers les prises de notes et les souvenirs de l'ingénierie d'étude et de la stagiaire qui l'accompagnait sur cette période.

Pour ce qui est de l'aspect filmé, il s'agissait là de prises de vues et de prises de sons majoritairement réalisées par Ninon Liotet, vidéaste embauchée sur le projet. Ces prises permettaient à la fois des observations filmées de l'espace, ce qui amenait à renseigner son occupation ou non, les activités qui s'y passent, les personnes qui s'y croisent. De manière générale, les observations filmées ont pu permettre de rendre compte des dynamiques spatiales et sociales de manière plus précise que l'écrit. Ces dernières ont pu servir comme un matériau d'observation différée (Archimbaud, 2013), en étant visionnées par la suite et en faisant l'objet de prise de notes complémentaires permettant d'enrichir les données collectées. Ces images avaient pour but principal d'alimenter le travail filmique<sup>7</sup>.

#### *B) Des entretiens*

D'autre part, le matériau de recherche était également composé de nombreux entretiens semi-directifs, qu'il s'agisse d'entretiens réalisés avant, pendant, ou après le déménagement. Nous comptons un total de 39 entretiens retranscrits dont le détail est précisé en Annexe 1. Tableau récapitulatif des entretiens réalisés avant, pendant et peu de temps après le déménagement (premier volet de la recherche, 2020-2021) ainsi qu'en Annexe 2. Tableau récapitulatif des entretiens réalisés en 2023(résident·e·s, professionnel·les, bénévoles et proches) Il s'agit là d'entretiens réalisés avec les professionnel·les, les résident·e·s ayant connu l'ancien EHPAD, les résident·e·s arrivées dans le nouvel EHPAD mais également avec des personnes aux rôles multiples (bénévoles, anciennes professionnelles, proches).

En ce qui concerne les entretiens, ceux-ci ont également pris plusieurs formes. Il s'agit là d'entretiens semi-directifs avec les professionnel·les, les résident·e·s et les proches. Ces entretiens pouvaient être individuels ou collectifs, sous la forme de *focus group* ou d'entretiens en binôme. De la même manière, ces entretiens pouvaient être filmés et enregistrés, enregistrés seulement, voire même faire l'objet de prises de notes sans enregistrement, selon les volontés des personnes interrogées.

La plupart des entretiens étaient ponctuels, mais quelques relations ont été propices à des temps d'échange tout au long du processus de recherche, permettant ainsi de renforcer la dynamique longitudinale adoptée<sup>8</sup>.

Encadré. Questionnements et positionnements relatifs à l'anonymisation des personnes et à la confidentialité des données

Comme nous le verrons plus bas, cette recherche s'inscrit dans une démarche participative avec un volet filmique. Les personnes inclus·es dans la recherche ont donc participé au processus de recherche et ont pour certain·e·s été présent·e·s à l'image dans le premier film et/ou dans la seconde production filmique. Il en va de même pour les lieux de la recherche qui ont également été des lieux de tournage. En ce sens, les règles déontologiques appliquées d'habitude en sciences sociales ne pouvaient être entièrement appliquées dans cette recherche.

<sup>7</sup> Cf la partie dédiée.

<sup>8</sup> Les relations d'enquête qui ont été les plus suivies ont été précisées dans le tableau en annexe 2 ce sont celles qui sont en orange.

Ainsi, nous avons choisi de ne pas anonymiser les lieux (Xertigny, Bains-les-Bains, EHPAD Saint André, EHPAD les Buissons, etc.), notamment puisque ces lieux étaient montrés à l'image et nommés dans le premier film.

En revanche, nous avons fait le choix de maintenir autant que possible l'anonymat des résident·es et des professionnel·les parce que nous avons considéré que leurs propos nous avaient été confiés dans le cadre de la confiance inhérente à la relation d'enquête. De plus, cela permettait de prendre en compte le fait que les prises de parole étaient bien souvent complexes au sein de l'EHPAD, comme nous l'expliquerons plus loin.

Afin de garantir cette anonymisation le plus possible, nous avons également fait le choix, quand les personnes pouvaient être identifiables mais que les propos tenus auraient pu avoir une influence négative sur elles, de ne pas faire apparaître des caractéristiques sociales qui auraient pu les exposer. En effet, il faut avoir conscience que l'échelle d'analyse, resserrée sur un seul établissement, rend très difficile une anonymisation effective des participant·es, puisque leurs caractéristiques sociales les singularisent et que l'interconnaissance participe à diminuer les effets des formes d'anonymisation majoritaires en sciences sociales.

Afin de faciliter la lecture du document, il faut donc savoir que l'anonymisation utilisée repose, dans l'essentiel des configurations, sur un recours à des noms et prénoms fictifs.

Nous avons ici suivi des modes d'adresse courants ayant cours au sein de l'EHPAD, en utilisant tantôt le nom des personnes, tantôt le prénom. Conscient·es du fait que cela reproduit certaines hiérarchisations, cela nous permettait néanmoins de rendre compte des modes d'adresse au sein de la structure, qui traduisent certes des positions sociales, mais aussi plus largement des formes de relations spécifiques.<sup>9</sup>

En ce sens, les résident·es ayant participé à la recherche ou ayant eu des contacts avec l'équipe de recherche sont majoritairement appelé·es par leurs noms de familles fictifs : nous citerons par exemple des extraits d'échange avec Madame Maurer, ou encore avec Monsieur Aubry<sup>10</sup>. La même logique s'applique aux données issues du journal de terrain : le nom de famille fictif traduit d'une connaissance de la personne par l'équipe de recherche.

Pour autant, nombreuses ont été les personnes avec qui l'équipe de recherche n'a eu qu'un contact minime. Ces personnes sont donc citées dans le rapport à travers l'usage d'une lettre relative au nom de famille : par exemple, Madame A ou Monsieur C.

Du côté des professionnel·les et des bénévoles, l'usage est un peu différent. Nous utilisons le nom de famille des personnes occupant des positions hiérarchiques, ce qui certains usages locaux adoptés par la majorité des professionnel·les. Pour la majorité des effectifs hors administration et cadres, l'usage entre professionnel·les est celui du recours au prénom. Nous l'avons adopté nous aussi sur le terrain, et nous l'avons ici également mobilisé dans les modalités d'anonymisation (prénoms anonymisés). Il en va de même pour les bénévoles.

<sup>9</sup> Les modes d'adresse au sein de l'EHPAD demeurent néanmoins extrêmement variés, et l'usage retenu ici ne doit pas invisibiliser cette variété, qui révèle de nombreuses dynamiques abordées plus bas dans le rapport.

<sup>10</sup> Cela a été le cas même lorsque nous utilisions dans nos échanges personnels le prénom des résident·es. Dans tous les cas, cet usage du prénom a été minoritaire, et s'est construit progressivement au cours de la recherche.

Toutes les caractéristiques sociales des personnes interrogées sont recensées en Annexe 3. Rappel des noms d'usage et des propriétés sociales des professionnel·les mentionné·es dans le rapport et en Annexe 4. Rappel des noms anonymisés et des propriétés sociales des résident·es mentionné·es dans le rapport

### I. 3. 2. Observation participante et recherche participative filmée : la participation en question

Au-delà de ces outils somme toute classiques, le dispositif méthodologique comportait également une démarche participative et une dimension filmique. Cela a contribué à produire un dispositif où l'imbrication entre recherche participative et recherche filmée était forte, et où les frontières entre ce qui relevait de l'un·e ou de l'autre étaient floues. Par ailleurs, les possibilités organisationnelles de déployer un projet participatif étaient limitées par des difficultés à assurer les modalités de participation prévues vis-à-vis notamment d'une difficulté à trouver des temps communs entre professionnel·les et équipe de recherche, limitant de fait les possibilités de construction conjointe. Le dispositif, s'il a été réalisé, a donc été façonné au regard de ce contexte. Nous aborderons donc dans cette partie des éléments relatifs à cette pratique entremêlée entre pratique filmique, recherche participative et observation participante. Nous évoquerons plusieurs dimensions de ce dispositif, de la circulation de l'information aux possibilités différencierées de participation, aux intérêts et risques à la participation. Nous aborderons également la position prise par les chercheuses sur le terrain comme un enjeu de participation, dans un contexte où l'observation participante a guidé l'expérience du terrain et a influencé les relations tissées.

#### I.3.2.1. De l'information concernant le dispositif

La participation au dispositif de recherche questionne également les informations dont les personnes (professionnel·les et résident·es) disposent concernant le projet. En effet, les informations circulent et sont plus ou moins communiquées, par des biais variés, amenant à des niveaux de compréhension différenciés.

- A) Une information maîtrisée par le haut, connue par les professionnel·les disposant d'une autonomie temporelle plus marquée et/ou avec des postes plus élevés dans la hiérarchie

Les informations concernant la recherche étaient davantage maîtrisées et connues par le haut de la hiérarchie de l'EHPAD, c'est-à-dire par l'équipe de direction. En effet, la présence des sociologues a été négociée en amont du commencement de la recherche avec la directrice de l'établissement. Des questions relatives à la participation des professionnel·les, telles que leur indemnisation<sup>11</sup> ont été évoquées ensemble. C'est également par le biais de la directrice que nous avons pu être présenté·es à certain·es professionnel·les, lors d'une visite réalisée au printemps 2023, avant le commencement du projet. Dans ce contexte, nous avons pu être présenté·es aux personnes qui étaient disponibles ce jour-là, soit les membres de l'équipe administrative (les deux secrétaires ainsi que la responsable administrative), deux des cuisiniers (le responsable de l'époque et un commis de cuisine), les membres du pôle hébergement et vie sociale (animateur, responsable du pôle).

<sup>11</sup>La question de l'indemnisation nous a beaucoup interrogé. Là où la directrice y voyait une potentielle mise en concurrence des professionnel·les, nous étions également confronté·es à la difficulté de tracer des lignes entre qui avait ou n'avait pas participé à la recherche (les modalités de participation étant variées, notamment du fait de la disponibilité plus ou moins restreinte des professionnel·les). Par ailleurs, le fait d'indemniser seulement les professionnel·les, là où les résident·es nous avait également consacré du temps, posait question. Enfin, la forme de cette indemnisation interrogeait également : il fallait que cette forme puisse convenir à tou·tes.

De manière générale, nous avons été amené·es à rencontrer en premier lieu des personnes qui disposaient d'une autonomie temporelle plus grande permettant l'échange, et qui pour la plupart étaient à des postes où ils/elles constituaient une part non négociable voire totale des effectifs. Ces dernier·es avaient également pour caractéristique partagée d'être particulièrement présent·es dans les espaces collectifs et centraux de l'EHPAD. C'est également le cas des professionnelles telles que les psychologues et la diététicienne qui ont été rencontrées par ce biais au cours des premiers mois de recherche. Nous pouvons également souligner le fait que ces professionnel·les avaient par ailleurs souvent une connaissance du fonctionnement universitaire du fait de leurs parcours, amenant de fait à plus de prises sur le dispositif, et qu'ils et elles occupaient des positions hiérarchiquement plus élevées au sein de la structure. A cela s'ajoute un fait non négligeable, qui était que c'était ces dernier·es que nous informions en amont de nos visites par mail, la distribution des informations étant de fait plus complète vis-à-vis de ces dernier·es.

B) Une information connue et une position reconnue par les bénévoles de l'EHPAD

Nous étions aussi visibles et connues des bénévoles. Cette (re)connaissance de notre présence dans l'institution s'explique notamment par les liens tissés avec Suzanne, une bénévole déjà rencontrée lors du premier volet de la recherche. De fait, cette dernière avait été interrogée par l'équipe en 2021, avait suivi le processus du film et nous identifiait. Par ailleurs, Suzanne était et est particulièrement présente dans les centralités de l'EHPAD et assurait parfois le rôle de « guide » dans l'institution au cours de nos premiers moments de présence sur site. C'est donc là encore sur le lieu de et au moment de nos premiers pas dans l'EHPAD que nous nous sommes rencontrées. Les liens tissés entre les membres du groupe des bénévoles mais aussi notre présence fréquente auprès d'elles ont alors participé à la diffusion de l'information concernant le projet : ce dernier était donc compris par les trois bénévoles de l'EHPAD que nous voyions souvent, et qui avaient pour caractéristique partagée d'être aussi des proches de personnes, parents ou conjoint·es, qui étaient ou avaient été résident·es aux Buissons.

Dans ce contexte, les informations transmises aux bénévoles faisaient également l'objet de messages directs, sans intermédiaire. Ainsi, j'ai été amenée à plusieurs reprises à leur écrire sur leurs portables pendant la recherche. Ce contact direct influence également sur la circulation des informations, tout en témoignant d'une certaine proximité.

C) Une information lacunaire pour les professionnel·les d'exécution

Mais la diffusion de l'information, même si elle s'est vue généralisée avec l'usage d'affiches<sup>12</sup>, n'a pas été transmise aussi facilement à la grande majorité des effectifs dédiés aux soins et à l'hôtellerie. Pour celles et ceux-ci, les informations concernant notre présence étaient donc limitées. Cette imprécision peut être expliquée par le fait que les effectifs dédiés aux soins et à l'hôtellerie sont beaucoup plus conséquents, et beaucoup plus variables, ce qui dilue la répartition de l'information. De plus, les soignantes sont davantage présentes dans des espaces divers et bien souvent plus individualisés (par exemple, les chambres des résident·es). La structuration de leurs temps de travail limite par ailleurs les possibilités d'échanges, si ce n'est lors des changements d'équipes. Il en va de même pour les ASH, bien que celles-ci et, en moindre nombre, ceux-ci, soient davantage présent·es dans les espaces centraux tels que la

<sup>12</sup> Nous pouvons citer les affiches de présentation de la recherche présentes à l'entrée de l'EHPAD, mais nous nous référerons surtout ici aux affiches « ciblées », à destination des ASH et des équipes de soin, et déposées de fait dans les espaces qui sont les plus investis par ces dernier·es (sur les tableaux à côté de la salle de transmissions ou à proximité du « bistrot »).

place du village (cf photo page 87). Dans les deux cas, leurs fiches de tâches témoignent d'un emploi du temps quadrillé, avec peu de temps de pause, où les possibilités d'échange sont donc limitées.

Horaire : MH 07h30 / 14h30 (Tous les jours)	
07h30	- Préparation des 3 chariots de petit-déjeuner
08h00	- Service du petit-déjeuner du Rez de chaussée (AUBÉPINE et CORNOUILLET)
08h45	- Nettoyage (désinfection) et rangement des chariots des petits-déjeuners (avec l'agent de Ma)
09h00	- Débarrasser les petits-déjeuners dans toutes les unités
10h00	- Plonge du petit-déjeuner
10h45	- Mise en place du service du déjeuner
11h30	- Distribution des plateaux des chambres du Rez de Chaussée
12h00	- Service du déjeuner en collaboration avec les cuisiniers
13h00	- PAUSE (20min)
13h20	- Plonge du service du déjeuner - Nettoyer les différents locaux d'hôpital
14h30	- FIN DE SERVICE

*Exemple d'une fiche de tâche (ASH)*

Au vu de ce contexte, solliciter un investissement des équipes incluait de leur demander un investissement hors de leurs temps de travail, ce qui ne nous paraissait peu envisageable. La circulation de l'information dépendait alors majoritairement des possibilités d'avoir échangé de vive voix de la recherche, et d'avoir pu « saisir » ces dernier·es dans leur quotidien de travail.

D) *Une information partielle pour les résident·es*

La circulation de l'information aux résident·es était quant à elle variable. Certain·es résident·es étaient déjà connu·es et/ou identifié·es par l'équipe, et reconnaissaient de fait également l'équipe de recherche, tout en connaissant davantage notre travail.

Pour les autres, notamment les nouveaux et nouvelles résident·es, le rôle et la place que nous avions dans l'institution était bien souvent flous. Lors des premiers temps de présence à l'EHPAD, nous étions alternativement identifiées comme famille de résident·es, stagiaires ou bénévoles<sup>13</sup>. Ces identifications se faisaient tantôt vis-à-vis de nos âges, tantôt vis-à-vis de certaines proximités que nous avions avec des résident·es, des professionnel·les ou des bénévoles.

Afin de préciser notre profession, dans un contexte où cette dernière est peu connue et par ailleurs difficilement différentiable<sup>14</sup> au sein de l'institution, nous avons donc pris l'habitude de porter par moments un badge avec notre prénom ou une carte institutionnelle. Il s'agissait dès lors de favoriser une meilleure compréhension de qui nous étions, et de nous rendre

<sup>13</sup> Dans ce contexte, l'association au pôle des bénévoles permettait d'avoir une place dans l'EHPAD où l'on puisse « rendre » plutôt que de seulement « prendre ».

<sup>14</sup> En EHPAD, nombreuses sont les « femmes qui posent des questions aux résident·es ». Sur le site des Buissons, on peut au moins penser à deux psychologues, une diététicienne, à la responsable qualité...

repérables en tant que telles<sup>15</sup>. Par ailleurs, lors de temps d'échange sur le projet, nous diffusions une lettre de présentation et un formulaire afin que ces dernier·es puissent conserver les informations sur le projet. Malgré l'adaptation des documents<sup>16</sup>, ceux-ci restaient néanmoins particulièrement peu évidents à saisir, du fait également de la méconnaissance, pour certaines personnes âgées, des dispositifs existant sur Internet, des outils utilisés pour la captation son et image, du fonctionnement de la recherche et enfin, du travail de sociologue. Toutes ces inconnues favorisaient un sentiment d'incompréhension vis-à-vis de la recherche en cours.

Force est de constater que très peu de personnes saisissaient de manière pérenne et claire la raison de notre présence, si ce n'est celles et ceux pour qui la présence prolongée auprès d'elles et d'eux a amené à une meilleure compréhension. Les éléments qui permettaient cette reconnaissance n'étaient par ailleurs pas forcément notre profession, mais d'autres éléments, par exemple notre lieu de travail et la ville où nous habitions.

Par la suite<sup>17</sup>, la présence plus marquée de la caméra a également eu des effets sur l'identification de l'équipe de recherche tout en renforçant certaines appréhensions. Les résident·es se questionnaient alors vis-à-vis de cet attribut distinctif : est-ce que nous travaillions pour la télévision ? Pour le journal ? Ce recours à la caméra questionnait alors et amenait à des distances dans la plupart des cas, et plus rarement des proximités ou du jeu avec cette dernière<sup>18</sup>.

#### E) Une information peu saisie par les proches

Les familles et les proches, quant à elles et eux, n'ont été que peu informé·es. Bien sûr, l'équipe avait affiché les informations concernant le projet à l'entrée de la structure, mais il n'est pas certain que ces affiches aient été particulièrement remarquées. Ce qui influence la circulation de l'information est donc la présence sur place dans des espaces collectifs partagés. Les proches très présent·es nous connaissent et sont davantage informé·es de la démarche, d'autant plus lorsque ces dernier·es fréquentent les espaces partagés. D'autres proches, très présent·es également, voient leurs parents, membres de la famille, conjoint·e ou ami·e en chambre, dans des espaces extérieurs à l'EHPAD ou privés. Dans ce contexte, la communication se voit limitée, bien que certain·es nous aient identifiées. Nous avons également eu des temps de discussion sans que les personnes connaissent notre travail, par exemple lors de pauses « cigarette ».

#### I. 3. 2. 2. Une participation à saisir entre intérêt et risque

Au fait de connaître entièrement ou partiellement le dispositif, s'ajoute donc la question des intérêts ou des risques à la participation. En effet, tou·tes les acteur·ices n'appréhendent pas de la même manière la présence des sociologues et la participation à la recherche. Nous verrons ainsi que cette exposition générée peut être vue tantôt comme un

<sup>15</sup> Au fur et à mesure de notre présence, cette pratique s'est amenuisée.

<sup>16</sup> Ces adaptations consistaient notamment à des impressions en gros caractère afin qu'ils puissent être facilement lisibles. Pour autant, la question de l'accord par signature écrite se heurte également à l'impossibilité pour certain·es résident·es de pouvoir écrire ou à tenir un stylo sans trembler. Des formes d'accord oraux ont donc été également utilisés.

<sup>17</sup> Les premiers temps de présence et de visites à l'EHPAD se sont réalisés sans caméra. Par la suite, la présence de la caméra était plus massive, avant de clôturer le terrain en revenant là encore à l'EHPAD mais sans caméra, ou pour filmer seulement des aspects bien spécifiques qui auraient manqué à la production filmique.

<sup>18</sup> Nous pouvons penser ici à une résidente qui venait assez systématiquement se mettre devant la caméra, ou encore à un résident qui à son tour a filmé la vidéaste.

risque tantôt comme un intérêt et parfois les deux à la fois, selon la position occupée dans l'organisation du travail.

- A) Un dispositif intéressant pour la hiérarchie : une image valorisée et maîtrisée, un regard décalé porté sur l'institution

Du côté de la structure, la présence d'une équipe de recherche ayant recours à la vidéo a pu être perçue comme un moyen de valoriser l'EHPAD alors même que les EHPAD se montrent en général très vigilants à l'égard des journalistes souvent perçus comme des chantres de « l'EHPAD bashing ». Sans doute, la valorisation de la difficulté du travail en EHPAD durant la covid-19 par certains médias ainsi que notre focale portée sur le déménagement ont-elles facilité une certaine confiance. Le documentaire sur l'EHPAD ayant pu être partagé en début de projet a participé d'une démarche de réassurance et a pu être perçu comme valorisant pour l'EHPAD et son personnel. En ce sens, nos relations avec la direction étaient facilitées par l'intérêt que pouvait représenter la réalisation de plusieurs films pour l'image médiatique de l'institution. D'une part, cet intérêt peut se comprendre au regard du contenu des images produites : la captation vidéo amène bien souvent à saisir des temps forts, des temps festifs, animés, en bref, à filmer des aspects potentiellement attractifs de la vie de l'EHPAD. Le film peut également avoir pour intérêt sa diffusion : la réalisation du premier film a ainsi pu générer des activités au sein et en dehors de l'EHPAD, avec des projections sur place ou en salle polyvalente de la commune. La directrice avait également évoqué la possibilité de le diffuser au sein de l'EHPAD, ce qui permettrait aux proches de potentiel·les nouveaux·elles résident·es d'avoir une première image de l'EHPAD. La deuxième production filmique était également vue comme un potentiel moyen de diffusion d'une (bonne) image de l'EHPAD.

Mais cet intérêt ne s'explique pas seulement vis-à-vis de l'exposition médiatique favorable que permet la venue des sociologues et l'intérêt qui en découle. Il peut en effet s'expliquer à la fois par des logiques institutionnelles et personnelles. La directrice exprime également une attache vis-à-vis des sciences humaines et de la réflexivité liée à son parcours. Cet intérêt se lit notamment à travers certaines citations de sociologues qu'elle m'évoque en aparté, qui ont contribué à sa formation, ou encore lorsqu'au cours de discussions plus privées, cette dernière me fait part de bons nombres d'informations concernant la gestion d'un EHPAD, ses difficultés et ses enjeux. Elle m'ouvre aussi les portes à certains moments de la vie en EHPAD tels que les CSE ou les CVS (décembre 2023), pour ma culture personnelle. A d'autres reprises, elle me propose d'avoir accès à des résultats de recherches réalisés en interne, ou encore, à certaines réunions. Lors d'un Conseil de Vie Sociale, la directrice m'appelle « le Jiminy Cricket<sup>19</sup> de la maison ». Dans un contexte où les EHPAD sont dans une dynamique réflexive constante afin d'améliorer leurs services, on peut penser que le regard sociologique peut également être mis à contribution – là où les équipes disposent d'un temps limité et d'un cadre formel pour cette réflexion. Par ailleurs, les réflexions des professionnel·les ont également alimenté les réflexions sociologiques, à travers notamment les temps de groupes d'expression qui nous ont laissé voir des réflexions en cours, tant en termes d'amélioration des services, de résolution de problèmes que de bien être des résident·es.

Mais notre présence n'était pas seulement celle de sociologues en formation, c'est aussi celles de jeunes femmes, ce qui nous a valu parfois d'être appelées « les cocottes » ou

<sup>19</sup> Jiminy Cricket est un personnage dans Pinocchio. C'est un criquet qui devient la « conscience » de ce pantin de bois devenu vivant.

encore « les petites sociologues » : dans ce contexte, le rapport d'âge fait montre d'une distinction dans le niveau d'expertise. Notre jeunesse permet également autre chose, la présence de personnes jeunes à l'EHPAD pouvant être perçue comme un moyen de faire de l'intergénérationnel<sup>20</sup>, de mettre de l'animation et de la jeunesse dans la structure. Notre disponibilité temporelle dans l'institution permet également le déploiement de ces liens. La présence des sociologues et les entretiens sont alors vus comme un élément pouvant faciliter l'inclusion des nouveaux/nouvelles résident·es : c'est ainsi par exemple que la directrice nous suggère un entretien avec Madame Levent alors que celle-ci vient d'arriver dans la structure. Pour elle, ce temps nous donnerait des informations sur une nouvelle arrivante tout en permettant un accompagnement renforcé de cette dernière. L'entretien est alors saisi comme un temps permettant l'expression privilégiée des néo-résident·es, dans un contexte où ce passage peut être vécu difficilement.

Pour toutes ces raisons, la directrice nous fait bon accueil et nous ouvre de nombreuses portes en nous donnant accès à la vie de l'EHPAD. Cet intérêt pour le travail de l'équipe se reflète dans les intentions dirigées vers nous lors de notre présence sur le terrain, qui nous forgent une place à part (invitations aux temps forts de l'EHPAD, prise en charge de nos frais de bouche, salutations appuyées dans les discours) : nous devenons en sorte des partenaires de l'EHPAD. Mais cette relation amène aussi à orienter le dispositif dans une certaine direction, en nous conduisant à porter le regard sur des espaces cadrés, dans des instances, ou lors de moments animés qui sortent du quotidien de l'EHPAD.

B) L'image et la parole comme risque : un dispositif qui produit de la vigilance et de la tension pour les professionnel·les

Là où notre présence peut être vue comme un attrait pour l'équipe de direction, elle peut également être conçue comme un potentiel risque pour d'autres professionnel·les. D'une part, contrairement à la direction, ces dernier·es se voient imposer le dispositif : ils et elles ne l'ont pas choisi et n'ont pas été concerté·es en amont. Il est alors question pour les équipes de nous faire place, sans que ces dernier·es aient pu exprimer leur avis sur notre présence. Cette négociation par le haut conduit à souligner le fait que ce sont les équipes qui vivent au quotidien notre présence. Elles doivent alors adapter leurs conduites, comme on peut le voir lorsque la directrice nous présente en cuisine en demandant en plaisantant au cuisinier de sourire lorsqu'il est filmé (journal de terrain, été 2023). Lors de réunions, il en va de même, notre présence est peu négociable pour les équipes et peut être vue comme une imposition, même lorsque celle-ci fait l'objet d'une demande et d'une précision concernant ma présence : il en va ainsi lorsque la directrice précise, lors d'une instance, que je serai présente à la réunion en ajoutant qu'elle suppose « que personne n'y voit d'inconvénient ». On retrouve ici les constats portés par Michael Meyer au cours d'une recherche filmée :

« Convaincre les "chefs" de la pertinence photographique ne garantit en rien l'adhésion des agents du *street level*<sup>21</sup>. Cette autorisation d'en haut est d'abord considérée de mauvaise grâce par les agents et perçue comme une contrainte (voire une surveillance) supplémentaire. Le soupçon est amplifié par l'instrumentation photographique » (Meyer, 2011, p.170)

<sup>20</sup> Là où le développement de pratiques liées à l'intergénérationnel devient un mot d'ordre de plus en plus présent en EHPAD (Grillet, 2019).

<sup>21</sup> Les agents du street-level sont dans ce contexte les professionnel·les de « terrain », ne disposant pas d'une position dans la hiérarchie de la structure.

De fait, des réactions de vigilance mais aussi de résistance se mettent en place. C'est ce que nous avons pu remarquer au fur et à mesure de la recherche. Nous avons été amenées au fil de l'eau à nous présenter, ce qui a pu à la fois apporter des précisions et des éclairages concernant notre présence<sup>22</sup>, mais qui a également pu générer des appréhensions plus marquées ou des distances. C'est ainsi par exemple que des aides-soignantes ont fait quelques pas en arrière en nous voyant arriver avec la caméra, refusant catégoriquement tout usage de la caméra mais aussi de l'enregistreur. D'autres manières de mettre à distance la caméra sont également présentes : c'est par exemple une ASH dont le chariot à l'heure des collations ne rentre que peu dans la chambre d'un résident où nous sommes afin de ne pas apparaître à l'image. Il en va de même de formes de distances dans les manières de parler avec l'ingénierie de recherche du côté des ASH : alors qu'un ASH me tutoie dès notre rencontre, il comprend finalement que nous ne sommes pas stagiaires sur place et que notre pratique d'observation (par ailleurs commune à l'EHPAD, notamment pour les personnes en formation) est celle d'une équipe de recherche. La mention de l'Université suffira alors à le faire passer de ce tutoiement à un vouvoiement utilisé jusqu'à la fin de la recherche, ou en tout cas une hésitation mutuelle concernant les modes d'adresse utilisés. Le rapport à l'image et à la parole est d'autant plus marqué pour les personnels ayant des positions subalternes dans la hiérarchie, tels que les ASH ou les AS. Pour les professionnelles du soin, le spectre de la maltraitance est présent dès qu'il s'agit de renseigner leur travail. Ainsi, la caméra ravive une sensation de contrôle des conduites professionnelles, dans un contexte où ces dernières sont déjà particulièrement scrutées et dont les places ne sont pas toujours assurées au sein de la structure. La présence de l'équipe de recherche, dans un contexte de médiatisation de la maltraitance dans les EHPAD par les images de type « caméra cachée », mais aussi l'utilisation parfois de la vidéo par les proches des résident·es pour démontrer des traitements jugés inadaptés<sup>23</sup>, renforce donc ce regard extérieur qui met en cause les professionnelles du soin et leurs pratiques. En ce sens, nombreuses ont été les professionnelles à préférer ne pas apparaître à l'image, à évoquer leur travail comme un travail « du secret » et de la discrétion.

Ces réactions de vigilance semblent par ailleurs renforcées du fait d'une présence tantôt avec la caméra, tantôt sans, ce qui vient également troubler les professionnel·les qui peinent parfois à savoir si des moments partagés avec nous sont filmés ou enregistrés. En témoigne une pause cigarette avec l'animateur qui pense tout à coup qu'il est filmé, et qui me dit ensuite en rigolant qu'à force il ne sait plus voir ce qui est filmé et ce qui ne l'est pas, et qu'« à cause de nous il voit des caméras partout » (journal de terrain, 27 juin 2023). Cette incertitude, dans un contexte pouvant déjà faire l'objet d'un regard extérieur constant, renforce des dynamiques de vigilance de la part des professionnel·les.

Cette retenue s'applique également en entretien. Les professionnel·les interrogé·es, et ce peu importe leurs positions, veillent à ne blesser personne et à éviter des conflits : c'est une cadre qui craint de blesser les familles par son langage direct, ou encore l'animateur qui craint de mettre au jour certains éléments qui pourraient aller contre sa place naissante

<sup>22</sup> La circulation de l'information, incluant des personnes tout en excluant d'autres, peut amener à des crispations. Il en va par exemple ainsi au début de nos recherches, où une personne de l'équipe des cadres n'avait pas été prévenue de nos présences.

<sup>23</sup> Ou tout simplement pour rendre compte du manque de personnel et de ces effets sur les résident·es, comme cela avait été questionné par une proche de résident. Aux Buissons, certain·es proches qui déplorent ce manque de personnel et ses effets m'ont évoqué avoir pensé à filmer ce qu'ils/elles voyaient comme des manquements dans l'accompagnement de leurs proches.

dans l'équipe en mettant en avant des arrangements informels avec d'autres professionnelles. Tous ces doutes traduisent des relations de pouvoir au sein de l'institution, qui limitent la parole ou amènent à des formes de censure et/ou d'ajustement du discours. C'est donc à la fois un contexte institutionnel mais aussi plus large qui est à prendre en compte. En effet, parler peut avoir un effet sur les professionnel·les au sein de l'institution, vis-à-vis de la hiérarchie ou des pair·es, mais pas seulement. La prise de parole peut également avoir des effets sur la prise de paroles d'autres personnes, les proches par exemple.

Dans ce contexte, les professionnel·les résistent aussi à l'image, y portent des critiques, la négocient. Même pour des professionnelles du soin ayant une position hiérarchique, la question de la représentation de leur activité est au cœur de leur appréhension du dispositif : il en va ainsi d'une infirmière qui me dira lors d'un temps d'échange collectif que si je compte m'intéresser à la maltraitance, il serait bon que je me questionne également sur la maltraitance institutionnelle (journal de terrain, été 2023). Ces formes de recadrage peuvent également se faire par le recours à l'humour, comme le souligne un homme (proche d'une ancienne professionnelle) qui se voit filmé alors qu'il prépare le barbecue. Dans ce contexte, il évoque la question financière en disant que si on veut le filmer, nous devrons le payer. Tous ces éléments montrent comment les professionnel·les et les personnes participant à la vie de l'institution réagissent à l'image, et ce faisant, cadrent, elles et eux aussi, ce qui est visible pour la caméra.

Ces réactions sont la face plus visible des tensions dans les interactions, qui génèrent des dilemmes éthiques « dont l'enjeu est la validité scientifique elle-même ». Des « principes de « hiérarchisation » ou de « construction de compromis » se font alors, amenant à réfléchir à ces questions :

« Pourquoi, dans certains cas, renoncer à divulguer des informations qui seraient pourtant pertinentes d'un strict point de vue scientifique et donner la priorité à des impératifs éthiques ? Comment doit-on hiérarchiser les intérêts de connaissance et les exigences éthiques ? En quelque façon, le sens de ce qui est juste, sur le plan normatif et stratégique, peut et doit parfois entrer en concurrence avec la quête de vérité ? (Roca i Escoda, 2009) » (Roca i Escoda & Genard, 2010).

C) Une position ambivalente pour les résident·es : entre possibilités relationnelles et risque relationnel

Les résident·es, quant à elles et eux, rencontrent également des risques vis-à-vis de la prise de parole. Ces dernier·es peuvent également s'interroger concernant leur participation et ce à quoi elle expose.

D'une part, ce sont bel et bien des peurs qui se voient évoquées : la peur de tenir un discours qui ne serait pas intéressant (disqualification de leur parole), la peur de dire des choses qui ne devraient pas être rendues publiques (exposition et publicisation de données privées), la peur d'évoquer des éléments qui concernent d'autres personnes et qui pourraient s'en voir affectées (risque d'altération des relations). A ce titre, plusieurs personnes nous ont ainsi fait part de leurs appréhensions à parler en étant enregistrées. Ce sont également les échos et retours des autres résident·es qui influencent ces questionnements : par exemple, une des personnes ayant participé a eu des retours des résident·es qui s'interrogeaient sur sa participation, la mettant en garde vis-à-vis de paroles qui seraient trop facilement confiées.

Ainsi, l'aspect potentiellement diffusable et figé des données collectées renforce les réactions de refus, ou tout du moins d'incertitude concernant la participation.

La présence des proches a donc une influence sur la participation : être entouré·e veut de fait également dire avoir une parole « tenue » par celles et ceux qui nous entourent.

Il peut s'agir du rapport aux autres résident·es, comme souligné ci-dessus, mais aussi des liens aux membres de la famille. C'est notamment le cas de Madame Bresson. Cette dernière, arrivée dans le nouvel EHPAD, discute énormément avec nous lorsque nous la rencontrons. Le jour même de cette rencontre, elle nous invite à visiter sa chambre et nous fait part de nombreux éléments de sa vie (journal de terrain, 19 mai 2023). Lorsque nous lui évoquons la recherche, elle nous dit qu'il faudrait qu'elle en parle à son fils, qui habite non loin de là. Au fur et à mesure, Madame Bresson -sans jamais le dire franchement- semble ne pas vouloir être enregistrée, en sous-entendant que son fils préférerait qu'elle évite de raconter sa vie à des inconnues.

D'une manière similaire, Madame Blaise, résidente ayant connu les deux EHPAD, nous dit qu'il faudrait qu'elle fasse lire le papier de participation à la recherche à son fils pour savoir ce qu'il en pense avant de savoir si elle participe ou non.

Enfin, c'est également le cas de Monsieur Gaillard, avec qui nous avions déjà réalisé une partie d'entretien avant d'être interrompu·es. Lorsqu'on lui demande si une deuxième partie d'entretien pourrait se faire, celui-ci répond par l'affirmative mais à la condition que sa filleule soit présente avec lui.

Bien que nous ne puissions en être sûres, nous voyons donc comment la circulation de l'information peut amener à des changements de position vis-à-vis de la participation à la recherche. Mais nous pouvons également faire l'hypothèse que le recours aux familles pour décider témoigne d'une inquiétude, d'une gêne et d'une incertitude concernant la participation à la recherche : dans ce contexte, il s'agirait davantage d'un moyen légitime d'éviter la participation. Néanmoins, ces situations questionnent également l'autonomie décisionnelle des personnes âgées, dans un contexte où le dispositif de recherche vient rendre visible un seuil d'âge lié à l'institutionnalisation, à partir duquel se renforce la prise en charge externalisée de certaines décisions relatives aux résident·es. Ainsi, ces dernier·es, même lorsqu'ils et elles n'ont pas de tutelles au niveau juridique, font appel à des tutelles « symboliques », qui gèrent l'administratif et orientent leurs prises de décision.

Mais c'est aussi du côté de la parole effectivement confiée qu'on peut identifier des difficultés. Ainsi, plusieurs résident·es ayant participé se sont trouvé·es en difficulté en évoquant des distances à certain·es professionnel·les ou à certain·es autres résident·es. Le fait de dire que l'on n'apprécie pas tel·le ou tel·le professionnel·le, que l'on s'est senti·e blessé·e par tel·le autre, fait alors objet de censure. Toute parole ayant des répercussions potentielles, plusieurs personnes interrogées ont par exemple désirer conclure l'entretien à ces moments, de peur d'être entendues. D'autres se sont retirées du dispositif, après avoir notamment évoquer des difficultés avec des professionnel·les. L'une d'entre elles appréhendait par exemple que ces difficultés soient communiquées et que ses proches, de ce fait, aillent au conflit avec la professionnelle mentionnée. **Limiter les conflits et maintenir de bonnes relations se montre alors comme un enjeu essentiel de la vie en EHPAD que la participation et la prise de parole pourraient éventuellement venir entacher.**

Mais plusieurs autres explications limitent également la participation des résident·es.

On peut notamment citer la volonté de ne pas donner une image de soi ayant vieilli, avec des préoccupations sur l'image qu'on renvoie, sur un corps qui s'abîme et qui peut parfois

être vu comme non-montrable par certain·es résident·es elles/eux-mêmes. C'est ce que nous évoque notamment plusieurs femmes, telles que Madame Chapelier, une résidente de milieu aisé aux goûts marqués pour les vêtements et l'esthétique, Madame Maurer, qui s'inquiète de son allure à l'image alors que nous la filmions, ou encore Madame Beaumont, qui continue à se maquiller et de s'apprêter avant de sortir de sa chambre.<sup>24</sup>

Une autre explication réside dans la répétition des dispositifs. Dans un contexte où l'expression des résident·es est recherchée par de nombreux·ses professionnel·les, et où certaines personnes ont déjà participé à plusieurs reprises à des entretiens, l'intervention des sociologues peut également être vue comme redondante. En effet, les processus tels que l'entrée en EHPAD vont être synonymes de rendez-vous successifs avec différent·es professionnel·les (diététicienne, psychologue, enseignant en Activité Physique Adaptée, référente qualité), où la parole sur soi est un outil au service de la satisfaction des résident·es et à la mise en place du projet de vie individualisé qui repose notamment sur les habitudes de vie des personnes. La psychologue en charge des projets personnalisés nous présente alors son fonctionnement :

*« A l'admission d'un résident la famille ou le résident doivent remplir [...] ce document, les parcours antérieurs, les horaires de lever de couchers, leurs petites habitudes, etc, au niveau alimentation, ce qu'ils aiment, ce qu'ils n'aiment pas, leurs centres d'intérêt, fin voilà, moi je m'en sers, c'est rangé dans le dossier médical, donc moi je vais rechercher ça, je regarde un peu ce qu'il y a d'écrit dedans, je vais systématiquement voir le résident bah pour lui dire qu'on va bientôt faire le projet personnalisé [...] alors je sais qu'il y a des établissements, des collègues qui le font dans le mois qui suit l'arrivée. Moi je préfère donner un peu plus de temps, parce que... pour certains résidents, l'arrivée elle est un peu déstabilisante, donc moi j'aime bien qu'ils soient déjà un peu posés dans l'établissement, et moi je dis que je le fais dans les 6 mois. Donc je fais ça, je vais voir le résident, j'orienté un petit peu l'entretien, euh, c'est très variable, en fait c'est surtout en fonction de la personne que j'ai en face de moi, soit j'ai pas besoin d'orienter parce que la personne se livre un peu facilement et puis voilà... Soit effectivement bah je me sers des thématiques, la chambre, si ça lui plaît, si ça lui convient, le voisinage, bah ensuite, c'est euh, le personnel, est-ce qu'il a assez d'aide, pas assez d'aide, est-ce qu'il ose demander, est-ce qu'il connaît tout le monde, est ce que voilà. Après je pose toujours une question au niveau médical, si au niveau des soins il est content, qu'est ce qui pêche selon lui, voilà, bah au niveau du linge aussi, comment ça se passe, au niveau des activités, ce qu'il aime faire, ce qu'il aime pas faire, ce qu'il a envie de faire, euh, et puis après bah c'est un petit peu de la discussion libre, fin voilà, ça c'est un petit peu les thématiques que j'ai en tête et puis après voilà. ». (Valérie, psychologue en charge des projets personnalisés)*

---

<sup>24</sup> Par ailleurs, la question de l'image de soi renvoie également à la faible présence des miroirs en EHPAD. Ces derniers, qui peuvent rendre confuses les personnes ayant des troubles cognitifs, se trouvent donc à peu d'endroits dans les espaces communs. Plusieurs femmes se regardent alors à travers le reflet de la vitre d'une porte ou encore dans l'ascenseur, afin de s'assurer de la manière dont elles se présentent aux autres.

On voit donc ici que les approches sont proches, et les thématiques abordées par la psychologue et par les sociologues aussi. En effet, nos guides d'entretien partageaient un bon nombre des points soulevés par la psychologue. Par ailleurs, la forme-même de l'échange est elle aussi semblable, ce que m'évoque également d'autres professionnel·les qui font le lien entre le contenu des entretiens réalisés avec les résident·es et la notion de « récit de vie », qui peut également être un outil et une méthode mobilisée au sein de l'EHPAD. Ce récit de soi sollicité par l'institution mais aussi par les sociologues peut alors être vécu comme répétitif. C'est ainsi par exemple qu'une résidente, lorsque nous parlons de la recherche en détaillant le contenu d'une discussion de type entretien, nous dit qu'elle a « déjà parlé de tout ça avec la psychologue », cette dernière venant les questionner pour savoir « s'ils se plaisent dans l'établissement » (journal de terrain, 12 juillet). Cela pose donc la question du télescopage des dispositifs : en effet, la répétition de la parole autour des mêmes questions limite la participation des résident·es. Les visites de la psychologue, qui tente de s'assurer que les résident·es néo-entrant·es soient bien installé·es, ou encore la recherche faite par la responsable qualité sur le respect de l'intimité des résident·es au cours de l'été 2023 dont nous avons eu connaissance à postériori, ressemblent donc dans leur contenu si ce n'est dans leur forme aux questions posées par les sociologues et au déroulé d'un entretien. Bien que l'objectif et l'utilisation des données ne soient pas les mêmes<sup>25</sup>, cette distinction ne fait pas sens pour les résident·es. Dans ce contexte, on peut faire la supposition qu'**une articulation plus fine entre le travail des professionnel·les et le travail des sociologues aurait pu éviter ce sentiment de redondance et de sur-sollicitation des résident·es**, d'autant plus dans des temporalités très proches. De prochaines recherches devraient être sensibles à ces effets de répétition possibles, ce qui inclurait de travailler en amont avec les équipes. Cela amènerait à penser davantage les conditions nécessaires pour « travailler avec » les acteur·ices et les modalités de partage du matériel<sup>26</sup>.

Ce sentiment de répétition n'est pas d'ailleurs seulement dû à la combinaison des dispositifs de l'EHPAD et de la recherche : il s'explique aussi par la dynamique longitudinale du projet qui peut paraître « en décalage » avec le vécu des résident·es ayant déjà participé. Ainsi, des personnes ayant déjà participé ont refusé très clairement de participer à nouveau. Une des raisons qui permettrait de l'expliquer serait peut-être celle selon laquelle les personnes en question n'auraient plus envie de revenir sur leurs parcours, sur leurs passés, notamment dans un contexte où les dernières années ont été particulièrement éprouvantes pour les résident·es en question. Une autre pourrait s'expliquer par l'exposition de la parole des personnes âgées au sein du groupe des résident·es, visibilisant par exemple des situations de vulnérabilité<sup>27</sup>.

Pour toutes ces raisons, plusieurs personnes qui ne veulent désormais plus que ces derniers soient utilisés, ou seulement partiellement, ou ont été en réflexion concernant l'usage du matériel collecté jusqu'aux derniers instants de la recherche.

A ces risques se voient néanmoins opposés les intérêts de la participation : en effet, cette participation peut également être source de nouvelles relations, d'occupations, de réflexions

<sup>25</sup> Dans un cas, il s'agit de répondre aux exigences du projet de vie ou à des obligations institutionnelles, dans l'autre, de collecter des matériaux scientifiques.

<sup>26</sup> Les conditions d'un « travailler avec » n'ont que peu été présentes, mais cela a été et aurait pu être davantage le cas lors d'une table ronde à laquelle la chercheuse a participé. De telles possibilités permettraient de travailler ensemble ou en complément, sachant que les professionnel·les de l'EHPAD sont intéressé·es par de telles initiatives.

<sup>27</sup> C'est l'interrogation de la chercheuse vis-à-vis d'un résident qui a refusé de participer à nouveau : les séquences filmées de sa personne sélectionnées pour le film s'étaient notamment tournées vers de potentielles envies suicidaires, ce qui peut être très exposant.

sur soi, voire parfois de fierté. En effet, **les personnes investies dans le quotidien de l'institution et dans ses activités sont bien souvent les mêmes personnes qui ont participé à la recherche**. Ces dernières sont donc à la fois **intégrées au sein de l'établissement et bien souvent peu entourées de leurs proches extérieurs à l'EHPAD**. Dans ce contexte, le fait de se saisir de la recherche permet une occasion de rencontres et de partage. La participation à la recherche offre également un retour sur soi qui permet d'évoquer des moments passés qui n'ont que peu de place au quotidien (se rappeler des souvenirs avec ses parents par exemple), de pouvoir comparer ou constater l'amélioration de son état ou la création d'attaches positives à l'EHPAD, d'évoquer des difficultés propres à l'évolution d'une maladie ou d'autres moments difficiles.

Par ailleurs, et comme nous le reverrons plus tard, la participation amène à des liens au long cours qui dépassent le cadre de la recherche : ces liens peuvent être un levier ou une explication à la participation.

#### *1.3.2.3. Conditions de participation : des possibilités de participation différenciées*

Par-delà les questions d'informations et d'intérêts, se pose également la question des possibilités de participation.

- A) Des conditions de participation des professionnel·les : des contraintes temporelles et organisationnelles qui limitent les possibilités de participation

La participation des professionnel·les est rendue complexe par la charge de travail, renforcée par des équipes en sous-effectifs<sup>28</sup>. Ce contexte amène par ailleurs à des conditions d'entretien qui ne peuvent que très difficilement être collectives pour les équipes en hôtellerie et aux soins : au début du travail de terrain, un ASH m'évoque de fait l'impossibilité selon lui de réaliser des *focus groups*. Pour ce dernier, trouver du temps individuellement est déjà compliqué, mais trouver un temps collectivement est quasiment impossible. C'est le cas pour les propositions de l'équipe de recherche, mais aussi lors de temps forts de la structure. En atteste le pot de Noël de l'établissement, où les personnels passent brièvement : seuls les personnels à des postes hors soin et hôtellerie restent tout au long de la soirée (ou presque).

Non seulement ces professionnel·les peuvent être mis·es en risque ou en porte à faux par leur participation<sup>29</sup>, mais qui plus est l'organisation du travail n'est que très peu propice à ces temps. C'est dans ce contexte que la plupart des temps d'échange avec les ASH, les infirmières et les AS se feront principalement sur les quelques temps de repas, de pause ou de transmissions informelles, amenant de fait à dépasser la forme classique de l'entretien qui prévoit un temps long sans d'autres actions que celle d'échanger – un temps inexistant dans une routine de soins et dans tous les imprévus qui s'y intercalent.

Bien que la tension temporelle soit commune à tou·tes les professionnel·les, et que ces dernier·es soient nombreux·ses à évoquer la pression ressentie au quotidien, il n'empêche que le niveau d'autonomie des un·es et des autres dans leur travail n'est pas le même, de même que leurs habitudes à manier le discours. Ces deux caractéristiques favorisent la participation à la recherche dans le cadre très défini de l'entretien.

<sup>28</sup> Cela a de fait pu amener à des décalages d'entretien voire aux suppressions de ces derniers.

<sup>29</sup> On fait ici référence à des propos qui pourraient être lus comme critiques de l'institution ou encore de personnes en son sein.

De manière générale, les personnes qui nous ont répondu se démarquent par cette autonomie. Contrairement aux ASH ou aux équipes de soin dont les fiches de tâches sont particulièrement cadrées, ces dernier·es doivent mener leurs missions à bien sans avoir à justifier de leur organisation temporelle :

*« J'ai plutôt carte blanche en fait [sur l'organisation temporelle]. Et puis moi je me mets... pas des délais, mais des moments par exemple comme je vous disais avec les coiffeuses, en général je les appelle toujours le mardi ou le mercredi en général, une semaine avant [...] pour avoir une liste déjà faite. Après, on a les transmissions après chaque animation, euh, mais sinon en général... c'est carte blanche et puis voilà quoi. Ça dépend on a quoi à prévoir aussi bien sûr. »* (Hugo, animateur aux Buissons)

L'animateur évoque justement cette autonomie temporelle différenciée en fonction des postes :

*« Les aides-soignantes, bah elles ont... elles sont toujours à droite à gauche, l'administratif c'est pareil, faut qu'elles restent au bureau, les infirmières c'est pareil, les ASH bah c'est comme pour les AS mais elles sont toujours à droite à gauche... Et la personne qui est la plus stable, qui aurait le plus le temps, en fait, c'est moi. Et c'est vrai que dans la maison le poste où t'as le plus de temps c'est l'animation. »* (Hugo, animateur aux Buissons)

Cette marge d'autonomie permet alors une réalisation facilitée des entretiens.

Par ailleurs, les personnes ayant accepté de nous parler disposent de locaux privatisés ou privatisables, ce qui n'est pas le cas des personnes en hôtellerie ou aux soins<sup>30</sup>. Ces espaces, ainsi que l'autonomie temporelle plus grande de ces professionnel·les, semblent favoriser la tenue de l'entretien. Il n'empêche qu'il est particulièrement compliqué y compris pour ces professionnel·les d'avoir un temps long à disposition devant elles ou eux (si ce n'est en dehors de leur temps de travail), comme en attestent les interruptions multiples lors des entretiens.<sup>31</sup>

La question des habitudes à manier le discours se traduit quant à elles par des facilités à prendre la parole dans le contexte de l'entretien, notamment pour les personnes dont le travail repose sur une certaine maîtrise de la parole et de la communication.<sup>32</sup>

Cela semble à mettre en regard avec la difficulté d'échanges rencontrée vis-à-vis des professionnel·les du soin. En effet, l'EHPAD est un lieu à part dans son fonctionnement : c'est certes un lieu de vie et un lieu de travail, mais c'est également un lieu de soin. A ce titre, la recherche ne peut pas entraver le soin et la réalisation de ce dernier. Cela amène donc à réfléchir aux contraintes de terrain relatives aux institutions assurant des missions relatives à la santé. En effet, **cette place centrale du soin amène à limiter les possibilités de participation des soignantes**, qui sont fréquemment sollicitées et doivent être disponibles

<sup>30</sup> Force est de constater également que la plupart de nos échanges avec ces dernier·es, lorsqu'ils ont pu être possibles, l'ont été dans des espaces liminaux de l'EHPAD (c'est notamment le cas du rez-de-jardin de la structure).

<sup>31</sup> C'est par exemple le cas lorsque la directrice appelle la cadre de santé lors de mon entretien avec cette dernière, ou encore lorsque l'infirmière avec qui je réalise un entretien doit quitter son bureau pour répondre à la médecin généraliste puis à la cadre de santé. Par ailleurs, les professionnels qui ont réalisé cet entretien en dehors du temps de travail l'ont parfois mis en parallèle avec leur pratique fréquente du dépassement temporel et des journées qui durent plus que prévues.

<sup>32</sup> Ces habitudes ne sont néanmoins pas les mêmes pour tou·tes et certain·es ont donc négocié le dispositif pour pouvoir être à l'aise avec ce dernier (en refusant la caméra par exemple).

pour les résident·es et le reste des équipes. Cela pose alors la question des conditions de participation différenciées, mais plus largement également de la difficulté à faire reconnaître le temps de participation comme un temps de travail, et donc comme un temps dédié tout en étant hors des activités de soin. Ce sont donc les prises de parole rendues complexes par l'organisation du travail qui sont ici questionnées.

Cette remarque semble également s'appliquer aux ASH qui réalisent de fait une partie importante de l'entretien de la structure, contribuant à répondre aux exigences hôtelières du lieu. Ces situations peuvent par ailleurs amener à des formes de contrôle et de restriction d'accès au terrain au regard de ces impératifs professionnels, ce qui peut limiter la participation des employé·es.

- B) Des conditions de participation des résident·es : des limitations temporelles, des dispositifs peu adaptés et des contextes collectifs difficiles à générer

Pour ce qui est de la participation des résident·es, les conditions de participation sont façonnées par leur état de santé, leurs possibilités de se mouvoir ou encore les temporalités de leur prise en charge.

Un des exemples de ces conditions peut être lu à travers la situation de Madame Blaise. Cette dernière déplore de ne pas avoir beaucoup de relations sociales avec les autres résident·es. Bien qu'elle se saisisse des temps de sociabilité qui peuvent lui être accessibles, il est clair que la prise en charge de ses problèmes de santé limite fortement la possibilité de participer à des temps collectifs : sa journée est quadrillée d'impératifs de soins (au milieu de la matinée puis au milieu de l'après-midi, notamment). Nous nous sommes de fait retrouvé·es confronté·es à la difficulté de la faire participer à des événements tels que les groupes d'expression, et cela bien qu'elle en ait envie. Le besoin de soins réalisés par les professionnelles à heures fixes la conditionne de fait dans ses possibilités de participation, rendant les temps de participation correspondant à ces temps de soin inaccessibles.

De nombreuses autres situations ont mis en exergue ces **limitations de participation ou des frustrations générées par l'adaptation partielle de dispositifs à visée collective, qui ne peuvent que très difficilement répondre à l'hétérogénéité des limitations rencontrées par les personnes âgées**. C'est par exemple le cas lors du premier groupe d'expression observé, au sein duquel une résidente avec des problèmes d'audition s'est agacée de ne pas entendre ce que disait les autres participant·es. Elle a finalement demandé à quitter la pièce au cours du groupe. Un professionnel l'a alors raccompagné, en lui demandant si elle voulait être ramenée dans sa chambre, ce à quoi elle avait répondu cyniquement : « non, à la cave ! ».

A d'autres reprises, nous avons tenté de palier à ces limitations en adaptant le dispositif au mieux : en écrivant en grand caractère sur nos formulaires, en tentant de faire entendre à une résidente quasi aveugle ses interventions dans le premier film... Néanmoins, ces difficultés se heurtent à d'autres impossibilités, au niveau technique par exemple, ou encore à la conjugaison de différentes limitations fonctionnelles (par exemple, avoir des problèmes oculaires et des problèmes d'ordre moteur). La volonté d'inclusion se heurte de fait, pour les professionnel·les de l'EHPAD comme pour nous-mêmes, aux limites des possibilités d'inclusion.

**La question de la participation se heurte donc à celle de la sélection de résident·es tendanciellement plus valides, plus autonomes, et à une potentielle exclusion des résident·es ayant plus de limitations fonctionnelles.**

C'est notamment au regard de ces constats que la réalisation de *focus groups*, initialement prévus avec l'appui d'extraits vidéo, s'est montrée très difficile à faire advenir. Au niveau des résident·es, l'organisation d'une « réunion de groupe » avec l'apport de la vidéo s'est très vite heurtée aux problèmes que son utilisation générait avec des personnes ayant pour certaines de gros problèmes visuels, auditifs et/ou moteurs. Par ailleurs, la dimension visuelle impliquait également d'avoir du matériel à disposition. En plus de cela, l'organisation de ces *focus groups* supposait d'avoir la latitude nécessaire au sein de l'institution pour organiser un temps dédié dans un lieu dédié, tout en assurant le déplacement des résident·es quasiment tou·tes en fauteuil, et tout cela sans influence négative sur le travail des professionnel·les. Or, il apparaît qu'en dépit des formes d'ennui qui peuvent exister en EHPAD, les temporalités des résident·es demeurent très encadrées par l'organisation de l'institution (temps de soin) mais aussi par les conditions personnelles (temps de repos, temps de visites, temps d'activité). La difficulté de trouver un horaire le démontre : en semaine, les matins sont consacrés aux soins, l'après-midi aux activités, suite à quoi la plupart des résident·es ont besoin de repos. Cette répartition des temps ne laissait que peu de place à des activités collectives supplémentaires, qui se retrouvaient de fait difficilement possibles au vu des rythmes singuliers de chacun·e. A cela s'ajoutait les désistements liés au contexte personnel des résident·es (événements douloureux survenus avant les entretiens collectifs, baisse de moral, altération de l'état de santé, organisation du quotidien selon d'autres priorités, fatigue).

Au vu de toutes ces difficultés, le temps de discussion collective qui a été proposé s'est soldé négativement. Après un premier essai non-concluant<sup>33</sup> où nous avions prévu en amont ce temps collectif, nous avons décidé de tenter de faire un deuxième essai, cette fois sans prévenir en amont<sup>34</sup>. Là encore, peu de résident·es était présent·es : certain·es habitué·es, arrivé·es à l'heure, d'autres personnes, qui s'étaient manifestées au dernier moment. Il fut très difficile de générer une réelle discussion entre ces dernier·es. Un des résidents, très investi dans le quotidien de l'institution et dans la recherche, nous a évoqué par la suite sa déception au peu d'implication des autres résident·es et par le peu de contenu généré par ce *focus group*.

Dans ce contexte, ré-organiser un autre *focus group* aurait sûrement participé à lasser les résident·es investi·es, passant d'un intérêt pour ce groupe à un témoignage de sympathie vis-à-vis de l'équipe de recherche.

#### *I. 3.2.4. La participation de la chercheuse en question, dans et par-delà la recherche*

A la participation des professionnel·les, des proches et des résident·es s'ajoute également celle des chercheuses. Il s'agit alors de questionner et de renseigner notre participation, tant au niveau de la place donnée, prise, recherchée que de la position adoptée au cours de ces temps de présence.

---

<sup>33</sup> Nous avions choisi un jour où l'animateur était supposé en fin de congé, en distribuant préalablement des papiers informatifs concernant la discussion. Ce dernier est revenu le jour-même, une activité a donc été proposée juste avant. De fait, les résident·es n'avaient plus forcément envie de participer au *focus group* après cette première animation.

<sup>34</sup> De manière générale, la question de la circulation des informations en amont des activités interroge. Les programmes d'activité sont affichés, mais plusieurs résident·es peinent à s'en souvenir et aimerait pouvoir s'organiser en amont pour y participer. Une résidente, ayant auparavant connu un autre établissement, déplore que le programme d'activités ne soit pas distribué comme c'était le cas dans cette autre structure.

- A) Limiter le poids que représente la présence de l'équipe de recherche, apprendre les règles de la structure

Cette présence a d'abord été travaillée afin d'en éviter les excès et d'en limiter le poids.

Tout d'abord, nous tentions de minorer la place de choix qui nous était donnée par la direction et qui semblait nous mettre dans une position d'exception et de valorisation, déséquilibrant le rapport aux professionnel·les. Nous essayions de peser le moins possible sur l'organisation des professionnel·les, et ce vis-à-vis de différentes choses : d'une part, la volonté de ne **pas empiéter les territoires de ces dernier·es**, de l'autre, de **limiter le sentiment de menace ou la forme de contrôle des pratiques professionnelles** que pouvait susciter notre présence. Nous tentions également de prendre en compte au mieux les conditions de travail de ces dernier·es, tout en étant bien souvent gênées par l'impression de « flâner » des sociologues face au travail chronométré des professionnel·les.

Nous avons également beaucoup réfléchi à notre rapport aux résident·es : ainsi, nous nous sommes questionnées à plusieurs reprises lorsque nous devions solliciter les résident·es, notamment dans leurs chambres. En attestent de longues journées passées dans les couloirs à hésiter à toquer aux portes fermées des résident·es. **La participation en effet n'a pas pour but d'être une imposition, mais une possibilité.** A ce titre, nous nous sommes demandé à plusieurs reprises si nous pouvions toquer, toquer à nouveau, ou entrer dans une chambre. Nous ne savions en effet pas si les résident·es étaient en train de se reposer, de profiter d'une visite ou alors d'un temps calme, et nous ne savions pas non plus si ces dernier·es pouvaient nous entendre et/ou nous répondre. Il s'agissait dès lors de se familiariser vis-à-vis des habitudes de vie des résident·es pour pouvoir agir en conséquence.<sup>35</sup>

Dans la mesure du possible, nous faisions également en sorte de **comprendre les règles de fonctionnement de la structure et les manières de faire**. Ainsi, l'équipe de recherche a tenté d'apprendre les usages afin de palier à cette méconnaissance temporaire de l'institution, qui peut générer des incompréhensions ainsi une certaine désorganisation du travail. Cela a notamment été le cas lors de situations où nous avions peu de connaissances/d'informations soit sur le fonctionnement soit sur la prise en charge adaptée à des personnes. Dans ces contextes, par exemple lors de journées avec beaucoup de monde, la question des déplacements est névralgique : ainsi, un geste qui peut paraître aidant tel que rapprocher une personne en fauteuil roulant peut en réalité renforcer des « embouteillages ». C'est notamment le cas lors de repas réalisés à l'extérieur de l'EHPAD, où le fait d'amener avec soi un ou une résident·e en fauteuil roulant pouvait à la fois être une aide pour les professionnel·les comme une difficulté supplémentaire à gérer les « flux » dans la structure.

Entrent de fait en tension la volonté d'aider et la méconnaissance qui plutôt que de limiter les choses à faire pour les professionnel·les peuvent les alourdir, tout en brusquant potentiellement les résident·es.

Le fait de ne pas avoir de connaissance des attitudes à suivre en fonction des résident·es, ou encore des gestes à faire, nous a amené à nous interroger dans les conduites à tenir vis à vis des résident·es. Les premiers mois de présence sont donc associés à de nombreuses questions concernant le déplacement des personnes en fauteuil roulant, des aides aux toilettes, des résident·es désorienté·es.

---

<sup>35</sup> C'est ce qui a pu se faire davantage par la suite, du fait notamment d'une visibilité plus grande sur les horaires des résident·es.

*Je me demande par exemple si je peux déplacer Mme Géhin et je m'enquiers auprès d'elle si c'est ok que ce ne soit pas les soignantes qui le fassent, elle me répond oui et que ça importe peu, une soignante m'entend néanmoins et vient rechercher la dite résidente. Je m'interroge : j'ignore si la soignante est venue du fait du risque que représentait la manipulation du fauteuil de la résidente, ou si mon intervention l'a mis en défaut vis-à-vis de son rôle professionnel en interprétant mes propos comme une critique. (journal de terrain, 21 juin 2023)*

A d'autres reprises, je redemande aux équipes si Madame Balland a bel et bien des protections hygiéniques : en effet, cette dernière sollicite bien souvent les passant·es pour pouvoir aller aux toilettes, et ses demandes répétées m'amènent à m'interroger. C'est notamment souvent le cas en fin d'après-midi, au moment de changement d'équipe où peu de soignantes sont présentes.

Nous nous retrouvons également à accompagner des femmes aux toilettes, en s'interrogeant sur le niveau d'aide dont elles ont besoin. Je me retrouve ainsi à attendre Madame Michel devant les toilettes de la place du village, la porte entrouverte, en espérant que celle-ci ne chute pas.

Dans d'autres situations, les demandes de personnes voulant sortir nous ont interrogé : ces sorties étaient-elles possibles et si oui, dans quels endroits, avec quel accompagnement ?

Il en va ainsi par exemple lorsque Madame Guillemin, au rez-de-jardin, demande à sortir, ou Monsieur Valentin. Dans ces contextes, je me suis retrouvée à plusieurs reprises à hésiter, ne sachant pas si une telle sortie était possible et, de fait, ne sachant pas non plus comment répondre à leurs sollicitations.

Dans ce contexte, en voulant répondre aux demandes des résident·es, nous avons fait l'inverse de ce qui était le protocole, mettant parfois en difficulté les résident·es :

L'une d'entre nous a détaché Madame Balland, une femme avec des troubles de la mémoire qui porte une contention pelvienne. Elle a ensuite été reprise par Suzanne, bénévole.

J'ai pour ma part déplacé une femme dans l'ascenseur pour qu'elle puisse redescendre à son étage sans savoir que cette dernière ne pouvait pas prendre l'ascenseur seule, étant rapidement désorientée. Je ne l'ai compris que par la suite quand j'ai entendu les équipes dirent qu'une femme était perdue dans l'ascenseur.

A la suite de cet événement, j'ai donc redoublé de vigilance, quitte à transiter pendant plusieurs minutes dans l'ascenseur afin de raccompagner des résident·es jusqu'à leurs chambres.

Dans ce contexte, nous avons pu nous rendre compte des difficultés relatives à la méconnaissance du fonctionnement du lieu et des situations spécifiques à chaque résident·e. Observer, demander et apprendre permet néanmoins de limiter les difficultés. C'est ce que nous avons donc mis en place à travers un travail relationnel au sein de l'institution, au fur et à mesure de notre présence sur place.

B) Prendre part relationnellement dans le quotidien des résident·es

La participation des chercheur·ses consiste notamment à un travail relationnel visant à se rendre familière et à œuvrer à des relations de confiance avec les personnes enquêtées.

Cette participation prend des formes différentes en fonction de qui elle concerne. Dans la relation aux résident·es, elle prend la forme d'un **engagement relationnel** et d'appuis dans

leurs pratiques ou de soutien dans leurs réflexions. Les paroles confiées dans le cadre de l'entretien sont ainsi une partie minime des paroles dites et du temps passé ensemble. C'est ainsi qu'aux cadres formels des entretiens s'ajoutent de nombreuses situations d'échange, où nous discutons micro coupé avec les résident·es, où nous écoutons les récits d'une femme ayant besoin de s'exprimer après une expérience éprouvante, où nous trompons ensemble l'ennui d'un dimanche après-midi ou du temps d'attente avant le repas, où nous réparons un problème sur la tablette d'un résident, où nous poursuivons le lien en envoyant des courriers aux résident·es pour leurs anniversaires. La participation des chercheuses amène de fait à concevoir un dépassement du cadre des interrogations du projet : **participer veut alors dire prendre place dans certains moments de vie des résident·es**, à leurs côtés. En bref, nous personnalisons et investissons ces relations. Ces processus d'échange m'ont donc amenée, par exemple, à demander la collation d'une résidente en retard sur l'heure du goûter ou à allumer sa cigarette, à en amener une autre aux toilettes, en bref, à dépasser le cadre des interrogations du projet pour prendre place dans certains moments de vie des résident·es et à leur assurer un soutien matériel. De la même manière, les enquêté·es me faisaient également savoir qu'ils/elles appréciaient me parler mais aussi par-delà mon étiquette de sociologue et du cadre de la recherche en cours. Ils et elles valorisaient également notre présence, en nous faisant bien souvent part de leur affection, ou encore par l'intermédiaire de bonbons, desserts et fruits qu'ils et elles nous ont offert.

*C'est par exemple le cas lors de nos dernières visites au mois d'avril, où Madame Maurer me dit « salut ma chatte », où Monsieur Dubois m'embrasse lors de mon départ (journal de terrain, 15/04/2024) et où Monsieur Aubry et Madame Spina viennent nous déposer, alors que Ninon et moi sommes en réunion, une coupe de dame blanche, trois poires (deux pour nous et une pour la mère de Ninon), puis des caramels (journal de terrain, 19/04/2024).*

Participer voulait alors dire sortir du cadre, ou ne pas rester entièrement, dans ce cadre de recherche. En ce sens, la participation des chercheuses revient à ce « **régime du proche marqué par la « familiarité » et l'investissement affectif qu'elle accompagne et fait naître** » (Roca i Escoda & Genard, *op. cit*). La participation amène alors à la création de liens et d'attaches vis-à-vis de certain·es résident·es, qui nous amène à la fin du travail de terrain à leur dire « à bientôt » plutôt qu'« au revoir ». En ce sens, notre présence sur le terrain amenait également à accepter d'être affectées (Favret-Saada, 1990) par ce qu'il s'y passait ; et d'avoir en commun avec les proches, les résident·es et les professionnel·les cette expérience précaire des liens tissés avec des résident·es, y compris lors des situations confrontant les chercheuses à la fin de vie des personnes enquêtées.

C) Prendre part dans l'organisation du lieu : prendre soin, guider & compenser  
La participation de l'équipe de recherche consiste de fait à limiter le poids que peut représenter sa présence, mais également à tenter de « rendre » ce que les personnes interrogées ont fourni en acceptant de partager des morceaux de leurs vies, de leurs expériences, ainsi que leur temps. Cette participation passe également par un investissement dans l'institution, au regard des proches, des professionnel·les et des résident·es.

Le rapport aux personnes visiteuses se fait au regard de la position que ces dernier·es nous attribuent. C'est ainsi que nous avons pu répondre aux sollicitations des proches en orientant dans l'établissement les personnes le nécessitant, à partir les connaissances engrangées du fait du temps passé dans l'institution. A plusieurs reprises, les personnes

extérieures nous questionnent sur les espaces de l'EHPAD, et nous devenons alors, le temps d'un instant, des guides dans l'institution.

Il en va ainsi de visiteuses qui s'interrogent devant le tableau des chambres présent à l'entrée de l'EHPAD, et que je leur précise alors le fonctionnement par couleur, la disposition des étages, et *in fine*, la localisation de leur proche dans l'institution.

C'est ce que soulève également Nicole, la compagne d'un résident. Cette dernière pallie également aux difficultés de repérage des proches dans l'établissement :

*Nicole : Bah le dimanche je fais souvent agence de renseignements hein.  
(rires) Des gens qui viennent, « On vient voir Monsieur K.. »*

*Christine : Ah bon, ils regardent pas... ? [le tableau d'affichage à l'entrée]*

*Nicole : C'est pas flagrant, et puis les couleurs, le jaune clair, le jaune foncé, si t'es au premier, ah bah alors là tu vas pas trouver hein. Je sais plus les ... noms, y en a deux, c'est des couleurs vraiment identiques, et puis quand on te dit il est au 3 202 tu te dis il est au troisième, non en définitive il est au premier, et l'autre fois le un, non il est au rez-de-jardin... » (Nicole et Christine, proches de résident·es)*

De la même manière, j'ai pu également montrer à des visiteur·ses comment entrer ou sortir de l'EHPAD, les portes d'entrée de l'établissement nécessitant un positionnement particulier pour fonctionner. Des professionnel·les extérieur·es, quant à elles/eux, m'ont également sollicité pour savoir où se trouvaient un·e résident·e, l'ascenseur, ou encore le bureau des infirmières.

Toutes **ces situations nous renseignent alors sur les difficultés de repérage** dans ce nouvel établissement.

Par-delà ces pratiques d'orientation des personnes, certaines formes de participation visent également à **prendre part à des tâches dans le but de délester les professionnel·les**. C'est ainsi qu'à plusieurs reprises j'ai débarrassé la table ou empilé les tasses après des réunions. Ces participations étaient par ailleurs soulignées par les cadres, sous la forme de l'humour<sup>36</sup>.

D'autres formes d'appuis sont également réalisées et ce dans le but de délester les professionnel·les et de répondre aux besoins des résident·es, tantôt en déplaçant et/ou en accompagnant ces dernier·es. Ce travail d'investissement se traduit de fait par une volonté de « compenser », notamment dans des moments où les professionnel·les étaient débordé·es et/ou en sous-effectifs.

C'est notamment le cas lorsqu'un jour sans activité, Ninon, la vidéaste, s'attable pour faire un jeu avec les résident·es. D'une manière similaire, j'hésite pour ma part à venir lors des temps creux, tels que les vacances de Noël, où les bénévoles savaient ces temps plus solitaires pour certain·es et tentaient également de venir.

Nous avons également réalisé un travail de *care* à destination des résident·es. Bien souvent, ce travail de *care* s'explique par la volonté de « rendre » aux résident·es, mais aussi de répondre à leurs sollicitations. Mais ce dernier m'est également assigné à plusieurs reprises,

<sup>36</sup> Il s'agit souvent d'humour basée sur la possibilité de « m'embaucher », dans un contexte où les effectifs sont en constante tension.

à travers des gestes réalisés au quotidien par les professionnel·les qui se voient de fait délégués. C'est notamment le cas lorsque j'ai pu être vue comme la « proche » de résident·es, du fait même de ma proximité physique et spatiale vis-à-vis de ces dernier·es. Dans ce contexte, j'ai pu constater les effets de répartition du travail de *care* entre professionnel·les et proches, notamment des situations de tension temporelle (pendant les week-ends, du fait d'effectifs moindres, ou avant les changements d'équipe en semaine).

*J'ai par exemple été incitée par une ASH à donner sa crème dessert à un résident qui avait des troubles de la mobilité rendant la manœuvre difficile pour lui. En renvoyant cette pratique à un travail domestique, elle me l'assignait comme une tâche sans difficulté et à portée de tou·tes. J'ai fini par voir que ce dernier aimeraient faire par lui-même et l'ai laissé faire* (journal de terrain, 7 juillet 2023).

*A un autre moment, j'ai remonté une résidente qui le désirait au rez-de-chaussée. Une AS qui passait par là s'étonna en voyant la résidente sans oxygène et me demanda alors pourquoi je n'avais pas amené sa bouteille d'oxygène. J'ai répondu que je ne savais pas qu'elle devait la prendre – la première concernée ne me l'ayant pas signalé (elle me précisera ensuite qu'elle « s'en foutait »). L'AS est alors allée chercher une bouteille d'oxygène avant de s'en aller à nouveau. J'ai dû alors la retenir pour lui préciser que je ne savais pas installer un tel dispositif.* (Journal de terrain, 10 août 2023)

On voit donc ici comment la présence des proches, ou des personnes supposées l'être du fait de leurs présences au côté des résident·es, amène à des formes de transfert de responsabilité permettant très probablement à ces professionnelles de gagner du temps dans une routine très cadencée. On peut également lire ici de très probables effets de genre, la proximité au corps et la gestion de la santé étant associées sans difficultés au féminin (Mallon, 2014). Il est par ailleurs assez probable que le fait que je sois une femme, au milieu d'effectifs très féminisés, aient par ailleurs amené à ce que plusieurs résidentes n'hésitent pas à me et à nous solliciter (*art. cit.*). Cette position révèle de fait d'une organisation du travail de *care*, tout en m'amenant à être en position de répondre aux sollicitations des professionnel·les.

Ces exemples sont minoritaires et ont eu lieu lors de contexte de limitation du personnel, et ne doivent néanmoins pas éclipser le fait que dans la plupart des cas c'est l'inverse qui se produit : là où les professionnel·les pourraient déléguer certaines tâches, elles continuent à les réaliser et à « tenir » leur rôle, y compris quand ce rôle pourrait être délégué<sup>37</sup>.

Au fur et à mesure, les professionnel·les et les résident·es nous ont également fait part de certains conseils ou de forme de transmission concernant la prise en charge de certaines personnes. Des résident·es qui connaissaient les « consignes à suivre » en fonction des personnes nous les reprécisaient. Les professionnel·les nous renseignaient également : c'est ainsi qu'on a appris par les AS que telle ou telle résidente ne pouvait pas prendre l'ascenseur

<sup>37</sup> C'est par exemple le cas d'une aide-soignante qui, après qu'une résidente à qui je rendais visite en chambre ait fait tomber sa boisson, a insisté pour nettoyer le sol alors que je me proposais de le faire.

seule, au risque de ne pas savoir où descendre et se retrouver bloquée ou encore qu'un·e autre résident·e peut ou ne peut pas sortir de l'établissement.

### *1.3.3. Production filmique et réflexions éthiques*

#### A) D'un consentement éclairé questionné vers une éthique en actes

Dans le contexte des EHPAD, on constate depuis quelques années une vigilance accrue concernant l'application du droit des usager·es, à travers notamment l'application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Ces pratiques s'ancrent et se comprennent notamment du fait de l'accroissement d'usages informatisés des informations collectées, de revendications des personnes concernant l'utilisation des données les concernant, d'une volonté de protection des usager·es mais aussi d'une tentative de réponse à certaines appréhensions et conflits potentiels entre entourage et institution. On assiste donc à une protocolisation se voulant protectrice des résident·es, concernant leurs informations personnelles mais aussi leurs images, et ce, dans le contexte d'usages tantôt internes ou externes à l'institution. C'est notamment le cas lors de l'arrivée à l'EHPAD d'un nouveau ou d'une nouvelle résident·e. En rentrant à l'EHPAD, les résident·es et leur entourage sont amené·es à se positionner vis-à-vis de l'utilisation des images, et à donner ou non leur autorisation pour être photographiée. La signature est soit celle du ou de la résident·e, soit celle d'un·e représent·e légal·e, et cette information est consignée dans les dossiers informatisés des résident·es. C'est à partir de cette première consignation que les professionnel·les ajustent leurs pratiques, cette mention faisant foi par la suite, bien qu'elle fasse également l'objet d'ajustements et de questionnements en temps réel. En effet, cette autorisation (ou non-autorisation) de principe peut connaître des variations : il en va ainsi par exemple pour les personnes ne désirant pas être filmées dans certains contextes ou pour certains usages, ou encore pour les personnes qui n'ont pas eu la possibilité de donner leurs avis à leur arrivée, du fait de troubles reconnus comme « altérant les capacités de discernement ». En effet, les personnes ayant des troubles cognitifs peuvent adhérer ponctuellement au dispositif, mais en être dépossédées au niveau juridique : c'est notamment le cas pour deux femmes interrogées, dont l'avis final repose sur le consentement de leurs représentants légaux.

Dans le cadre de la réalisation de rendus filmiques mis à disposition sur la plateforme CENHTOR, et dans une situation qui peut être caractérisée par le doute concernant la volonté renseignée des personnes, l'équipe de recherche a elle-aussi tenté de s'assurer de l'adhésion des personnes interrogées et/ou filmées. Pour ce faire, nous nous sommes appuyé·es sur la liste des préférences renseignées à l'entrée en EHPAD, tout en faisant signer aux résident·es un formulaire de participation à la recherche spécifiant les usages des données collectées, et précisant quels types de matériaux pourraient ou ne pourraient pas être collectés. Ces formulaires, se voulant garants d'une information complète concernant l'usage des données, permettaient une contractualisation de la relation engagée et d'en garder une trace physique. Cette manière de faire semblait notamment pertinente lors d'entretiens individuels, autrement dit de temps privilégiés où l'explicitation à l'oral était particulièrement investie.

Pour autant, elle avait pour points négatifs le niveau de complexité et de formalisme élevé qui interrogeaient les résident·es. En ce sens,

« la demande formelle atti[rait] l'attention sur le statut de non membre, dont la présence est entièrement orientée par un but extérieur au groupe. En voulant acquérir une certitude sur l'utilisation des images, le chercheur [ici les chercheuses]

introduit lui-même le soupçon de ses enquêtés et piétine les bénéfices des liens informels » (Meyer, 2011).

Dans ce contexte, nous rejoignons les critiques portées aux usages standardisés du consentement éclairé, et ce notamment dans le cadre de recherches en sciences humaines et sociales reposant à certains égards sur un raisonnement inductif (Després, 2020, Desclaux, 2007, Derbez, 2023). C'est en ce sens que la création d'un protocole participatif à priori a ses limites, qui peuvent être selon nous dépassées à travers un travail actualisé et au temps long. De fait, un tel dispositif amène nécessairement à réfléchir à son adaptation vis-à-vis des personnes interrogées. Pour la plupart, ce dispositif filmé n'est guère saisissable. Comment, dans ce contexte, garantir une réelle qualité d'information et donc un « consentement éclairé » des résident·es concernant leur participation, dans un contexte de diffusion des images ?

Par ailleurs, ce formulaire fonctionnait davantage pour les entretiens individuels, mais il peinait à circonscrire les usages des images et des sons hors entretien : quid alors des prises de vue et de son concernant les personnes en dehors de ces périodes d'échange clairement délimitées et de participation franche au dispositif ? Force est de constater qu'un nombre marqué de situations échappaient à ce cadre, ce qui interroge donc les chercheur·ses sur ce qui peut être dit ou exposé, et ce sans répercussions pour les personnes interrogées. Il s'agissait donc également de trouver l'équilibre entre le montré et le caché, entre le public et le privé, entre le dicible et l'indicible. En effet, **l'utilisation de la captation vidéo expose** : contrairement aux formes écrites de la recherche, les formes visuelles ne peuvent pas préserver l'anonymat des personnes interrogées.

Cette tension éthique<sup>38</sup> était plus forte là où captation vidéo et son s'est également faite en dehors de ces temps d'entretien. Dans ce contexte, les contours en étaient plus flous. Se posait alors la question de la hiérarchisation des logiques objectivante et participante (Roca i Escoda & Genard, 2010) : dans ce contexte, j'ai à plusieurs reprises été tiraillée entre le régime de proximité vis-à-vis des personnes qui m'incitait à privilégier la relation interpersonnelle et la volonté de ne pas « trahir la personne » d'une part, et de l'autre l'engagement de chercheur·se à rendre compte d'un enjeu et ne « trahir » la recherche en escamotant des points cruciaux. Ce sont les renseignements donnés à l'arrivée ou les évocations à l'oral des personnes concernées qui ont influencé les prises de vues, et puis, progressivement, une autre manière de faire s'est ancrée : il s'agissait de la captation d'images avec une validation à postériori de la part des personnes filmées. De fait, cela permettait de ne pas se limiter dans les prises de vues. La validation se faisait donc dans un second temps, si les images étaient conservées. Ce mode de faire permettait de fait d'avoir plus de marge de manœuvre dans la captation, et de ne pas trop « restreindre le champ du visible ». Il reposait en réalité sur une dissociation de différents moments et stades de l'existence d'une image : la captation, la fixation et la diffusion (Meyer, 2013), en centrant principalement notre **vigilance éthique sur l'attention portée à la diffusion des images**.

---

<sup>38</sup> Cette tension éthique se fait notamment entre l'ambition de collecter des données et la communication en temps réel sur les prises effectuées. C'est par exemple le cas lors d'une répétition du spectacle où j'ai mis en route mon enregistreur sans le repréciser, puisque nous nous étions présentées en amont et avions précisé notre usage du film et du son. J'avais hésité à le faire, et le fait qu'un adolescent en fasse la remarque publiquement a renforcé ce malaise. Dans ce contexte, il est donc aussi question de socialisations professionnelles différencier entre chercheuse et vidéaste, qui rendent plus ou moins faciles certaines pratiques.

Par ailleurs, d'autres manières de faire ont également eu pour but de ne pas invisibiliser des personnes dont les capacités à se positionner par rapport à la prise de vue n'étaient pas évidentes. C'est ainsi que la vidéaste a par exemple réalisé plusieurs séquences qui laissent les personnes dans un certain anonymat, en filmant à distance, par exemple, ou en utilisant les reflets d'une vitre pour conserver l'intimité des résident·es. Ces pratiques permettaient néanmoins de **ne pas invisibiliser une grande partie des personnes vivant dans l'institution, tout en évitant de filmer frontalement des personnes qui ne l'auraient pas désiré ou accepté.**

Qui plus est, du fait de pratiques marquées par le sceau de l'intimité des résident·es, beaucoup de moments n'ont pas pu être filmés ou enregistrés. Savoir garder bonne distance, ne pas franchir certains seuils, revenait dès lors à maintenir une certaine confiance vis-à-vis des personnes filmées et impliquait, de fait, de considérer que tout un pan de la vie en EHPAD ne pouvait être abordé directement.

La pratique des sociologues, reprenant à la fois les usages locaux et règlementaires, a donc correspondu à un bricolage fondé sur des arrangements concrets et individualisés, avec pour boussole la volonté de s'assurer de la bonne compréhension des résident·es concernant l'utilisation de ces données. Par-delà une éthique des protocoles, il s'agissait de mettre en place, tout au long du dispositif, une éthique en acte (Paillet, 2012). Il s'agissait alors de **réaliser un travail d'accompagnement permettant un partenariat plus solide, reposant non seulement sur des procédures mais aussi sur une confiance tissée entre chercheuses et résident·es.** Pour assurer l'accès à leurs données ainsi que la maîtrise des supports produits, un retour a été effectué à la suite des entretiens individuels. Ce dernier s'est notamment fait à travers le don de transcriptions écrites, mais également orales lorsque la lecture posait problème. Le but de ce temps était de permettre une validation du contenu avec les personnes concernées. De fait, plusieurs personnes ont désiré préciser leurs propos, parfois en réalisant un entretien complémentaire, ou encore en corrigeant des formulations qui leur paraissaient maladroites. Certain·es ont également montré la transcription à d'autres résident·es pour solliciter leur avis. A ce premier temps d'échange, s'ajoute un second temps une fois le matériau monté : il s'agissait là d'avoir l'avis des personnes concernées avant la mise en ligne de ce matériau.

A cela s'ajoutait une volonté de ne pas produire des analyses qui n'auraient que peu de sens pour les personnes interrogées. Ainsi, nous avons fait le choix, quand il était possible, de mettre en questionnement la vraisemblance (Dubet, 1994) des analyses réalisées : il s'agissait alors de **réfléchir aux échos des théories sociologiques chez les acteur·ices et de prendre en compte une sorte de « reconnaissance » mutuelle entre l'argumentation sociologique et l'argumentation sociale**, celles des acteurs, pour peu que les sociologues ne visent pas à l'interdire » (*art.cit*). C'est dans ce contexte que nous avons soumis certaines pistes de lecture aux personnes interrogées, et cela afin de voir si ces dernières leur semblaient cohérentes. Ces formes d'échange sur la vraisemblance des analyses réalisés se sont bien souvent faites sur des temps informels, en fin de recherche : il en va ainsi lors d'une discussion avec les résident·es concernant leurs usages d'un petit salon qu'ils et elles occupent alors, que je renomme « leur salle d'attente » à la suite de mes observations, recevant ainsi rires et approbations.

Lors d'une autre visite, j'échange avec une des infirmières avec qui la première équipe avait réalisé la recherche. Alors qu'elle m'interroge sur le travail réalisé sur les matériaux collectés, je lui soumets quelques éléments d'analyse auxquels elle réagit en rajoutant

parfois des détails supplémentaires. Je l'interroge aussi sur des éléments manquants de l'analyse, tout en évoquant l'intérêt de son avis et de l'avis des professionnel·les sur l'analyse des entretiens. En ce sens, les modalités de participation vis-à-vis de l'analyse et donc du rapport reviennent à l'approche consultative, « qui constitue **un échange plus régulier d'informations entre les partenaires, bien que le contrôle demeure principalement assuré par les chercheurs** » (Castonguay & all, 2018).

B) Se situer dans une production visuelle polarisée : trouver l'équilibre entre dénonciation, exemplarisation et représentations des vécus d'acteur·ices multiples Ces questions relatives à la représentation et à la gestion de l'image sont également à saisir au regard de leur diffusion.

En effet, **les représentations par l'image des EHPAD tendent à fournir un cadre particulièrement polarisé**. Des nombreux reportages et documentaires réalisés et diffusés au grand public ont pour volonté de filmer « en immersion » et souvent de dénoncer les conditions de vie des résident·es (Géret, 2020, Ramage 2020), et ce d'autant plus dans un contexte de médiatisation autour de la maltraitance et de la gestion de la crise sanitaire.

D'autres formes de représentations soulignent quant à elles l'humanité des professionnel·les en EHPAD, tentant de fait de mettre en avant l'investissement émotionnel des professionnel·les des EHPAD auprès des résident·es, ou mettant en avant des prises en charge novatrices.

**Là où certaines formes dénoncent, d'autres valorisent : l'enjeu était ici d'être dans une autre démarche de véracité par-delà ces deux pôles<sup>39</sup>**, bien que celle-ci ait aussi ses limites.

A travers la question de la valorisation par le film de la recherche réalisée, il s'agissait également de **trouver une forme qui puisse être saisissable par les sujets de la recherche**. En effet, le film peut être vu comme une forme de restitution à destination certes d'un public plus large mais aussi des personnes interrogées. Elle s'adresse de fait à différents publics : un public universitaire, un public non-universitaire qui s'intéresse aux questions de vieillissement et d'habitat, ainsi qu'un public composé des résident·es, des professionnel·les et des proches. Dans ce contexte, la **prise en compte des personnes interrogées dans le format et la diffusion des films peut être vue comme une manière de rendre leurs histoires et leurs paroles aux personnes interrogées**. Elle participe aussi à rendre dans le sens de remercier et de répondre au don de temps et d'investissement de ces dernier·es.

C'est par exemple en ce sens que l'équipe, et plus précisément la vidéaste, a fait à son tour « don » des images tournées lors d'un spectacle investissant à la fois professionnel·les de l'EHPAD et résident·es, filmé en novembre 2023, et qui fera l'objet d'une projection associant résident·es de l'EHPAD de Bains et de Xertigny, élèves de la Maison Familiale Rurale du secteur et professionnel·les investi·es dans le programme.

<sup>39</sup> Beaucoup de formes artistiques offrent également une vision à « l'entre-deux », dans une démarche compréhensive, en faisant place aux nombreux·ses acteur·ices de la vie en EHPAD (résident·es, professionnel·les, proches) et en abordant la vie quotidienne dans ces établissements. On peut citer la thèse de Nicolas Archimbaud et le travail filmique associé (Archimbaud, 2013), les capsules réalisées par Yannick Hanafi (Hanafi, 2018) ou encore le film récent « Les Heures Creuses » (Longuet-Marx, 2023). On peut également penser aux planches de BD réalisées par Pierre Nocérino et Léa Mazé (2017). Plus largement, on peut également penser à d'autres films représentant la vieillesse au cours des dernières années, tels que Madame Fang (Bing, 2018), No Home Movie (Akerman, 2016), Amour (Haneke, 2012)

De manière générale, il s'agissait de fait de réfléchir à l'inscription de la forme filmique dans une économie de la mémoire d'un lieu, mémoire locale et disponible pour celles et ceux qui y ont contribué, et par ailleurs déjà tissée par les professionnel·les. En effet, ces dernier·es ont investi et investissent les formes visuelles à travers des photographies prises par les membres des équipes, notamment lors de « temps forts » de l'année, tels que les repas exceptionnels ou les grandes animations. La volonté est alors de garder trace d'une ambiance familiale, de proches rassemblé·es autour de moments-clés de cette vie en communauté. C'est ce que nous précise notamment Muriel, une ASH ayant connu les deux EHPAD et dont la mère a également habité sur place. On voit dans ce contexte comment histoire personnelle et professionnelle sont enchevêtrées, dans un travail profondément relationnel.

Désormais, cette circulation des formes visuelles se fait également à travers la page facebook de l'EHPAD, sur laquelle sont publiées des photos des animations réalisées en son sein. Cette page est alors un espace d'échange qui fait se poursuivre les liens entre proches et grands-parents ou parents, mais aussi entre les professionnel·les et les proches.<sup>40</sup> Mais il s'agit également d'un espace de valorisation, de publicisation voire de promotion de l'image positive de la structure vers l'extérieur. Dans ces contextes, ce sont davantage les temps de l'exceptionnel, de l'extraordinaire, qui se voient capturés.

**Là où certaines formes sont internes, d'autres sont externes : pour ce film, il s'agissait aussi d'être à l'entre-deux.**

Enfin, la question de la forme visuelle se lit également au regard de la forme scientifique du rapport. **Le fait de passer par les images, par les sons, permettait de saisir avec une épaisseur nouvelle l'expérience des personnes travaillant ou vivant à l'EHPAD.** Cela permettait également une forme « sensible » plus facilement saisissable, comme en témoigne les professionnel·les de l'EHPAD dans d'autres contextes, en évoquant « tout ce qui ne passe pas » ou « mal » dans les formes écrites, favorisant de fait une culture de l'oral. **Par le film, il s'agissait également de donner une image et une voix à ce qui figure dans le rapport sous une forme plus objectivée.**

---

<sup>40</sup> En commentaire, on y trouve des remerciements pour les activités réalisées, le soin accordé aux proches, des petits bonjours à transmettre à ces dernier·es, des échanges entre collègues qui elles aussi interagissent au sujet des résident·es photographié·es.

### Encadré. Deux productions filmiques complémentaires

Au cours du projet, deux productions filmiques ont été réalisées. L'une est disponible sur CENHTOR et l'autre le sera également d'ici septembre 2024.

La première, le film « De l'EHPAD à l'EHPAD », est un long métrage (65 minutes) qui porte la focale sur l'ancien EHPAD, la préparation du déménagement, le déménagement lui-même et les premiers temps d'installation aux « Buissons ».

La deuxième production filmique, quant à elle, prend la forme de capsules vidéo plus courtes, pouvant être regardées individuellement ou à la suite les unes des autres.

Contrairement au premier long métrage, ces dernières se centrent davantage sur **la vie quotidienne et son organisation dans le nouvel EHPAD**. Ces capsules tenteront de rendre compte des différents résultats exposés tout au long de ce rapport par le biais du recours à l'image. Pour autant, **leur but ne sera pas seulement « d'outiller la réflexion sociologique »** (Maresca, 2007), **mais aussi donner à voir une restitution « sensible »** du temps passé dans cet EHPAD et des moments de vie y prenant place.

Si la première production filmique avait été projetée à plusieurs reprises (en salle polyvalente de la commune, dans la salle du village de l'EHPAD), nous avons désiré une **diffusion plus restreinte** pour cette deuxième production, notamment du fait des propos sensibles et intimes partagés dans les entretiens. A ce jour, une diffusion en ligne sur la plateforme, mais facilement accessible par l'EHPAD à travers le don de clés USB pouvant permettre le visionnage individuel, est réfléchie.

Par ailleurs, d'autres enregistrements produits, telles que la captation son et image d'un spectacle réalisé en partenariat avec la MFR et la compagnie de théâtre Les Jolies Mômes, ont été transmis à l'EHPAD. Ces formats sont alors pensés comme des **restitutions à l'EHPAD et aux participant·es** qui nous ont laissé les suivre pendant une répétition et une représentation.

## II. Résultats

L'analyse du matériau recueilli portera d'abord sur les enjeux autour du déménagement et avant ce dernier, son déroulé ainsi que sur les comparaisons entre les deux structures. Un deuxième temps d'analyse sera consacré aux modalités d'investissement du nouvel établissement, tant au niveau spatial, architectural que relationnel.

Dans cette première partie, nous aborderons ce qui a précédé l'arrivée en EHPAD ainsi que le déménagement de Saint-André vers l'EHPAD des Buissons, et ce pour les professionnel·les comme pour les résident·es. Pour ce faire, nous analyserons les conditions de ce « double » déménagement qui concerne aussi bien celles et ceux qui travaillent à l'EHPAD que celles et ceux qui y résident. Nous rendrons compte de ses différentes temporalités, car le déménagement excède largement les seuls jours du déménagement officiel et final (Reveillere, 2023 ; Molina, 2023). En effet, ce dernier commence bien avant, avec tout un travail de préparation, et finit bien après, avec tout un travail d'aménagement du lieu. Nous tenterons alors d'inclure ces temporalités dans l'analyse, à travers une approche processuelle (Jouvenet, 2016) du déménagement. Nous évoquerons également les attraits et limites de chaque lieu, en tentant de mieux comprendre ce qui se joue dans les appropriations plus ou moins aisées de ce nouveau lieu.

### **II. 1. Trajectoires résidentielles antérieures et sort des derniers domiciles occupés**

Avant de commencer à évoquer le déménagement d'un EHPAD à un autre, il nous paraissait important d'évoquer la question du changement de lieux précédant la vie en EHPAD. Ainsi, nous évoquerons ici les déménagements antérieurs, et ce qu'ils ont produit sur la vie des résident·es comme des professionnel·les.

Pour ce qui est des résident·es, nombreux sont les travaux qui analysent l'arrivée en EHPAD comme l'arrivée dans la dernière demeure, et, bien souvent, « une mise en demeure » (Billé, 2016). L'arrivée en institution n'efface pas d'autres dynamiques nécessaires à prendre en compte : d'une part, la trajectoire résidentielle antérieure à l'institution, de l'autre, le rapport actuel à ces lieux de résidence passées. Les trajectoires résidentielles des personnes âgées ne sont pas toujours linéaires et continues. Pour certaines personnes, des passages d'un contexte à l'autre se font à plusieurs reprises au grand âge. En ce sens, nous voyons que les représentations du domicile comme lieu de repères unique ou central sont à nuancer, les déménagements au grand âge précédant l'arrivée en EHPAD pouvant déjà amener à des formes de détachement vis-à-vis de cet habitat.

#### **II. 1. 1. Des trajectoires résidentielles hétérogènes**

Pour ce qui est de la trajectoire résidentielle, celle-ci peut connaître différentes formes. Des résident·es ont connu des **trajectoires résidentielles particulièrement mouvantes** : c'est notamment le cas de plusieurs femmes qui ont suivi leurs maris, telles que Madame Levent et Madame Maurer, et qui avaient toujours gardé un ancrage vis-à-vis de leurs territoires d'origine, ainsi qu'une proximité à leur famille et aux lieux où elles avaient grandi. L'une d'entre elle est par exemple retournée vivre auprès de son père après le décès de son mari.

C'est également le cas des hommes ayant dû partir lors des guerres d'indépendance (guerre d'Indochine et guerre d'Algérie) et revenir dans des contextes de bouleversements à la fois personnels mais aussi plus généraux.

D'autre part, certain·es résident·es ont habité leur maison jusqu'à l'arrivée en EHPAD, avec l'appui des proches ou/et d'aide à domicile : pour certain·es, ils et elles ont passé leur vie dans la même commune, et leur trajectoire s'est poursuivie jusqu'à l'EHPAD de la commune, dans une volonté de continuité vis-à-vis de leur **ancrage territorial**. Dans ces cas-là, les résident·es évoquent une trajectoire toute tracée qui consisterait à naître sur la commune et d'y rester jusqu'à son décès :

*« Je suis à Xertigny depuis ma naissance. J'ai travaillé, j'ai fait toute ma carrière [dans l'une des usines] de Xertigny. Dans mes vieux jours, j'ai atterri dans cet EHPAD »* (Monsieur Munier, résident ayant connu les deux EHPAD)

Pour l'une d'elle, la condition même pour aller à l'EHPAD était justement d'y aller dans sa commune. Dans les deux cas, il s'agissait de personnes qui non seulement avaient habité la commune, mais qui plus est, avaient habité non loin de l'ancien EHPAD. L'ancrage à Saint-André pourrait alors s'exprimer vis-à-vis d'un ancrage sur la commune, mais encore plus précisément vis-à-vis de certains lieux de celles-ci.

Certain·es personnes rencontrées ont connu d'autres institutions accueillant des personnes âgées peu dépendantes, telles que les résidences autonomie, qui oscillent entre les structures type EHPAD et le domicile. D'autres ont connu des logements intermédiaires, plus adaptés, au regard de leurs restrictions en termes de mobilité par exemple. Ces déménagements ont souvent lieu à la suite de certaines ruptures ou de tournants dans les parcours, tels que l'institutionnalisation du/de la conjoint·e ou encore le décès de ce ou cette dernière, et amènent à emménager vers des demeures plus petites, nécessitant moins d'entretien, mais également bien souvent plus à proximité des proches (Pennec, 2013). Dans ce contexte, ces personnes ont déjà dû quitter leur logement depuis parfois plusieurs années et partir de leurs lieux de vie, vivre des deuils, se séparer de certains biens qui leur étaient chers. C'est notamment le cas de Madame Levent, qui a dû quitter son village pour aller en résidence autonomie, puis en EHPA, et enfin en EHPAD il y a de cela un an, à la suite de la fermeture de l'EHPA pour des raisons financières :

*« Donc je suis arrivée en 2010, avec beaucoup de... De mal de quitter mon petit village ! C'est ce qui m'a fait faire une déprime quoi, tout ensemble. Le décès de mon mari, le déménagement, la vente de la maison, supprimer ma deux-chevaux... ah, ça, ça a été pénible ! [...] J'avais repris la deux-chevaux de mon père. Alors j'ai dit, « celle-là je veux pas qu'elle parte ailleurs hein ». Finalement j'ai été obligée de la vendre aussi. »* (Madame Levent, résidente arrivée aux Buissons).

C'est donc progressivement, du passage d'une structure à une autre, que l'espace se réduit et que la possibilité de venir avec beaucoup d'effets personnels se restreint :

*Madame Levent : Oh bah ma chambre quand je l'ai vu j'ai dit « mon dieu que c'est petit » ! Parce que là-bas [en EHPA], j'avais une grande grande chambre. J'avais pu apporter une armoire, ma banquette, ma table de salon, j'avais fait un petit côté salon, un petit côté cuisine, et puis un petit*

*côté chambre. J'avais séparé tout ça quoi. Et puis on pouvait avoir son frigo, son micro-ondes, enfin tout un tas de choses comme ça, qu'ici on ne peut pas. Mais j'ai ma bouilloire !*

Chercheuse : Vous avez votre bouilloire ? Ici ou [...] là-bas ?

*Là ! J'ai pas apporté la cafetière mais la bouilloire j'ai pris du café soluble et puis c'est tout ! »*

D'autres personnes ont également été hospitalisé·es à de nombreuses reprises avant d'arriver à l'EHPAD. C'est notamment le cas de Monsieur Dubois, qui nous explique ses allers-retours entre hospitalisation et domicile. Il raconte à la fois les difficultés de vivre à l'hôpital (le fait de n'avoir pas de contacts avec ses proches, mais aussi d'être dans une chambre double) et les moments d'humanité qui l'ont touché lors de cette hospitalisation, notamment avec les soignantes

**Toutes ces expériences façonnent l'expérience de l'arrivée en EHPAD, tantôt en créant des dispositions facilitant l'appropriation, tantôt en marquant les vies de discontinuités subies et réactivées lors du déménagement.**

## II. 1. 2. Le futur des domiciles passés : enjeux économiques, émotionnels et intergénérationnels

Mais le cas du statut actuel du dernier lieu de vie occupé (hors institution) et du rapport à ce dernier est également un point de compréhension nécessaire pour analyser le vécu de l'arrivée et de la vie à l'EHPAD. En effet, **le fait de savoir que l'on va aller en EHPAD amène à devoir se poser de manière frontale la question du devenir de la maison que l'on quitte**. L'arrivée à l'EHPAD amène à des prises de décisions variées concernant le lieu de vie passé. Les acteurs et actrices de ces décisions sont également divers : les résident·es, les proches mais également les tutelles et les professionnel·les en charge de l'hébergement à l'EHPAD.

Ainsi, le logement est tantôt vendu, tantôt conservé. Ces procédures, par ailleurs, prennent souvent du temps : un temps de réflexion bien sûr mais aussi un temps de négociation et d'exécution des prises de décision retenues – temporalités successives sur lesquelles les résident·es n'ont pas toujours de prises.

Par ailleurs, la question de la mise en vente de la maison est bien souvent tenue par certains impératifs financiers. Comme l'a montré Solène Billaud, le recours au patrimoine immobilier comme moyen de financer l'EHPAD est fréquent, notamment pour les personnes habitant en milieu rural et disposant de revenus modestes (Billaud, 2012). Selon les données de l'enquête CARE (DREES, 2016), « au moins un tiers des résidents ne pouvait s'acquitter de cette somme avec ses seuls revenus et déclarait avoir déjà dû puiser dans son épargne pour financer son séjour ». Dans ce contexte, un « ordre bien établi de mobilisation des ressources disponibles » se faisait pour financer le reste à charge des coûts d'hébergement : il s'agissait donc dans un premier temps de la mobilisation des ressources du ou de la résident·e, via les revenus disponibles, puis avec l'épargne accumulée, et enfin, le cas échéant, par la « vente du patrimoine immobilier » (Billaud & Xing, *art. cit.*).

Ainsi, pour les personnes disposant de faibles ressources financières, le fait de vendre sa maison permet d'accéder à un pécule permettant de payer l'EHPAD, mais plus encore : en se délestant de ce patrimoine, il devient alors plus envisageable de pouvoir financer le coût de l'hébergement. L'impossibilité de vendre la maison, ou la remise à plus tard de cette possibilité, peut alors générer des difficultés et des inquiétudes du côté des résident·es, et cela notamment de l'appréhension de tensions familiales<sup>41</sup>. Dans l'autre sens, la liquidation de la maison peut permettre de financer l'institutionnalisation qui perdure. Elle peut être aussi un moyen d'organiser d'une certaine manière la succession.

Dans ce contexte, ces habitats connaissent des sorts divers. Pour certain·es, les maisons sont continuées : autrement dit, elles sont investies par d'autres, membres de la famille ou non.

**Certaines personnes âgées rencontrées qui savent leurs maisons investies par leurs proches semblent vivre avec moins de peine ce départ.** Qu'il s'agisse d'une décision temporaire ou d'une installation au long cours, la maison transmise aux membres de la famille peut même rester un domicile à soi. C'est le cas de Madame Michel, résidente nonagénaire, ancienne ouvrière, qui m'en parle au présent en évoquant « sa maison ». La présence du fils dans le logis permet une certaine continuité : celle-ci a été transmise et de fait, ce passage semble avoir été moins abrupt pour la résidente. Par ailleurs, ce qui faisait sa vie sur place ne s'en est pas trouvé affecté : restent les voisins médecins dont elle a parfois des nouvelles, reste l'enfant qui a grandi, le jardin tenu auparavant par le mari et le chat qui a entre-temps été adopté par la maison d'à côté. **Là où le déménagement peut amener à un vécu de rupture, les maisons reprises par les descendant·es participent ici d'une continuité de soi des personnes âgées, en faisant perdurer la maison familiale.**

Cette notion de permanence, d'après soi, tranche de fait avec l'impermanence et la rupture connue par certaines personnes en entrant à l'EHPAD, et qui doivent quant à elles faire sans leur maison.

Pour certain·es, la maison a déjà été vendue mais le fait de la voir habitée par d'autres et plus par soi peut générer certaines douleurs. Pour d'autres, c'est le fait de la savoir inhabitée et donc en train de se dégrader progressivement qui fait violence, dans un contexte où le domicile passé était souvent objet d'attentions et de soin. Lorsque ce dernier est mis en vente mais ne trouve pas repreneur·ses, il est alors question de le voir évoluer négativement, d'en constater la dégradation.

La dégradation de l'ancien lieu de vie rend dès lors plus difficile la distance à celui-ci : c'est **voir se perdre, par manque d'entretien, un lieu qui avait été investi et un lieu où l'on a vécu**. On observe alors comment la conservation du logement, ici du domicile passé, vient générer des inquiétudes. Mais c'est aussi un changement dans les rôles autrefois investis qui se laisse à lire. Par exemple, Monsieur Gaillard qui rappelle comment il s'occupait dans sa maison et bricolait, jusqu'à ce qu'il ne puisse plus le faire et qu'il doive vendre la maison.

C'est également le cas de Madame Spina, qui, habituée à « tenir » son domicile, se trouve désemparée depuis son entrée en EHPAD et le manque de soin accordé aux extérieurs de sa maison :

---

<sup>41</sup> En limitant notamment le recours à l'obligation alimentaire des enfants vis-à-vis de leurs parents (Billaud & Xing, *art. cit.*).

« *J'ai plus de famille, j'ai plus rien, j'ai plus rien ! Si, j'ai une maison, j'ai de l'herbe qu'il faudrait couper, personne ne veut y aller !* » (Madame Spina, résidente arrivée aux Buissons)

Cette femme, sous tutelle du fait de son handicap, sans enfants, et dont les parents et les frères sont pour la plupart décédés, se retrouve alors contrainte à ne plus pouvoir agir sur cette maison qui a été la sienne.

De la même manière, Madame Dujenet se retrouve déstabilisée au regard de sa maison qui n'a jamais trouvé quelqu'un pour l'habiter, notamment du fait de sa proximité à une route très passante :

*Madame Dujenet : Elle rase la route [la maison]. Et puis les gens [...] filent hein. [...]*

Chercheuse : Et cette maison vous avez décidé de la vendre parce que vous aviez envie ou c'était un peu par dépit, vous étiez un peu obligée de la vendre ?

*Parce que j'avais envie. Alors mon fils y m'dit : « tu la vendras pour une bouchée de pain ». J'lui dis : « personne la veut alors hein ! ». Je ne sais pas c'qu'ils en feront. J'lui dis : « prenez-la en main, moi, j'm'en occupe plus, ça me dégoûte. »*

C'est quoi qui vous dégoûte ?

*Eh ben que personne ne veuille la prendre ! »*

C'est donc la lassitude qui se fait voir, face à des nouveaux ou nouvelles habitant·es qui n'arrivent pas.

Pour Madame Dujenet, comme pour Madame Thouvenot ou Madame Claudel, domicile, argent et familles vont de pair. On peut voir ici transparaître l'idée selon laquelle la maison est un patrimoine à destination des enfants, quelque chose que l'on transmet, que l'on projette, qui permet à la génération suivante de bénéficier des ressources des parents.

Chercheuse : C'était quoi par exemple qui était dur pour vous [en arrivant ici] ?

*Madame Dujenet : De savoir qui c'est qui va entretenir ma maison là. Ça fait mal parce que... j'ai bien donné avec mon mari pour les travaux. Pis quand ça part comme ça hein. Quand je travaillais à mi-temps [...] eh bah l'argent que je touchais c'était pour les réparations parce qu'on avait la toiture et pis les vitres mais y'a pas le chauffage, y'a pas le chauffage mais y'a l'eau. Alors mes fils ils m'disent : « tu la vendras pas parce que y'a pas de chauffage ». [...], « qu'est que tu t'en fais puisque tu n'as plus rien à voir là-dedans ». Eh bah j'ai dit : « mais faut payer hein, vous croyez. »*

Pour payer l'EHPAD c'est ça ?

*Oui. [...] Ça fait mal parce que... j'ai économisé et pis hein. Ça partira en fumée comme ça.*

Vous auriez aimé que cet argent soit dépensé autre part ?

*Oui, [...] j'aurais voulu partager avec mes enfants. »* (Madame Dujenet, résidente arrivée aux Buissons)

Cette maison qui n'est pas retenue comme intéressante sur le marché car en décalage avec les attentes de potentiel·les acheteur·ses met donc à mal les formes d'investissement familial pensées à destination des enfants. **Le fait de devoir financer l'EHPAD vient alors casser les économies accumulées, dépossédant à la fois d'un lieu de vie mais aussi de ressources financières.**

Dans les deux cas, il s'agit aussi de voir sa maison devenir une maison « à l'abandon », une maison dépourvue de présence humaine et du soin associé pour qui a vécu et entretenu ce lieu. Savoir un lieu investi devenir désinvesti peut donc être difficile et peser sur le moral de personnes vivant déjà difficilement leur institutionnalisation.

Dans d'autres contextes, la maison n'est pas encore vendue et génère également des crispations. C'est notamment le cas pour Madame Claudel et son mari, qui ont tou·tes deux vécu en milieu rural avec de menus revenus (elle dans l'agriculture, lui en tant qu'employé d'une usine locale). Cette dernière, âgée de 89 ans, est arrivée à l'EHPAD avec son conjoint après un temps d'hospitalisation. Son mari n'accepte pas l'institutionnalisation et désire souvent retourner dans leur maison, qui se trouve dans la même commune et qui est même parfois visible depuis l'entrée de l'EHPAD. Cette dernière désire se départir de la maison, qui n'a désormais plus d'utilité, comme la voiture qu'elle a aussi vendue, et qui se serait sinon « abîmée ». Malgré cette volonté, elle peine à le faire du fait de l'attachement de son mari à celle-ci mais aussi la colère qu'il pourrait manifester s'il venait à en avoir connaissance. De fait, c'est le silence qui prévaut au sein de la famille, et des formes d'arrangement dont ce dernier n'est pas informé :

*Madame Claudel : Non, on n'en parle pas. Tout ce qui est maison on n'en parle pas. [...] Il en parle pas, alors j'en parle pas.*

Chercheuse : Et qui est-ce qui s'occupe de la maison du coup en attendant ?

*C'est mes filles. Les trois. Elles sont en train [...] d'arranger, de déménager et tout hein. »* (Madame Claudel, résidente arrivée aux Buissons)

Madame Claudel anticipe les réactions négatives de son mari, qui est venu à plusieurs reprises dans sa chambre afin de trouver la clé de la maison. Ces altercations l'ont même amenée à devoir appeler le personnel soignant. Depuis, elle met en place des stratagèmes afin que ce dernier ne sache pas où elle va lorsqu'elle se rend à la maison avec ses filles. Elle s'est par ailleurs départie des clés de l'ancien domicile afin d'éviter ce genre de situations.

Enjeu financier d'une part, mais aussi enjeu de vécus différenciés au sein de ce couple où le vécu de l'EHPAD est très différent<sup>42</sup>, **la question de la vente de la maison met en tension tout le système familial, parfois même jusqu'aux professionnel·les.**

<sup>42</sup> En effet, l'EHPAD pour Madame Claudel était considéré comme un temps bienvenu de repos, et de mise à distance vis-à-vis d'un travail domestique exigeant - dans un contexte où ses problèmes de santé l'avaient amenée à devoir désinvestir le travail de culture qu'elle aimait. A ce titre, elle s'était déjà renseignée en amont pour pouvoir aller à

Dans ce contexte, la maison peut faire l'objet d'une prise de distance progressive. Là où elle était investie auparavant, elle se voit peu à peu délaissée par Madame Thouvenot. Cette résidente, une femme veuve âgée de 96 ans, ancienne « petite commerçante », a elle-aussi vieilli dans la commune : elle habitait une maison à environ un kilomètre de l'EHPAD. Cette maison, qu'elle a quitté depuis plusieurs années, demeure dans la famille. Support de la présence familiale à ses côtés, la maison sert de pied-à-terre lors des visites de sa fille et de son gendre. Mais la détérioration progressive de cette dernière et le besoin de maintenance associé amène à re-questionner son avenir dans la famille :

*Madame Thouvenot : Et pour le moment, on a encore la maison, parce que ça fait un pied à terre pour les enfants. Hein, ils viennent de [ville à 90km de là], s'ils veulent rester une paire de jours [...] Alors, on se demande si on veut la vendre ou non, on sait plus trop quoi faire.*

Chercheuse : Et qu'est-ce que vous en pensez-vous ?

*Moi je m'en fous ! (rires)*

Ça vous est égal ?

*Ah oui ! Je pensais pas que je réagirai comme ça !*

Vous auriez pensé réagir comment ?

*Je ne sais pas moi... Mon petit-fils ne voulait pas qu'on vende quoi que ce soit, mais seulement, il est à [ville à l'autre bout de la France]. Alors... [...] L'autre jour il y a eu un incident, y a eu de l'eau dans la cave, ça venait de la route, alors vous vous rendez compte, mes enfants sont arrivés, y a fallu faire tout un tas de bazar, alors il a compris, il s'est dit, depuis [la ville en question], s'il y arrive des choses comme ça... alors il s'oppose plus ! (rires)*

Parce que lui il était attaché à cette maison ?

*Voilà. Alors je sais pas ce qu'on va faire. Oh moi ça m'est égal hein. Voyez, [...] j'étais quand même attachée à cette maison. Parce que, quand je suis retournée, que j'étais ici, parce que quand je suis bien ils viennent me chercher pour manger, quand je suis bien, mais c'est pas souvent... Alors euh, je me disais, oh la la, qu'est ce que ça va te faire, quand tu vas revenir ? Eh bah, rien du tout ! [...] C'est bizarre comme on réagit. Je pensais pas hein. » (Madame Thouvenot, résidente ayant connu les deux EHPAD)*

On voit alors comment la prise de décision concernant la maison se fait au sein de la famille élargie : on y voit là les usages temporaires de la fille et du gendre, l'attachement du petit-fils à une maison de famille, le rapport évolutif de la résidente à son domicile passé qu'elle n'investit plus. C'est l'incident relaté qui vient alors questionner à nouveaux frais la conservation d'un logement qui nécessite des travaux pour rester en l'état : en ce sens, c'est là encore la question de la « lourdeur de la gestion et de l'entretien de ce patrimoine »

---

l'EHPAD, mais c'était déjà à l'époque trop cher, ce qui l'avait fait retarder son entrée. Pour autant, elle nous dit avoir toujours voulu finir sa vie à la maison de retraite.

(Billaud, *art.cit*) qui se pose. A noter que cette lourdeur avait déjà été évoquée alors que, des années avant, Madame Thouvenot et son mari en fin de vie avaient décidé de se départir d'un autre logement. On peut dès lors analyser ces moments comme des formes de **déprise** (Clément & Mantovani, 1999 ; Meidani & Cavalli, 2018), qui amènent à un changement dans la manière de considérer la maison, et qui permettent peu à peu de s'en départir. La question du poids financier pour les enfants amène également à vouloir ne pas s'éterniser et contribue certainement à ce détachement concernant la maison :

*Madame Thouvenot : Alors je disais, on avait deux maisons, je disais à [ma fille], j'en ai déjà bouffé une. « T'occupes pas » [répondait la fille].*

Chercheuse : Ah vous aviez deux maisons ? Y en a une que vous avez vendue ?

*Y en a une qu'on a vendue, quand même. On l'avait acheté en vue de notre retraite. Mais si vous comptez, bah, je l'ai bouffé (rires)*

Si on compte l'argent depuis que vous êtes ici ça fait le prix d'une maison ?

*Bah oui. Oui... Mille euros, mille euros depuis 4 ans, comptez combien ça fait à la fin...*

*48000.. 50 000... Toutes ces économies que j'avais... » (Madame Thouvenot)*

Au-delà des attachements aux lieux investis par le passé, la question financière est omniprésente. La gestion du patrimoine se lit donc également à travers des questionnements relatifs au paiement de l'EHPAD. Les professionnel·les sont eux et elles aussi unanimes à ce sujet : **ils et elles reconnaissent la situation et les difficultés qu'elles génèrent, d'autant plus dans un contexte d'augmentation des frais qui va crescendo depuis des années.** En effet, le déménagement avait déjà amorcé une hausse du coût d'hébergement. Afin de pouvoir couvrir les frais, cette augmentation s'était faite par paliers, elle avait donc été effective avant le déménagement aux Buissons :

*« Le surcoût global va être de l'ordre de 12 / 13 euros, par jour, par résident [...] Ça, on a été très clairs, je l'ai annoncé à tout le monde, et on a anticipé la marche. C'est à dire, au lieu d'appliquer le coût complet au premier janvier 2021, on a commencé depuis qu'on a construit. On a augmenté petit à petit, pour provisionner, pour franchir cette marche-là. » (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)*

Mais cette augmentation a également continué aujourd'hui, au vu notamment de l'augmentation des coûts liés à l'énergie par exemple. Début 2024, résident·es et proches ont donc été informé·es de l'augmentation du tarif d'hébergement (à hauteur de 8,77 euros supplémentaires par jour). Si l'évocation du coût était au départ surtout le fait des plus modestes, elle semble désormais être un sujet pour de plus en plus de résidents. Ce coût augmenté précarise les projections des résident·es et contribue également à les mettre en doute. Madame Claudel évoque le montant de l'EHPAD dans ce contexte d'institutionnalisation conjugale. Les prévisions accumulées ne suffisent plus, ce qui questionne sur la suite :

*Madame Claudel : On avait tout prévu quand même hein. On avait mis d côté hein ben j dis : « ça fait quand même quatre mille euros pour nous hein facile hein. Ça compte. »*

Chercheuse : Et quand vous avez vu ce prix-là, comment vous avez pris la nouvelle ?

*Oh ben les filles m ont dit : « tant pis, c est aussi cher ailleurs hein ». Y avait pas d autre moyen qu la maison d retraite. (Pause). Et pis ma foi quand y en aura plus, y en aura plus, oh ben on verra bien. S ils nous mettront dehors ou quoi (rires). J sais pas. L avenir le dira.<sup>43</sup> » (Madame Claudel)*

Tout comme Madame Claudel, Madame Thouvenot se pose la question de la suite de la vie à l'EHPAD, et de ses coûts pour les enfants. A travers des histoires qu'elle a entendues autour d'elle, elle met en avant les enjeux financiers existants, et le fait que rien ne garantit une paisibilité aux vieux jours et une sécurité financière aux enfants :

*« Bah vous savez, je me rappelle chez nous, à Xertigny y avait un coiffeur, et puis y avait sa mère qui était âgée comme ça, et puis elle a été obligée d aller à l hôpital à l'EHPAD quoi à [village à proximité de la commune], et puis... il disait, il a fait faillite, y a fallu qu il arrête, alors il disait que c était en partie à cause de l'EHPAD, ça lui coûtait trop cher. Alors je le croyais à moitié, mais voyez, c est bien vrai ! [...] Y avait que lui qui travaillait, un petit coiffeur, dans un petit bled, peut-être qu à l'époque c était pas 2000 euros mais enfin... ouais. Puis j'en connais des autres, des anciens bouchers, ils ont sorti leur mère, ils étaient restés six mois sans payer, alors y a fallu ressortir la mère et puis... pfou... » (Madame Thouvenot)*

**Loin des représentations qui associeraient au grand âge et à la vie en institution une certaine forme de sérénité, ces paroles montrent comment la question du financement à l'institution amène à des prises de décision et à des processus au long cours, qui engagent résidentes et proches, et qui participent à un sentiment de « précarité temporelle » accru (Membrado & Salord, 2009) : l'avenir est confisqué à la fois du fait des problèmes financiers (Duvoux, 2023) et à la fois du fait de l'âge avancé des personnes âgées qui limite leurs projections futures.** Les enfants, et plus largement les proches, se retrouvent également en première ligne de ces questions de financement.

Cette augmentation des frais a également des répercussions sur le rapport engagé entre l'institution et les proches. Plusieurs professionnel·les évoquent ainsi un déplacement dans les formes de relation entretenues, caractérisé par un rapport davantage exigeant et davantage marchand. Les relations et certaines formes de réciprocité semblent de fait amoindries, dans un contexte par ailleurs précarisant pour les familles.

*« Les familles sont... plus exigeantes je crois. Alors est ce que c est le covid ou pas le covid, c est peut-être aussi l augmentation du prix de la pension encore une fois ! Mais il y a moins de tolérance. [...] des fois je trouve que ce n est pas reconnaissant ou compatissant... après est ce qu on doit être*

<sup>43</sup>Par la suite, le mari de Madame Claudel est décédé. La décision a alors été prise de vendre la maison, cela afin de permettre de « provisionner » les coûts d'hébergement à venir de cette dernière.

*reconnaissant de quelque chose quand on donne 2000 euros par mois, je n'en sais rien. T'as pas à être reconnaissant quand tu payes pour quelque chose ma foi. [...] D'autres, par contre, sont très sympa. Hier il y a une famille qui a amené, c'est rarissime maintenant, autant avant ça arrivait plus je pense, maintenant c'est rarissime... Y a une famille qui a amené une brioche aux filles, c'était super. Super sympa quoi. Ça nous touche. Alors, personne n'est obligé de rien, mais c'est vrai que des gratifications comme ça, y en de moins en moins. Il y en avait plus avant. C'est sûrement à mettre en lien avec tout ce que je viens de dire. Ils payent tous les mois, ils n'ont pas à payer en plus, c'est normal. Ils n'ont pas à remercier. On fait que notre boulot et on ne le fait pas toujours bien à leurs yeux, de toute façon. Et [...] puis le coût de la vie [...] »* (Madame Colnet, cadre de santé)

On observe donc ici deux tendances de fond qui peuvent faire l'objet d'expériences douloureuses et de tensions : celle de la perte de la maison et des frais d'hébergement, ces deux pouvant être directement liées. **Celles-ci affectent les personnes âgées, mais pas seulement : elles affectent également les familles, ce que regrettent et tentent de limiter les résident·es, ainsi que les professionnel·les qui à leur tour s'en voient affecté·es dans la relation aux entourages des résident·es.**

Il apparaît ainsi que pour analyser l'appropriation de l'EHPAD, il est nécessaire de tenir compte de paramètres qui dépassent le cadre de l'EHPAD mais qui affectent la vie des résident·es. Ici, **le devenir du domicile antérieur, les questions relatives au patrimoine immobilier et financier que le paiement de l'EHPAD viendrait mettre en péril constituent des éléments d'inquiétudes qui affectent la possibilité de vivre sereinement.** En cela, si l'EHPAD peut constituer une institution totale, il n'est pas pour autant un lieu où le temps et les considérations matérielles seraient suspendus ou mis de côté.

## II. 1. 2. Saint-André, l'EHPAD devenu maison et lieu de relations

Pour comprendre le déménagement ainsi que la manière dont il a été vécu, il convient également de revenir sur le fonctionnement de Saint-André et le rapport qu'entretenait les résident·es et professionnel·les à la structure, notamment pour celles et ceux qui l'avaient investi. En ce sens, **l'EHPAD était devenu un habitat qu'il a fallu quitter** comme il a fallu quitter le précédent. Certain·es résident·es disent en effet regretter l'EHPAD, défini comme :

*« la vieille maison [l'EHPAD] où l'on était habitué à toute chose »*  
(Monsieur Munier, résident ayant connu les deux EHPAD)

Les professionnel·es qui ont vécu auprès de Saint-André leur vie durant le disent aussi, il s'agira de voir changer un lieu longuement investi :

*« Ça va faire drôle, quand on va passer devant, et que ça sera mort... »*  
(Suzanne, professionnelle à la retraite).

Les logiques de séparation de l'EHPAD sont donc, pour certain·es, proches des logiques de séparation du domicile évoquées ci-dessus. Par ailleurs, tout un travail de séparation est fait vis-à-vis de l'ancien EHPAD. Il en va ainsi notamment d'Eliane, qui évoque ses ressentis et la nostalgie qui a émergé à la suite du tri des affaires collectées au cours d'une vingtaine d'années d'animation :

« *Moi par rapport à mon service d'animation, j'ai une petite note de nostalgie, là je suis en train de mettre tout en cartons, ce qu'on garde, ce que j'amène ce qu'on jette, parce que vous vous imaginez bien qu'en 20 ans on en accumule. Alors c'est vrai qu'hier encore je mettais en carton, bah vous retombez sur des choses qui vous rappelle certaines personnes, une époque, où on a passé de bons moments... »* (Eliane, animatrice ayant connu les deux EHPAD)

Les termes qui reviennent à propos de Saint-André, et qui ont sûrement participé à faire de l'établissement une maison pour certain·es, sont ceux de « l'âme » de la structure et de sa dimension « familiale », qui renvoient alors à une forme d'atmosphère, d'ambiance particulière et spécifique au lieu et à la vie en son sein. L'utilisation du terme « âme » rend également compte d'une dimension difficilement communicable à celles et ceux n'ayant pas connu l'établissement. C'est ce que précisait Monsieur Munier en distinguant ceux et celles qui avaient vécu à Saint-André et celles et ceux qui s'installeront dans le nouvel établissement. Dans ce contexte, une distinction est faite entre ancien·nes et nouveaux/nouvelles ; entre celles et ceux qui avaient créé des liens à Saint-André et celles et ceux qui n'avaient pas connu cette ambiance.

**L'ambiance conviviale et chaleureuse ainsi que l'interconnaissance entre toutes les personnes y évoluant en semble néanmoins un aspect central.**

C'est ce qu'évoque notamment l'ancien cuisinier :

« *C'est un petit EHPAD, tout le monde est en relation, le personnel, les résidents, tout le monde se connaît. On a des résidents, ça fait un moment qu'ils sont là, ils nous appellent par notre prénom, c'est une petite structure. Que dans un hôpital, ça m'aurait peut-être moins plu. »* (Yves, chef de cuisine dans l'ancien EHPAD)

A travers cette proximité, c'est également la question de l'ancienneté des résident·es qui se pose. Auparavant, les personnes étaient accueillies en EHPAD à des âges moins avancés et vieillissaient « ensemble » au sein de l'institution. Aujourd'hui, les personnes retardent au maximum leur entrée à l'EHPAD : en 2019, plus de la moitié des résident·es en EHPAD ont plus de 88 ans, soit 7 mois de plus en moyenne qu'en 2015 (Balavoine, 2022). L'arrivée sur le tard à l'EHPAD limite donc sûrement cette ancienneté et la création de liens au long cours. L'hypothèse du changement de populations et de ces effets sur l'ambiance collective serait donc à investir davantage, dans un contexte où l'EHPAD n'intervient bien souvent qu'en dernier recours.

Toujours est-il que c'est également cette proximité et cette interconnaissance qu'évoquent les résident·es concernant les relations entretenues entre elles/eux :

*Madame Maurer : « L'ambiance était bonne. On se retrouvait, [...] on pouvait parler d'une chose d'une autre, parce qu'on se connaissait tous. »*

Chercheuse : Tous les résidents qui étaient là ?

*Oh pratiquement. Donc on pouvait discuter avec un, on savait que celui-ci avait eu tel problème, un autre, voilà. Moi c'était bien à cause de ça »*  
(Madame Maurer, résidente ayant connu les deux EHPAD)

*Madame Balmart : « On était plus soudé·es à Saint André... On était vraiment... Pas ami·es, non, je veux pas dire, mais on était vraiment camarades ! Tandis qu'ici personne ne vous cause, personne... »*

Chercheuse : Qu'est ce qui fait qu'on est camarade avec quelqu'un ?

*Bah de se causer facilement, de parler de choses et d'autres et même de sa vie... » (Madame Balmart, résidente ayant connu les deux EHPAD)*

Cette proximité ne se limitait pas aux seul·es professionnel·les et résident·es. **L'un des吸引 du lieu était également les croisements que ce dernier permettait, entre résident·es et personnes « de l'extérieur ».** Certain·es résident·es évoquent de fait l'attrait que représentait pour eux la présence de passant·es :

*Madame Balmart : « On était au bord de la route, j'allais m'asseoir sur les fauteuils, [...] les bancs où on voyait les gens passer, ils nous klaxonnaient. J'y allais, j'étais toujours toute seule. Puis une fois Madame Colnet [la cadre de santé] elle passe puis elle me dit : « qu'est-ce que vous faites là ? » Bah je dis, je regarde passer les gens, je fais de l'autostop ! »*

Chercheuse : [...] Vous aimiez bien voir du monde passer ?

*Oui. Ça me faisait vivre à l'extérieur !*

Ouais. Pas qu'à l'EHPAD.

*Pas qu'à l'EHPAD, voilà. Je me remémorais quand je conduisais. Et je me disais, tiens, les gens ils partent peut-être en vacances, tiens, ils vont au boulot... » (Madame Balmart, résidente ayant connu les deux EHPAD)*

Mais aussi de voisin·es :

*Monsieur Aubry : « Même à Xertigny, à pied j'y vais pas [depuis les Buissons]*

Chercheuse : Oui, avant vous vous sentiez plus près de la commune ?

*Voilà, plus près. Et puis on pouvait aller voir les voisins. Y avait des maisons tout près. On pouvait leur dire bonjour sans rentrer dans la maison. On les voyait dans le jardin. On pouvait se promener puis voir » (Monsieur Aubry, résident ayant connu les deux EHPAD)*



*Capture d'écran de la localisation de Saint-André*

Nous voyons sur cette capture d'écran la route passante, les habitations sur la gauche de l'image, le *pump track* en bas de l'image ainsi que le parc et l'étang : autant de caractéristiques citées par les résident·es et qui permettaient une certaine proximité relationnelle.

Cette proximité est alors un attrait ressenti tant par les résident·es que par les professionnel·les. Elle est donc appuyée par la localisation même de l'EHPAD mais également par la conception de ses locaux :

*« Tout se passe ici, devant le bureau. Comme on était dans la salle à manger, c'est devenu le point de rencontre ici. Malgré tout c'est pas mal, parce que, ça manque de discrétion des fois ça c'est sûr, mais c'est quand même ici l'entrée l'accueil c'est le point de rencontre. Et bah ça c'est familial. Le personnel qui passe [...] c'est sûr que c'était difficile pour Eliane [l'animatrice] de faire l'animation calmement, mais, c'était quand même un point de rencontre ici, et ce qui faisait l'âme de la maison »* (Suzanne, professionnelle à la retraite)

**La configuration même de l'espace semblait favoriser les interactions** : du côté des professionnel·les, les espaces n'étaient que rarement individualisés ou cloisonnés. Plusieurs personnes n'avaient pas ou que tardivement un espace attitré, ce qui générait finalement davantage de discussions, avec les personnes ne relevant pas du même pôle d'une part, mais aussi avec les résident·es et leurs proches.

A cela s'ajoute également la question de l'ambiance plus domestique, du fait d'une décoration qui pourrait peut-être participer d'une continuité ou d'une proximité avec les intérieurs connus avant l'EHPAD :

*« C'était pas très beau à Saint-André mais pour eux bizarrement c'était plus chaleureux qu'ici, peut-être parce que là-bas c'était plus ancien dans la déco. »* (Marjorie, aide-soignante ayant connu les deux EHPAD, juste après le déménagement aux Buissons)

Cette dimension est également renforcée par des échelles qui paraissent plus intimistes, peut être également augmentée à son tour par le maintien à un plus petit nombre de résident·es lors des moments précédant le déménagement.

**A ces lieux « mélangés », peu cloisonnés et resserrés, s'ajoute également une autre forme de non-cloisonnement : c'est celui entre travail et vie privée, vie familiale et profession.**

L'EHPAD Saint-André était un gros employeur sur la commune, un employeur territorial, et cela amenait à générer un aspect très familial au recrutement, comme le souligne l'ancien directeur :

*« Parmi le personnel, y a des enfants et des petits enfants de résidents, des cousins, des cousines, des tantes, des oncles, c'est un recrutement limite très familial. Ça a ses avantages et ses inconvénients, y a un côté convivial qui peut être sympathique, y a un côté aussi village, commérage de village, vous voyez, y a un côté un peu « cloche merde » de temps en temps (rires) »*  
(Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)

On voit donc comment le lieu est ancré dans le territoire, en en faisant un lieu d'embauche notamment pour de nombreuses femmes ayant leurs attaches familiales sur place et dont les mères, les sœurs, les tantes ont bien souvent exercé à Saint-André :

*« Ils sont déjà venus ! Ils sont déjà venus travailler pendant les vacances d'été ! Ta fille, ma fille ! Elles sont infirmières toutes les deux ! Et puis on a aussi notre nièce qui travaille là, la fille de mon frère, qui est aide-soignante »* (Suzanne, professionnelle à la retraite)

Du côté de la direction comme des professionnel·les, cette proximité sociale, locale voire familiale a des effets concrets qui façonnent un rapport singulier à l'établissement. C'est ce que nous évoque par exemple Suzanne, qui fait part d'une vie « autour » de l'institution. Dans son cas, le temps entre ses horaires de travail en coupé était occupé sur place, au sein de l'établissement, auprès des résident·es. Cela n'est pas sans rappeler les configurations hybrides évoquée par Sophie Divay dans son travail sur un hôpital local (Divay, 2013). La proximité au cours de la vie avec la structure serait alors à questionner, notamment pour les ancien·nes professionnel·les de Saint-André.

Cela amène également à un rapport spécifique à l'établissement que nous évoque l'ancien directeur :

*« Les trois quarts du personnel [...] sont très attachés à l'établissement. J'ai été directeur d'un hôpital, on n'avait pas ça. Le personnel vient travailler, point barre. Y a un attachement physique au bâtiment, à la structure... pas aux murs en tant que tels, mais que le bâtiment se porte bien. On peut m'appeler le dimanche après-midi parce que quelqu'un a vu que le toit penchait, ou qu'il y a de la lumière dans un truc. Alors ils sont quand même très attachés au fonctionnement du bâtiment, donc c'est un avantage, parce qu'ils sont vigilants, ils ont leurs familles dedans, et bah c'est leur famille, c'est chez eux aussi. »* (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)

Les professionnel·les font donc de ce lieu un lieu d'attache, un lieu auquel on apporte du soin, et ce même en dehors de leurs horaires d'exercice. On observe donc tout un travail de « ménagement » (Paquot, 2021) de l'établissement.

Du fait de la proximité géographique des personnes en présence, il y a une forte interconnaissance entre professionnel·les, résident·es et visiteur·ses. **L'interconnaissance se fait notamment à travers des histoires familiales partagées, des connaissances communes, des ancrages générationnels ou locaux** (Divay, 2013). Mais c'est également l'histoire de générations de famille qui ont travaillé et été hébergées à Saint-André qui se lit, ce qui explique cet attachement partagé, tant par les professionnel·les que par les ancien·nes résident·es. Ces relations quasi familiales ne sont pas sans rappeler la notion de parenté quotidienne développée par Florence Weber, ainsi que la notion de « maisonnée ». Elle parle alors de « **l'ensemble toujours provisoire de personnes mobilisées autour d'une prise en charge quotidienne** » (Weber, 2013), et de la manière dont ils et elles sont tenu·es par des « **obligations réciproques et des sentiments** », par une « **affection née de la familiarité** ». Il semble que ce soit cela qui joue, entre autres, à Saint-André : la présente forte de parenté de noms, certes, mais aussi de proximités tissées par cette quotidienneté partagée.

Or, les discussions avec les résident·es nous ont en effet amené à constater dès 2020 l'attachement de certain·es ancien·nes résident·es à l'EHPAD Saint-André, autrement dit, leur appropriation du lieu. La manière dont était investie subjectivement ce lieu était donc particulièrement visible, démontrant de fait une possibilité d'appropriation de ces espaces et de création de liens en son sein.

II. 2. Un ancien EHPAD dépassé, un nouvel EHPAD repensé : penser l'avant-déménagement

II. 2. 1. De la vétusté des locaux à Saint-André comme origine du projet de déménagement

Afin de pouvoir mieux comprendre l'histoire de ce déménagement, il nous paraissait nécessaire de contextualiser la situation de l'EHPAD Saint-André qui a amené à la fermeture de la structure – et ce malgré l'ambiance appréciée de Saint-André.

Fruit d'une histoire qui s'étale sur plusieurs siècles, l'EHPAD Saint-André, auparavant hospice puis maison de retraite, a connu de nombreuses adaptations<sup>44</sup>. Les travaux des années 90 ont signé un premier tournant assurant le passage de l'hospice à la maison de retraite, d'un confort et d'une hygiène limitée à des commodités plus présentes. Pour autant, le bâtiment a ensuite vieilli et s'est retrouvé peu à peu à ne plus correspondre aux attendus, tant en termes d'accueil des résident·es que de conditions de travail pour les professionnel·les.

A) *Des salles de bains collectives*

Pour ce qui est des espaces dédiés aux résident·es, il s'agissait de grandes chambres partagées. Ces dernières n'étaient **pas dotées de douches individuelles, ce qui se répercutait également sur le sentiment d'intimité des résident·es et sur la charge des professionnel·les**. L'EHPAD de Saint-André a fonctionné jusqu'à la fin de son utilisation avec des douches collectives en bout de couloir.

Voici ce que les professionnelles du soin en disent, en évoquant également l'effet de cette configuration sur leurs pratiques et/ou sur le vécu des résident·es :

*« Dans chaque étage, il y a une salle de bains [...] en bout de couloir. On a des salles de bains soit avec des baignoires calèche, soit on a deux salles de bains avec une douche, et puis on a une salle de bain avec [une] chaise douche. [...] en fonction des pathologies, de l'autonomie des personnes, les aides-soignantes choisissent d'aller faire prendre la douche dans une telle ou telle salle de bains, en fonction [...] de leurs souhaits. Y a du temps de trajet, de transfert, il faut aussi des fois traverser tout un couloir ou tout un étage en chemise de nuit, parce qu'on va pas vous habiller, vous déshabiller, pour arriver à la douche. Il y a toute ces petites choses qui touchent à l'intimité qui peuvent être déplaisantes, contrariantes, même si elles sont pas verbalisées, on en a conscience aussi. C'est quand même plus sympa de se lever, allez hop, d'aller prendre sa douche, on n'a pas le regard des autres, c'est quand même plus normal. »* (Eliane, ancienne aide-soignante à Saint-André)

*« Les salles de bains dans les chambres avec des douches n'existaient pas à Saint André donc il fallait se déplacer d'un point A à un point B et ça c'était très très long et fastidieux. »* (Myriam, aide-soignante à Saint-André et aux Buissons)

<sup>44</sup> L'historique de ces rénovations peut notamment être consulté ici : [Reconversion de l'ancien EHPAD Saint-André - Intensités \(intensites.fr\).](http://Reconversion de l'ancien EHPAD Saint-André - Intensités (intensites.fr).)

### B) Un matériel en bout de course

La question du matériel non-renouvelé se posait également. Ainsi, il s'avérait que la plupart du matériel présent à Saint-André n'avait pas été renouvelé depuis les grands travaux des années 90. C'était notamment le cas de la literie :

*« Y aura pas beaucoup de choses qu'on pourra ramener parce que beaucoup de choses ont 30 ans ici, les équipements techniques, les lits, (...). »* (Monsieur Laurin, ancien directeur de Saint-André, réunion avant le déménagement)

Lits et matelas étaient devenus usés, abimés, « fatigués », ce qui rendait là encore les conditions d'hébergement moins confortables et le travail des soignantes plus compliqué :

*« Niveau travail, c'était pas évident, parce que les locaux étaient assez vieux, les lits, tout commençait à tomber... pas en ruines mais pas loin »*  
(Marjorie, aide-soignante à Saint-André et les Buissons)

A la configuration spatiale de l'EHPAD s'ajoutaient de fait les objets manipulés au quotidien : les locaux, comme le matériel, étaient vétustes. L'environnement, sa composition et l'ameublement du lieu contribuaient donc tous trois à un travail complexifié et à des conditions d'accueil partiellement détériorées.

Cette vétusté ce qui a des conséquences sur le travail des professionnel·les du soin et de l'entretien. Ces dernier·es relatent leurs difficultés à assurer la propreté d'un bâtiment marqué par les ans :

*« Il y a des choses qui ne sont plus adaptées aussi. Les gouttières, les plafonds qui tombent un petit peu, c'est vieux, qu'est-ce que vous voulez. Même pour le personnel, faut penser aussi, parce que si le personnel travaille pas dans de bonnes conditions... Des fois nous quand on fait le ménage, quand on fait une chambre à fond, on a du mal, [...] c'est sale, on arrive plus à ravoir, c'est usé. »* (Suzanne, ancienne professionnelle à l'EHPAD Saint-André)

Pour toutes ces raisons, **l'ancien EHPAD ajoutait un travail supplémentaire aux professionnel·les.**

### C) Un EHPAD aux territoires professionnels flous et en tension

La configuration de l'EHPAD pouvait également agir comme un frein. Ainsi, **les espaces de ce dernier étaient globalement très polyvalents et peu cloisonnés**. Ces multiplicités d'usages pouvaient de fait amener à des conflits, et renvoyaient par ailleurs pour certain·es à une non-reconnaissance de leur travail. Ainsi, l'animatrice se fait critique des espaces où sont réalisés les animations, qui n'étaient pas des espaces dédiés et faisaient donc l'objet de passages fréquents. Ces derniers deviennent alors des **territoires professionnels dont la répartition peut générer des tensions** (Lambelet, Pichonnaz & Hugentobler, 2017).

*« Ce qui va changer, dans le nouvel établissement, on est plusieurs acteurs au niveau de l'animation, [...], on a plus que la salle à manger, alors, quand on est trois, c'est compliqué [...] Là-bas, chacun aura son petit espace, donc on pourra démultiplier donc [...] le jour où mon collègue prendra un groupe autour de l'activité sportive, moi je pourrai reprendre une activité dans un*

*autre espace, je pourrai remettre au goût du jour plein d'ateliers que j'ai dû suspendre aujourd'hui. [...] On aura beaucoup plus d'espace, on sera pas les uns sur les autres, on se parasitera pas. Et puis vous savez en ce moment la salle à manger c'est pas le lieu rêvé pour faire quoi que ce soit. Vous êtes parasité·es par les gens qui rentrent, le bureau, la planche qui claque, le bruit du lave-vaisselle, le chariot qui passe, c'est compliqué !* » (Eliane, animatrice ayant connu les deux EHPAD)

Dans ce contexte, la spécialisation des espaces était alors vue comme la garantie de meilleures conditions de travail, et ce au regard d'une « démultiplication » des espaces. Il s'agissait d'un moyen de donner une place à chaque professionnel·le et de fait, de créer plus de possibilités d'animation pour les résident·es.

Cette réflexion autour de la place donnée ou de la place à faire traverse aussi le discours de la cadre de santé. Elle évoque ainsi comment des dynamiques organisationnelles et spatiales se confortaient dans l'intégration ou dans la mise à l'écart des nouveaux·elles professionnel·les. A son arrivée dans l'EHPAD, la situation était particulièrement complexe dans une équipe qui voyait d'un mauvais œil la présence d'une nouvelle cadre. La position de son bureau retranscrivait cette distance :

*« Avant, j'étais sur la route du vestiaire, vous voyez symboliquement, ce que ça veut dire ! C'est à dire qu'on me voyait en arrivant ou en repartant ! [...] J'étais en bas, [...] à côté du médecin co, toutes les deux, [...] entre les vestiaires et les WC ». (Madame Colnet, cadre de santé)*

Dans ce contexte, la place donnée au sein de l'institution témoignait également de la considération accordée aux nouveaux et nouvelles arrivantes et d'un ordre installé au sein de l'établissement, tenu notamment par les infirmières d'alors.<sup>45</sup>

#### *D) Non-conformité aux règles de sécurité et aux normes*

Malgré les rénovations et les ajouts réalisés au fil des années, le bâtiment vieillissait au fur et à mesure que les normes de sécurité se renforçaient. Dans ce contexte, l'annonce du déménagement n'était qu'une question de temps : la réflexion à ce sujet était déjà amorcée depuis des années, elle a seulement été renforcée et accélérée à la suite d'un avis défavorable du comité de sécurité. Cette idée de la construction d'un nouvel établissement précédait donc l'obligation de quitter les lieux, comme en atteste les paroles de la maire de la commune :

*« Le projet de refaire un nouvel EHPAD, ça remonte à 7/8ans, et puis à un moment ça s'est précipité parce qu'on a une commission sécurité qui passe, et y avait quelques éléments, notamment des portes coupe-feu, des choses techniques et très coûteuses, qui a fait qu'il y a fallu qu'on accélère les choses. Après y a tout le temps du concours d'architectes, des études de faisabilité, bien calculer les finances, pour l'EHPAD, c'était compliqué. On va*

---

<sup>45</sup> Cette dynamique de résistance ne se retrouve pas seulement entre soignantes et cadre de santé. Une logique similaire s'est également exercée à l'arrivée de la diététicienne dans l'EHPAD de Bains-les-Bains, où les professionnel·les en cuisine avaient vu d'un mauvais œil l'arrivée de cette nouvelle collègue (journal de terrain, décembre 2023).

*dire que ça fait 3 ans qu'on est dans le concret. »* (Madame Viriat, maire de la commune)

On voit donc ici que le « bruit » selon lequel l'EHPAD changerait de localisation avait sûrement cours depuis longtemps, bien que ce soit des obligations légales qui ont précisé la temporalisation du déménagement. L'établissement ne répondait plus aux exigences et les travaux à faire pour qu'il le devienne n'étaient pas à l'ordre du jour :

*« Nous avions déjà un EHPAD mais qui n'avait pas la possibilité d'être requalifié parce trop de travaux si on avait voulu le réhabiliter, et si on avait voulu le reconstruire c'était impossible de le faire sur site, parce que ça voulait dire délocaliser les résidents pour un certain temps »*<sup>46</sup> (Madame Viriat, maire de la commune)

Par ailleurs, les couloirs étaient étroits et l'accessibilité du bâtiment ne correspondait pas aux normes. La disposition même des espaces rendait difficile la tenue des règles sanitaires liées à l'alimentation :

*« Au niveau des normes HACCP<sup>47</sup>, [...] moi je vois en cuisine [...], on nous demande certaines règles et puis à côté de ça on peut pas respecter. [...] on avait interdiction de traverser la salle à manger, des vestiaires pour aller en cuisine mais on était obligées, c'était le seul lieu de passage ! Y a des choses qui sont plus dans la logique quoi ! »* (Suzanne, professionnelle à la retraite)

Face à un bâtiment ancien et des normes plus présentes, la remise aux normes était dès lors impossible car trop coûteuse financièrement et organisationnellement :

*« Les locaux sont [...] vieillissants [...] Les normes qui sont imposées, on peut plus améliorer ces normes-là, les locaux ne permettent pas de se remettre aux normes en fait. »* (Eliane, animatrice à la retraite)

**En somme, le départ de Saint-André vers les Buissons correspondait à une volonté de modernisation ainsi qu'à une exigence de mise aux normes.** L'idée était alors de pouvoir proposer un EHPAD neuf, aux contraintes collectives minimisées, adapté aux pratiques d'une nouvelle génération de résident·es, plus conforme aux attentes des proches et à même de faciliter le travail des professionnel·les. **Ce changement est alors vu comme une amélioration aussi bien pour les résident·es que pour les professionnel·les, à travers « l'outil de travail » et la qualité de l'hébergement.**

<sup>46</sup> L'EHPAD Saint-André avait déjà connu une entreprise de rénovation majeure dans les années 1990. Les résident·es avaient alors été délocalisé·es temporairement et progressivement, au cours de ce qu'on appelle une « opération tiroir ». La cohabitation entre travailleur·ses du bâtiment et de l'EHPAD avaient alors eu lieu, et certaines professionnelles, aujourd'hui retraitées, avaient connu cette situation atypique. Il s'avère que ces dernières ont été très présentes dans le déménagement de Saint-André aux Buissons.

<sup>47</sup> Hazard Analysis Critical Control Points

## II. 2. 2. Penser un nouvel EHPAD. Entre innovation et reconfiguration, le regard « concepteur »

Les limites de l'ancien EHPAD qui ont été soulignées permettent de mieux comprendre les enjeux traversant la conception du nouvel établissement, ainsi que les idées qui l'ont guidé. En effet, les constructions actuelles se font à travers des tendances de fond qui reposent elles-mêmes sur l'intégration de certaines critiques faites aux EHPAD, à une échelle tantôt générale tantôt locale. Il s'agit en quelque sorte de **créer pour mieux « contrer »** : les choix réalisés travaillent donc ces mises à distance, oppositions et tensions en tentant d'y apporter une réponse innovante, autrement dit **en tentant de faire nouveauté en se départissant des représentations négatives de l'EHPAD comme lieu trop médicalisé, trop fermé et replié sur lui-même, ou comme mouroir**.

Dans ce contexte, l'architecture se fait « charpente » d'un projet social qui participe d'une « production de l'espace » (Lefebvre, 1974), d'**« une modification intentionnelle d'un espace dans le but d'atteindre un objectif »** dans un contexte où les EHPAD doivent, eux aussi, s'inscrire dans le vocabulaire marchand de l'attractivité (Adam, 2019). Nous reviendrons sur ces différentes inspirations et leurs buts à travers une analyse de « l'espace conçu » (*op. cit.*), c'est-à-dire de l'espace pensé par les architectes, par la direction, par les membres de la commune, et par les professionnel·les et résident·es ayant pu être impliqué·es dans le processus dans une moindre mesure.

*A) Dépasser l'hôpital : l'EHPAD comme lieu de vie, entre approche domiciliaire et hôtelière*  
 Les extraits d'entretien réalisés avec l'ancien directeur de la structure sont sans doute les plus illustratifs sur ce point. Dans les dires de l'ancien directeur, l'idée de l'EHPAD comme lieu de vie est centrale. La **logique domiciliaire** sous-tend donc le projet architectural. Pour ce faire, **la conception de l'EHPAD s'est adossée à une volonté de mise à distance de l'aspect hospitalier** : « on trouve trop d'EHPAD construites comme des lieux sanitaires ». On retrouve donc là cette critique de la référence hospitalière, « considérée aujourd'hui comme trop présente et ne mettant plus assez en avant le statut de lieu de vie des établissements au profit d'un lieu de soin toujours plus important » (Labarchède, 2021).

Se positionner pour l'EHPAD comme lieu de vie et pas seulement comme lieu de soin, c'est donc dans le même mouvement se positionner contre d'autres EHPAD et leurs fonctionnements, mais également se distinguer du fonctionnement hospitalier et son aspect « aseptisé », associé à la technicité et à une certaine « désindividualisation ». On retrouve ici la polarisation entre le lieu de soin hospitalier et le lieu de vie domiciliaire, entre lieu de travail et lieu de vie (Charras & Cerese, 2017).

Dans ce contexte, c'est donc la volonté d'un lieu chaleureux qui prime :

*« L'esprit de la construction, les matériaux utilisés, renvoient à ça. Y a un sous bassement en pierres sèches, du bois, des tuiles, même à l'intérieur, qui symbolisent le toit des boutiques... Et ça je crois que ça participe à l'âme, que tout ne soit pas aseptisé. »* (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)

Différencier, d'une certaine manière, l'EHPAD de l'hôpital, mettre en avant les personnes non comme des patient·es mais des résident·es : c'est ce qui transparaît dans les dires mais aussi dans les pratiques guidant la construction et l'ameublement de ce nouvel EHPAD. C'est

ainsi que la grande majorité du mobilier a été achetée à des sociétés non spécialisées dans le mobilier hospitalier, à l'exception des quelques éléments le nécessitant. Le modèle sous-jacent est bien celui décrit et mis en avant par Fanny Cérèse, qui confère à l'ameublement un rôle décisif :

« L'ameublement est considéré comme renvoyant une image particulière aux personnes qui les utilisent. C'est ainsi que le mobilier de facture hospitalière en EHPAD renverra immédiatement une image de la maladie, alors qu'un fauteuil domestique renverra l'image de la maison et du confort » (Cérèse, 2017)

Par ailleurs, cette volonté est également traduite à travers la **dimension hôtelière** très marquée du projet. Là encore, cette dimension hôtelière peut être vue comme un moyen de se démarquer « en s'éloignant de la référence hospitalière » (Labarchède, 2021) et aussi, nous pouvons le penser, en s'éloignant de la référence à l'hospice.

On voit donc ici comment la conception de l'EHPAD est faite pour positionner ce dernier au regard d'autres institutions, d'autres références, et cela pour mieux s'en distinguer. À travers cela, c'est également une affirmation concernant le statut des résident·es qui se laisse à voir : la conception s'inscrit donc dans un mouvement d'individualisation et « d'humanisation » de l'EHPAD, adossé à la montée de la figure du résident ainsi qu'aux discours portant vers davantage d'inclusion des personnes institutionnalisées, incitant à considérer ces personnes non seulement comme des personnes hébergées mais avant tout comme des habitantes au sein de l'institution (Argoud, 2011). Les termes de résident·es voire même d'habitant·es contribuent notamment à mettre en avant la place des personnes qui vivront à l'EHPAD.

#### *B) L'EHPAD comme lieu accueillant pour l'entourage : penser la place des proches*

Faire que le lieu soit accueillant, c'est alors penser cet accueil aussi bien sur le plan individuel (les résident·es dans leurs espaces) que collectif (entre les résident·es mais aussi avec leurs proches). Nous verrons ici que les choix architecturaux incorporent à la réflexion ces formes de relations : les relations aux proches extérieurs à la structure et tout particulièrement à la famille, d'une part et premièrement, et les relations qu'entretiennent les résident·es entre elles et eux, d'autre part.

Dans ce contexte, l'**EHPAD est conçu comme un lieu de rencontre et un lieu de partage**. Sont donc à penser ensemble lieu d'habitat et lieu de visite, rappelant de fait les doubles bénéficiaires et destinataires de l'EHPAD, à savoir familles et résident·es (Devetter, Dussuet, Nirello & Puissant, 2023).

Ainsi, la réalisation architecturale des Buissons a été pensée manière à laisser place à la rencontre, à travers, entre autres, la présence de salons dans chaque aile. Ces petits salons sont pensés comme des lieux dédiés aux résident·es et à leur entourage, dans une optique de convivialité et de proximité :

« *Dans chaque unité, il y a des salons. [...] Quand je viens voir ma grand-mère, j'ai amené une tarte, je viens boire un café, et bah y a une petite kitchenette où je vais pouvoir réchauffer ma tarte au four micro-ondes, et*

*puis y a une machine à café. » (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)*

Il est par ailleurs intéressant de voir qu'ici, le directeur parle depuis la position des proches, en incorporant donc ce regard à la conception architecturale. La structuration même des unités vise alors à susciter des pratiques, ou en tout cas, à les rendre possibles et facilement accessibles aux personnes habitant l'EHPAD : ainsi, la conception du lieu semble être en soi un geste d'invitation des familles dans l'espace de leurs proches institutionnalisé·es. Cette place des familles se lit également à travers l'ajout, dans la nouvelle structure, d'un accueil de jour ayant pour but de permettre aux aidant·es de se reposer en sachant leur proche entouré·e. Des cafés des aidant·es sont également réalisés tous les mois dans la structure, amenant de fait à construire des espaces pour les proches. Par ailleurs, l'EHPAD comprend également un service d'accueil de jour, qui vise à établir une connexion et une transition entre domicile et EHPAD, tout en permettant de soulager les proches.<sup>48</sup>

*C) Penser l'EHPAD comme une microsociété, penser les relations entre résident·es*

Mais c'est également un geste architectural qui encourage le partage des lieux entre résident·es, dans une optique de dédier des lieux aux relations mais aussi de renforcer la création des relations sociales, au sein d'une microsociété.

Dans ce contexte, on observe également une **volonté de construire des effets de continuité avec une supposée vie passée en milieu rural, dans un contexte architectural pour autant très moderne**. On observe donc tout un vocable associé à la ruralité et à la vie au village, qui évoque une certaine fabrique de la tradition à travers l'idée d'espaces évoquant les « hameaux »<sup>49</sup>, les « fermes », ou encore la « place du village ».

<sup>48</sup> La localisation de l'accueil de jour a amené un des professionnels à devoir changer de bureau peu de temps après son installation aux Buissons. Pour autant, il a fallu un temps très long avant que cette pièce soit utilisée de manière fréquente. En effet, ce n'est qu'à la fin de notre présence sur site, en avril 2024, que nous constatons que celui-ci est désormais utilisé, avec plus de 5 personnes inscrites. La salle dédiée, dans laquelle nous avons travaillé au cours du projet, commence alors à être investie du fait de leurs présences : un planning des journées d'accueil est affiché sur la porte, et dans le placard, des cintres et des étagères se sont vus étiquetés à leurs noms.

<sup>49</sup> Il s'agit ici du terme utilisé par les architectes pour décrire la disposition des unités de l'EHPAD les Buissons. Le descriptif de la réalisation architecturale est notamment disponible ici : [Réalisation d'un Ehpad à Xertigny dans les Vosges | Wienerberger](#). Nous y retrouvons également les termes « esprit de village » et « ambiance villageoise ».



*La place du village*

Ainsi, l'espace s'articule autour de six unités dont l'articulation est pensée autour de la figure du « hameau » et de ce point central qu'est « la place du village », et qui sert à la fois pour les repas, pour les animations ou encore pour les spectacles. A ce sujet, l'ancien directeur disait :

*« On devait retrouver un lieu ouvert sur l'extérieur, c'est important, avec des liens avec l'extérieur, et puis construit comme si c'était un village puisque c'est une microsociété, donc autour d'une place du village, avec un coiffeur, un bar, un restaurant, l'administratif qui symbolise un peu la mairie, et puis ces colonnes qui sont au milieu, qui vont symboliser un peu le lieu de culte, parce qu'on est un lieu public, mais y a une symbolique comme l'atrium romain quoi. Ce lieu de vie [...], c'est un espace d'échange. Cette place du village, c'est là où on va pouvoir se poser, parler avec le voisin, boire un café au bar, attendre chez le coiffeur, et les cuisines sont vitrées et donnent sur la place du village parce que ça c'est le restaurant. »*  
(Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)

On remarque alors une volonté de recréer des espaces extérieurs et potentiellement connus par les résident·es. Ces espaces supposés rappeler l'organisation d'un village sont vus comme supports de discussions et d'échange, de certaines formes de sociabilités, dans une vision par ailleurs quelque peu enchantée de cette proximité rurale.

Par-delà cet aspect « village », il s'agit également d'autres dynamiques entrecroisées : **faire que l'intérieur reproduise et comporte en son sein l'extérieur mais aussi, faire venir l'extérieur à l'intérieur**, avec ce grand espace ouvert au rez-de-chaussée. En bref, la volonté est de décloisonner l'EHPAD et d'en faire un lieu ouvert et animé, en lien avec l'extérieur et donc également en lien avec la vie de la commune, en bref, un lieu qui puisse être « acteur du territoire ».

Là encore, on observe un mouvement de distanciation vis-à-vis des critiques faites à l'EHPAD comme une institution totale (Goffman, *op. cit.*), fermée et à l'écart. En désirant y faire vivre et y reproduire la vie de l'extérieur, il s'agit donc de réduire les frontières et les limites qui se tissent entre l'institution et le reste de la société, ici, en tentant de favoriser le mouvement au sein même de la structure. Cette volonté d'impulser une dynamique de communication

et d'attraction de l'extérieur et du reste de la commune vers l'EHPAD repose également sur l'idée de l'EHPAD comme tiers-lieux, qui s'installe également de plus en plus dans les réflexions contemporaines (La Hosseraye, Ferrari & Girard, 2023, Fasshauer & Ferreira de Moura, 2023 ; Polard, 2018). L'EHPAD cherche alors à devenir aussi centrifuge, un lieu de rencontre parmi d'autres au sein de la commune.

On voit là encore comment l'EHPAD se crée au regard d'une part de ce qu'on voudrait faire advenir, et de l'autre, de ce qu'on évite de reproduire. Le lien social mis en avant, dans ce sens, est à voir comme un élément en lui-même thérapeutique, puisqu'il s'inscrit pour le directeur dans une certaine « philosophie des soins » qui s'appuie également partiellement sur ce nouveau bâti.

*D) L'EHPAD prothétique : penser l'EHPAD pour les résident·es avec des troubles cognitifs*  
**En ce sens, l'architecture est également vue comme un levier d'action pour favoriser les repères de personnes accueillies ayant des troubles cognitifs et pouvant être désorientées.**  
 Un travail a de fait été réalisé autour de la signalétique afin de faciliter la création de repères au sein de l'EHPAD, en ayant recours à des éléments tels que les couleurs :

*« Toutes les chambres sont de la même couleur mais le mobilier doit rappeler l'unité dans laquelle on est. Par exemple, quand on est à Spirée, en rez de jardin, nord, c'est rose la spirée, et bah le fauteuil dans la chambre il est rose comme la spirée. Et pour les maladies d'Alzheimer et apparentés, ce qui reste en mémoire, c'est les émotions [...] les senteurs, les couleurs, ça rappelle des choses. »* (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)

Ce travail est vu comme un moyen de faciliter la compréhension de l'espace, et ce notamment pour les personnes ayant des difficultés à se repérer. On tend alors vers « un environnement « adapté » et « spécifique » portant tant sur la morphologie, les couleurs, l'éclairage ou la signalétique » (Labarchède, *op. cit.*)

Des espaces à vocation thérapeutique étaient également pensés, comme par exemple un espace Snoezelen : là encore, l'idée était de jouer sur les frontières entre intérieur et extérieur, notamment pour les personnes qui ont des troubles cognitifs et qui déambulent, se sentant piégées au sein de l'EHPAD.

*« L'idée que j'ai pioché, [...] c'est le train imaginaire. C'est à dire, pour les Alzheimer déambulants, qui veulent toujours partir, ils font leurs valises, hein, ils partent toujours, c'est d'avoir une pièce avec un coin aménagé en wagon de train, avec un écran où va défiler des paysages. On monte dans le train et puis le paysage défile. C'est prouvé que ça apaise, que ça calme les angoisses et les envies de prendre la porte, de partir. »*<sup>50</sup> (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)

<sup>50</sup> L'idée de cette réalisation du train imaginaire ne s'est finalement pas concrétisée. Elle n'a néanmoins pas disparu : aujourd'hui, certain·es professionnel·les mentionnent l'achat d'un dispositif Snoezelen, mais sa forme et son objectif ne seraient plus ceux initialement prévus. Il s'agirait ici d'avoir un chariot Snoezelen, qui soit déplaçable d'une chambre à une autre, et qui permettent entre autres l'apaisement des personnes en fin de vie.

En ce sens, on peut évoquer une volonté thérapeutique dans le geste architectural et dans la conception du nouvel établissement. Cette volonté passe par des activités ou des lieux ayant pour but de favoriser une bonne santé mentale et ce faisant, permettant de limiter les médicaments. Dans cette même lancée, le nouvel établissement a été conçu pour pouvoir accueillir un Pôle d'Activité de Soins Adaptés (PASA)<sup>51</sup>, autrement dit, un espace adapté et dédié aux personnes vivant avec des maladies neuro-dégénératives. C'est en ce sens que l'architecture a été en partie « pensée comme un soutien aux fonctions cognitives déficitaires [qui] privilégie une stimulation des patients par l'organisation de leurs espaces de vie et de leurs caractéristiques matérielles » (*op. cit*), en bref, qu'elle participe du soin en mettant en place des dispositifs pour des personnes avec des troubles cognitifs.

*E) L'EHPAD comme outil de travail amélioré : penser l'EHPAD pour les professionnel·les et leurs conditions de travail*

La réflexion sur la nouvelle structure ne portait pas uniquement sur l'adaptation du lieu aux résident·es : il s'agissait également d'en faire un lieu plus adapté pour les professionnel·les, et en ce sens, de pouvoir améliorer le lieu de travail.

On retrouve donc là un travail sur les matériaux, les revêtements par exemple, mais également sur le matériel, avec des outils techniques visant à faciliter le travail en compensant partiellement l'étendue du nouvel établissement et l'extension de la charge de travail. On peut par exemple penser à l'achat des autocuiseurs en cuisine ou de l'autolaveuse pour l'entretien. Mais ce n'est pas tout : les limites recensées des espaces de travail spécifiques aux professionnel·les ont aussi faits l'objet de réflexion permettant de construire des nouveaux espaces plus adaptés à ces dernier·es : on pourrait ici citer la pharmacie, la cuisine, ou encore certains bureaux.

La volonté est alors de pallier aux inconvénients présents dans l'ancien établissement et, ce faisant, d'améliorer par la réflexion architecturale et l'ergonomie « la qualité de vie au travail ».

*F) De l'ancien hospice aux Buissons : entre mise à distance du passé et recours à une mémoire de l'institution, assurer la transition*

Comme nous l'avons précisé plus haut, certaines caractéristiques de l'ancien EHPAD peuvent le rattacher à la figure de l'hospice, qu'il a été par le passé, et qui peut constituer un repoussoir. On retrouve ici cette idée dans les dires des personnes qui y ont travaillé :

« *Parce que même à Xertigny, les habitants disent l'hospice, avec quelque part une mauvaise idée, une mauvaise image, c'est malheureux mais... moi je trouve aussi qu'on garde une mauvaise image du fait qu'on est un petit peu éloigné du centre de Xertigny* » (Suzanne, professionnelle dans l'ancien EHPAD)

Même sans que ce soit cette image négative qui en ressorte, d'autres professionnelles font part de cette association forte entre l'hospice et la maison de retraite, les deux termes étant

---

<sup>51</sup> De la même manière que l'accueil de jour, le PASA a également connu certaines difficultés sur lesquelles nous reviendrons plus bas.

utilisés de manière interchangeable et ce même bien après que la structure soit devenue une maison de retraite :

*« Culturellement, et même moi, y a 30 ans quand j'ai commencé, les gens parlaient pas de maison de retraite, ils disaient hospice ! Pendant longtemps, j'ai encore entendu les gens dire « tu travailles à l'hospice ! » parce que c'était l'hospice Saint André, à l'origine ». (Eliane, animatrice dans l'ancien EHPAD)*

*« Je crois déjà qu'on va changer de lieu et de nom. Parce que les résidents, parfois c'est encore la maison de retraite, mais c'est plus un hospice, plus un asile. On va changer de nom, [...] EHPAD, c'est un peu barbare, alors j'espère qu'on terminera par dire les Buissons ! » (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)*

**Une des volontés du projet des Buissons est également de créer un espace nouveau à distance des anciennes représentations et donc de s'affranchir de la figure de l'hospice qui demeurait présente à Saint-André. Il s'agit donc de mettre à distance les étiquettes stigmatisantes associées à l'hospice, qui « classent les lieux et les groupes » en combinant significations sociales et spatiales négatives, aussi bien envers le lieu qu'envers les personnes y habitant (Gravereau & Varlet, 2019).<sup>52</sup>**

Pour autant, c'est également un travail de conservation de la mémoire d'une structure qui se laisse à lire, à travers la volonté de garder trace d'un lieu qui a été habité par certain·es résident·es, qui a été investi pendant des décennies par les professionnel·les et qui s'inscrit également dans l'histoire locale. Les représentations négatives ne gomment donc pas complètement les expériences positives vécues dans l'ancienne structure et ce qui y a été créé. C'est ainsi que la question de ce qui sera gardé de l'ancien EHPAD se pose. Après réflexion, une arche, symbole de l'ancien EHPAD, sera finalement laissée sur l'ancien site. La cloche de Saint-André, quant à elle, a été transportée jusqu'à l'EHPAD actuel, où elle repose désormais non loin de l'entrée.



*La cloche de Saint-André trône dans le hall du nouvel EHPAD*

<sup>52</sup> Il est par ailleurs particulièrement intéressant de constater la résurgence de ces images négatives à la suite de la pandémie. Plusieurs professionnel·les évoquent également une image particulièrement ternie des EHPAD et qui atteint de fait également Les Buissons. Certain·es professionnel·les s'interrogent également sur les représentations qu'en ont leurs proches.

Cette dernière est un rappel des débuts de l'ancien établissement et de son passé religieux et familial :

*« On va amener la cloche, qui était à l'époque sur la chapelle, qui n'existe plus actuellement mais qui est dans l'entrée [...]. C'est une famille qui l'a offert en 1800... [...] ça fait partie de Saint André. »* (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)

Ce rapport à la question religieuse traverse de fait les discours des professionnel·les. L'ancienne structure de Saint-André était rattachée, même après son passage en structure publique, à des pratiques religieuses qui structuraient la vie collective. L'image qu'elle renvoyait était dès lors souvent rattachée à un lieu privé et religieux :

*« Le déménagement c'était aussi l'occasion de reprendre une nouvelle identité qui s'adapte plus à un établissement public, ouvert...parce que c'est vrai que bien souvent « C'est privé ? C'est religieux ? », « Ah bah non c'est public ! » Il faut savoir que c'est aussi une obligation de ma part et de l'établissement de donner accès aux cultes. Donc pour l'instant on a que des personnes catholiques, donc c'est pour ça aussi qu'ici la messe elle existe depuis très très longtemps. Moi je l'ai toujours connu, il y a 30 ans il y avait déjà le prêtre de la commune qui venait célébrer la messe, et ça s'entretient un partenariat. On avait la chance de l'avoir une fois par semaine, une messe plus grande que la paroissiale ! Il y avait beaucoup plus de monde ici que dans sa salle paroissiale. [...] On fait aussi la célébration de Noël, on fait les Cendres, on fait toutes les célébrations qui marquent la vie catholique »* (Eliane, animatrice dans l'ancien EHPAD)<sup>53</sup>

**Le projet du nouvel EHPAD concilie donc à la fois une entreprise de construction d'une mémoire collective autour de l'histoire de Saint-André -comprenant de fait son histoire religieuse- ainsi qu'un élan de mise à neuf et une volonté de reconstruire différemment, et d'affirmer la dimension publique de l'établissement.**

On voit donc comment le **changement de paradigme qui sous-tend le déménagement est donc appréhendé comme une transition de l'asilaire vers le moderne** (Divay, 2013), et non une négation de ce qu'était Saint-André. Par ailleurs, le directeur prend en compte l'histoire et l'attachement à la structure en tentant symboliquement de créer des continuités entre les deux établissements :

*« C'est pour ça qu'on va amener avec nous deux mobiliers anciens. Une horloge comtoise par exemple, elle va déménager avec nous. Parce que je pense que c'est un repère pour certains résidents. L'armoire lorraine, quelques commodes à droite à gauche... parce que ça participe aussi à la réassurance et à recréer le cadre de vie avec quelques éléments qu'ils*

<sup>53</sup> Nous n'avons pas le temps de le détailler ici, mais le rapport à la religion semble également être un point intéressant à aborder. L'accès aux cultes est un aspect important permettant la continuité des pratiques religieuses, en continuant à les rendre accessibles au grand âge.

Néanmoins, plusieurs personnes nous ont fait part d'une distance forte à la religion réactivée par l'existence hebdomadaire de messes. D'autres ont également évoqué avoir connu une prise en charge religieuse des soins qui amenaient à des tensions fortes entre personnes athées et croyantes, ou encore le fait d'aller aux messes dans des contextes de petites communes où l'absence à ces dernières étaient remarquées.

*connaissent. Ce qu'on va amener ce sont les choses symboliques de la vie de maison. Une armoire lorraine, dans un EHPAD, à priori comme ça, ça n'a rien à faire. Sauf que ça a été un don d'une résidente qui l'a légué à l'établissement. [...] » (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)*



*Horloge comtoise dans un petit salon au RDC*



*Armoire Lorraine dans un petit salon*



*Au rez de jardin, mobilier moderne et ancien se côtoient*

On voit donc ici comment la mémoire de l'EHPAD de Saint-André se voit continuée et constituée à travers des références matérielles à l'ancien établissement, et ce qu'elles soient plus ou moins évidentes et/ou visibles pour celles et ceux qui y vivent. Cette volonté de continuité n'est pas sans lien avec les références à la ruralité évoquées plus haut : elles constituent **une trame entre l'ancien et le nouveau, les ancien·nes et les nouveau·elles**,

avec pour fil directeur l’ancrage local de la structure.

C'est de la même manière que les noms d'unité du nouvel EHPAD ont été données au regard des plantes qui étaient présentes dans le parc de l'ancien EHPAD. On constate donc ici un **travail de symbolisation qui accompagne la transition d'un établissement vers l'autre**. Cela n'est pas sans rappeler les volontés de patrimonialisation, de « sauvegarde d'une mémoire » et de « réintégration mesurée » de cette dernière dans les nouveaux établissements hospitaliers, étudiées par exemple lors des transferts d'hôpitaux anciens vers de nouvelles structures (Monjaret, 2001).

Nous avons donc montré que les volontés concernant le projet du nouvel EHPAD reposaient sur des logiques **désormais dominantes dans la construction et l'aménagement d'EHPAD : des EHPAD confortables, disposant de nombreuses commodités et services, ouverts vers l'extérieur – à l'opposé de la figure repousoir de l'EHPAD fermé ou du mouroir**. Il s'agit alors de construire un EHPAD avec des espaces pour les résident·es et pour les relations entre les différentes personnes investissant l'EHPAD. Le nouvel EHPAD se singularise donc en ayant recours aux références hotelières et domiciliaires, en créant des espaces tels que les salons et la salle du village pour les incarner. Mais il s'agit également de la mise en avant d'un lieu d'exercice attractif pour les professionnel·les, à travers des espaces et des outils de travail récents et ergonomiques. Pour autant, aucune rupture ferme avec l'ancien EHPAD n'est posée dans le cadre du nouvel établissement : ce dernier a également pour but de **conserver et de retrouver ce qui était montré comme l'atout de Saint-André, c'est-à-dire son « supplément d'âme »**.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Ce rapport aux anciens EHPAD semble être plus largement traversé par cette notion d'âme, ou en tout cas d'ambiance singulière. On retrouve des discours très proches dans le contexte d'autres déménagements, vis-à-vis de structure ayant une trajectoire proche de celle de Saint-André (cf. notamment l'avis des professionnelles lors du déménagement de l'EHPAD de Millau [ici](#)). Une réflexion comparative permettrait sûrement de mettre en avant des points communs expliquant ce ressenti d'une « âme » et de l'appréhension de la perte de celle-ci à travers le déménagement et les évolutions qui l'accompagnent.

## II. 3. Un tournant en commun : le déménagement comme enjeu partagé entre professionnel·les et résident·es

Le fait de déménager dans un nouvel établissement était donc **un enjeu double, qui concerne à la fois les professionnel·les et les résident·es**. Bien que les enjeux et l'appréhension du déménagement n'étaient pas les mêmes, ces dernier·es se croisaient en bien des points. Nous aborderons ici le processus de déménagement comme un processus conjoint aux deux groupes, qui au quotidien sont amenés à « faire ensemble », dans une relation de *care* qui n'est jamais seulement unilatérale<sup>55</sup>.

### II. 3. 1. Se préparer et préparer les résident·es au déménagement : en amont, des appréhensions partagées et un travail de rassurance réalisé

Cette dynamique conjointe du déménagement a été citée à nombreuses reprises par les professionnel·les : il s'agissait d'un déménagement pour tous et toutes, où **professionnel·les et résident·es allaient être confronté·es aux mêmes enjeux d'habituat**ion à un nouveau lieu.

Voilà ce que ces dernières en disaient et en ont dit, en amont comme en aval du déménagement :

*« Ça va être difficile pour tout le monde, trouver ces repères, on risque d'être un peu perdues aussi »* (Suzanne, professionnelle désormais retraitée, ayant connu les deux EHPAD)

*« Pour rassurer les résidents, je leur dis, vous craignez rien ! Ya pas que vous qui devrez retrouver des marques. Tout le personnel sera complètement paumé aussi hein ! On n'a pas fini de se promener avec le trombinoscope dans la poche en se disant, où est madame untel, ou est monsieur untel ! Parce que là on connaît les chambres presque par cœur, on y va presque les yeux fermés, mais il va falloir tout réapprendre, il va falloir être tolérants les uns avec les autres, vous aussi vous allez devoir comprendre le personnel s'il est en retard, s'il s'est trompé d'étage, hein ! Je dis, ça va être une collaboration, il va falloir se soutenir mutuellement »* (Eliane, animatrice ayant connu les deux EHPAD)

*« Ça a été un peu difficile de les retrouver, des fois je me perdais un petit peu entre une aile, un étage, donc ça a duré un certain temps »* (Annick, infirmière ayant connu les deux EHPAD)

En ce sens, se dessine une épreuve partagée et un apprentissage, une habituation au nouveau lieu, une prise de repères progressive. La mise en lien entre professionnel·les et résident·es se fait donc objet d'une reconnexion, qui participe à rapprocher à nouveau les deux groupes, dans des locaux méconnus.<sup>56</sup>

<sup>55</sup> De nombreuses recherches ont mis en avant la place importante du soin accordé par les personnes âgées elles-mêmes, en atteste la littérature sur les *old caregivers*. La vie en EHPAD ne fait pas exception à ces dynamiques.

<sup>56</sup> Certaines soignantes me diront que la pandémie a agi comme un accélérateur de mémorisation pour elles, du fait de l'isolement en chambre des résident·es. Dans ce contexte, le fait que les résident·es soient au même endroit a amené à se souvenir plus vite des emplacements des chambres.

Mais c'est également une reconfiguration conjointe qui se produit : le déménagement est aussi le signe de changements dans les relations entre professionnel·les et résident·es. En effet, au déménagement se superpose l'arrivée en retraite de différent·es professionnel·les ayant travaillé au long cours dans l'établissement. Il s'agit notamment du départ de l'animatrice, du directeur, du cuisinier, de certaines infirmières, ou encore d'aide-soignantes parties en formation. Ces personnes avaient bien souvent des places particulièrement marquées dans l'organisation et dans l'institution. Le changement d'EHPAD a donc également été accompagné par un changement partiel des professionnel·les, qui a également pu participer à déstabiliser certain·es résident·es.

En amont du déménagement, il a donc fallu répondre aux craintes des résident·es concernant ce dernier, et ce tant en termes de lieu, d'environnement ou encore de relations. Eliane, animatrice, fait part de ce travail de réassurance auprès des résident·es : « Notre travail c'est de les rassurer, rassurer les familles, que ça va bien se passer ». Avant le déménagement, elle avait donc collecté et répondu aux nombreuses demandes des résident·es, et avait également organisé une réunion avec le directeur afin d'apporter des informations supplémentaires aux résident·es<sup>57</sup> :

*« Il y a beaucoup de questions. [...] On s'est rassemblés, on a discuté, j'ai relevé toutes leurs questions, toutes leurs angoisses, et quand j'ai pu y répondre j'ai répondu, j'ai fait tout remonter à Monsieur Laurin. Et la semaine prochaine Monsieur Laurin prend un temps et sera à même de répondre à toutes les questions qui ont été posées. Qui choisit les chambres ? A côté de qui je vais être ? La superficie de la chambre ? Est-ce que je vais pouvoir emmener mes affaires ? Est ce qu'on pourra garder nos photos ? Est ce qu'on pourra accrocher des choses au mur ? Voilà, c'est tout ce qui touche à leur environnement, à leur vie ; c'est des gens qui ont vécu déjà plusieurs deuils avant d'arriver ici : le deuil d'un conjoint, d'une maison qui faut vendre, d'une famille qui est peut-être un petit peu loin, [...] on leur a aussi en arrivant ici demander de se séparer non seulement d'une maison mais aussi de meubles, de choses personnelles, et là on va encore leur demander de se séparer encore d'autres choses ? Alors il faut les rassurer. Alors évidemment les superficies, l'agencement sera différent. Y a quelques grandes chambres ici, alors évidemment ceux qui avaient la chance d'avoir une grande chambre vont avoir un peu plus de petit mobilier perso, de choses qui seront moins faciles là-bas à amener, mais y aura d'autres facilités [...]. Il faut les rassurer là-dessus. Au contraire, ils pourront personnaliser leur chambre. [...] c'est une des premières choses qu'on demande aux gens, de personnaliser leur endroit, c'est à eux, c'est leur chez eux. Et puis vous savez, ça fait un certain nombre de mois que l'on parle de ce déménagement, avec des retards, reliés à la crise sanitaire qu'on connaît aussi, les aléas d'un chantier, on maîtrise pas toujours tout. Donc c'est vrai que plus on arrive au but, plus la pression monte. »* (Eliane, animatrice dans l'ancien EHPAD)

<sup>57</sup> Cf. ici le documentaire « De l'EHPAD à l'EHPAD » (15min à 19min30)

L'équipe de recherche, présente lors de cette réunion juste avant le déménagement, a pu également entendre les questionnements des résident·es. Ces derniers, extrêmement variables dans les sujets abordés, témoignent d'accroches différenciées dans le rapport à la vie en EHPAD.

Certains portaient sur les alentours (quelle vue depuis la chambre ? Y aura-t-il une vue sur les pompes funèbres à côté ?), d'autres sur les espaces privatifs (comment seront les chambres ?) ou extérieurs (le parc).

Des questions sur la possibilité de s'approprier le lieu et de garder les objets présents à Saint-André étaient également posées : sera-t-il possible d'amener des effets personnels (sa télévision, des peintures) ?

D'autres questions étaient d'ordre plutôt administratives : comment cela se passera pour les changements d'adresse ? Auprès des mutuelles ?

D'autres encore étaient d'ordre domestique/énergétique : comment sera chauffée la structure ?

Enfin, certaines autres questions abordaient des aspects relationnels de la vie en EHPAD : pourra-t-il y avoir des animaux ? Est-ce qu'il y aura davantage de personnel ? Est-ce qu'il sera possible de dormir à deux ?

Cette réunion a été mise en place afin de répondre aux interrogations des résident·es, mais d'autres manières de les inclure dans ce « processus » étaient également à noter. Ainsi, à plusieurs reprises, certain·es résident·es ont été convié·es dans le nouvel établissement avant le déménagement : pour la pose de la première pierre<sup>58</sup>, ou encore pour des visites de l'établissement. Ces événements jalonnent donc le temps étiré de l'avant déménagement, dans un contexte où celui-ci a été plusieurs fois reporté au regard des conditions sanitaires et des retards de chantier. Le déménagement a été finalement réalisé début novembre 2020<sup>59</sup> : la présence de familles, souhaitée, n'a pu être finalement que minime. D'un appui pour gérer le déménagement des résident·es de Saint-André vers les Buissons, leur participation a dû se limiter à l'accueil de leurs proches dans la nouvelle structure, pandémie oblige.

### II. 3. 2. Une installation des résident·es complexifiée face à la situation pandémique : le temps des difficultés

Une fois arrivé·es dans le nouvel établissement, des précautions ont été prises et les équipes s'en sont trouvées renforcées. En effet, le temps du déménagement était vu comme un temps charnière, qui pouvait être vécu avec difficultés pour les résident·es :

*« Nous on est très vigilants avec l'équipe de soin, le médecin coordinateur et le cadre de santé, de mettre en place pendant une semaine des renforts d'équipe pour justement solliciter les résidents pour qu'ils ne soient pas dans leur chambre, comme quoi c'est la fin parce qu'ils ont déménagé. »*  
(Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)

<sup>58</sup> Là encore, il en est question dans la presse locale dès l'automne 2018 :

[Xertigny. Les travaux du nouvel établissement d'hébergement pour seniors avancent \(vosgesmatin.fr\)](http://www.vosgesmatin.fr/actualites/region/2018/10/10/xertigny-les-travaux-du-nouvel-établissement-dhébergement-pour-seniors-avancent/)

<sup>59</sup> Comme en témoigne les articles de presse locale suivants :

[-Vosges | Seniors. Les résidents de l'Ehpad de Xertigny déménagent \(vosgesmatin.fr\),](http://www.vosgesmatin.fr/actualites/region/2018/10/10/vosges-seniors-les-résidents-de-léhpad-de-xertigny-déménagent-(vosgesmatin.fr),)

[-Trois ans de travaux et un nouvel EHPAD pour Xertigny - Articles \(vosgesmag.fr\),](http://www.vosgesmag.fr/actualites/region/2018/10/10/trois-ans-de-travaux-et-un-nouvel-ehpad-pour-xertigny-articles-(vosgesmag.fr),)

[-Photos. Les résidents de l'Ehpad Saint-André de Xertigny déménagent dans leur nouvel établissement \(vosgesmatin.fr\).](http://www.vosgesmatin.fr/actualites/region/2018/10/10/photos-les-résidents-de-léhpad-saint-andré-de-xertigny-déménagent-dans-leur-nouvel-établissement-(vosgesmatin.fr).)

« *Le syndrome de glissement, on en a vu apparaître avec le covid avec l'isolement, et puis on sait qu'à l'entrée en EHPAD ça arrive, et puis que ça arrive aussi pendant les déménagements. Parce que les repères sont très importants.* » (Monsieur Barbier, directeur en intérim aux Buissons)

Il s'agit alors **d'un temps à surveiller et à accompagner afin de limiter les déprises des résident·es**, dans un contexte où déménagement et confinement ont amené à des décès imprévus, comme en témoigne cette aide-soignante. Sont alors évoqués de nombreux syndromes de glissement :

« *On a subi le covid et le déménagement et sur certains résidents ça a eu un effet très négatif. Y en a qui sont tombés malades du covid et qui s'en sont pas remis, alors qu'on avait considéré qu'ils étaient pas au bout de leur vie... Mais on a eu des gens, « j'ai changé d'établissement je suis malade je mange plus, je ne fais plus rien »... Ça a été le cas ici de personne qu'on a perdu et qu'on aurait pas forcément du perdre, y avait pas de problème respi', on les a pas envoyé à l'hôpital pour ça.* » (Marjorie, aide-soignante ayant connu les deux EHPAD)

La superposition de plusieurs événements, d'une part la pandémie, de l'autre le déménagement, amène donc à des fins de vie inattendues et imprévisibles.

En effet, peu de temps après l'emménagement, le covid touche pour la première fois massivement le lieu. Les résident·es vivent alors un confinement en chambre plus restrictif. La séparation imposée du fait du covid a donc amené à des vécus d'isolement forts, tant pour les ancien·nes que pour les nouveau·elles qui devaient alors passer leurs premiers quinze jours sur place dans leurs chambres seulement :

« *Quand je suis arrivée ici, ça n'a pas du tout été tout rose hein. Je suis arrivée pendant le covid et j'ai été isolée pendant 15 jours avant de pouvoir aller dans la salle à manger. [...] J'ai pleurniché pendant quinze jours* »  
(Madame Cerizet, résidente arrivée aux Buissons)

Ce sont d'abord les professionnel·les permettant d'assurer la continuité de soins qui demeurent sur place mais face aux vécus des résident·es, ce sont ensuite d'autres professionnel·les qui se voient appelé·es afin de permettre aux résident·es de conserver certaines relations et une certaine activité, comme en témoigne Thomas.

Les familles et les résident·es ne peuvent se voir, et les décès se font sans que les proches puissent faire leur deuil :

« *Je pense que le covid a quand même fait pas mal de torts à l'EHPAD, parce que c'était peut-être considéré comme des mouroirs, on avait plus le droit d'aller en visite, moi j'ai un peu des mauvais souvenirs de cette période parce que c'était un peu difficile de voir des gens décéder, et que la famille n'ait pas la possibilité de faire son deuil entre guillemets en voyant le défunt, c'était un petit peu difficile. Euh, pendant la période covid, j'ai organisé des entretiens, mais des entretiens à distance de 3 mètres, d'un fils et de sa maman, euh, d'une fille et de son papa, fin c'est assez* »

*compliqué à gérer pour eux. Ils avaient pas de contact pendant 3 mois donc c'était une période assez compliquée »* (Thomas, enseignant en éducation physique adaptée)

En décembre, les conditions sont toujours mauvaises. Plusieurs professionnel·les se souviennent du fait que les résident·es aient dû passer la journée de Noël isolé·es, non seulement de leurs familles mais aussi des autres résident·es dont ils/elles étaient proches, et ce dans un contexte habituellement festif :

*« Donc c'est vraiment la période de Noël je m'en souviens où le covid est arrivé, ici tout du moins, et ça a été un petit peu difficile pour les résidents parce qu'ils ont pas pu fêter Noël correctement, avec les copains copines qui étaient là. »* (Thomas, enseignant en éducation physique adaptée)

L'énergie des équipes se retrouve confrontée aux conditions difficiles, l'horizon des futurs projets s'éloigne et avec lui la relance d'activités :

*« On avait plein de projets mais le covid nous a un peu coupé les pattes. Y avait une collègue qui voulait faire une danse, y a plein de choses qu'on voulait faire mais le covid nous a empêché. »* (Annick, infirmière ayant connu les deux EHPAD)

Les résident·es tentent également d'apporter un soutien aux professionnel·les dans cette période, jusqu'à ce que cela devienne trop dur et trop long :

*« J'ai essayé de les faire un peu rire au début, mais là, je suis un peu lasse... il serait temps qu'ils puissent remettre quelque chose en route, ça s'éternise »* (Madame Deseigle, résidente ayant connu les deux EHPAD, quelques mois après l'installation aux Buissons)

Dans ce contexte, la perte des activités et des temps collectifs se fait ressentir par les résident·es.<sup>60</sup>

Pour ces dernier·es, il s'agissait alors également de voir des proches mourir sans pouvoir leur dire au revoir. **Le nombre important de décès de résident·es à cette période a contribué à déstabiliser les autres résident·es.** Nombreux et nombreuses sont les résident·es à m'évoquer des camarades perdu·es, et des deuils faits difficilement au vu du contexte sanitaire :

*« Cette histoire de covid qui nous est tombée dessus, ça a démolie pas mal de gens. Y a quand même eu 5 morts ici. Dont 3 au bout du couloir. [...] On a perdu des ami·es hein. La chambre à côté, une dame, l'autre au-dessus, un autre monsieur avec qui on avait sympathisé, ça faisait un moment qu'ils étaient à Saint-André... Et puis ils ont été embarqués lestement hein. »* (Madame Deseigle, résidente ayant connu les deux EHPAD)

---

<sup>60</sup> Par ailleurs, ce sont aussi des personnes qui réalisaient certaines activités qui sont parties. C'est notamment le cas de la personne qui assurait la chorale. Pour Madame Deseigle, l'arrêt de l'activité « chant » a été particulièrement difficile.

« *On avait des tables de 6 ou de 8, bah tu sais quand y en avait un qui manquait bah ça y était quoi... [...] Moi je sais que ça m'a marqué beaucoup parce que [...] je n'avais pas beaucoup vécu ça. J'ai perdu mon papa, ma maman, bon c'est sûr mais... mais des ami·es comme ça... ça m'a marqué quand même tu vois. Je pense surtout à une dame, qui était avec nous [à table].* » (Madame Maurer, résidente ayant connu les deux EHPAD)

C'est également le cas de Monsieur Munier, qui a été malade du fait de la covid. Alors que l'équipe lui demande s'il est resté en chambre et si cela a été compliqué pour lui, celui-ci répond :

« *Un peu si mais bon, y en a qui sont au cimetière, donc voilà. Moi j'y suis pas alors c'est rien, ce n'est qu'un détail.* » (Monsieur Munier, résident ayant connu les deux EHPAD)

A côté des décès d'autres résident·es, le vécu de la maladie, aussi compliqué ait-t-il été, est fortement relativisé par le résident.

La présence au long cours dans l'EHPAD a participé à multiplier ces vécus de deuils, vis-à-vis de personnes mortes du covid ou dans d'autres parcours de fin de vie. Si les personnes âgées et très âgées sont de « grand·es endeuillé·es », les vécus de décès de personnes âgées en EHPAD ont cela de spécifique qu'ils se font côté à côté, et que la continuité de la vie de celles et ceux qui restent se fait à l'endroit du décès de ces proches. Dans le contexte pandémique, il s'agissait néanmoins de **savoir ses proches mourir sans pouvoir pour autant leur dire au revoir, dans une « ritualité funéraire perturbée »** (Clavandier, 2020).

A cette fatigue généralisée des résident·es s'ajoutait également le fait que le changement d'établissement porte avec lui une **présence plus marquée des normes**. Le fonctionnement à flux tendu de la structure semblait également modifier les relations qu'entretiennent les résident·es et les professionnel·les entre elles/eux. **L'installation dans un nouveau lieu demandait une nouvelle organisation du travail**, qui a peiné à s'installer. Ce manque de prise en compte de la nécessaire ré-organisation du travail est notamment évoqué par le directeur en intérim, qui a été en fonction de décembre 2020 à avril 2021 :

« *Ce sont des locaux différents, des organisations différentes, on n'a pas eu le temps de se pencher sur ses organisations, ce qui pêche un peu aujourd'hui. On a eu deux clusters, un à Bains-les-Bains à novembre-décembre, un courant décembre-janvier à Xertigny, le personnel et l'encadrement s'est focalisé sur ces clusters et sur la mise en place des commandes etc. pour les vaccinations. Ça a été du temps « pris » au détriment de la mise en place de nouvelles organisations. On a transposé des organisations de Saint-André aux Buissons, on a adapté rapidement, mais ça mériterait d'être mis à plat* » (Monsieur Barbier, directeur par intérim aux Buissons)

La cadre de santé, toujours en poste actuellement, évoque également cette difficulté :

« *Un gros établissement comme celui-ci demande beaucoup d'attention ! [...] Xertigny il y a quand même beaucoup de choses à niveler. Faut retourner la marmite, [...] Faut tourner la cuillère pour que ça tourne bien dans le bon sens, vous voyez ce que je veux dire. [...] Donc ça veut dire qu'il*

*y a un peu plus de présence à Xertigny* » (Madame Colnet, cadre de santé ayant connu les deux EHPAD)

La conjoncture défavorable, regroupant déménagement, covid, désorganisation du travail et fatigue accumulée, a donc affecté les professionnel·les comme les résident·es en limitant de fait leur appropriation de ce nouveau lieu. Partageant le quotidien, les difficultés d'appropriation étaient donc également conjointes.

II. 4. Les attraits des Buissons pour les professionnel·les : un investissement fort, une amélioration possible, des espaces plus définis et plus ergonomiques

II. 4. 1. Le déménagement : un moment d'élan professionnel et un espoir d'amélioration du lieu de travail

Comme nous l'avons vu, le nouvel EHPAD était une réponse à la vétusté croissante de Saint-André ainsi qu'à ses effets sur les professionnel·les. Ainsi, le déménagement représentait un **moyen potentiel d'amélioration du quotidien de travail**, du fait de l'achat de matériel adapté et de la construction de locaux récents. Contribuer au déménagement d'un EHPAD revêtait alors un caractère singulier, voire exceptionnel, qui dépassait l'ordinaire et qui portait un espoir pour les équipes. C'était donc le **rassemblement autour d'un projet commun** qui se trouvait de fait porteur pour les professionnel·les. Certain·es le voyaient comme un **temps fort dans leurs carrières**, d'autres comme un challenge. Dans tous les cas, ce temps était vu comme un temps à part, un temps de potentiel changement et donc stimulant. Ce sont là autant d'éléments qui peuvent contribuer à susciter l'engouement et l'adhésion des équipes dans ce nouveau projet. Ces sensations se comprennent également du fait d'une organisation atypique, qui a amené d'une part à faire travailler en groupe des personnes ne travaillant pas forcément ensemble habituellement, et de l'autre à voir les **frontières entre les différentes professions et missions décalées**.

Ainsi, l'ancien directeur donne l'exemple de ces dépassemens de rôles :

*« Il se passe toujours des choses autour d'un déménagement. Evidemment, on fait pas des journées de 7 heures, évidemment, y a beaucoup de travail... Mais y a une adrénaline, qui crée une cohésion d'équipe, où chacun dépasse un peu son rôle. Je vais prendre la visseuse, pourquoi pas, par exemple, s'il faut, et les infirmières feront autre chose que leur travail. »* (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)

Une des infirmières renseigne également cette dynamique, participant à souder des équipes en transformation du fait du départ et de la reconfiguration du groupe infirmier<sup>61</sup>:

*« Je pense que quand on a dû se mettre en groupe, pour organiser des choses, fait que ça engendre une cohésion de groupe »* (Annick, infirmière ayant connu les deux EHPAD)

<sup>61</sup> En effet, ce dernier a été fortement modifié du fait du changement d'EHPAD. Seule une des infirmières actuellement en poste a connu les deux EHPAD. Deux infirmières ayant exercé dans l'EHPAD Saint-André ont quitté la structure à ce moment-là, une pour partir à la retraite, l'autre pour changer d'établissement. Ce changement dans la composition des équipes a amené à une facilitation du travail infirmier du fait de tensions internes moins marquées.

Avoir la possibilité d'investir ce temps de renouveau, prendre place dans la réalisation d'un tel événement, génère un sentiment de fierté des soignantes, que cet investissement ne soit pas toujours reconnu :

*« Le jour-là, tout le monde était dans l'euphorie, dans l'action. C'est une bonne expérience. On participe à créer quelque chose de nouveau. En termes d'organisation de l'espace de vie, de l'espace de travail nous on a vraiment impulsé le truc pour que ça se passe au mieux. Maintenant on est bien rodées, en un an, on peut être fières de nous ! On nous l'a pas forcément dit, mais en un an, on a quand même réalisé le truc de A à Z ! »*  
(Marjorie, aide-soignante ayant connu les deux EHPAD)

Par ailleurs, les échanges au cours de la recherche questionnent la pratique professionnelle au regard notamment de la trajectoire professionnelle des agent·es et de la position dans leurs parcours. Il est de fait intéressant de constater que certain·es professionnel·les, tendanciellement plus âgé·es et ayant eu des expériences professionnelles dans d'autres secteurs, **apprécient la qualité de vie que leur permet le travail en EHPAD vis-à-vis notamment de structures hospitalières**. C'est ce que nous explique notamment une des infirmières, arrivée aux Buissons :

*« C'est l'eau et le vin. Je revis. Professionnellement je revis. J'habite à côté, je viens à pieds, je fais pas de nuit, je fais un week-end sur 4 »* (Sandra, infirmière arrivée aux Buissons)

Auparavant en service de gériatrie, elle apprécie également pouvoir davantage échanger avec les résident·es là où cette communication était moins possible. On retrouve ici une répartition par âge où l'aspect relationnel de l'EHPAD ainsi que ses conditions de travail font l'objet d'un attrait pour des personnes ayant connu d'autres structures au fonctionnement plus technique avec une moindre présence de la dimension relationnelle (Douquet, 2003)<sup>62</sup>, et des populations aux profils plus dégradés.

De plus jeunes professionnel·les, notamment remplaçantes, évoquent notamment l'attrait de cet **aspect relationnel** en EHPAD. C'est notamment le cas d'une ASH réalisant des remplacements à l'EHPAD, et qui compare ses activités en et hors la structure. Là où elle réalise ailleurs des ménages sans nécessairement avoir de contacts, l'EHPAD lui paraît plus attristant du fait de cet échange avec les résident·es.

Ici, plus qu'une dimension relative à cet EHPAD, c'est un attrait relatif à la dimension relationnelle plus présente en EHPAD qui amène à une attache plus forte à la structure.

**II. 4. 2. Des espaces professionnels améliorés : des espaces et des équipements plus adaptés**  
A travers l'aboutissement de ce projet, certaines des volontés espérées dans l'aménagement du nouvel EHPAD ont pu se réaliser. C'est ce qui transparaît dans les dires de **certaines professionnel·les qui se sont senti·es écouté·es au cours du processus, et pour qui le**

<sup>62</sup> Des réflexions analogues ont également été développées par des cuisiniers qui avaient l'habitude de travailler dans des restaurants et qui ont évoqué préféré le rythme et le contact permis par l'EHPAD à l'organisation et aux relations dans d'autres formes de restauration.

**changement d'EHPAD a pu être classant et permettre une amélioration de leurs espaces de travail.**

C'est notamment le cas du cuisinier qui fait part de son avis sur la nouvelle cuisine, qui le ravit :

*« Que du bonheur ! Vous verriez la cuisine qui est là-bas [aux Buissons], c'est formidable ! C'est le top du top ! »*

*« La nouvelle cuisine, j'ai participé au plan, le matériel c'est le top du top, jusqu'au sol : c'est pas du carrelage, c'est pas du balatum, c'est un sol presque souple, ça amortit pour le dos et la colonne vertébrale. Si quelque chose tombe, ça casse pas, ça fait pas de bruit. On a des autociseurs, on peut faire des cuissons de nuit, ça va changer les horaires, ça va changer la facette du travail. Mettre en route le soir le bourguignon puis le matin vous arrivez, il est cuit ! Ça s'est vraiment chouette. »* (Yves, cuisinier ayant connu les deux EHPAD)

Il s'agit donc là de modalités d'investissement tant au niveau du matériel que du bâti. Ces investissements sont, de fait, vus comme des leviers permettant une amélioration du travail, à travers des effets sur les horaires, la répétitivité, ou encore les troubles musculo-squelettiques. Le recours à du matériel récent permet également de limiter certaines tâches répétitives mais obligatoires :

*« Le temps qu'on perd, c'est plutôt à faire des relevés de température, vérifier, contrôler, refroidir. Maintenant, ça va être automatique. Dans la nouvelle cuisine, les températures des chambres froides se feront automatiquement. Ça s'enregistre directement sur le PC, donc c'est encore un gain de temps. »* (Yves, cuisinier)

Pour les professionnel·les amené·es à silloner l'EHPAD dans son entièreté et dont l'activité n'est pas focalisée sur un espace principal, les éléments d'adaptation ne se font pas tant par l'agencement des espaces que par l'achat de matériel. D'un point de vue du soin, le déménagement est augmenté d'un achat de matériel neuf, tels des lève-personnes, limitant le travail de manipulation et surtout de portage des résidents lors des soins et des gestes quotidiens (levers, couchers).

D'autres changements pour le mieux sont également à noter pour des territoires professionnels très délimités, avec par exemple le cas des bureaux ou des espaces dédiés à une activité professionnelle.

C'est notamment le cas vis-à-vis de la pharmacie :

*« Je pense que lorsque les anciennes infirmières ont déménagé [...], on leur a créé la pharmacie qu'elles voulaient avec les armoires qu'elles voulaient, il y a eu cette écoute-là de la direction, avec les outils... donc elles sont parties, mais la nouvelle équipe je pense qu'elle apprécie. C'est quand même des beaux locaux, c'est clarteux »* (Madame Colnet, cadre de santé ayant connu les deux établissements)

Par-delà cette question des espaces dédiés à des corps de métier, c'est aussi la question d'espaces dédiés à certain·es professionnel·les qui se pose. Ainsi, plusieurs personnes ont été amenées à changer de bureau du fait du déménagement, et se retrouvent désormais dans des **lieux plus adaptés**.

Monsieur Barbier, l'un des cadres, est de celles et ceux-ci : il a depuis son arrivée dans le nouvel EHPAD un bureau à lui. On voit alors comment **les dynamiques de déménagement « donnent des moyens » spatiaux aux cadres**. Son activité se voit dès lors accueillie dans un bureau privatif là où il devait avant partager ce dernier. Au regard de son rôle, il nous évoque l'attrait que représente le fait d'avoir un espace qui permette une certaine intimité, en garantissant la confidentialité de ce qui est dit, dans des contextes par exemple où des professionnel·les sont amené·es à venir le voir pour des situations complexes.

Il en va de même pour la cadre de santé, qui a pu choisir son bureau, au regard de sa position dans l'établissement mais également de sa superficie :

*« Je l'ai choisi, oui. Ici je l'ai choisi ! J'avais le choix entre trois bureaux, celui du médecin co, qui est vide, qui est vraiment communiquant avec le bureau de soins, le petit bureau juste à côté, où on a installé l'ergothérapeute qui n'est plus là non plus d'ailleurs<sup>63</sup>. Mais il était trop petit pour moi avec tout mon bazar ce n'est pas possible... J'ai porté mon choix sur celui-là parce qu'il est biscornu ! Et il est à côté, sans être complètement, ça leur laisse, elles, une intimité, et moi aussi, [...] Parce que si j'avais été dans le bureau du médecin co, la porte elle aurait toujours été ouverte, [...] elles n'auraient pas eu... je pense qu'il faut que... je n'ai pas à tout savoir non plus. [...] donc moi j'ai choisi ce bureau là et je m'y plais beaucoup. Parce que voilà, je l'ai aménagé à ma petite sauce... Je ne pouvais pas être dans un bureau impersonnel, j'ai du mal. [...] Mais ici, j'aime bien moi ! Je pense que c'est important aussi qu'il y ait un petit peu de chaleur, parce que quand je reçois, c'est souvent un peu le bureau des pleurs ici aussi. »* (Madame Colnet, cadre de santé ayant connu les deux EHPAD)

On voit donc ici que **l'aspect choisi du lieu en favorise l'appropriation**. Par ailleurs, des critères tels que la luminosité et l'ambiance sont utilisés pour veiller à la création d'un climat propice tant pour elle que pour les personnes qui s'y rendent et pour qui le bureau peut faire office de « bureau des pleurs ». Cette dernière a également fait son choix au regard de ce rapport à la « bonne distance » entre les équipes de soin et elle-même : à proximité d'elles pour qu'elles puissent échanger ensemble, mais à une distance suffisante pour pouvoir leur laisser un espace à elles.

On retrouve également cette volonté de discréetion à travers les propos d'une des psychologues, qui évoque préférer l'espace individuel des chambres pour faire des entretiens, qui ont un caractère « privé », et se limiter à « du superficiel » en salle à manger.

<sup>63</sup> A l'arrivée dans le nouvel EHPAD, les deux professionnel·les étaient en fonction. Pour des raisons personnelles comme professionnelles, ces dernier·es sont désormais absent·es et l'EHPAD n'a pas trouvé de remplaçant·es. De fait, un de ces bureaux, attenant à la salle de transmission, sert de bureau polyvalent. Equipé d'un ordinateur, il permet notamment aux infirmières de rédiger leurs transmissions dans un lieu calme ou encore de passer commande. Dans un contexte d'accroissement du travail administratif, ces pratiques sont par ailleurs particulièrement courantes, et prennent un temps conséquent de leurs horaires de travail.

Dans le cas de l'animateur et de l'éducateur sportif, on voit ici comment c'est plutôt la **proximité spatiale et relationnelle** qui est valorisée du fait de cette nouvelle organisation. Dans ce contexte, on voit comment le fait de partager un bureau permet alors de créer un territoire certes partagé mais aussi commun :

*« Je pense qu'en fait c'est quand même une bonne chose, parce que justement on a la possibilité d'échanger davantage. Qu'on aurait peut-être pas fait autant si j'étais toujours dans mon bureau. Je pense que c'est très important quand même d'avoir cet espace d'échange parce que je suis [...] côté plutôt paramédical, avec mes séances collectives, c'est de l'activité physique adaptée mais ça reste quelque chose de social, où les personnes profitent d'un moment convivial, et en même temps de travail. Donc j'ai cet aspect-là aussi qui est important et puis pour échanger, bah qu'est-ce que tu fais dans la semaine, bah je fais ça, ça, ça bah moi je fais ça, ça, ça. C'est plus facile que de se sortir de son bureau, aller voir Hugo., après re, re rentrer. On a le même espace, on avance bah tous les deux comme ça. »*  
(Thomas, enseignant en activité physique adaptée, ayant connu les deux EHPAD)

#### II. 4. 3. Des espaces multiples et polyvalents : une place pour chaque professionnel·le & des espaces à investir

Même si l'espace permet certaines proximités appréciées, le fait d'avoir un espace dédié à son activité est également un attrait pour l'enseignant en Activité Physique Adaptée (APA). L'architecture, si elle peut circonscrire ces territoires, peut aussi les laisser ouverts. C'est notamment le cas d'un couloir qui relie le coin télévision au PASA. C'est là que s'est installé Thomas, en charge de l'APA. On voit ici comment cet espace, non attribué, a de fait été investi par l'éducateur. Cette présence se concrétise par du matériel que celui-ci a désormais à sa disposition : c'est notamment le cas des barres parallèles qui permettent de travailler la marche et l'équilibre avec les résident·es, et qui viennent de fait inscrire l'activité dans l'espace. Il évoque ainsi la possibilité d'avoir pu créer ce qu'il appelle son « plateau technique », un espace dédié à l'activité où les personnes peuvent se croiser :

*« Moi j'aime bien, ça fait un peu mon petit plateau technique, y a mon petit vélo, y a les barres parallèles, parfois je mets une personne au vélo pendant que je fais travailler d'autres personnes, les personnes elles échangent un peu donc ça c'est assez sympa ça. »* (Thomas, enseignant en éducation physique adaptée)

On voit ici la centralité des barres parallèles dans la constitution de son espace d'activité : c'est ces dernières qui « font » le lieu. Cet achat de matériel, plutôt récent, a permis justement une amélioration de la qualité de travail et d'accompagnement du professionnel. Il évoque ainsi les avantages de ces barres, tant pour les résident·es que pour lui :

*« Pour des prises en charge qui sont compliquées, par exemple, R<sup>64</sup>, je me voyais pas reprendre le travail après l'opération avec le déambulateur sans barres parallèles ! C'est pas, c'est pas possible, c'est trop compliqué, ça*

<sup>64</sup> Il s'agit d'une résidente qui a fait de la rééducation au long cours après s'être cassé le col du fémur.

*demande trop d'efforts de ma part et c'est pas que je suis fainéant mais c'est juste que ça pourrait me casser, tu vois. Les barres parallèles, elle peut s'aider des mains courantes pour se verticaliser, le déambulateur, elle veut s'aider du déambulateur, elle tire le déambulateur vers elle et c'est pas elle qui se lève tu vois, et donc euh... y a un aspect de facilitation avec les barres parallèles et c'est pour ça que je les utilise beaucoup. [...] Bah avant c'est vrai que c'était un petit peu difficile de m'adapter parce qu'on n'avait pas de barres parallèles. Qu'est-ce que je faisais, bah tu vois, la barre courante derrière toi elle fait un petit peu plus que la barre parallèle, alors je mettais le fauteuil à ce niveau-là, elle attrapait un côté, je mettais un fauteuil de l'autre côté, on faisait la traversée, et moi je faisais le support de l'autre côté, donc on avait des adaptations. Mais c'est vrai que là c'est un super support [...]. Donc ça c'est cool !» (Thomas, enseignant en Activité Physique Adaptée)*

Par-delà ce matériel acquis, Thomas s'est également trouvé un espace de travail dédié qu'il apprécie. L'espace qu'il a investi est un espace d'entre-deux, situé dans un couloir, ce qui contribue à éviter l'aspect « fermé » des chambres. Cette **ouverture** est alors désirée, ce qu'il évoque notamment vis-à-vis des possibilités d'échange qu'elle génère.

Il en va ainsi de l'animateur qui apprécie également d'avoir pour espace de travail la « place du village », qui permet de faire de « grosses animations ». Pour ces professionnel·les, les espaces de l'animation et de l'activité physique adaptée sont des espaces à investir, d'autant plus dans un établissement très grand. Cette **pluralité de possibilités de lieux** est alors vue comme un atout et une complémentarité bienvenue :

*« Dans la maison, tout peut devenir une salle d'animation. Bah le PASA qui est utilisé une fois par semaine dans tous les cas pour le groupe PASA, sinon on fait beaucoup d'animations ici, mais moi je les fais en petit groupe ici. [...] Bah, la place du village. Les lectures du journal on les fait là aussi. Les petits salons qu'on peut trouver aussi quand tu fais des animations à peu de personnes [...] Quand Thomas fait son parcours il se met toujours au premier étage sur l'aile là au-dessus<sup>65</sup>, là-bas où il y a les barres parallèles, devant la salle de réunion là où y a les salons de coiffure... Thomas fait toujours des trucs ici. Non on occupe vraiment l'espace au maximum. Les chemins, quand on fait des pétanques, bah quand on a fait des barbecues l'autre jour, pareil... J'avais fait un quizz musical sur la terrasse aussi un coup où il faisait super beau [...] Faut en profiter, on a une grande structure ! » (Hugo, animateur aux Buissons)*

On voit alors comment les professionnel·les se créent des espaces tantôt attitrés, tantôt lieu d'ancrage ponctuels, en favorisant la discréption ou la communication, l'ouverture ou l'aspect contenant de ces lieux. **La possibilité d'avoir des prises sur ces dimensions (ouverture/fermeture, espaces personnels/espaces collectifs, petite échelle/grande**

<sup>65</sup> Il réalise également parfois des activités au rez-de-jardin, dans des petits salons tout en longueur qui se montrent propices par exemple pour des parties de pétanque.

échelle) favorise de fait un vécu positif de l'espace, en permettant des lieux adaptés aux pratiques et à leur cadre.

De plus, c'est également la possibilité de démultiplier les activités sur le même créneau horaire que permet la structure. C'est ce qu'y voyait l'ancienne animatrice avant même d'emménager aux Buissons, et ce qui se montre effectivement possible aujourd'hui. En ce sens, une multiplicité d'activités peut être prévue conjointement, comme nous avons pu le voir à plusieurs reprises lorsque l'animateur et l'éducateur en Activité Physique Adaptée travaillaient en même temps, ou encore lorsque les bénévoles proposaient des activités supplémentaires pour celles et ceux qui n'auraient pas pu<sup>66</sup> ou pas voulu participer à l'activité principale.

#### II. 4. 5. Un environnement plaisant et variable, une luminosité appréciée

Par ailleurs, de manière générale, tou·tes les professionnel·les évoquent des avantages partagés vis-à-vis de la nouvelle structure en termes d'environnement et d'ambiance. Dans ce contexte, **ce sont la luminosité et l'aspect spacieux du lieu qui est mise en avant** (un lieu « clarteux », selon l'ancienne animatrice, « avec une vue dégagée qui donne de l'élan », (selon la directrice), ou encore l'environnement autour de l'EHPAD avec l'aspect changeant des paysages d'un côté à l'autre de l'EHPAD, noté par une infirmière, ainsi que la « grande baie vitrée » et « la vue assez étonnante sur la campagne et la forêt » que souligne et apprécie l'actuelle directrice.

II. 4. 6. Les limites du nouvel EHPAD selon les professionnel·les : des espaces plus cloisonnés, des problèmes récurrents, des personnes déclassées et des proximités spatiales limitées  
Mais la nouvelle structure comporte également des impensés, des malfaçons et des manques dont témoignent les membres du personnel. Par ailleurs, la répartition et la composition des espaces, si elle peut être vue positivement, amène également à des aspects limitants.

En ce sens, l'aménagement de l'espace génère également des effets sur les pratiques et les reconfigure en partie. On retrouve ici les potentiels effets déclassants associés aux déménagements, et qui sont souvent davantage évoqués et vécus par les personnes des professions subalternes. **Là où la présence au long cours dans une structure permet une connaissance supplémentaire et la création d'une place à soi, le processus de déménagement peut venir affecter ces dernières** (Monjaret, 2001), en venant briser les effets bénéfiques d'une présence au long cours. On peut ici faire l'hypothèse que pour certaines professionnelles, le déménagement a renforcé « un mécanisme de « déstabilisation des stables » (Castel, 2007), d'autant plus perturbant que ces agents considéraient être définitivement à l'abri de l'insécurité, concrètement [...] et symboliquement grâce à leur statut d' « anciennes ». (Divay, op. cit)

##### A) *Les difficultés du déménagement et leurs effets au long cours : entre épuisement et désorganisation du travail*

Par ailleurs, l'installation dans le nouvel EHPAD a fait l'objet d'un investissement très marqué des équipes, qui ne s'en sont pas toujours senties remerciées ou reconnues dans leurs efforts. Le temps de l'après-déménagement laisse entendre ce vécu : nombreuses sont les

<sup>66</sup> Du fait notamment de limitations fonctionnelles et/ou cognitives plus marquées.

personnes ayant témoigné de la **surcharge de travail générée par le déménagement**, voire de la non-anticipation de la charge de travail que représentait ce déménagement. Cette question de la reconnaissance de ce travail en plus (et de la fatigue qui en résulte) est transversale. S'il est mis en avant par les aides-soignantes notamment concernant un investissement peu souligné, c'est aussi le cas d'autres professionnel·les à des positions plus élevées qui ont évoqués leurs investissements et les coûts physiques de ce dernier sur leurs corps (notamment liés au transport de matériel lourd). Il paraît d'ailleurs nécessaire de préciser que ce travail a été réalisé tout du long avec un effectif constant, et que le poids du déménagement était donc quasiment intégralement à charge des professionnel·les. C'est ce qu'évoque ici la cadre de santé de l'EHPAD :

Chercheuse : « Je me rappelle même dans les entretiens qui avaient été fait au moment du déménagement, y avait aussi cet effet-là, bon on va arriver dans un nouvel établissement, avec du changement de personnel et de fait de reconfigurer, comment on fait pour reconfigurer...

*Madame Colnet : Oui mais ça, ça demandait un boulot énorme quoi ! Ça demandait un boulot énorme qui n'avait pas forcément, je pense, été anticipé à sa juste mesure. Des trucs, des trucs bêtes, mais, faire les cartons des résidents, les amener dans la bonne chambre, les re-déballer dans la bonne armoire... il a fallu le faire. Et je n'avais pas plus de personnel, je n'ai pas été surdotée en personnel. Donc étant donné que je suis déjà en flux tendu toute l'année ... ça, y a bien fallu le faire. [...] A effectif constant. On a quand même fait un déménagement complet d'un EHPAD à effectif constant. Alors y a eu certes le jour du déménagement avec le parcours et une belle mobilisation. Alors là il y a eu un peu de bénévoles qui sont venues, oui c'est vrai, une belle mobilisation des personnels, il y avait eu un rallye, c'est vrai que c'était sympa, mais... il y a eu un boulot d'anticipation avant, c'était énorme. [...] Garder les cartons, tout, tout ! Stocker les cartons, faire le tri ! Mais c'est inimaginable ! Je ne pensais pas que c'était possible à moyen constant. Mais on a bien vu à un moment donné que, ah mince... [...] Ça a été compliqué. [...] En plus les locaux n'étaient pas forcément prêts ! (Rire d'exaspération) Les locaux n'étaient pas vraiment prêts, donc on pouvait pas stocker les trucs, C'était particulier quand même... » (Madame Colnet, cadre de santé)*

Dans ce contexte, la fatigue générée combinée à la non-reconnaissance du travail fourni, ainsi qu'au travail de ré-organisation conséquent à effectuer une fois sur le site, ont contribué à relativiser les attraits du nouvel EHPAD lors des premiers moments d'installation. La ré-organisation du travail, conséquente, a toujours cours aujourd'hui. Ce travail a de fait amener à une présence progressivement plus marquée de la cadre de santé à Xertigny :

*« Normalement je fais moit-moit. Mais dans la réalité je fais souvent lundi mercredi à Bains les Bains, mardi jeudi à Xertigny, et le vendredi, c'est vrai que le vendredi, je me rends compte, souvent je suis ici maintenant. [...] S'il faut je vais à Bains. Avant je faisais vraiment [...] un vendredi sur deux à Bains, un vendredi sur deux à Xertigny. Là je me rends compte depuis le*

*déménagement de la glissette, et les vendredis souvent je suis ici. »*  
(Madame Colnet, cadre de santé)

On voit alors comment, par-delà les questions architecturales, la gestion du déménagement est à saisir au long cours, dans un contexte de modifications plus générales d'organisation du travail.

*B) Des possibilités et des limites à la participation : un enjeu central de l'appropriation des lieux*

Par-delà ces aspects relatifs au changement de l'EHPAD, la question de la participation à la réflexion et au choix influence également les vécus dans le nouvel établissement. Ainsi, la réflexion sur l'espace, même si elle a été partiellement co-construite, n'en est pas moins à saisir comme prise dans des rapports de pouvoir pré-existants, qui attribuent à chacun·e un rôle spécifique, ainsi qu'à des contraintes organisationnelles qui limitent là encore les possibilités de participation. Ainsi, **il s'avère que la plupart des professionnel·les ayant pu s'investir dans la conception de l'EHPAD semble davantage satisfait·es, là où les personnes qui ne se sont senties que partiellement écoutées continuent à se faire critique de certaines limites de la conception.** C'est donc la question de la participation des agent·es qui se pose, pas seulement en termes de présence mais également de prise en compte des avis exprimés. La réflexion sur le vécu de la conception et de l'intégration des professionnel·les à la conception architecturale serait donc un point important de compréhension des enjeux relatifs au déménagement. En effet, on observe différents degrés d'implication dans le processus entre celles et ceux qui ont émis des suggestions sur l'aménagement (le cuisinier) et celle et ceux qui ont pu par exemple choisir leur lieu d'exercice (les cadres) ou enfin, celles et ceux qui se sont vu·es attribuer des espaces sans en avoir le choix (l'enseignant en APA qui a dû changer de bureau). Tous ces éléments amènent à considérer la possibilité de se voir dégager du temps de travail pour participer aux temps de réunion, de se sentir pris·e en compte dans ses suggestions ou réflexions, que celles-ci soient réalisables, d'avoir un pouvoir décisionnel ou non. Une des infirmières me relatera par exemple la difficulté à accepter et donc à mémoriser des noms d'unité pour lesquelles les professionnel·les de soin n'avaient pas forcément été consultées, alors que ces dernières circulent sans cesse dans les locaux. Elle m'évoquera alors n'en avoir mémorisé à ce jour que la moitié, et avec des moyens mémo-techniques en lien avec sa pratique (par exemple, savoir que l'unité Seringa est proche de l'infirmérie, puisque le nom de cette dernière comporte le mot « Seringue »). On voit donc ici un **contraste manifeste entre une pensée symbolique du lieu, portée ici par le recours du directeur aux noms de plantes présentes dans l'ancien parc pour nommer les unités, et une pensée pratique de celui-ci, portée ici par les circulations quotidiennes des soignantes dans l'établissement.**

*C) Des professionnelles au ménage et aux soins déçues par des conditions de travail que partiellement allégées*

Pour toutes ces raisons, certain·es professionnel·les peuvent vivre à certains endroits des formes de stagnation, d'« immobilité » (Sarzier, 2020) là où pour d'autres le déménagement a permis une certaine ascension ou tout du moins une amélioration de leur cadre de travail. Cela conditionne de fait l'expérience du déménagement et le vécu du nouvel EHPAD. C'est **ce sentiment d'immobilité qui est transcrit à travers, par exemple, des aménagements qui étaient attendus mais qui n'ont pas été réalisés, ou des achats qui n'ont finalement pas été faits.** Ces réactions semblent par ailleurs plus répandues chez les professionnelles ayant davantage d'ancienneté et étant également plus âgées que les autres membres du

personnel, questionnant de fait également la question du vieillissement du personnel à ces postes. Nous reprenons ici les constats de Martin Sarzier qui évoque l'« instance de socialisation professionnelle principale » que représentait l'ancien EHPAD pour ces dernières, dans un contexte où « les dispositions et les savoir-faire qu'elles [y] ont acquis sont désormais dévalués », et où leurs résistances à une nouvelle organisation peuvent être lus comme de la rigidité et un manque d'adaptabilité (Sarzier, *art. cit.*). Un exemple de ces résistances pourrait être celui, à priori surprenant, d'une aide-soignante ayant connu les deux EHPAD. Lors d'une discussion sur un temps de pause, cette dernière évoque préférer les douches de Saint-André, alors même que celles-ci étaient décriées par d'autres collègues plus jeunes y ayant également travaillé. Il semble par la suite que cette position concernant les douches révèle aussi d'une résistance vis-à-vis d'une ré-organisation des soins causée par le changement de structure.

Certains aspects de l'EHPAD des Buissons sont donc critiqués par les professionnelles du soin. Au projet se heurte sa réalisation, amenant à questionner des promesses non tenues, une amélioration du travail annoncée mais qui finalement ne s'est pas faite entièrement, au regard d'une charge de travail qui est toujours constante. C'est par exemple le cas de certaines AS qui évoquent les systèmes de transfert sur rails qui avaient été évoqués à un moment du projet, pour finalement ne jamais être installés. « On nous a vendu du rêve », nous dira-t-on. Cet écart crée de fait de la désillusion : le projet de l'EHPAD n'a pas tant permis, pour certaines professions, la facilitation du travail escomptée. Dans un contexte où ces postes sont reconnus pour leurs risques professionnels, l'achat limité d'aides techniques a un effet sur les corps des soignantes. Nous retrouvons ici les constats issus de l'enquête Sumer<sup>67</sup> 2017 (Memmi, Rosankis, Sandret, Duprat, Leonard, Morand, Tassy (INRS), 2019), qui mettaient en avant le fait que « les aides-soignant(e)s figuraient parmi les professionnels les plus concernés par le port de charges lourdes » et qu' « en milieu de soins, ce sont les agent[e]s de la fonction publique qui sont les plus impacté[e]s par les changements organisationnels (changements de l'organisation du travail dans l'établissement, restructuration ou déménagement). » (Memmi & al, *art. cit.*)

Il en va de même du rapport à la superficie de l'établissement, qui avait été mis en avant par les professionnel·les dès leurs premiers mois d'installation dans les nouveaux locaux. En effet, plusieurs professionnelles du soin déplorent la « longueur des axes ». C'est notamment le cas de cette aide-soignante, quelques mois après le déménagement :

*« On a plus d'espace, en fait y a beaucoup beaucoup de salons, qui sont pas forcément occupés, mais qui font que les axes sont plus longs »* (Marjorie, aide-soignante ayant connu les deux EHPAD)

Ou encore d'une autre collègue AS qui partage le même constat :

*« Par contre l'établissement est très très grand, on marche beaucoup, beaucoup »* (Myriam, aide-soignante ayant connu les deux EHPAD)

L'ancien directeur, lorsqu'il était en poste, a toujours mis en avant la superficie équivalente des deux EHPAD. Néanmoins, ce sont les déplacements au sein de ce dernier, du fait même de la taille des couloirs et de l'ajout de petits salons qui rajoutent de la longueur aux unités, qui continuent à être ressentis au quotidien par les soignantes. Là encore, ces

<sup>67</sup> Il s'agit de l'acronyme pour « Surveillance Médicale des Expositions des Salariés aux Risques Professionnels ».

aménagements étaient initialement pensés pour favoriser le lien social mais aussi l'accessibilité du lieu aux résident·es qui se trouve mis en tension avec la pratique des professionnel·les.

De la même manière, le projet initial devait permettre des liaisons facilitées à travers l'installation de plusieurs ascenseurs. Cela n'a pas été fait et conduit aujourd'hui à certaines situations d'attente mais également de problèmes liés aux pannes. Lorsque l'ascenseur ne fonctionne pas, le service des repas doit se faire intégralement à la main, amenant les professionnelles à monter et descendre les escaliers pour servir les résident·es aux différents étages :

*« La semaine dernière, l'ascenseur est tombé en panne... Un ascenseur dans un établissement neuf comme ça... Un ascenseur qui tombe en panne, vous imaginez à l'heure des repas ? Pour monter les plateaux, déjà, il faut les monter à la main dans les escaliers, il faut que quelqu'un tienne la porte, parce qu'il y a les grooms de portes<sup>68</sup> et tout le bazar, une résidente qui est restée bloquée dans l'ascenseur pendant une heure... Moi je prie le ciel pour qu'il tienne dix ans, parce que dans 10 ans, j'espère bien que je serai en retraite ! (Elle soupire) »* (Madame Colnet, cadre de santé)

On voit donc bien ici comment ces évènements couplés à ces situations qui ne semblent pas s'améliorer pèsent sur le vécu des professionnel·les. Pour les plus ancien·nes, vieillissant dans l'institution, cette inertie peut apparaître d'autant plus lassante. A cela s'ajoutent leurs conditions de travail, qui pour certaines, sont faites de contrats à durée déterminée, notamment aux postes d'exécution (ASH, AS). Instabilité de la place dans l'institution<sup>69</sup> et immobilité quant aux problèmes présents se combinent alors, comme en témoigne le retour de certaines ASH fatiguées par leurs parcours au sein de l'institution dans des conditions précarisantes qui reculent leur accès à la retraite. Un déménagement qui crée des distances entre professionnel·les

Plus généralement, le déménagement affecte également les dynamiques relationnelles et les proximités. Comme nous l'avons vu, l'EHPAD de Saint-André était marqué par une polyvalence des espaces et une faible compartimentation de ces derniers. Si cette organisation spatiale pouvait être vue négativement pour certain·es, il s'avère qu'elle était aussi pour d'autres un aspect positif qui favorisait des proximités entre professionnel·les. C'est notamment le cas de Thomas qui évoque les avantages des espaces peu cloisonnés au regard des liens développés :

*« J'avais un peu le sentiment que Saint André faisait un petit peu plus familial. [...] Là, on est un peu chacun dans son bureau. A Saint André, j'avais même pas de bureau fixe moi. J'étais dans le coin des administratifs, et puis on pouvait échanger etc., là euh... bah je les vois pas, presque une fois ou deux par jour en coup de vent, mais on prend pas le temps de discuter comme on pouvait discuter à Saint André parce que justement c'était un petit peu plus familial, on arrivait dans le même bureau bah on*

<sup>68</sup> Il s'agit de bras automatiques de fermeture des portes.

<sup>69</sup> Cette instabilité est également celles de jeunes recrues, qui aimeraient sortir des contrats courts mais qui se retrouvent soit en compétition entre collègues soit en gestion d'urgence par exemple en remplacement, mais sans avoir de place stable dans la structure. A plusieurs reprises, nous avons pu entendre ces discussions entre professionnel·les.

*discutait un petit peu, là... »* (Thomas, enseignant en activité physique adaptée)

La dimension collective du bureau mentionné, partagé par des personnes de différentes professions, permettait alors des discussions aujourd’hui rendues impossibles par ce processus de cadrage des lieux qui laisse moins de place aux rencontres interprofessionnelles.

De la même manière, Mathilde, remplaçante dans le secteur administratif, regrette quelque peu cette distance du secteur vis-à-vis du reste de l’EHPAD. Elle évoque alors se sentir moins au contact des personnes<sup>70</sup>, ce qui représente pour elle un manque vis-à-vis de postes occupés auparavant où elle était sans cesse en contact avec le public. Elle profite alors des temps de midis pour échanger avec les résident·es et les autres professionnel·les en mangeant à proximité de ces dernier·es. Là encore, c’est l’attrait pour la dimension relationnelle qui ressort dans les pratiques de Mathilde.

On voit ici les aspects ambivalents de l’organisation spatiale. Si la nouvelle organisation a permis la création de territoires professionnels mieux définis, il a aussi « mis des murs » entre les différents professionnel·les, mais aussi vis-à-vis des résident·es. Les relations professionnelles ont de fait été déplacées, modifiant alors les proximités, la circulation d’information mais aussi les discussions plus informelles qui contribuent à la création de liens.

*D) Des dysfonctionnements qui ajoutent du travail supplémentaire aux professionnel·les*

Par-delà l’organisation spatiale et ces changements relationnels, d’autres problèmes sont à signaler. Un vendredi où nous sommes à l’EHPAD, nous entendons soudainement un bip. Il s’agit de tableaux de contrôle électrique qui signalent un problème. Ce jour-là, l’agent technique est absent, et personne n’est en mesure de régler la situation. A d’autres reprises, j’apprends d’autres difficultés rencontrées. C’est notamment le cas lorsque Damien (cadre PHVS) évoque qu’il a dû se lever en pleine nuit à la suite d’une coupure de courant. Il est donc venu régler le souci aux environs de 3h du matin. Ces problèmes sont aussi mentionnés par l’équipe de cuisine. Lorsque je les interroge au sujet des cuissages de nuit, l’un d’entre eux me précise qu’elles ne sont plus d’actualité car cela avait tendance à générer des soucis d’ordre électrique. Là encore, un écart naît entre le projet initial, les installations et leur effectivité. On voit donc comment la question de l’installation électrique a des effets dans le quotidien de nombreux·ses professionnel·les, qui se retrouvent amené·es à effectuer un (sur)travail d’entretien, là où de nombreuses installations électriques avaient pour but d’alléger le travail des professionnel·les.

<sup>70</sup> La directrice, travaillant dans la même aile, porte pour sa part un tout autre regard sur la place de l’équipe administrative dans la structure, peut-être dû à d’autres organisations de l’espace connues ou encore de pratiques de déplacements au sein de l’établissement. Elle nous précise alors que pour elle, c’est « un lieu de travail qui permet de construire beaucoup de liens, du fait de la partie administrative à l’entrée ». Elle évoque également la circulation dans l’établissement :

« *Quand on veut se rencontrer avec l’équipe, ou simplement se transmettre des informations, on est tenu·es de traverser cette place du village, cet espace dédié, où forcément on dit bonjour, on dit deux mots, ça conforte l’échange. C'est pas comme quand on a des bureaux qui peuvent être dans un secteur et puis l'espace de vie, l'espace dédié, l'espace résidence, dans un autre secteur. Là effectivement c'est une grande enfilade. Il y a l'entrée, le secteur administratif sur la droite, et on arrive quasiment tout de suite sur la place du village* » (Madame Vallée).

D'autres difficultés sont également présentes, notamment vis-à-vis de la plomberie. En discutant avec les résident·es, ils et elles m'apprennent que Yohan, un des techniciens, est la personne qui répare notamment les problèmes de toilettes, très fréquents :

*« Il y a un problème de WC qui a fui. A l'intérieur, la chasse d'eau qui a fui. Ça a inondé les chambres en dessous. »* (Monsieur Munier, résident ayant connu les deux EHPAD)

Je constate par ailleurs en échangeant avec le dit technicien qu'il ne s'agit pas de ses domaines de formation, ce qui montre justement cette logique d'extension des savoirs faire au regard des besoins rencontrés et des défaillances constatées dans l'établissement.

A cela s'ajoute également des problèmes liés au chauffage, qui génèrent d'autres difficultés : le chauffage au sol tend à générer des flaques d'eau, flaques d'eau que les ASH doivent nettoyer en plus de leur nettoyage habituel, du fait notamment du risque de chutes que cela représente.

Il y a également eu des problèmes d'arrêt du chauffage qui ont amené là-aussi à devoir trouver des solutions afin que les résident·es ne souffrent pas du froid<sup>71</sup>.

Qui plus est, le système de climatisation est défaillant, ce qui amène les professionnel·les à travailler par des températures très hautes : une des soignantes m'évoque ainsi avoir dû travailler longuement par 26°. Face à ces problèmes, les professionnel·les tendent alors à comparer avec d'autres systèmes connus, par exemple l'ancien système de chauffage/ventilation qui existait à Saint-André et qui limitait les températures très élevées. Dans ces contextes, les professionnel·les de soin et d'entretien, et d'autres, sont alors mobilisé·es pour limiter les effets négatifs potentiels sur les personnes vivant ou fréquentant l'EHPAD, mais également à les subir au quotidien : c'est alors une charge supplémentaire qui s'ajoute à leurs missions initiales.

Tous ces éléments nous amènent à considérer le travail de maintenance conséquent, à envisager comme un « soin des choses » (Denis & Pointille, 2022) que les professionnel·les doivent accomplir en plus de leurs tâches attribuées. Cela n'est pas sans renvoi à la notion de « MacGyverisme » mobilisée par la cadre de santé<sup>72</sup>, et qui évoque en fait des « solutions ingénieuses improvisées afin de résoudre un problème »<sup>73</sup>. Cette importance de toutes ces activités de travail qui ne sont pas dans les protocoles ou dans les fiches de poste, qui s'improvisent, amène à considérer un travail de soin des infrastructures peu visible et peu évoqué. Ce dernier est d'autant plus difficilement supportable que l'établissement est récent.

#### *E) Des impensés dans la conception qui limitent l'appropriation*

Au-delà de cela, ce sont également des impensés liés à la conception et au mobilier qui sont mentionnés : une salle de bains entièrement vitrée et sans évacuation d'eau, des étagères dans les chambres où les soignantes se cognent souvent du fait de leur hauteur, des barres d'appui dans les toilettes qui ne permettent pas aux résident·es de se lever seul·es,

<sup>71</sup> Avant d'apprendre l'existence de ce problème, une résidente m'avait évoqué avoir froid dans sa chambre. Cette dernière, souvent alitée et/ou en chambre, se trouvait au premier étage, dans l'unité qui rencontrait ce problème de chauffage.

<sup>72</sup> La cadre de santé y voit aussi un aspect appréciable de son travail. Ce terme peut toutefois être compris de manière moins positive.

<sup>73</sup> Je reprends ici la définition qui est donné de ce néologisme peu commun en français, à partir de sa définition dans le monde anglophone.

nécessitant dès lors l'appui des soignantes, des lampes mal positionnées... Là encore, ces malfaçons conduisent à une augmentation de la charge de travail et des sollicitations. Ces malfaçons sont d'autant plus mal vécues qu'elles se recoupent parfois avec le sentiment de ne pas s'être senti·es écoutée·es lorsqu'on les a mises en avant :

*« J'ai fait remonter à la commission architecture. J'ai eu l'impression de pas être écoutée. Les portes à galandage sont trop près, les résidents ont besoin d'aide pour se lever. J'ai signalé mais rien n'a changé » (Annick, infirmière)*

Ces dernières sont donc reconnues par l'ensemble des professionnel·les, comme évoqué lors d'un Conseil de Vie Sociale, mais il n'en reste pas moins que peu de réponses peuvent y être apportées. Par ailleurs, plusieurs éléments sont évoqués également par les proches ou par les bénévoles, tels que les **barres de seuil qui rendent difficile les déplacements au quotidien, ou encore l'accessibilité complexe de l'extérieur de l'EHPAD, avec un revêtement non adapté, une déclivité forte et un manque de bancs.**



*Un terrain en déclivité qui rend plus complexe les déplacements (ici, vue des escaliers depuis le rez-de-jardin)*

Peu à peu, se construit donc un sentiment d'immuabilité vis-à-vis de certaines limites du bâtiment. Celles-ci passent alors d'un problème à signaler à une difficulté vis-à-vis de laquelle les professionnel·les et les résident·es ne peuvent que s'habituer et faire avec, en se résignant et en « bricolant », comme c'était le cas à Saint-André.

#### *F) Des espaces peu investis du fait d'un manque de professionnel·les*

Enfin, et comme nous l'avons vu au cours des pages précédentes, certains espaces demeurent peu investis à ce jour. Plus qu'un rejet, il s'agit davantage d'un effet du manque de professionnel·les au sein de l'EHPAD, souvent nommé en termes de « crise de l'attractivité » des métiers du secteur. **L'EHPAD rend visible, du fait de sa taille, les absences de professionnel·les qui y avaient une place mais qui ne se sont finalement pas installé·es dans la structure** (ergothérapeute, médecin coordinateur·rice). On y trouve donc des bureaux où sont notés sur la porte les fonctions des professionnel·les attendu·es, mais absent·es.

De la même manière, ce sont aussi des occupations saisonnières, dépendant des contextes, des arrêts de travail, des départs, qui se remarquent aussi dans l'établissement. En ce sens, beaucoup d'activités dépendent des effectifs et sont suspendues lorsque les effectifs ne sont pas suffisants. Il en va ainsi par exemple de la tenue du PASA, qui se fait dans une salle dédiée, mais qui tend à être déprogrammé lors des moments où les effectifs sont sous-tension, et qui le sont assez fréquemment lors des périodes de congés estivaux notamment.

L'occupation de l'espace dépend alors également en grande partie des professionnel·les recruté·es ou non recruté·es, en sous-effectif ou en effectif stable.

## II. 5. Attraits et limites du nouvel EHPAD selon les résident·es

### II. 5. 1. Des améliorations retenues par les résident·es : un EHPAD hôtelier, des commodités plus présentes et de ses effets en terme d'autonomie et de confort

Du côté des résident·es aussi, certains aspects de l'EHPAD des Buissons sont salués, d'autres décriés. Nous reviendrons ici sur ces attraits et limites retenus par celles et ceux qui habitent l'EHPAD.

#### A) *Un aspect luxueux et spacieux très apprécié*

D'une part, **l'aspect hôtelier de l'établissement est souvent apprécié par les résident·es et leurs proches**. Il contraste avec l'EHPAD de Saint-André et son aspect plus sommaire. Une résidente nous raconte que ses petits-enfants lui disent :

« *Mémé on croirait que t'es dans un hôtel* » (Madame Chapelier, résidente arrivée aux Buissons).

Une autre résidente, Madame Maurer, nous précise que l'établissement lui fait penser à la résidence de vacances où elle allait parfois en hiver avec son mari. Ces retours sont confirmés par ce qu'en dit la directrice, résumant les avis cités ci-dessus :

« *Il y a des familles qui disent, c'est comme dans un cinq étoiles, c'est comme un hôtel avec ce grand volume, le fait que la salle à manger donne sur la batterie de cuisine...* » (Madame Vallée, directrice de l'EHPAD Les Buissons)

L'importance de l'aspect hôtelier est donc retenue comme un potentiel avantage, à distance des représentations négatives que pouvaient avoir certaines personnes des EHPAD, notamment à leur arrivée dans la structure<sup>74</sup>. La taille de l'établissement permet alors d'éviter une promiscuité redoutée<sup>75</sup>. Nous le reverrons plus tard, à travers notamment l'usage d'espaces qui se voient personnalisés par les résident·es, et qui viennent agir comme un espace à distance au sein même de l'institution. Par ailleurs, là où l'ancien EHPAD ne disposait pas d'espace clairement dédié aux animations, la place du village permet désormais un cadre optimal pour celles-ci.

<sup>74</sup> Il est par ailleurs probable que le « standing » du nouvel établissement ait joué un rôle dans le décalage de certaines admissions au moment du déménagement. En effet, plusieurs nouveaux/nouvelles résident·es ont attendu pour entrer directement aux Buissons, et d'autres ont évoqué être déçu·es en arrivant à Saint-André, déception amoindrie par l'entrée aux Buissons. Cela a certainement influencé également le profil des résident·es, avec des plus de résident·es qui n'étaient pas originaires de la commune.

<sup>75</sup> Bien que pour d'autres, nous le reverrons, elle accentue l'impression de distance par rapport aux autres résident·es apprécié·es.

*B) Des éléments qui participant à la possibilité de faire par soi même*

De la même manière, la présence des commodités telles que les douches individuelles permet aux résident·es de bénéficier **d'un certain confort et d'une certaine prise de distance vis-à-vis de l'organisation collective** des douches qui existait dans l'ancien EHPAD. Pour celles et ceux qui le peuvent, cette présence de la douche et des toilettes dans les chambres en fait un territoire individuel et personnel, en bref, un territoire sur lequel ils et elles peuvent avoir des prises. C'est ainsi par exemple qu'une des résidentes me soulignera l'avantage de pouvoir passer autant de temps qu'elle veut sous sa douche et dans sa salle de bains :

*« Ça m'a impressionné ma petite salle de bains. Parce qu'on m'a toujours dit que dans les EHPAD, on pouvait prendre son bain qu'une fois par semaine, parce qu'il y a des EHPADs où y a quand même, la salle de bains sur le palier... alors, on laissait aux gens une demie-heure pour la douche et puis c'est tout. Alors, quand j'ai vu qu'il y avait une petite salle de bain alors ça a été vraiment... D'ailleurs, je passe beaucoup de temps le matin dans la salle de bains ! »* (Madame Cerizet, résidente arrivée aux Buissons)

De la même manière, un résident m'évoque l'attrait de pouvoir gérer tout seul le moment des douches, sans avoir à négocier avec le personnel :

*« On a déjà plus de place [aux Buissons], on a plus d'indépendance, on a nos chambres et nos douches indépendantes. On fait comme on veut. Que là-haut fallait tout le temps attendre [...] puis fallait respecter des heures. »* (Monsieur Aubry, résident ayant connu les deux EHPAD)

Le confort permis par ces dernières est également apprécié d'un autre ancien résident :

*« [A Saint André] y avait une salle d'eau, mais y avait pas la salle de bains dans la chambre. Alors que là c'est complet, il fait chaud, y a un sèche serviette »* (Monsieur Munier, résident ayant connu les deux EHPAD)

On voit ici, encore une fois, comment le changement d'EHPAD vient redistribuer spatialement les proximités et les distances entre chaque personne et influe aussi sur des fonctionnements plus ou moins individualisants ou collectivisants. De fait, pour les résident·es pouvant encore faire par elles/eux-mêmes, **le quotidien est simplifié et les contraintes temporelles amoindries**.

II. 5. 2. Des limites du nouvel EHPAD et des regrets vis-vis de l'ancien EHPAD : un fonctionnement rigidifié, des proximités déplacées, des échelles démesurées et un temps limité pour les ancien·nes résident·es

Malgré ces volontés de conception très marquées et les réussites de ce nouveau lieu, il n'en reste pas moins que certain·es résidentes restent toujours critiques de certains aspects de la structure. Du côté des ancien·nes résident·es, le rapport au nouvel établissement sont variés, et semble à saisir au regard de l'ancienneté au sein de l'EHPAD Saint-André mais aussi de la position des personnes, relative notamment à leur état de santé, à leur âge, et à leur réseau relationnel (centré sur l'institution ou à l'extérieur de celle-ci).

**A) Modernité des services, ancienneté des résident·es ? Une prise en compte partielle des résident·es les plus âgé·es**

Comme pour les professionnel·les, le rapport au nouvel établissement se lit également au regard de la participation et de l'investissement antérieur dans le projet de déménagement. Un point de tension est à lire au regard de la participation de ces dernier·es, que l'ancien directeur évoque :

*« Une partie des résidents a été associée depuis le début, depuis le concours architecte sauf que les résidents malheureusement ont une durée de séjour très courte et que c'est pas les mêmes, ceux qui étaient là au début malheureusement nous ont quitté, donc c'est d'autres, mais ils sont associés à travers le comité de vie sociale et leurs représentants et puis de façon informelle, dans la salle à manger, quand je les croise ». (Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD)*

On voit donc comment la question de la participation à la conception s'achoppe à celle de la durée de vie en EHPAD, reprenant de fait la distinction ancien·nes/nouveaux·elles : ainsi, comment inclure dans le projet de conception des résident·es qui ne le verront pas forcément ? Est-il possible d'anticiper pour orienter la conception en direction des « résident·es de demain » ? En quoi peut-on affirmer qu'elles et ils seront différents ? Comment intégrer et concilier les effets d'époque, de génération et d'âge ? Les aspirations des « seniors » d'aujourd'hui peuvent-elles être considérées comme des critères pour se projeter sur leurs volontés de demain ? Enfin, à quel point est-il envisageable de mettre « de côté » les ancien·nes résident·es qui vont effectivement vivre dans ce nouveau bâtiment ?

A ce titre, plusieurs aides-soignantes nous ont dit que **certains lieux de l'EHPAD n'avaient pas encore la population adaptée à ces services**, autrement dit, **que le fait de penser l'EHPAD de demain amenait à concevoir des espaces peu saisis par les résident·es d'aujourd'hui** : c'est par exemple le cas du bain à bulles, qui n'est jamais utilisé (cela peut également être expliqué en grande partie par le fait que la pièce dédiée à ce dernier soit vitrée). Désormais, la pièce sert donc de lieu de stockage, de matériel, de linge, d'oxygène. On voit alors comment les différences générationnelles se posent au regard de nouveaux usages : s'ils peuvent inclure une partie des ancien·nes résident·es, ils se trouvent néanmoins en décalage avec une partie de ces dernier·es.

On constate également que l'impression d'avoir été consulté·e ou tout simplement d'avoir reçu les informations nécessaires influence également, du moins temporairement, le vécu des résident·es. Il en va par exemple ainsi de cette résidente qui a pu voir la pose de la première pierre, étant de fait présente à un moment « symbolique » de cette transition d'un EHPAD vers l'autre.

**B) Relations bousculées, proximités déplacées : des liens modifiés entre résident·es**

Nous nous concentrerons ici tout particulièrement sur les résident·es ayant eu des difficultés à se faire au nouvel établissement<sup>76</sup>, qui se trouvent être majoritairement des personnes très âgées et/ou avec une santé déjà dégradée. Nous tenterons alors de rendre compte des

---

<sup>76</sup> Bien sûr, d'autres résident·es ont envisagé ce déménagement plus sereinement, mettant tantôt en avant une certaine équivalence (ici ou là il y a et aura du bon comme du mauvais), tantôt soulignant les améliorations qu'apporteraient le nouvel EHPAD.

pertes matérielles, positionnelles et/ou relationnelles qu'ils et elles estiment avoir connu en passant de Saint-André au Buissons.

L'EHPAD est un lieu traversé par de nombreuses relations entre résident·es. Ces relations ont elles aussi été reconfigurées par le déménagement et d'autres dynamiques. **L'ambiance de l'EHPAD Saint-André, évoquée comme portée par un fort esprit de camaraderie et une interconnaissance assez marquée, semble avoir été « abîmée » par le changement d'EHPAD.**

On voit donc ici des modalités qui rendent plus difficiles l'appropriation sont partiellement architecturales mais aussi en grande partie relationnelles. La modification de ces configurations relationnelles resserrées peut s'expliquer de différentes manières. C'est en partie dû à la dispersion des résident·es à différents endroits de la structure, comme l'évoque Madame Deseigle :

*« Le bâtiment c'est beau, c'est un beau bâtiment, mais ce qui manque c'est ça, qu'on se trouve isolé·es »* (Madame Deseigle, résidente ayant connu les deux EHPAD)

On retrouve ici la réflexion sur les échelles : là où Saint-André incarnait une certaine mesure, le nouvel EHPAD est vu comme un lieu « démesuré », dans le sens qu'il met de la distance entre des personnes auparavant proches. Pour reprendre les propos de Manon Labarchède, « l'échelle interroge le rapport à l'autre et la distance tant physique que sociale que l'on veut et peut mettre vis à vis de ceux qui nous entourent. » (*op cit*, 97)

En passant à un paradigme plus hôtelier, c'est la place individuelle qui est élargie au détriment du collectif, et c'est donc une distance qui s'est mise entre des résident·es qui ne le désiraient pas.

Cette question des échelles est également rendue visible à travers des espaces très peu appropriés, et bien souvent vides de résident·es. C'est notamment le cas d'une majorité des petits salons conçus à l'entrée et à la fin des unités : seuls deux d'entre eux font l'objet d'un investissement marqué, à la fois dans la décoration à la fois à travers la présence physique des résident·es en son sein (sur plus d'une dizaine de salons).

La présence des résident·es, dans ces autres unités, est plus fonctionnelle que choisie par ces dernier·es : en effet, ils et elles peuvent y être emmené·es lors des temps de ménage des chambres ou encore lors des temps d'aide alimentaire les midis et les soirs.

Il semble néanmoins important de souligner que cette dynamique a évolué au fil des ans, après l'arrivée aux Buissons.

*C) Une accessibilité intérieure difficile qui complexifie la prise de repères*

Au-delà de ces modifications au niveau de l'environnement, se pose également la question du bâtiment en soi. Dans ce contexte, la question du changement d'établissement renvoie également à un épisode conséquent de modifications du quotidien. **Déménager revient alors à devoir à nouveau reconstruire des habitudes et adapter des techniques du corps** (Mauss, 1934) spécifiques qui permettraient de circuler dans ce nouveau lieu. Pour les personnes ayant de plus en plus de problèmes, qu'il s'agisse au niveau de la mémoire, de la motricité ou encore de la vision, la circulation dans l'établissement est davantage compromise. Deux femmes interrogées, avec des problèmes oculaires très marqués, rendent

compte des difficultés et des appréhensions relatives au fait de devoir trouver de nouveaux repères dans la nouvelle structure.

*Madame Balmart : « Des fois je dis, j'en ai marre, marre ! Je voudrai aller chez les aveugles.*

Chercheuse : Et ça c'est depuis que vous avez vos problèmes aux yeux vous vous faites la réflexion, « est ce que je bouge, est ce que je reste ici ? »

*Oh la la la (elle marmonne). Y a fallu que je m'adapte ici quand même ! De Saint André à ici ! Je tâtais les murs pour savoir où j'étais...*

Parce que quand vous étiez à Saint André vous les aviez déjà ces problèmes aux yeux ?

*Moins, beaucoup moins. C'est la DMLA sèche. J'avais un œil, là, qui voit plus rien, et puis celui là à moitié. Ici, je suis chez moi... ça m'arrive de taper dans les murs, de taper dans les tables, de taper dans les gens, hein, ça gueule ! »* (Madame Balmart, résidente ayant connu les deux EHPAD)

De la même manière, **les personnes dont les possibilités de se déplacer sont réduites appréhendent également les possibilités à continuer à se déplacer par elles-mêmes, sur des parcours qu'elles ne connaissent pas.** On voit ici **comment la fréquentation au long cours d'un établissement fabrique des « prises » sur le quotidien, qui permettent dès lors aux personnes de pouvoir se déplacer et se repérer sur place.** C'est cet équilibre difficile à maintenir qui se voit bousculé par le déménagement.

Madame Deseigle, résidente ayant connu les deux établissements, rappelle dès lors comment « le temps presse », et qu'il faut au plus vite re-créer ces habitudes de déplacements. Bien que ces difficultés aient été prises en compte, notamment en faisant le choix de mettre les résident·es les plus autonomes au rez-de-chaussée, il n'empêche qu'inévitablement, les personnes résidant à cet étage, certes avantagées par cette position dans l'établissement, voient apparaître des difficultés au déplacement que même la proximité avec les centralités de l'EHPAD ne peut effacer, comme en atteste ici deux filles de résidentes :

*Christine : « Mais je trouve que les personnes en fauteuil roulant, quand elles sont sur le même palier, c'est quand même facile que de prendre leur fauteuil roulant, le remettre dans l'ascenseur... [...]*

*Suzanne : et puis c'est pareil ! Maman, quand elle est arrivée, elle était en déambulateur quand même ! Là elle est en fauteuil, tu vois, ça change. Bah tu vois, le jour où elle va être alitée, qu'elle aura besoin de soin, est ce qu'elle va, est ce que ça va pas... Si elle est obligée des fois de remonter à côté de l'infirmérie...<sup>77</sup>. »* (Suzanne et Christine, filles de résidentes)

---

<sup>77</sup> Une infirmière nous évoque les effets du vieillissement des résident·es entré·es à Saint-André : certain·es d'entre elles et eux, qui résidaient à l'étage et qui étaient arrivé·es à l'EHPAD en bonne santé, ont été confronté·es à des difficultés au fur et à mesure que leurs problèmes d'autonomie se sont renforcés.

On voit alors les difficultés de déplacement relatifs aux personnes en fauteuil roulant, qui sont pourtant majoritaires aux Buissons.

Il n'empêche que ces déplacements, souvent relationnels, « pour aller voir » quelqu'un, sont de fait, limités. C'est également le cas pour les nouveaux et nouvelles résident·es, telles que Madame R. Cette dernière a eu l'habitude au cours de sa vie de jouer avec deux autres femmes, toutes deux désormais résidentes à l'EHPAD. Ayant des problèmes de chute, elle ne se sent pas à l'aise d'aller voir ses connaissances et ce bien qu'elles résident au même étage.

*D) Des effets négatifs non attendus de l'architecture : problèmes d'échelle et confusion des lieux*

Nous avons donc vu comment le nouvel EHPAD générait et génère des difficultés pour les résident·es dans l'espace en termes de repérage, et cela notamment du fait de l'étendue du nouvel EHPAD : cela participe de fait à limiter les relations entretenues entre résident·es.

Monter ou descendre : une confusion relative aux étages

**Mais ces difficultés de repérage sont également à lire au regard des modalités de déplacements et à la structuration des étages.** C'est ce qui a notamment été constaté vis-à-vis de la confusion assez marquée entre étages, notamment vis-à-vis du rez-de-jardin. A de nombreuses reprises, des résident·es pensaient descendre quand ils et elles montaient, ou monter quand ils et elles descendaient. Certain·es nous ont également évoqué s'être perdu·es en arrivant au mauvais étage :

*Monsieur Dubois : « Et puis maintenant ça y est, j'ai trouvé l'truc, quand je sors de ma chambre je sais par où passer pour retourner à la salle de restaurant (rire).*

Chercheuse : Vous aviez eu des problèmes pour trouver votre chemin pour aller vers la salle de restauration au début ?

*Bah oui puisque quand j'entends dire qu'il faut descendre pour aller dans ma chambre, moi j'ai l'impression qu'il faut monter (rire).*

Hum, vous êtes au rez-de-jardin ? Vous êtes au -1 ?

*Ouais (rire)*

Ça vous est arrivé de vous tromper d'étage...

*Bah si, si, ça arrive, ça m'arrive quelques fois de me tromper d'étage quand y'a, quand y'a dans l'ascenseur des personnes qui s'arrêtent pas au même truc si, si, donc si par hasard elles ont...appuyé sur un bouton qu'est le bon pour eux mais qu'est pas le bon pour moi je...J'me retrouve à un endroit (rire) où j'me retrouve plus (rire).*

Mais du coup dans ces cas-là comment vous faites pour vous réorienter, pour savoir où est ce que...

*Monsieur Dubois : Bah j'essaie de redescendre à un endroit où je connais bien puis je...*

Chercheuse : Vous reprenez, vous avez des trajets réguliers c'est-à-dire que vous descendez à la salle de restauration et de là vous savez aller à votre chambre c'est ça ?

*Monsieur Dubois : Eh...oui. Faut monter à rez-de-jardin. Alors si entre temps y'a une personne qui s'arrête au premier étage, au niveau 1 eh... ça, ça me bloque tout... parce que je sors pas à rez-de-jardin, j'ressors au premier étage alors que c'est pas au premier étage que je dois aller (rire). »*  
(Monsieur Dubois, résident arrivé aux Buissons)

Cette confusion est sûrement à lire au regard de la configuration du bâtiment. Ainsi, l'EHPAD a été construit sur plusieurs niveaux différents. L'entrée/la sortie se font pour les visiteur·ses au rez-de-chaussée, par l'extérieur de la structure. Le rez-de-jardin, pour sa part, donne sur le parc mais se retrouve de fait plus bas que le rez-de-chaussée, en tout cas, plus bas que l'entrée visiteur·ses (cf. Annexe 5. Quelques photos et plans permettant de visualiser la configuration des Buissons).

On peut donc évoquer le rôle que joue la configuration architecturale dans la sensation de confusion que décrivent les résident·es. Mais par-delà cette question spatiale, la notion-même de rez-de-jardin ne parle que peu aux résident·es rencontré·es. Elle est par ailleurs très peu utilisée par ces dernier·es. Son abréviation sous la forme de « RDJ », encore plus rare, est donc très probablement peu ou mal comprise. Pour autant, c'est bel et bien cette abréviation qui est utilisée dans l'ascenseur – ascenseur qui est le moyen de déplacement majoritaire voire presque unique des résident·es<sup>78</sup>.

On peut donc penser que ce moyen de déplacement qui ne permet pas de voir si l'on monte ou l'on descend, associé à un étagement et une appellation complexe, contribue à générer des confusions. A cela s'ajoute les habitudes acquises au long cours : ainsi, pour certain·es ancien·nes résident·es, leurs repères n'ont été que difficilement actualisés dans le nouvel EHPAD<sup>79</sup>. C'est ce qu'évoque Christine vis-à-vis de sa maman, qui vivait à Saint-André à l'étage :

*«Maman elle montait tout le temps... Quand elle desc... alors attends, non, elle descendait tout le temps. Maman était tout en bas, au rez de jardin. Mais quand elle montait là, elle descendait. Parce que dans l'ancien bâtiment, elle descendait. Alors dans sa tête, elle descendait. « Ah bah je vais descendre ». Je lui disais même plus, non tu montes, mais elle savait bien trouver, mais, elle descendait. Et puis elle avait pris l'habitude au départ de descendre dans l'ancienne maison de retraite, donc elle descendait, alors c'est resté comme ça »* (Christine, fille d'une résidente ayant connu les deux EHPAD)

<sup>78</sup> En effet, beaucoup de résident·es, y compris celles et ceux qui peuvent encore se déplacer sans fauteuil sur des distances courtes, nécessitent les fauteuils sur des distances longues.

<sup>79</sup> Elle ajoute à cet exemple le fait qu'au cours de sa vie professionnelle passée, des déplacements de résident·es d'une chambre à une autre, dans des configurations différentes, ont pu être particulièrement déstabilisantes pour les résident·es. Nous apprenons également par les infirmières que ces déplacements tendent le plus possible à être évités, sauf quand des situations de santé nécessitent un rapprochement vis-à-vis des centralités soignantes du 1<sup>er</sup> étage, du fait notamment de cette volonté de limiter la perte des repères.

Ces confusions d'étage sont fréquentes, et la psychologue de l'EHPAD témoignait également du rôle très déstabilisant de ces changements de chambres, à travers l'exemple du vécu d'un résident qui avait dû changer de chambre et s'était retrouvé dans une chambre quasi identique mais « à l'envers ». Ce changement l'avait alors fortement perturbé.

Dedans ou dehors : des configurations qui produisent de la confusion

Les couloirs et les salons peuvent également amener à des interrogations. Plus que les espaces en eux-mêmes, c'est leur combinaison à d'autres éléments qui vont amener à ces questionnements : par exemple, ce sont la conjonction de certains positionnements des personnes dans l'espace, des déplacements des professionnel·les et de la configuration de l'établissement qui amènent à des incompréhensions. Les couloirs deviennent facilement des rues et la présence des soignantes renforce parfois des interrogations pour les personnes avec des troubles cognitifs et/ou restreints dans leur mobilité qui peinent de fait à saisir ce qui les entoure.

Il en va ainsi des différents temps de rencontre avec Madame Drouot, une résidente avec des troubles cognitifs qui se matérialisent souvent à travers l'impression d'être dans des situations d'opposition entre plusieurs camps, de secrets, etc. Les passages fréquents dans les couloirs alertent la résidente qui pense être dans une situation où les personnes présentes font partie de deux camps différents.

*Nous voyant passer à plusieurs reprises dans les couloirs, elle nous interroge souvent : « vous êtes avec eux ? ». Nos réactions amènent à la conforter dans son idée : elle pense alors qu'on lui cache quelque chose qu'on ne voudrait pas lui dire (journal de terrain).*

Il est fort probable que les réactions des personnes environnantes, qu'il s'agisse de visiteur·ses ou d'autres résident·es qui ne savent pas comment réagir, renforcent le vécu des personnes du fait de la difficulté à se positionner par rapport à celle-ci. Dès lors, le flou subsiste pour cette femme.

Des situations analogues s'observent également avec un autre résident, Monsieur Colnot. Ce dernier, en fauteuil, a souvent la porte ouverte. Il est alors amené à entendre les passages des professionnel·les dans le couloir mais sans les voir. Dans ce contexte, ce dernier s'interroge souvent sur les personnes qui passent et qu'il ne voit pas.

Cet élément a par ailleurs été soulevé par des proches de résident·es qui déplorent le positionnement des fauteuils :

*Nicole : « mais là quand ils sont au premier ils sont tournés vers les tables, ils tournent le dos au passage, ils ne voient, rien que le mur hein. Alors y en a deux que je tourne pour qu'ils voient un peu le parking. Mais y en a 3 autres, 4 autres, bah ils sont vraiment... Sans un mot, sans un son et le mur. [...] C'est dommage.*

*Christine : après c'est peu de chose de tourner un résident de bonne manière quoi [...]. T'amènes quelqu'un, tu le mets de façon à ce qu'il voit du monde.*

*Nicole : bah oui, tu le mets le dos tourné aux chambres, qu'il voit même si c'est que des aides-soignantes qui passent régulièrement mais bon. [...] Ils*

*entendent les gens passer dans leur dos. Rien que ça, supprimer le dos au passage. Et puis au dernier moment quand le chariot arrive, le repas, il est temps qu'ils les remettent... mais ils pourraient les remettre plus face au passage*

*Christine : ou au parking, voir tout ça, ça occupe*

*Nicole : qu'ils voient quelque chose ! Parce que là les tableaux à force tu dois les connaître par cœur hein. [...] Je passe les dimanches matin, je me dis, c'est quand même dommage quoi. Voilà. Surtout qu'on peut...*

*Suzanne : on peut améliorer, oui*

*Nicole : oui, c'est pas des gros travaux*

(Nicole, Suzanne et Christine, proches de résident·es)

Enfin, ce sont également d'autres confusions qui se repèrent à travers l'extérieur et l'intérieur de l'institution qui se confondent. Comme nous l'avons précisé, des espaces traditionnellement associés aux villes/communes sont présents, soit la place du village et le bistrot. L'architecture et ses constructions artificielles peuvent alors générer des effets non anticipés, qui, sans explicitation, peuvent rendre plus difficile l'appropriation des lieux par les résident·es. Le fait, à ce moment-là de leurs vies, de ne plus contribuer directement financièrement au quotidien renforce ce vécu. C'est le cas lors de services payants existant en dehors de l'EHPAD, par exemple pour la coiffeuse. Prenons l'exemple de Madame Guillemin, résidente arrivée aux Buissons, qui s'imagine souvent des années en arrière, alors que ses enfants étaient encore jeunes et qu'elle devait en assurer la garde dans une commune voisine.

*Une fin d'après-midi, je la rencontre dans le parc de l'EHPAD, visiblement troublée. Elle désire en sortir pour retrouver ses enfants. Alors que nous cheminons ensemble, elle me dit être embêtée car elle n'a pas payé la coiffeuse. Cette dernière lui avait déjà reprécisé, alors qu'elle la coiffait, que sa fille se chargerait du règlement : « votre fille payera » (journal de terrain, 6 juin 2023).*

La proximité entre une situation passée (aller chez la coiffeuse dans un cadre explicitement marchand) et la situation rencontrée (aller dans une « réplique » de salon de coiffure, avec la coiffeuse du village, pour une prestation payante mais financée par sa famille) renforce alors cette difficulté.

Mais ce n'est pas la seule personne qui se retrouve déstabilisée par cette volonté d'imitation de la vie à l'extérieur de l'EHPAD.

*En juillet 2023, la situation se répète avec Monsieur Colnot. Ce dernier désire boire quelque chose en cours de journée, mais n'ose pas demander au « bistrot » de peur qu'on lui facture. Très étonnées lorsqu'elles l'apprennent, les professionnelles lui expliquent qu'il n'a rien à payer (journal de terrain).*

Néanmoins, là encore, il semblerait que l'utilisation de termes renvoyant à des espaces connus antérieurement et payants rendent difficile l'appropriation des lieux et la compréhension des délimitations entre ce qui est marchand et ce qui ne l'est pas. **Il est en fait fréquent de voir des formes d'analogie entre des lieux connus et investis par le passé : ainsi, la salle à manger/place du village devient pour les anciennes pensionnaires un « réfectoire », pour les anciens ouvriers et comme à l'usine « une cantine ».** L'invisibilité partielle des coûts du quotidien contribue sûrement également à ces impressions : en effet, les boissons consommées font partie du forfait d'hébergement, mais cette délimitation n'est pas toujours visible ni saisissable.

Se posent alors la question de moyens permettant de se saisir de ces distinctions et du mode de fonctionnement propre à la structure, qui renforce la compréhension ou l'incompréhension en étant plus ou moins explicites. Par ailleurs, le fait de ne plus gérer son argent ou que partiellement vient renforcer ces difficultés<sup>80</sup>, puisque la question financière est bien souvent gérée par les enfants des résident·es ou par les tutelles...

C'est donc à la fois des logiques situationnelles, spatiales et économiques qui s'alimentent dans ces phénomènes.

*E) Un espace disparu et ces effets : d'une laverie sur site à l'externalisation de cette dernière*

Par-delà les espaces présents, le nouvel EHPAD et ses limites se lisent également à travers des espaces auparavant internes à la structure, et aujourd'hui externalisés. En effet, l'EHPAD a fait le choix de ne pas avoir un service de laverie en interne de l'EHPAD, contrairement à ce qui était en place à Saint-André, et cela de manière à réduire les coûts de traitement de ce dernier. De fait, la gestion du linge dépend désormais d'une structure qui centralise une grande partie du linge des institutions médicales et sanitaires locales. Là où le recours à une laverie en interne permettait d'adapter le traitement du linge, l'externalisation de ce traitement dans une laverie gérant des gros volumes cause plusieurs difficultés : d'une part, la perte (à priori) plus fréquente de linge, de l'autre, les dégâts causés sur du linge nécessitant un traitement délicat du fait des textiles utilisés. C'est ce dont témoigne Madame Levent :

*Madame Levent : « Mon gendre il a emporté mon linge à marquer, il a trouvé moyen d'y mettre des choses que j'aurais jamais mises ! (silence et rire) Des choses qui reviennent abîmées ! Parce qu'ils doivent stériliser ça, je ne sais pas ! Moi j'avais on m'avait mis des gants de peau, ils sont fichus, ils sont ratatinés, on m'a mis un blouson, c'est pareil, il est tout raccourci... Bon ça fait rien c'est pas grave il a fait pour le mieux. Mais ...*

Chercheuse : Oui, c'est des choses que vous auriez pas mis...

*Oh bah non, c'est ce que je dis, des affaires qu'on met pour une saison, on a pas besoin d'aller à la lessive hein ! Je les donne à la teinturerie puis ça y*

<sup>80</sup> La question de la gestion de l'argent en EHPAD sera davantage abordée dans la suite du rapport. En effet, force est de constater que celle-ci joue un rôle non négociable dans les modalités d'appropriation de sa vie en EHPAD, qu'il s'agisse de la possibilité de disposer de son argent, ou encore de réussir à obtenir de l'argent au sein de la structure du fait de certains arrangements ou « petits commerces » (comme un résident qui vend des piles pour les télécommandes, alors que les autres résident·es pourraient les obtenir gratuitement en passant par l'équipe technique).

*est. Ou ma sœur si c'est des doudounes elle les lave » (Madame Levent, résidente arrivée aux Buissons)*

Dans ce contexte, nombreuses sont les plaintes qui émergent de la part des familles et des résident·es, sur un pantalon ou une chemise perdue depuis trop longtemps, ou encore sur des vêtements tout juste achetés qui ont été abimés. Des formes de résolution du problème se font alors à différents niveaux :

- De manière individuelle, à travers le lavage réalisé par les personnes âgées elles-mêmes, à la main (surtout pour les femmes).
- De manière familiale, avec la prise en charge par la famille du lavage des vêtements par les enfants.
- A travers des régulations institutionnelles et une communication assurée par les professionnel·les. Dans ce contexte, le responsable du pôle hébergement et vie sociale peut être amené à trouver des compromis avec les familles concernant les vêtements perdus. Des formes de dédommagement des vêtements achetés au sein-même de l'EHPAD ont alors été prévus.
- Par ailleurs, un groupe d'expression a été dédié à cette thématique du linge en novembre 2023 afin de communiquer aux résident·es les raisons de ces difficultés, et les modalités éventuelles de signalement de ces dernier·es.

Nous voyons donc ici le **revers des logiques de rationalisation au sein des EHPAD**. Ce changement d'organisation a dès lors une influence dans le ressenti qu'ont les résident·es de la qualité des services, tout en ajoutant aux professionnel·les un travail de médiation supplémentaire.

#### *F) Par-delà les murs de l'EHPAD : penser l'accessibilité des lieux extérieurs et les environs*

Le parc de l'EHPAD : un espace peu investi du fait de sa difficile accessibilité

Pour ce qui est des espaces extérieurs, c'est également leur **manque d'accessibilité** qui est évoquée par les résident·es. Si certains espaces liminaux tels que les deux espaces accolés à l'EHPAD sont investis (au niveau de l'entrée visiteur·ses et dans le parc au niveau de la place du village), le reste du parc ne l'est que peu.

Plusieurs résident·es nous font alors part de l'adaptation insuffisante de ce parc extérieur, particulièrement pentu, aux revêtements peu adaptés aux fauteuils roulants :

*Madame Thouvenot : « Ici, c'est un peu nu [l'extérieur], et on ne peut pas, avec les fauteuils même si vous avez quelqu'un pour vous pousser, ça ne roule pas, on fait des sauts comme ça...*

*Chercheuse : Dans le parc ?  
Dans les allées là. Elles ne sont pas adaptées.*

C'est vrai que ça a l'air quand même un peu cahoteux.

*Et puis alors, on ne voit jamais personne.  
Oui, on ne voit jamais personne dehors, c'est vrai. Je m'étais fait la réflexion aussi.*

*Alors je l'ai déjà dit à un monsieur de Xertigny qui fait partie du comité de je sais pas trop quoi, mais il paraît que ça coûterait trop cher. Mais ils pourraient peut-être nous les aplanir un peu avec une, une niveleuse, je ne sais pas quoi. » (Madame Thouvenot, résidente ayant connu les deux EHPAD)*

Une autre ira même jusqu'à évoquer la non-fréquentation des kiosques en bois en disant que le manque de passage en faisant un lieu seulement approprié par les oiseaux, et par « leurs fientes ».

Ces critiques du parc s'entendent d'autant plus vis-à-vis de l'appréciation collectivement partagé du parc de Saint-André.

Par-delà la question de l'accessibilité en termes de possibilité de déplacements, c'est également la question de l'exposition au soleil du parc qui se pose. En effet, là où le parc de Saint-André était apprécié pour conserver une certaine fraîcheur en été du fait de ses arbres, le nouveau parc peine à fournir une telle régulation.

A ce titre, il y fait rapidement chaud quand le soleil donne, ce qui limite les possibilités d'y rester longtemps. Du fait notamment de la sensibilité aux températures élevées de certaines personnes âgées, les possibilités d'utilisation du parc à la belle saison sont limitées :

*« Ils se plaignent évidemment de la perte du parc, parce que ça c'était un vrai plus hein. Quand ils faisaient chaud l'été, on les sortait, on les mettait en dessous des arbres, on avait une fraîcheur, on avait le petit vent qui était là, c'était très très agréable, là on les met dehors, ils grillent à petit feu quoi. Y'a pas d'arbres, tout de suite c'est impossible de les sortir quoi. Donc ça c'est un petit peu dommage d'avoir perdu ce petit côté verdure qui était assez important pour eux quand même. Parce que là c'est que de la pelouse. » (Thomas, enseignant en activité physique adaptée, ayant connu les deux EHPAD)*

La comparaison à Saint-André se fait là encore vis-à-vis de ce qui est considéré comme perdu. Cette tension entre l'évolution d'un lieu récent et les possibilités qu'offrent une structure ancienne se font alors voir. En effet, le parc en question sera tôt ou tard plus ombragé, mais cela mettra du temps. La perte du parc de Saint-André était alors regrettée notamment parce que les résident·es n'avaient plus ce temps-là devant elles et devant eux. Cette **friction entre les temporalités longues d'une institution et les temporalités resserrées de personnes âgées** s'expriment notamment à travers les propos de Madame Deseigle à la suite que l'ancien directeur ait expliqué que les arbres pousseraient mais qu'il faudrait juste du temps. Elle répondra alors :

*« Oui mais nous du temps on n'en a plus » (Madame Deseigle, résidente ayant connu les deux EHPAD)*

**Là encore, c'est cette idée d'un temps insuffisant pour « élire » de nouveau « domicile » qui se lit, dans un contexte où les limitations fonctionnelles rendent cette appropriation d'autant plus complexe.**

Par-delà l'EHPAD : des alentours peu accessibles

A cette question de l'accessibilité au sein du lieu, s'ajoute celle de l'accessibilité des espaces environnants. Les réflexions concernant l'accessibilité de la ville au regard du vieillissement

pointent l'importance d'une adaptation des lieux mettant en avant l'importance de l'aménagement urbain et de la « mise en accessibilité » (Gauthier, 2021). Avant l'installation aux Buissons, les discours avaient mis en avant l'intérêt de la situation de l'EHPAD, et notamment de sa proximité à la salle polyvalente (à 300 mètres environ de l'EHPAD).

Pour autant, la définition de la proximité avancée notamment par la maire de la commune n'est possible qu'avec l'appui de personnes pouvant déplacer les résident·es, qui sont pour la grande majorité en fauteuil roulant dès lors que les trajets dépassent ceux très restreints dans l'espace de la chambre.

Dans la commune de Xertigny, l'EHPAD se trouve à la fin d'une rue en pente. Au bord de la route, en perpendiculaire de cette courte rue, un banc est présent -il se trouve à 160m environ de l'EHPAD-, mais il faut dès lors pour l'atteindre gravir cette montée.



*La rue Marius Becker, une rue en pente*

Aucun banc ne jalonne cette dernière, ce qui rend le parcours quasiment impossible pour la grande majorité des résident·es, et ce d'autant plus quand ces dernier·es ne sont pas accompagné·es.

Ces éléments ont de fait été soulevés par les proches des résident·es, qui se sont rendu compte de cette accessibilité limitée. C'est notamment le cas de Christine, bénévole dont la mère a fini sa vie aux Buissons, qui m'évoque l'impossibilité pour cette dernière de se déplacer jusque-là au fur et à mesure que son état de santé se détériorait. Elle avait alors fait remonter l'intérêt que représenterait l'ajout d'un ou deux bancs :

*Nicole : « donc tu vois c'est des petites choses, la signalisation, ça aide quand même quoi*

*Suzanne : c'est comme les bancs, hein.*

*Christine : Les bancs qu'on avait demandé aussi... mettre un banc entre le funé ici, parce que je vois Maman, elle arrivait plus à monter jusqu'au funé.*

*Nicole : et puis le trottoir est pas adapté hein. Je l'avais dit l'autre fois. Elle me dit « anh... ». Bah je lui dis oui, on monte sur dix mètres, on redescend, on remonte, si on veut traverser jusqu'à la salle polyvalente, il faut aller chercher le passage*

*piéton plus loin, je lui dis, c'est dommage, c'est le seul établissement qui demande du monde la maison de retraite. Et que la voirie ne soit pas adaptée...*

*Christine : ça c'est vrai.. moi je vois avec maman, on allait jusqu'au banc au-dessus du funérarium. Et puis là à la fin, Maman quand on arrivait à la moitié, oh... on allait jusqu'au-dessus, mais on retournait hein.*

*Nicole : et puis, on est en côte, encore on serait sur un terrain plat...*

*Christine : alors on avait demandé un banc là, et puis un banc en dessous de la salle polyvalente, en dessous des arbres. Comme ça on était tranquilles, à l'ombre, les voitures passent mais c'est pas dangereux.*

*Nicole : Oui mais là l'autre jour où on a amené les fauteuils en salle polyvalente l'autre jour avec Karine [ASH faisant fonction d'AS] pour la représentation, c'était galère pour arriver à passer entre les trottoirs, vraiment, c'est pas simple du tout. Et c'est dommage parce que c'est vraiment le seul établissement qui nécessite quelque chose dans le coin. » (Christine, Nicole et Suzanne, proches de résident·es et bénévoles)*

**Le rapport à l'aménagement du territoire pose alors la question des espaces accessibles pour les personnes âgées résidant aux Buissons, et la manière dont cette appréhension différenciée de l'espace et des distances est prise en compte lors des constructions d'EHPAD, et dans les négociations avec les terrains tantôt communaux tantôt privés attenants à l'EHPAD.** La situation observable aux Buissons amène à réfléchir aux dynamiques d'aménagement ne dépendant pas seulement de l'établissement mais aussi de la commune et des terrains de particuliers. Les possibilités de mise en place de mobilier urbain en lien avec les communes et l'adaptation de l'espace environnant sont donc des enjeux à prendre en considération lors de la création de nouvelles structures, et ce dans l'optique d'une meilleure appropriation du lieu de vie – qui ne se limite pas, comme nous l'avons vu, aux barrières et à l'entrée de l'EHPAD. On voit alors comment le sentiment d'enfermement de certain·es peut également être dû à cette difficile accessibilité, limitant les déplacements à l'intérieur de l'EHPAD mais aussi dans ses environs<sup>81</sup>.

D'un environnement passant et paysager à un environnement en retrait et sans attraits Pour ces personnes, le déménagement revient non seulement à un changement en termes de bâti, mais également en termes d'environnement. Les deux éléments principaux qui reviennent dans les discours sont les suivants : d'une part, les bénéfices d'un entourage social plus étayé, de l'autre, l'attrait pour des lieux spécifiques tels que le parc de l'ancienne structure. En ce sens, les deux établissements se voient comparés. D'un côté, Saint-André était un établissement qui permettait les relations sociales du fait de sa localisation qui en fait à la fois un lieu de passage et un lieu de résidence, à proximité de la route, des maisons, de l'étang et du *pump track*.

<sup>81</sup> Déjà à Saint-André, certain·es résident·es nous avaient fait part de la déclivité du lieu et des difficultés associées.



*Vue de l'EHPAD Saint-André depuis le pump track de la commune*

C'est donc tantôt l'aspect campagnard tantôt l'aspect passant de Saint-André qui était souligné. Cet attrait pour le cadre paysager de l'établissement, avec la vue sur l'étang et le parc, est souvent évoqué par les ancien·nes résident·es.

Malgré la proximité estimée de l'EHPAD des Buissons vis-à-vis de la commune, c'est un sentiment inverse qu'en ont les résident·es. Pour elles/eux, **l'EHPAD des Buissons est un espace à distance de ces relations, du fait de la localisation au sein d'une zone ne comportant pas d'habitations, et à distance des centralités de la commune.**

La localisation de l'ancien EHPAD semble alors être un point fort de ce dernier, contrairement à ce que peuvent en percevoir les personnes non-résidentes, les proches par exemple<sup>82</sup>. A contrario, des critiques sont adressées à la localisation des Buissons : le fait d'être dans une zone composée quasiment exclusivement de bâtiments non résidentiels, et l'échelle de ce lieu, qui peut paraître démesuré. C'est ce qu'en disait également une des résident·es ayant connu les deux EHPAD :

*« On va se retrouver au milieu de gros bâtiments hein là-haut puisqu'il va y avoir la crèche, les notaires, le funérarium, tout ça. Tandis qu'ici on était à la campagne, hein y'avait la verdure, on allait dehors, on pouvait tout de suite être à l'air et tout alors que là-haut... »* (Madame Blaudel, résidente ayant connu les deux EHPAD, avant le déménagement )

D'autres éléments étaient également abordés par les résident·es qui évoquaient, non sans dérision, la proximité à la déchèterie et surtout à la maison funéraire :

*Madame Thouvenot : « Y a le funérarium qui est tout près (elle rigole)*

<sup>82</sup> En effet, certaines proches pensaient que le nouvel EHPAD serait mieux car plus proche de la ville et dans une zone plus animée.

Chercheuse : Oh on le voit pas trop ! Il est dans l'angle mort, sans mauvais jeu de mots

*J'avais dit, "vous payerez pas beaucoup de kilomètres pour me mettre au funérarium" (rires) Eh oui ! » (Madame Thouvenot, résidente ayant brièvement connu les deux EHPAD)*

On voit ici comment **les logiques foncières créent une déconnexion entre les volontés de faire du domiciliaire, de l'intimiste, voire même « du rural », dans une localisation qui ne s'y prête que peu** : une zone artisanale à l'entrée d'une commune, en bref, un espace qui ne vit que le jour, habité par les seul·es professionnel·les. On aperçoit ici également un des éléments amenés à plusieurs reprises dans la discussion sur la localisation : l'aspect campagnard de l'ancienne localisation se retrouve confronté à l'aspect spécialisé de la zone au sein de laquelle le nouvel établissement a été construit<sup>83</sup>, et cela malgré la proximité de l'EHPAD aux champs attenants.

---

<sup>83</sup> Cet aspect a néanmoins été évoqué comme un potentiel attrait, notamment dans une volonté de mise en lien intergénérationnelle par le biais de la crèche qui se trouve sur la même zone. La proximité de la salle polyvalente a également permis la tenue d'événements.

### III. 1. Des EHPAD dans l'EHPAD ? Statuts de santé, ancienneté et classements socio-spatiaux

Le processus de déménagement d'un EHPAD pose avec une intensité rare la question de l'attribution des chambres. Là où la gestion des chambres dans un EHPAD fonctionnant depuis des années oblige à faire avec l'existant en distribuant les chambres au fil des sorties et des décès, ne permettant pas un choix pour les résident·es, l'ouverture d'une nouvelle structure questionne ce fonctionnement et l'aspect aléatoire de la distribution des chambres. Ainsi, **l'attribution des chambres de l'EHPAD des Buissons a pu être un temps particulier dans la vie de l'EHPAD, où toutes les places étaient à priori libres et accessibles à tou·tes**. Or, **se pose inéluctablement la question du placement des un·es et des autres dans l'espace, et la question des critères pris en compte pour ces placements**. La question du choix vient donc interroger la justesse et la « justice » de ces placements, mais aussi la tension de ce moment où il était à la fois question de « se placer » et « d'être placé·e ». S'articulent alors **logiques de classement et de déclassement social** (Dorange, 2005).

Notons par ailleurs que le déménagement porte en lui deux dynamiques différentes : d'une part, le déménagement des ancien·nes résident·es, de l'autre, l'arrivée de nouveaux et nouvelles résident·es dans la structure. En ce sens, ce sont deux temporalités voire même deux logiques qui se télescopent : une répartition à la fois générale des espaces et individualisée, une gestion des profils autant que des personnes, une première vague d'installation puis une deuxième - ancien·nes d'abord, nouveaux et nouvelles ensuite -.

Nous explorerons ici ces deux logiques et temporalités, ainsi que leurs conjugaisons, en détaillant dans un premier temps le processus individualisé d'attribution et de répartition des chambres à destination des ancien·nes résident·es et, dans un second temps, les modalités de distribution générale des espaces au regard de différents profils de résident·es, et les effets sur ces dernier·es.

#### III. 1. 1. Des ancien·nes résidentes déplacé·es et replacé·es : l'attribution des chambres, entre volonté de continuité identitaire et prise en compte des difficultés actuelles

Le déménagement de l'EHPAD a redistribué ou parfois confirmé les positions spatiales et sociales des ancien·nes résident·es à travers notamment l'attribution des chambres. De manière **générale, cette gestion de l'attribution des chambres aux ancien·nes résident·es est à saisir dans une conscience des professionnel·les des difficultés liées au déménagement, et dans une volonté de limiter ses retombées négatives sur celles et ceux qui ont habité l'EHPAD Saint-André**. Il s'agissait alors d'anticiper les potentielles difficultés d'adaptation en favorisant une certaine adaptation du nouveau logement. Plusieurs techniques ont été mises en place dans ce cadre, dans le but de pouvoir « accompagner au mieux les résident·es ». Ces dernières scandaient les temps du déménagement : il s'agissait par exemple de répondre aux questions des résident·es qui sollicitaient les professionnel·les dans les interactions quotidiennes, mais également de créer des espaces collectifs permettant d'aborder ces questionnements.

Mais cette écoute des questionnements conduit également à autre chose : il aboutit à la prise en compte des souhaits, des désirs, des freins soulevés par les résident·es. Ces informations seront alors mobilisées dans le cadre de l'attribution des nouvelles chambres, au côté d'informations médicales. Ce processus a été réalisé en collégiale par les professionnel·les (infirmières, aide-soignantes, médecin, cadre de santé, animatrice) en prenant autant que possible appui sur la connaissance de l'état de santé des résident·es

mais aussi parfois des préférences personnelles évoquées par les résident·es. Il a été réalisé avec l'appui d'une représentation de l'ensemble de l'EHPAD et ses chambres, sur lesquelles les personnes réunies venaient et posaient des post-it correspondants chacun à un·e résident·e, et ce de manière à proposer et tester plusieurs combinaisons et positionnements au sein de la structure. De l'extérieur aussi, ce processus apparaissait comme particulièrement complexe :

*Suzanne : « Y a toujours quelque chose, on se met pas toujours à la place du personnel, même euh, monh je me rappelle le bazar avec Madame Colnet, les chambres...*

*Christine : oui bah c'est sûr, ça a dû être un casse-tête hein ! »* (Christine et Suzanne, bénévoles)

C'est ici l'importance de prise en compte de différents critères qui se fait voir : des critères relatifs à la santé des résident·es, à leur mobilité, à leurs sensibilités ou proximités affectives. On peut penser que la logique de santé prime et ce, pour toutes les attributions de chambre, mais qu'elle n'efface pas pour autant d'autres logiques. En effet, s'y jouaient aussi des logiques relationnelles.

De fait, **la logique de placement des résident·es a peut être également été influencée par les ressources discursives de certain·es résident·es ainsi que leurs relais relationnels et institutionnels pour faire entendre ces préférences.** La place des familles dans ce processus, et dans la mise en avant des souhaits de leurs proches, seraient donc également à prendre en compte. Il en va ainsi de certaines proches qui nous expliquent avoir porté la voix de leur parent auprès des professionnel·les, bien que cela n'ait pas toujours été concluant :

*« Moi j'avais demandé, si c'est possible, qu'elle soit en face de mon frère qui a son garage là »* (Christine, fille d'une résidente désormais décédée)

En ce sens, certains problèmes oculaires par exemple, rendant difficile la présence dans une chambre trop exposée au soleil, ont favorisé l'attribution de chambres peu exposées, bien souvent donc placées à l'intérieur de l'EHPAD et orientées au nord. Madame Deseigle fait partie des résident·es en question et elle évoque apprécier l'endroit qui lui a été dédié au regard de ses difficultés :

*« Ils ont choisi la chambre là comme ça j'ai pas souvent le soleil, à cause de mes yeux. Dès que j'ai le soleil qui arrive dans l'œil, j'ai des brûlures atroces hein. Ils commencent par me connaître ! (rires) »* (Madame Deseigle, résidente ayant connu les deux EHPAD).

De la même manière, des difficultés à marcher et à se déplacer, ont également favorisé la présence dans des chambres à proximité des centralités de l'EHPAD, à savoir des chambres en rez-de-chaussée, bien souvent proches de la « place du village ».

*Christine : « C'est vrai qu'une personne qui est en fauteuil, qui n'a pas, qui est déjà comme là, au rez de chaussée, c'est je dirai plus simple parce que la personne elle sort de sa chambre et elle y est, regarde ta maman... »*

*Suzanne : alors, c'est ce qu'elle a demandé ! »* (Suzanne et Christine, filles de résidentes)

Une autre résidente, obèse, a bénéficié d'une des chambres les plus larges afin de faciliter son quotidien.

Enfin, certain·es résident·es ont fait part de préférences personnelles concernant par exemple l'exposition des chambres, et ont vu ces préférences prises en compte. Ainsi, deux ancien·nes résident·es m'ont fait part de leurs volontés annoncées d'avoir une chambre côté Est, côté « soleil levant » : l'un est même venu à l'EHPAD muni d'une boussole lors de visites avant l'ouverture (Madame C et Monsieur Aubry). Les deux personnes en question relatent les habitudes d'une vie levé·es tôt, et l'empreinte de cette habitude jusqu'à aujourd'hui. Leurs rythmes de vie sont alors soutenus par le rythme du lever du soleil<sup>84</sup>. Par ailleurs, d'autres avantages sont recherchés, notamment en termes de température : le soleil passant ensuite de l'autre côté de l'EHPAD, la chambre subit moins les grosses chaleurs pendant l'été. **Dans ces contextes, cette sensation d'avoir vu leurs envies personnelles prises en compte semble favoriser l'appropriation de cet espace.**

Il n'empêche néanmoins que la prise en compte des volontés ne suffit pas à elle seule : en effet, certains effets ou limites ne sont rendues visibles qu'après l'installation dans les chambres. C'est notamment le cas pour Madame Blaudel, qui a pu être installée au rez-de-chaussée, mais qui déplore aujourd'hui la position de sa chambre qui la rend bien souvent sombre et froide, du fait de l'absence de soleil direct.

Par-delà ces questions de positionnements spatiaux dans l'EHPAD, c'est également la question du voisinage qui rentre en compte. Ainsi, on peut constater que certaines relations retrouvées ou tissées à Saint-André ont été préservées aux Buissons. En termes de proximités comme de distance entre résident·es, l'attribution des chambres repose aussi sur une prise en compte des relations, et fait donc voir la prise en compte d'une certaine logique relationnelle.

Là encore, l'ancienne animatrice dira lors de la réunion aux résident·es précédant le déménagement qu'elle « commence à les connaître » et à « savoir qui va avec qui », ce qui montre cette prise en compte des relations dans les choix de chambres et/ou d'unités. C'est notamment le cas de certain·es résident·es s'étant retrouvé·es dans le nouvel EHPAD dans les mêmes unités, et principalement réparti·es au rez-de-chaussée de l'établissement. De la même manière, des proximités antérieures à l'EHPAD ont été continuées dans la nouvelle structure. Il en est ainsi par exemple de deux sœurs, les sœurs M, qui sont rentrées à l'EHPAD de manière conjointe, à Saint-André, et qui ont ensuite été placées côté à côté dans le nouvel EHPAD, dans des chambres à porte communicante.

*Quand je demande à une de ces femmes où elle réside dans l'EHPAD, ce n'est pas un étage qu'elle mentionne, mais cette proximité à la chambre de sa sœur depuis pourtant décédée au moment de notre discussion. (journal de terrain, 21 juin 2023).*

---

<sup>84</sup> Il est par ailleurs intéressant de constater que pour un des résidents, cette exposition favorable n'était pas présente dans son ancien domicile, qui se trouvait dans un lieu plutôt encaissé. Dans ce contexte, le déménagement, sur certains points, permet un choix et un avantage non présent au domicile. Pour l'autre résidente, on constate pour sa part cette sédimentation des habitudes. Vie familiale et professionnelle l'amenaient à se lever bien souvent vers 5h30. Au moment de notre discussion, elle nous dira que les habitudes sont plus fortes quand elles sont en place depuis autant d'années...

On voit alors comment **le positionnement spatial est un positionnement relationnel : il s'agit dès lors d'être « à côté de ».**

Pour autant, cette question des relations peut également jouer dans un sens contraire : ainsi, certaines personnes avaient fait part avant le déménagement de la volonté de ne pas être à côté de résident·es qu'ils ou elles connaissaient déjà, et qui étaient vu·es comme un voisinage indésirable (par exemple, des résident·es qui criaient souvent et étaient « connu·es » pour cela). C'est par exemple le cas de Madame Balmart qui évoque ses craintes vis-à-vis de son futur voisinage :

*« On me dit qu'on me mettra à côté d'une qui crie tout le temps, Madame M ! (elle tape sur la table) je lui dis, vous me mettez à côté d'elle, je lui donne une boîte d'allumettes pour brûler sa maison [...], pour brûler ici ! (elle rit) »* (Madame Balmart, résidente ayant connu les deux EHPAD)

On voit donc ici que ce ne sont pas seulement des proximités relationnelles qui gouvernent mais aussi bien souvent des volontés de distance de certain·es résident·es. En ce sens, connaître ses voisin·es renforce cette dynamique de volonté de mise à distance : c'est parce qu'on les connaît déjà que les volontés d'évitement s'en trouvent affirmées.

Dans ce contexte, on constate donc que l'attribution des chambres et la « relocalisation » des ancien·nes résident·es est un enjeu fort : **la connaissance que les professionnel·les ont des résident·es favorise une prise en compte des résident·es, en termes de besoins de santé et si possible d'envies personnelles et relationnelles.** On retrouve par ailleurs énormément le vocable de l'interconnaissance dans les dires des professionnel·les et des résident·es, éléments traduisant une proximité entre les deux partis. Cette proximité semble naître, entre autres choses, de l'ancienneté de certain·es résident·es.

On peut ainsi faire l'hypothèse que cette impression de pouvoir avoir eu son mot à dire dans le choix de sa future chambre est d'autant plus marquée pour les résident·es ayant fait partie de l'ancien EHPAD depuis un temps plus long, ou alors ayant pu davantage s'intégrer dans ce dernier. Ces dernier·es ont de fait trouver une place du fait de leur « carrière » de résident·es dans l'EHPAD, ou ont confirmé une place à partir de capitaux d'autochtonie préexistants et renforcés.

C'est également la question des interlocuteur·ices mais aussi des potentiels relais qui se pose. Les préférences évoquées par les personnes peuvent en effet être plus ou moins amplifiées, soit par les professionnel·les, soit par les proches. Ainsi, certaines personnes, notamment des personnes arrivées dans un contexte de santé détériorée dans l'ancien EHPAD, et peu de temps avant le déménagement, ne témoignent pas de cette impression de consultation des envies et besoins dans l'attribution des chambres, mais ne le vivent pas pour autant mal :

Chercheuse : « Et cette chambre vous avez pu un peu la choisir ou pas du tout ?

*Ah non, on n'a pas eu à choisir. Non parce que, c'était pas possible qu'ils ont dit, hein... Y a que les mauvaises qui seraient restées. Non j'ai eu du bol si on peut dire, parce que j'ai quand même une belle vue, hein. Y en a de l'autre côté, des chambres, mais, elles ont la route.»* (Madame Thouvenot, résidente ayant connu les deux EHPAD)

On peut sans doute attribuer ces différences à une connaissance plus ou moins marquée entre professionnel·les et ancien·nes résident·es mais aussi à la reconnaissance d'un déménagement plus difficile pour certain·es ancien·nes du fait de l'attachement à l'ancienne structure, et en ce sens, d'une certaine priorité de ces dernier·es. De plus, la connaissance de l'institution (plus faible) pour les nouveaux·elles arrivant·es mais aussi le moment au sein du processus (un EHPAD déjà ouvert) conditionnent également ces positions différentes.

### III. 1. 2. Des principes généraux qui répartissent les personnes au regard de leur santé physique et psychique : stratification de l'espace et « vécus d'étages »

Pour autant, la répartition des chambres des résident·es ne s'est pas faite sur un terrain vierge et ne repose pas seulement sur la prise en compte des avis et des situations des résident·es : des éléments concernant la répartition générale des espaces lui précédait. En effet, l'organisation d'un EHPAD repose également sur une répartition des espaces basée sur les différents « profils » de résident·es. Cette question de la sectorisation des espaces se lit dans un contexte d'hétérogénéité, notamment physiologique, des populations accueillies et des modalités de gestion de cette hétérogénéité. Cette réponse à la présence conjointe de personnes à la fois handicapées vieillissantes, de personnes très âgées avec beaucoup de limitations fonctionnelles, de personnes avec des troubles cognitifs, diffère donc selon les orientations de chaque établissement. Dans certaines structures, cette répartition est faite de manière cloisonnée, avec par exemple des Unités de Vie Protégées fermées. D'autres accueillent des UVP ouvertes : c'est notamment le cas de la structure de Bains-les-Bains, qui fait l'objet d'une direction conjointe et d'une mutualisation partielle du personnel.

#### Encadré. Une sectorisation réalisée sur deux établissements ? Différences populationnelles, répartition spatiale et hiérarchisation sociale

A la différence de Xertigny, la structure de Bains-les-Bains accueille une population davantage marquée par les troubles cognitifs, selon les dires des professionnel·les. Plus petite, cette dernière héberge une UVP ouverte, dans un bâtiment de plein pied, ce qui permet justement une plus grande capacité de surveillance des personnes désorientées : certain·es nous disent qu'il est plus facile d'avoir les résident·es « à l'œil » à Bains-les-Bains. Par ailleurs, la structure se caractérise également par des frontières fines entre résident·es ayant des troubles et les autres, comme l'évoque ici une des psychologues :

« Les résidents de l'UVP [Unité de Vie Protégée] mangent à l'UVP, mais les résidents déambulent, dans toute l'EHPAD en fait. On va dire, on fait pas la différence entre secteur ouvert, secteur fermé ». (Valérie, psychologue)

A plusieurs reprises, les professionnel·les travaillant sur les deux structures m'ont fait part de résident·es avec davantage de difficultés cognitives, avec qui les discussions sont moins facilement possibles qu'avec celles et ceux de Xertigny. Leurs difficultés amènent également les professionnel·les à devoir les « stimuler davantage » et à se répéter davantage. C'est ce dont témoigne notamment Thomas, en comparant les difficultés qu'il rencontre et les ajustements de sa pratique en fonction de chaque établissement :

« A Xertigny la conversation elle est beaucoup plus profonde [...], à Bains les Bains la construction de conversation on peut la faire avec quelques résidents donc, on peut pas la faire [25min] avec beaucoup de résidents. Ici

*on peut la faire avec beaucoup de résidents. On peut prendre un groupe et discuter. A Bains les Bains je peux prendre un groupe mais il y aura toujours des personnes qui vont perturber un petit peu le groupe, parce que y a des soucis de compréhension, y a une mauvaise organisation motrice, des choses comme ça. Du coup c'est un peu compliqué. La séance de gym par exemple que je fais le vendredi ici et le jeudi là-bas, elle est approximativement identique, mais je sais qu'à Bains les Bains je vais me répéter un peu plus, je vais être un petit peu plus sur le dos de résidents entre guillemets pour le surstimuler, parce que c'est une personne qui, voilà, est un petit peu dans la lune, regarde à droite à gauche, elle arrive pas à se concentrer tu vois. Donc y a un côté un peu plus de surveillance, de surstimulation, pour que la personne garde un peu sa concentration. Et puis après, sur des prises en charge individuelles, on va dire que sur des exercices qui peuvent être un petit peu euh, compliqué à comprendre ici, fin, pas compliqué à comprendre mais qui est difficile à faire, qui demande une compréhension, je pourrai pas forcément le faire à Bains les Bains, parce que la personne va pas forcément le comprendre, elle va essayer de le faire, mais elle le fera pas correctement, donc y a pas d'intérêt. Donc voilà, y a toute une adaptation là-dessus, je fais un tout petit peu plus simple qu'ici à Bains sur des prises en charge individuelles, avec des personnes qui ont des troubles cognitifs, ici, j'ai pas forcément des personnes en prise en charge individuelle qui ont des gros troubles cognitifs, je peux leur proposer des choses qui sont un peu plus complexes. » (Thomas, enseignant en Activité Physique Adaptée)*

Par ailleurs, une autre différence de populations a été mentionnée avec une présence plus ancrée de personnes soit ouvrières soit agriculteur·ices, autrement dit, de personnes venant de milieux sociaux plus modestes avec un ancrage local plus affirmé qu'à Xertigny, où les personnes viennent aujourd'hui de milieux sociaux plus diversifiés et d'horizons géographiques eux-aussi plus larges :

*« Bains les Bains c'est plutôt rural, et ici on va dire que c'est plutôt un mix, un mélange ». (Valérie, psychologue)*

La population de l'EHPAD de Xertigny semble alors traduire cette position d'entre-deux de la commune, entre urbain et rural.

Qui plus est, l'EHPAD de Bains-les-Bains est une structure en grande difficulté financière, et ce depuis des années. Cette situation est intégrée par les professionnel·les qui y voient une position d'infériorité et peuvent parfois se sentir délaissé·es face à l'EHPAD de Xertigny :

*« L'EHPAD de Xertigny est plus gros et en plus, bénéficie d'un nouvel établissement, donc d'une image très redorée. Bains les Bains, très naturellement, et c'est le genre humain, aurait tendance à se sentir la cinquième roue de la charrette... Donc j'essaye de faire en sorte qu'ils ne se sentent pas délaissés. » (Madame Colnet, cadre de santé)*

Dans le contexte territorial de Bains les Bains (commune plus isolée et vieillissante, moins attractive que Xertigny), la difficulté à recruter des professionnel·les est renforcée. Une des

psychologues de l'établissement évoque justement cette moindre attractivité de la commune, du fait notamment de la distance à certains pôles urbains :

*« La direction recherchait un poste de psychologue, euh, donc c'était pour intervenir à Bains les Bains et donc j'ai dit, pourquoi pas. Alors que j'ai toujours dit, oui Bains les Bains ça fait trop... oh ça fait loin euh, fin, voilà, je suis toujours restée à pas plus de 30 km de mon [domicile]... enfin, non, [...] je suis quand même allée un peu plus loin ! Mais euh, mais voilà, je sais pas. Bains les Bains, c'était quelque chose qui m'avait jamais attirée. »*

(Valérie, psychologue)

Qui plus est, les difficultés structurelles qui touchent l'établissement renforcent le travail à fournir par les équipes, afin de maintenir à flot l'établissement. Lors du changement de direction, l'EHPAD de Bains-les-Bains rencontre en effet une situation financière compliquée, et ce depuis des années. Par ailleurs, les professionnel·les manquent là aussi. On peut par exemple penser à la recherche d'un·e médecin pour la coupe Pathos et au travail de coordination réalisé par la cadre de santé, qui a dû réaliser le travail d'un·e médecin coordinateur·ice en plus de son activité habituelle. On peut également citer le travail de l'enseignant en Activité Physique Adaptée qui doit pallier le manque de kinésithérapeutes sur le secteur, ce qui entraîne une pression supplémentaire :

*« Parfois il y a de la rééducation qui est à faire et moi ça je peux pas m'en charger. Donc ça c'est un petit peu dommage mais après on est un petit peu enclavé, on avait des kinés à Bains les Bains, on en avait 2, y en a une qui a arrêté, et y en a une qui ne s'est pas faite vaccinée du covid je crois, qui n'a plus... qui n'est plus venue en fait. Et donc du coup, le suivi s'est arrêté, donc moi j'essaye de pallier un peu comme je peux mais c'est pas facile. Et puis euh, je trouve qu'en ce moment on arrive sur une population qui est de plus en plus dépendante, ou avec des soucis, etc, et donc les prises en charge sont pas forcément plus compliquées mais y en a de plus en plus, y a de plus en plus de besoins donc c'est assez difficile. Parfois, à Bains les Bains, je me note, le matin, allez tu dois voir 10-12 résidents, j'arrive à en voir 8 (rire nerveux) tu vois donc c'est un peu frustrant. Et je pense que si y avait des kinés justement, on pourrait un peu plus communiquer justement, en disant, bah écoute moi je prends ça ça ça, toi, tu te charges des autres. »* (Thomas, enseignant en APA)

Plusieurs résidentes, plus proches de Bains-les-Bains, ont par ailleurs fait part de leurs préférences pour l'EHPAD de Xertigny :

*« Bains, la maison de retraite j'aimais pas. Pourtant j'y suis allée hein, je connaissais bien <sup>85</sup>[...], ça ne me convenait pas. C'est pour ça que je suis venue ici à Xertigny. »* (Madame Maurer, résidente ayant connu Saint-André et les Buissons)

<sup>85</sup> Cette dernière y rendait notamment visite à son père, qui y a fini sa vie.

Bien que les raisons en étaient difficilement exprimables pour ces dernières, la connaissance de la structure de Bains a joué pour elles dans le choix d'une autre structure. L'attrait pour la commune est resté, mais la distance envers l'EHPAD également.

Tous ces éléments alimentent l'hypothèse d'une **hiérarchisation entre les deux structures**, hiérarchisation **reposant** -nous pouvons le supposer- à la fois sur **les statuts de santé des résident·es, les milieux sociaux des résident·es, le contexte économique des structures, et le positionnement déjà défavorisé de Bains vis-à-vis de Xertigny**<sup>86</sup>.

L'hypothèse d'une répartition des personnes, selon leurs profils, serait donc à questionner – une répartition qui s'assurerait, d'une part, par le refus de personnes d'aller à l'EHPAD de Bains, et peut être, cela serait à vérifier, d'orientation des personnes au regard de leurs profils sur l'une ou l'autre structure, par l'institution elle-même. Des transferts ont déjà eu lieu, et témoignent de cette spécialisation de Bains-les-Bains, qui est plus adapté pour recevoir des personnes désorientées :

*« C'est déjà arrivé que des résidents d'ici soit envoyés à Bains les Bains, parce qu'elles se mettaient en danger, de vouloir partir, on a eu une dame, y a pas longtemps, bon elle est décédée y a quelques mois malheureusement, l'été dernier je crois, elle sortait tout le temps, il faisait chaud, plein soleil, etc., donc elle a été transférée à Bains les Bains et... donc du coup la structure était fermée donc dès qu'on la voyait dehors, on pouvait la raccompagner. »* (Thomas, enseignant en Activité Physique Adaptée)

La hiérarchisation des espaces et leur sectorisation se ferait donc, de manière peut être moins directement visible, non pas seulement de manière discrète à Xertigny mais par-delà les murs du seul établissement xertinois, dans ce contexte de lien entre les deux EHPAD. Ce même lien contribue également à une comparaison constante entre les deux structures.

A contrario, à Xertigny, il n'y pas de fermeture visible des espaces intérieurs, et toutes les unités sont composées des mêmes éléments : chambres, balcons, petits salons. Mais pour autant, on observe des distances à la fois spatiales et sociales entre ces espaces. En ce sens, **une stratification des espaces est bel et bien présente, et se décline notamment majoritairement à travers l'étagement de la structure**. Cette dernière est présente pour les professionnel·les comme pour les résident·es.

#### A) *Le rez-de-chaussée : un espace animé*

Globalement, le rez-de-chaussée est dédié aux résident·es les plus valides et les plus autonomes. Ce sont également majoritairement des personnes avec peu de troubles cognitifs. On y trouve par ailleurs une grande majorité d'ancien·nes résident·es.

De fait, les lieux de centralité de l'EHPAD leur sont à proximité : place du village, bistrot, salon de coiffure, accès à l'extérieur de l'EHPAD, terrasse, bureaux administratifs, salle où se

<sup>86</sup> Là où Xertigny est vue comme une commune rurale attractive en « tête de réseau », la commune de Bains est plus ancrée dans la ruralité et plus à distance des villes environnantes. Il est fort probable que cela influence dans le recrutement de certain·es professionnel·les pour qui la distance entre leur lieu de vie et la commune pèse en la défaveur de Bains.

tiennent les messes ou encore les projections de films...<sup>87</sup> Ces espaces sont également des espaces où se tiennent la plupart des animations. Par ailleurs, cet étage est davantage investi par les professionnel·les de l'hôtellerie, de l'hébergement et de la vie sociale – comme en témoigne les locaux dédiés des ASH, des cuisinier·es, mais aussi les bureaux du responsable du Pôle Hébergement et Vie Sociale, de l'animateur, de l'enseignant en activité physique adaptée, ou encore les espaces de rangement mobilisés par les bénévoles. En ce sens, l'espace du rez-de-chaussée représente à la fois l'importance de la logique domiciliaire, de l'ouverture et de l'activité. C'est donc **un espace plutôt passant, animé, dynamique**, où la médicalisation est peu visible – si ce n'est lors des passages des ambulances qui seront évoqués plus tard.

Cette répartition des personnes encore valides avait à priori pour objectif explicite de renforcer l'autonomie de ces résident·es ou tout du moins la conservation de cette dernière.

Pour autant, on peut également se demander à quel point cela peut permettre également de mettre en avant des figures du « bien vieillir », dans un contexte de compétition entre les EHPADs. Les espaces au rez-de-chaussée des EHPADs peuvent également agir comme des « vitrines » pour les établissements. En effet, force est de constater que le rez-de-chaussée de l'EHPAD peut également se faire lieu de (re)présentation lors de la visite de potentiel·les nouveaux ou nouvelles arrivant·es : c'est bien souvent là que les visites se font, où les animations et installations sont montrées. Les personnes sollicitées pour évoquer leurs vécus sont également majoritairement des personnes correspondant à ces normes de la bonne vieillesse, soit des personnes âgées ayant toutes leurs capacités cognitives, communicatives, relativement mobiles... C'est notamment le cas d'un couple sollicité lors d'une visite où une potentielle résidente est accompagnée des siens, dont seule la femme est à l'EHPAD et seulement pour une durée limitée, et dont le mari se distingue par ses habiletés à la discussion, sa bonne mémoire et sa forme.

*B) Le premier étage et le rez-de-jardin : des espaces plus médicalisés et moins animés*

Les deux autres étages, quant à eux, se différencient dès lors du rez-de-chaussée. Le premier étage est en effet **plus médicalisé**. Cela se constate à travers la proximité au bureau des soignantes, à la pharmacie, ainsi qu'au bureau de la cadre de santé.

Cet étage est de fait davantage investi par les professionnelles du soin, infirmières et aide-soignantes. **Cette organisation du travail et de l'espace crée donc une centralité soignante**, un espace de concentration des lieux dédiés à celles qui soignent. En termes de personnes accueillies, certaines personnes présentes à cet étage vivent en effet avec des problèmes de santé lourds qui nécessitent des soins réguliers<sup>88</sup>, et donc une proximité davantage marquée avec le pôle de soins. Ces dernières vivent une vie bien souvent jalonnée par le rythme des soins. Les espaces pensés comme collectifs ne sont que peu investis : une bibliothèque semble servir de décoration plutôt que de bibliothèque, et les petits salons quant à eux semblent davantage servir comme espace sas, où sont amené·es au matin les résident·es, et où mangent celles et ceux nécessitant une aide alimentaire.

Une compagne de résident déplore justement ces temps :

<sup>87</sup> Cette proximité reste relative, au regard notamment des limitations fonctionnelles des personnes habitant cet étage. Des personnes étant rentrées relativement autonomes ne le sont par exemple plus autant aujourd'hui, ce qui rend leurs déplacements plus difficiles.

<sup>88</sup> Lors de cette année de présence, nous avons constaté un nombre chambres à pourvoir plus marqué sur ces deux étages, du fait également d'un nombre de décès à priori plus conséquent.

*Nicole : « c'est pour ça que j'avais demandé qu'il y ait un peu d'animations à l'étage, avant le repas de midi. Parce qu'entre 10h30 où les premiers arrivent en fauteuil et 12h où ils ont à manger, bah c'est vraiment un mouroir. Je suis désolée hein mais ça, je vais le remettre. Y a pas un mot ! Y a pas de musique, y a rien, rien rien !*

*Christine et Suzanne : on en avait parlé en réunion !*

*Nicole : mais c'est dommage après on n'a pas de compte rendu. Moi je pense que normalement tous ceux qui ont écrit qui ont mis leurs noms devraient avoir un compte rendu (du Conseil de Vie Sociale). Au moins avoir une réponse à une question perso quoi. Là je pense que c'est pas normal...*

*Suzanne : non mais elle a dit [la directrice ?] qu'on devrait pouvoir le consulter ?*

*Nicole : bah savoir au moins si ça a été pris en considération, et puis c'est oui ou c'est non, c'est tout. Parce que là quand je suis revenu y a 8jours, pas ce dimanche ci parce que je pouvais pas venir mais celui d'avant, c'est vraiment... ils sont habillés, tous ceux qui sont à l'étage, et puis maintenant ils sont nombreux hein, à manger à l'étage, une dizaine, alors euh... il y en a une qui somnole et qui perd son dentier, l'autre qui dit pas un mot, c'est vraiment... [...] on dépasse un peu les limites » (Nicole, Christine et Suzanne, proches de résident·es et bénévoles)*

Enfin, le rez-de-jardin comporte pour sa part certain·es résident·es avec des troubles cognitifs plus avancés. L'étage est associé à des espaces professionnels peu visibles pour les résident·es, seul est visible l'atelier des techniciens et réparateurs de l'EHPAD. Cet étage est, du fait de sa position, généralement plus sombre que les autres : en effet, il est en quelque sorte semi-enterré, un étage en dessous de l'entrée dédiée aux visiteur·ses de l'EHPAD. C'est aussi ce qu'en disent les proches :

*Christine : « Maman était tout en bas. Elle avait des moitiés de fenêtre hein là, [...] bon voilà, mais elle était en bas. Oh la la, moi je m'en remettais pas. Parce que c'est vrai que les personnes au-dessus elles ont des belles grandes fenêtres, oh la la... puis voilà, on se fait à tout. Mais maman elle ne se plaignait pas.*

*Suzanne : non, c'est là que les familles sont plus à avoir de la culpabilité*

*Christine : parce que c'est vrai qu'en bas, c'était quand même pas... on a l'impression qu'on descend, descend... » (Suzanne et Christine, filles de résidentes)*

La configuration-même du rez-de-jardin, davantage replié sur lui-même et beaucoup plus ombragé pour les chambres les plus à l'intérieur de la structure, amène également à un ressenti différent. Pour certain·es résident·es, l'impression d'enfermement semble plus marquée qu'à d'autres étages plus ouverts et/ou lumineux. Ces chambres sont néanmoins propices aux résident·es ayant des problèmes oculaires et qui ne supportent pas une forte luminosité.

Comme le premier étage, il accueille également au midi et au soir des temps d'aides alimentaires en chambre ou dans les petits salons.

S'il semble donc moins investi, il abrite néanmoins un espace servant bien souvent de lieu de pause ou de cigarette, pour les résidentes fumeuses, plus présentes à cet étage, ainsi que

pour les professionnel·les qui y prennent à la belle saison parfois un temps de transmission et d'échange informels entre les équipes ayant fait les après-midis et celles arrivant de soir. Cette proximité avec l'extérieur permet, pour celles et ceux le pouvant encore, des instants de sociabilité et de temps à soi et avec les autres.

Le rez-de-jardin, du fait des personnes accueillies, pour certaines alitées, est un étage relativement silencieux. Les personnes qui en partent la journée disent même qu' « il y a personne au rez-de-jardin », en tout cas, personne avec qui échanger. D'autres vont jusqu'à dire que c'est « mort ». On voit donc ici encore **comment les ressentis des espaces se font à la fois au regard de dimensions architecturales mais aussi, et surtout, de dimensions relationnelles.**

**Cette description des espaces mais également des populations accueillies et de la distribution des espaces professionnels montre donc une certaine stratification spatiale et sociale.** Pour autant, et comme nous avons pu le souligner à travers l'exemple des chambres des ancien·nes résident·es, on ne peut clairement pas réduire les logiques à l'œuvre à une logique simplement bornée sur les statuts de santé des résident·es. Au contraire, on constate également l'importance accordée à des logiques relationnelles ou relatives au cadre de vie. Qui plus est, cette stratification n'en est pas pour autant une sectorisation ferme. Depuis l'ouverture de la structure, les entrées et sorties ont également contribué à des changements dans les compositions des étages, amenant à des cohabitations entre des populations à l'état de santé différent, au niveau physique comme psychologique.<sup>89</sup> Qui plus est, la configuration de l'établissement et les pratiques des résident·es comme celles des professionnel·es ou encore des proches, favorisent une certaine mobilité entre ces différents lieux. Dans ces contextes, les résident·es sont souvent amené·es dans les espaces collectifs du rez-de-chaussée, considérés comme plus attrayants mais aussi plus évidents à surveiller pour des personnes désorientées (du fait notamment de plusieurs « barrières », constituées par la présence d'autres résident·es et de nombreux·ses professionnel·les qui disposent de locaux ou de bureaux à cet étage).

---

<sup>89</sup> Par ailleurs, la volonté de la structure n'a jamais été du côté d'une sectorisation marquée : au contraire, s'y observe davantage une tradition de cohabitation tentant au possible de ne pas catégoriser, comme nous l'évoque une infirmière.

### III. 2. Des chambres comme espaces à soi ? Chambres standardisées, espaces individuels et appropriations différenciées

Malgré ces effets d'étage, les chambres sont vues comme des espaces individuels et majoritairement uniformes, qui ne se différencient pas l'une de l'autre avant l'arrivée de la personne qui l'habitera.

Depuis des années, l'appropriation des chambres est mise en avant par les institutions : le fait d'investir la chambre a par ailleurs pu être vu comme un signe d'une appropriation du lieu et comme lieu de l'intime (Eynard, 2007). Là où l'on ne choisit pas de vivre en collectif, la chambre est vue comme l'espace à soi au sein de l'EHPAD – des chambres qui se sont donc vues progressivement devenir de plus en plus individualisées. Elle reprend dans son idéal les caractéristiques positives associées au domicile. Nous verrons ici comment celles-ci sont vécues et appropriées dans les pratiques.

#### III. 2. 1. La chambre entre commodités, ameublement et espace : entre avantages, limitations et « bricolages »

Comme dit plus haut, les chambres sont partiellement standardisées, mais pas totalement. Dans une mesure moindre qu'à Saint-André où les différences de taille de chambre pouvaient être marquées<sup>90</sup>, les chambres des Buissons ont elles aussi des agencements différents et connaissent également certaines variations en termes de superficie. La forme du bâtiment amène à avoir des chambres non standard, qui se trouvent au début des ailes et à leurs fins. Là où les chambres situées aux intérieurs ne donnent pas forcément l'impression d'un gain de place, du fait de murs peu rectilignes empêchant d'y mettre facilement des meubles, les chambres des extrémités peuvent donner une impression de grandeur que les autres chambres n'ont pas. Les résident·es les occupant en ont d'ailleurs conscience, et le mettent tantôt en avant comme moyen de se singulariser, tantôt en essayant de le dissimuler par volonté de ne pas faire naître un sentiment d'inégalité entre les résident·es. C'est également le cas de deux chambres témoins, qui se différencient des autres par la présence de fenêtre supplémentaire dans la salle de bains<sup>91</sup>. Si les configurations diffèrent légèrement, l'équipement minimum de l'espace est le même pour tou·tes. Les chambres des Buissons sont toutes pourvues d'un lit, d'une télévision, d'une petite table, d'un grand placard, et d'un bloc sanitaire abritant douche, toilettes et lavabo. En ce sens, elles sont des lieux autant rattachés à l'hygiène qu'au sommeil ou aux loisirs. Contrairement aux chambres à Saint-André, il n'y a pas besoin d'amener sa télévision (même s'il est possible d'en amener une), et les douches sont individuelles là où certains blocs sanitaires étaient, dans l'ancien EHPAD, hors des chambres. Ce changement a été salué par les ancien·nes résident·es qui ont notamment apprécié l'autonomie et le rythme davantage individualisé que permet ces changements :

*« Ici on a plus d'indépendance, on a nos chambres et nos douches indépendantes. On fait comme on veut. Que là-haut fallait tout le temps attendre pour aller aux douches, [...] puis fallait respecter des heures [...]. Ici c'est aussi bien, y a tout sur place. On fait ce qu'on veut, on prend une*

<sup>90</sup> Ce qui amenait à ce qu'il y ait des chambres bien plus grandes, un des aspects vus comme potentiellement regrettables pour les résident·es – mais qui a finalement peu été mentionné.

<sup>91</sup> Ce dernier dira alors qu'il ne faut ni dire, ni marquer cela, car cela « n'est pas beau » d'avoir des chambres différentes les unes des autres.

*douche quand on veut. »* (Monsieur Aubry, résident ayant connu les deux EHPAD)

On constate alors que pour les résident·es pouvant encore s'occuper par elles ou eux-mêmes de leur toilette, la présence d'une salle de bains est un véritable avantage, permettant une d'échapper en partie aux contraintes du fonctionnement collectif et de ses horaires.

Au-delà de ce mobilier déjà présent, l'espace de la chambre est aussi investi par des meubles ou autres éléments étant nécessaires ou pratiques au quotidien. Bien sûr, l'aménagement des chambres est fortement dépendant du contexte dans lequel la personne arrive à l'EHPAD, à l'entourage dont elle dispose, au milieu social qui est le sien. Ainsi, on observe que la plupart des personnes dépourvues d'entourage et/ou de milieux très modestes sont relativement peu équipées. Les chambres sont plutôt minimalistes et la décoration du lieu se limite au mobilier existant, auquel s'ajoutent éventuellement quelques plantes et quelques photos de familles. Dans d'autres chambres, au contraire, les décors sont très marqués : plusieurs meubles ont ainsi été amenés, des grands tableaux, des bibliothèques...

Ces aménagements peuvent être assurés, s'il n'y a pas de famille, par les services techniques de l'EHPAD. L'une des séquences d'observations a par exemple été marquée par le passage d'un des agents techniques avec une impressionnante commode en bois aux poignées dorées. Cela souligne comment des personnes habituées à des espaces plus larges vivent à leur arrivée à l'EHPAD une restriction de leur espace qui s'accentue au fil du parcours. C'est notamment le cas de Madame Levent, qui a travers son passage du domicile en milieu rural à la résidence autonomie jusqu'à l'EHPAD, a dû restreindre ses effets personnels mais aussi la séparation des espaces propres à ses anciens logements.

Mais les personnes qui ne disposent pas de beaucoup de meubles ne sont pas pour autant totalement dépourvus d'effets personnels : au contraire, les armoires en abondent parfois. Madame Bresson y détient une importante garde-robe, du matériel de couture dans de multiples boîtes, un vinyle de son frère musicien... Autant de choses qu'on ne voit pas les portes fermées. Mais ces remplissages d'armoire ne sont pas toujours fonctionnels du fait de l'impossibilité à aller y récupérer le matériel nécessaire par soi-même, du fait notamment de la hauteur des étagères. Par ailleurs, cette dernière nous évoque également avoir certaines difficultés vis-à-vis de son armoire :

*Elle se trouve bien dans sa chambre même si elle évoque quelques soucis liés à l'armoire : le manque de place, ainsi que les blocages de cette dernière -débloquée par les services techniques, puis rebloquée à plusieurs reprises-. Elle met désormais une chaussure pour bloquer la porte et éviter ces difficultés. (Journal de terrain, 19 mai 2023)*

Il en va ainsi de Madame Spina, qui elle-aussi coud, et se retrouve avec le sol rempli de boîtes de matériel.

Pour d'autres, on constate des « **bricolages** » avec l'existant qui permettent tout en restant « **dans les clous** » d'avoir des usages détournés du mobilier tout en pouvant de fait permettre des usages non prévus initialement. On repère là un art des contournements, permettant de faire avec les frontières du règlement. C'est notamment le cas de Monsieur Gaillard, qui demande au mari de sa nièce de percer la table de sa chambre pour y installer quelques étagères supplémentaires sans impacter le mur. Au moment de cet ajout, le fait de trouer les murs était encore proscrit par la direction, avant que cette ligne soit assouplie.

Cet aménagement permet alors à cet homme d'avoir avec lui quelques boissons et aliments qu'il a eu l'habitude de boire et de consommer au cours de sa vie, avec notamment pour but de maintenir sa santé.

Mais il en va également de même pour Madame Spina et les bricolages du matériel standardisé à sa disposition. Cette dernière, qui vit avec peu de famille et peu d'argent, se voit élargir sa table par un voisin d'unité. En effet, celle-ci qui passe du temps à réaliser des ouvrages à base de perles avait besoin d'une extension de sa table afin de pouvoir s'adonner à son activité. Monsieur Aubry, avec qui elle s'entend bien, lui a alors accolé et attaché un morceau de carton pour qu'elle puisse travailler sur sa table.

Par ailleurs, et là encore, ces adaptations peuvent également être effectuées par les services techniques. Ainsi, ces derniers peuvent adapter la hauteur d'une patère ou encore d'une étagère du placard, permettant de fait aux personnes de pouvoir continuer à faire par elle-même. Ces décisions peuvent être prises notamment à travers les projets de vie individualisés des résident·es, qui se sont au fur et à mesure tournés vers des objectifs « pratico-pratiques », comme l'évoque ici la cadre de santé en évoquant une discussion entre le/la résident·e et la professionnelle assurant le PPI :

*« Qu'est-ce qui vous plaît ? », « qu'est-ce qu'on peut améliorer dans votre chambre ? » [...] Ce sont des choses qu'on puisse vraiment corriger facilement, voyez. Donc « moi je ne peux pas accrocher mon peignoir dans la salle de bains ». Bon, très bien [...], on met une patère plus basse. Et ça améliore, mine de rien quand même la vie » (Madame Colnet, cadre de santé)*

La nouveauté du bâtiment a donc limité partiellement les formes possibles d'appropriation, puisqu'elle a laissé un flou sur ce qui est possible ou interdit. Néanmoins, ce flou s'est peu à peu dissipé, et des pratiques plus permissives ont pu voir le jour. Par ailleurs, plusieurs personnes étaient déjà parvenues à contourner les limites et à rajouter des extensions au mobilier existant, permettant alors de se négocier quelques espaces supplémentaires. Là où les personnes les plus dotées en mobilier peuvent amener leurs meubles, celles qui le sont moins peuvent également trouver des moyens de s'approprier leurs chambres, à condition bien souvent d'avoir des liens avec des personnes pouvant réaliser ces travaux. On voit ici comment les relations à l'entourage mais aussi aux professionnel·les permettent justement de tels arrangements.

Qui plus est, on constate que cette capacité à s'approprier témoigne également d'un rapport au strict respect des règles inégalement réparti, ce à quoi s'ajoute quelques incompréhensions relatives à la politique du lieu en ce qui concerne la possibilité de décorer sa chambre. En effet, les précautions d'usage concernant par exemple le fait de faire des trous dans les murs se sont maintenues du fait d'une communication partielle de l'évolution du positionnement de l'EHPAD à ce sujet. Cette question a été soulevée lors d'un groupe d'expression de novembre 2023, et laissait justement à voir le décalage entre la politique à l'entrée dans l'établissement qui consistait à ne rien accrocher du fait de la nouveauté du lieu, et la politique actuelle, qui permet davantage ces pratiques. Pour certains professionnel·les, les pratiques d'appropriation apparaissent évidentes, mais pour d'autres, qui ont connu l'évolution de la position officielle à ce sujet, ces pratiques n'ont rien de l'évidence. Avant l'ouverture du nouvel EHPAD, l'ancien directeur soulignait par exemple l'importance de ne pas utiliser une perceuse. On voit ici l'ambivalence qui peut régner à ce sujet. Tou·tes les résident·es n'ont pas été au courant de ce changement de pratiques plus

permissif, dans un contexte où ce changement ne semble pas toujours clair y compris pour les professionnel·les. Ces confusions amènent de fait à un rapport aux règles complexifié, puisque non stabilisées et pas toujours transmises ni communiquées aux résident·es (cela est d'autant plus vrai pour les résident·es les plus « empêché·es », qui ont moins de contacts avec les professionnel·les extérieur·es aux soins). Pris·es dans une frontière, ces dernier·es s'adaptent alors à cette imprécision au regard de leurs possibilités d'avoir des informations.

### III. 2. 2. La gestion du risque en chambre : entre risques à éviter et risques à prendre

Mais la question de l'aménagement de la chambre se heurte également aux impensés de la conception du lieu. Ainsi, plusieurs éléments ne facilitent pas l'appropriation du lieu par les résident·es, du fait d'impensés relatifs à la disposition des différents éléments dans l'espace. De cette manière, **les barres dans les toilettes sont trop à distance des personnes pour qu'elles puissent se relever, les interrupteurs sont loin du lit ce qui rend difficile d'allumer la lumière dans la chambre dans la nuit, la sonnette pour les chutes se trouve dans les toilettes** (qui est effectivement identifié comme un lieu à risque par les ergonomes) mais aucune ne figure dans d'autres espaces de la chambre... Autant d'éléments qui rendent plus difficile la gestion du quotidien seul·e, et qui peut par ailleurs générer des inquiétudes pour les personnes qui peuvent tomber, rester bloqué·e, sans réel moyen pour interpeller les soignantes<sup>92</sup>. Tous ces éléments amènent donc à la question du risque, un risque qui s'impose ici du fait de l'aménagement des lieux, à travers notamment des choses qui ne sont que difficilement modifiables comme cela a été souligné lors du CVS de décembre 2023 vis-à-vis des interrupteurs et de leurs positions trop distanciées dans les chambres par rapport au lit, ce qui rend potentiellement risqué l'allumage des lumières en pleine nuit, par exemple.

Ces manières de vivre cet espace à soi sont aussi à lire au regard d'autres éléments, concernant non seulement l'intérieur des chambres mais aussi les espaces de seuils, et donc les pratiques relatives à l'ouverture et à la fermeture des espaces. Ces pratiques renseignent de fait les manières de s'accommoder et négocier des éventuels sentiments d'enfermement, tantôt étouffants tantôt protecteurs, tantôt risqués tantôt sécurisants. On voit donc comment la question de la gestion des risques se présente aussi à l'EHPAD et demeure une des modalités relatives à l'appropriation de son lieu de vie.

De manière générale, on constate que certains éléments de sécurisation au sein de l'EHPAD sont alors détournés ou refusés. On voit alors comment les personnes, même encore valides, ressentent l'aspect potentiellement sécuritaire de l'EHPAD et comment ce dernier est repoussé, pour **garder un équilibre entre sécurité et liberté**.

C'est ainsi que Madame Thouvenot refuse de se voir mettre une deuxième barrière de lit malgré ses chutes répétées :

*Madame Thouvenot : « J'ai une barrière du côté-là. Je tombais toujours du côté-là. Mais j'en veux pas deux. Parce que je pourrai plus sortir pour faire pipi, et je me croirai en prison ! (rires)*

<sup>92</sup> Ces limitations sont à la fois évoquées par les résident·es et par les professionnelles du soin, qui se confrontent à ces malfaçons dans la réalisation de gestes quotidiens.

Une résidente nous a également évoqué la situation après s'être retrouvée dans l'incapacité de se lever de son lit et d'appeler quelqu'un, ce qui l'a fortement marquée.

Chercheuse : Oui, donc vous avez demandé à ce qu'il n'y en ait pas une deuxième de mise, pour que vous vous sentiez un peu plus libre de vos mouvements ?

*Voilà. Oui, oui oui. Oh c'est bien des problèmes. [...] C'est pas de leur faute hein [aux veilleuses de nuit]. C'est de la faute à personne. Mais maintenant je laisse allumer un truc la nuit, comme ça...*

Comme ça vous avez un peu de lumière au cas où s'il y a une chute. C'est comme ça que vous vous êtes adaptée ?

*Oui (rire). Vous savez, les lits sont pas larges. Ils sont confortables, mais si on se retourne un peu trop vivement... Donc là je mets la barrière et puis là je mets mon fauteuil tout près, comme ça, en me retournant, je sens une petite résistance. Bah si je mets le fauteuil là, si bien que, je le sens, ça sert de parapet quoi. [...] Non parce que deux barrières, ça fait drôle quand même. »* (Madame Thouvenot, résidente ayant brièvement connu les deux EHPAD)

Elle met alors en place d'autres manières de faire permettant de conserver sa propre marge de manœuvre et pour éviter de se sentir « en prison ».

Il en va de même de Monsieur Aubry, qui s'est très vite montré contre les nouvelles fenêtres de l'EHPAD, qui, contrairement aux anciennes, ne pouvaient être ouvertes sans clé :

*« J'ai demandé l'accord directement en arrivant. Il faut une clé. Autrement je casse le carreau ! (il sourit) »* (Monsieur Aubry, résident ayant connu les deux EHPAD)

En utilisant l'humour, Monsieur Aubry fait part d'une revendication qui lui paraissait non négociable. A ce titre, ce dernier a posé dans sa chambre un système permettant à la fenêtre de rester ouverte<sup>93</sup> : trace d'appropriation donc, mais aussi de contournement des restrictions imposées par l'EHPAD et sa construction récente. Il est par ailleurs intéressant de voir qu'il a également installé ce système dans la chambre d'une de ses voisines, et qu'il réutilise les élastiques de la laverie pour faire ce système. A ce titre, nous le voyons à certains moments s'occuper du linge (lorsqu'il revient de la laverie et qu'il faut le plier) avec des résidentes de l'EHPAD, ce qui lui permet en retour d'avoir un stock d'élastiques à disposition afin de « bricoler ». C'est ce qu'il nous explique :

*Monsieur Aubry : « Ici c'est toujours ouvert la fenêtre [...], j'ai mis un élastique. (sourire)*

Chercheuse : Ah oui, c'est vrai, j'ai vu ça. Pour qu'elle puisse rester un peu entrouverte ?

*Un peu ouais. Puisqu'autrement, il y a que l'oscillo battant. Puis l'oscillo battant, on sent l'air quand on est au lit. Tandis que là je sens pas l'air.*

<sup>93</sup> L'utilisation, dans les bâtiments de construction récente, de clés aux fenêtres ayant notamment pour but d'éviter les décès par accident ou par suicide est de plus en plus marquée. Un des résidents, particulièrement affecté après le déménagement, évoque notamment s'être fait retirer sa clé (cf le documentaire « De l'EHPAD à l'EHPAD »)

Ah ouais. Donc là vous avez bricolé avec un élastique et une serviette ?

*Oui (sourire) la serviette pour qu'elle reste un peu ouverte et l'élastique pour qu'elle s'ouvre pas. Si y a trop de vent, il y a l'élastique... Les élastiques, je les récupère.*

Bah voilà c'est ce que je voulais vous demander. [...] Tout ça, vous le trouvez où ? Les élastiques ?

*Les élastiques parce que je plie du linge (sourire) quand je sais pas quoi faire ! On plie du linge là (montre le lieu de pliage du linge)*

D'accord. Et quand ils reviennent de la lingerie il y a un élastique autour ?

*Oui les sacs sont liés avec un élastique ! Ils sont là (se déplace et nous montre une coupelle avec quelques élastiques à l'intérieur). J'en ai pas beaucoup. [...] Oh bah ils valent pas grand-chose hein. Vous savez ça dure pas hein. Des fois j'en mets pour les portes. Et puis au bout de trois quatre jours (il fait un geste qui signifie : ils lâchent, ils cassent) ». (Monsieur Aubry, résident ayant connu les deux EHPAD)*



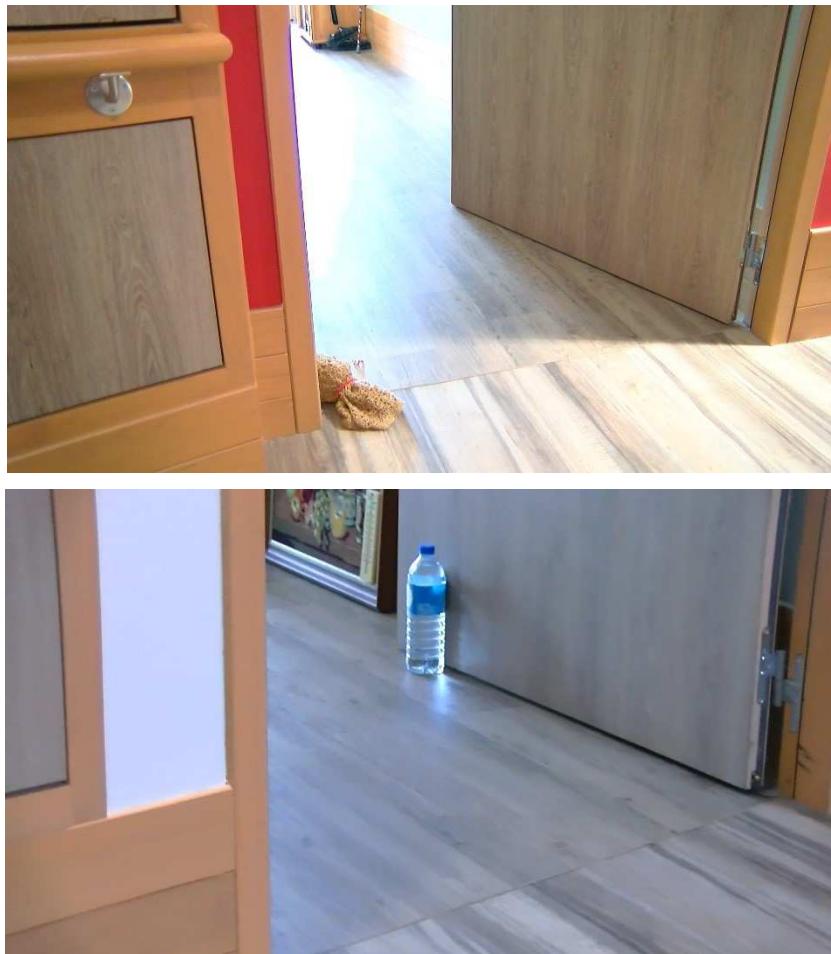
*Système « Aubry » utilisé pour maintenir les portes et les fenêtres ouvertes (ici, dans un petit salon de l'EHPAD)*



*Système « Aubry » dans la chambre du résident*

Sentir l'air qui passe, ne pas se sentir enfermé·es : on retrouve également ces points concernant l'usage des espaces extérieurs. Il s'agit au sens propre comme au figuré d'avoir une fenêtre sur le monde. Comme dans l'échange avec Madame Thouvenot, on voit que les images convoquées font écho à l'aspect potentiellement totalitaire et sécuritaire de l'EHPAD. Ce sont enfin les pratiques relatives aux seuils (Vanneste, Routier & D'Arippe, 2016) qui laissent à voir cette tension entre espaces individuels et collectifs, entre espace individuel et espace commun. Ces pratiques peuvent faire l'objet de réactions assez tranchées : il en va ainsi lors d'un groupe d'expression où les résident·es évoquent cette question à travers celle de l'usage des portes et des clés. Il y a d'une part les personnes qui ne ferment jamais la porte, que lorsqu'ils ou elles sont absentes, et d'autres qui ferment scrupuleusement pour se sentir en sécurité – vis-à-vis de potentielles intrusions de personnes ou encore de vols de biens. Au cours des groupes d'expression mais également de discussions avec les résident·es, nous avons appris que certain·es laissaient la porte ouverte pour que le chat puisse y venir, que d'autres laissaient ouverte pour ne pas se sentir enfermé·e et voir passer les personnes, et que d'autres encore la fermaient en espérant que cela limiterait les intrusions, tantôt du personnel tantôt des résident·es vu·es comme un potentiel risque de violences. Ainsi, la sécurité de la chambre, maintenue par le recours à la clé (pour celles et ceux qui en disposent, c'est-à-dire celles n'ayant pas ou peu de troubles cognitifs ou pas d'idéations suicidaires connues par le personnel), est un des éléments qui permet de saisir l'importance qu'accorde la personne à ce qui s'y trouve, mais aussi l'identification à l'extérieur de la chambre de personnes qui pourraient y porter atteinte.

On voit là encore des distinctions sûrement liées à l'état de santé : selon les états de santé, les besoins de tranquillité, la fréquence des passages des professionnel·les, les portes sont plutôt ouvertes ou fermées. L'ouverture peut par exemple prendre appui sur une volonté de facilitation du travail des professionnelles, la fermeture sur une discréetion et un calme parfois nécessaire à certains soins. Des éléments liés au genre peuvent également être évoqués (les femmes rencontrées ferment pour la plupart leurs portes), ou encore vis-à-vis du milieu social (les personnes de milieux plus privilégiées tendent à fermer davantage, là où les personnes de milieu plus populaire tendent à laisser plus facilement la porte ouverte)... Le fait de garder la porte ouverte permet notamment de voir ce qu'il se passe dans les couloirs et de pouvoir interagir, ce qui amène également à considérer les dynamiques relationnelles comme au cœur de ces pratiques.



*Différents moyens utilisés pour garder la porte ouverte*

Plusieurs résident·es ont par ailleurs la clé de leurs chambres, clé remise par l'établissement et notamment utilisée pour limiter les intrusions d'une chambre à l'autre. On voit alors bien souvent les résident·es se promener avec la clé de leurs chambres, tantôt cachée sous les fesses comme pour Madame Maurer (une résidente, sachant cela, l'appelle « son trésor »<sup>94</sup>) tantôt attachée au poignet avec un lacet trouvé comme Monsieur Gaillard, tantôt autour du cou comme pour Madame Beaumont.

Cette gestion des clés et distribution des clés, puisque qu'elle inclut une sélection des personnes ayant accès ou non à ces dernières, peut amener à des inégalités de traitement. Ces inégalités peuvent à leurs tours susciter de vives réactions.

Ce recours à la clé, qui permet de marquer une différence entre le territoire à soi et le territoire des autres, n'est d'ailleurs pas sans faire de vagues. Il en va ainsi d'une rencontre dans les couloirs du premier étage avec Monsieur Claudel, nonagénaire avec des troubles cognitifs.

*Un jour où il y a beaucoup d'activité dans le couloir et où les personnes passent tour à tour, il s'emporte et demande à toutes les personnes*

<sup>94</sup> Cette technique de mettre sous soi un élément jugé précieux est le fait de plusieurs résident·es. Il en va ainsi d'une résidente qui fume un jour une cigarette abîmée, ce que lui signale sa camarade de fumerie. La première, dont le nombre de cigarettes par jour est limité, lui répond alors qu'elle a cette forme particulière car elle l'avait caché sous elle !

*présentes de « foutre le camp ». Ce dernier se sent chez lui, et il a l'impression qu'on est rentré·es dans son domicile. Il est agacé par les bruits et les passages fréquents, et ce dès 6h du matin. La présence de sa voisine d'unité, qui se promène dans les couloirs, mais aussi de son voisin et de ses proches, accentue sa colère. Il menace les autres résident·es d'aller chercher son fusil pour les faire partir et précise qu'à aucun moment il n'a accepté tant de personnes dans sa maison. Il demande pourquoi Monsieur Gaillard entre comme ça chez les gens sans même prévenir. Les proches répondent qu'il a la clé car il l'a demandé et qu'il faut la demander. Ils et elles rentrent dans la chambre. La colère de Monsieur Claudel est exacerbée car il ne supporte pas l'idée que son voisin ait une clé de la chambre d'en face, clé qu'il ne semble à priori pas avoir. Il semble néanmoins tolérer notre présence, nous trouvant polies. (journal de terrain, 18 juillet 2023).*

Dans d'autres contextes, la présence de personnes avec des troubles avancés et d'autres non ou peu avancés se conclut différemment. C'est notamment le cas de Madame Thouvenot, qui précise que sa voisine de chambre se trompe souvent et rentre dans sa chambre en pensant qu'il s'agit de la sienne. Plutôt que de fermer cette porte, la résidente a donc mis en place des stratagèmes. Le dernier en date était de dire à l'autre résidente qu'elle était malade et qu'il fallait que cette dernière s'en aille au risque d'être contaminée :

Chercheuse : « Et quand ça arrive que Madame Guillemin elle se trompe de chambres, comment vous gérez la situation ?

Madame Thouvenot : *Bah je lui dis, faut repartir Mme Guillemin... Parce qu'elle, elle est pas méchante, hein, elle écoute. Je lui dis, faut repartir. L'autre jour, j'en avais tellement marre, que je lui dis. "Vous savez Madame Guillemin, je suis malade. Euh, le docteur m'a dit (elle rit) qu'il fallait pas que quelqu'un vienne dans ma chambre, parce que j'étais contagieuse !" (elle rit de plus belle) Je savais plus quoi trouver ! Alors j'ai été tranquille un moment !* » (Madame Thouvenot, résidente ayant brièvement connu les deux EHPAD)

A une autre occasion, alors que je me rends dans sa chambre, je vois son fauteuil roulant au milieu du couloir. En discutant avec elle, elle m'apprend qu'il s'agit d'un moyen utilisé pour limiter les entrées d'un voisin d'étage qui a tendance à se rendre dans sa chambre, parfois en mangeant ce qui est posé sur sa table. Le fauteuil est alors utilisé comme moyen de faire obstruction à son passage, l'homme en question étant également en fauteuil. Cette dernière explique alors que cette stratégie lui permet de garder la porte ouverte, plutôt que de devoir la fermer pour limiter les intrusions.

Madame Bresson, sans faire usage de ses stratagèmes, a connu des difficultés analogues avec le même résident.

*Quand nous arrivons à proximité de la chambre de Madame Bresson, un homme en fauteuil nous sourit et nous suit à toute vitesse. Il essaye de rentrer à la suite de Madame Bresson dans sa chambre. Elle repousse le fauteuil dans le couloir en nous expliquant le besoin de mettre des limites avec ce Monsieur qui peut entrer dans sa chambre sinon. La chambre peut*

*être ouverte/fermée avec une clé, ce que le personnel lui a recommandé de faire. Le voisin en question a été retrouvé une fois dans sa chambre et avait uriné sur le sol. (Journal de terrain, 19 mai 2023)*

**On voit donc bien ici comment les territoires sont conservés et parfois mis en danger, tout en faisant l'objet de régulations, pouvant parfois se faire de manière autonome de la part des résident·es, ou parfois nécessiter l'appui des professionnel·les en guise de médiation.** Ces formes de médiation tendent à se faire davantage quand la situation revêt d'un caractère conflictuel plus marqué. Dans certains cas complexes, les situations ne trouvent pas d'issue : certaines personnes ont de fait dû partir de l'EHPAD lorsque leurs comportements agressifs n'étaient pas gérables vis-à-vis des autres résident·es.<sup>95</sup>

### III. 2. 3. Les objets à soi : mémoire familiale, ancrages affinitaires, supports identitaires et usages pratiques

Nous voyons donc ici à quel point la chambre peut être un espace traversé mais aussi surveillé par les résident·es, afin de limiter ces flux. La chambre, en tant que lieu de l'intime, n'est pas seulement un lieu à soi : c'est également le lieu où l'on dépose des objets estimés et personnels, que l'on veut parfois tenir à distance des autres. Ces objets ont par ailleurs de nombreuses fonctions et sens.

#### A) *Objets du cœur, objets des proches*

En effet, les objets qui ornent certaines chambres peuvent être vus comme des objets du cœur, des « ancrés temporelles et sociales » (Balard, 2012), en plus d'être des effets personnels. Qui plus est, dans un contexte de réduction des biens à soi, les déplacements de ces objets ou leurs manipulations peuvent être source de tensions entre le personnel et les résident·es, mais également entre les résident·es.

On retrouve par exemple de nombreuses photos, à la fois à des emplacements dédiés (par exemple la porte de la chambre), mais également à l'intérieur des chambres, dans des emplacements souvent visibles. **Ces images sont souvent des supports mnésiques et identitaires, qui portent en elles le souvenir de fratries, de couple, des descendant·es, et souvent, le souvenir des défunt·es.** En ce sens, elles positionnent une personne dans une histoire conjugale et familiale.



*Photo et décoration d'une porte de chambre d'un résident*

C'est ainsi par exemple qu'on voit comment des associations sont faites entre un objet et

<sup>95</sup> Une résidente nous fait ainsi part d'une situation vécue avec une autre résidente, ayant des troubles cognitifs. Celle-ci avait frappé la première violemment. Après cela, la décision a été prise de la changer d'établissement.

une personne, par exemple ici avec le fils décédé précocement qui avait conçu et fabriqué un meuble désormais présent dans la chambre d'une résidente : « la commode, c'est Paul » (Madame Cerizet, nonagénaire). Dans d'autres contextes, l'espace de la chambre est investi de la mémoire des personnes décédées à travers des photos. C'est notamment le cas dans la chambre de Madame Spina, dont les trois frères sont décédés dans des circonstances tragiques (accidents, suicides). L'étagère de la chambre a alors été investie pour reproduire une sorte de mémorial familial, où se tiennent des fleurs et les photos des 3 frères en question sur leurs tombes, ainsi que plusieurs objets religieux.

Il en va de même pour Madame Beaumont, dont le fils est également mort jeune, avant qu'elle n'entre en EHPAD : là encore, on trouve des photos du fils. Certains objets sont donc des rappels tantôt visibles tantôt invisibles portant avec eux le souvenir d'un·e proche décédé·e.

Mais par-delà les relations à la famille, **ce sont également les relations de proximité tissées au sein de l'EHPAD qui se matérialisent par des échanges ou des dons d'objets, avant mais aussi après les décès.**

Ainsi, Monsieur Aubry évoque une de ses anciennes compagnes de jeu, Madame D. L'espace de l'EHPAD porte en lui des souvenirs matérialisés de cette femme, à travers certains objets :

*Monsieur Aubry : « Et puis je jouais beaucoup avec une dame là-bas, la première porte. Elle était malade d'un cancer. [...] J'en ai fait des parties avec elle. Oh là mon dieu. [...] Il faisait bon avec. D'ailleurs ils m'ont laissé le jeu de Triomino, sa famille...*

Chercheuse : Quand elle est partie ?

*Ils m'ont laissé le jeu (il baisse la tête et regarde ses mains). Ouais... »*  
(Monsieur Aubry, résident ayant connu les deux EHPAD)

Les parties, les rires partagés, ressurgissent alors au regard des souvenirs de cette voisine « de la première porte ». Dans le placard des espaces communs se tient alors le fameux Triomino, qui laisse voir la présence discrète d'une relation de proximité tissée au sein de l'EHPAD.

Mais c'est également au sein de la chambre de Madame Maurer que nous trouvons la marque de ces relations passées, là-aussi reliée au souvenir d'une de ces voisines :

*« Et puis regarde par exemple la dame qui est en face de moi, la chambre juste en face, elle est décédée c'était Madame... Je ne sais plus son nom. On s'entendait très très bien alors quand il t'arrive un pépin comme ça, on est toutes à la même enseigne hein. C'est quand même dur quoi. Je sais plus quel jour que c'est, je pensais à elle. Sa fille est venue, elle m'a donné deux coussins qui sont là dans le bas de mon bahut. »* (Madame Maurer, résidente ayant connu les deux EHPAD)

Cadeau de la fille qui trie les effets de sa mère d'une part, et qui connaît la relation entretenue entre les deux femmes, mais également cadeau de la voisine en question en signe de remerciements à la suite de services rendus :

*« Quand elle a été malade, à un certain moment elle a eu de gros problèmes avec son*

*téléphone [...]. Et elle était embêtée, bah je lui ai permis de téléphoner ici, chez moi.  
[...] Et puis elle en échange, elle m'a donné le petit cadre vert. C'est des chiens. »*  
(Madame Maurer, résidente ayant connu les deux EHPAD)

Cette voisine de couloir et de table, déjà mentionné lors d'un premier entretien, a donc une place également au sein des espaces privés et personnels des résident·es. Ces visites et arrangements entre voisines témoignent d'une appropriation des lieux, tout comme les cadeaux transmis témoignent de l'investissement relationnel et subjectif de ces résidentes. On remarque également que les amitiés, ou en tout cas des proximités, se façonnent au regard également de vécus communs, comparables : le tableau représentant des chiens de chasse en atteste (mari et frère étant tous deux chasseurs), mais aussi la connaissance mutuelle du village de l'une et de l'autre.

Mais on constate également que celle-ci a également une place dans les espaces collectifs de l'EHPAD, à travers notamment un tableau accroché dans l'aile où elle résidait. Certains objets de cette dernière agissent comme objets de discours et de rappels à la mémoire notamment pour certaines décorations laissées dans les espaces collectifs. C'est notamment le cas d'un tableau de Madame Deseigle dans l'unité où elle résidait.



*Tableau de la résidente dans le petit salon de son unité*

Cette femme, connue pour ses peintures, en a distribué individuellement. On ne sait néanmoins pas si ce tableau s'est retrouvé affiché par sa fille, par les équipes, par Madame Deseigle de son vivant. Néanmoins, on constate que ces supports amènent des personnes, résident·es et proches, à maintenir la présence de Madame Deseigle dans le souvenir de l'EHPAD, et dans sa mémoire collective – en bref, à assurer une certaine continuité pas seulement institutionnelle mais aussi personnelle. C'est ainsi par exemple que nous avons pu voir une proche de résidente tenter de retrouver le nom de Madame Deseigle, en voyant la peinture affichée.<sup>96</sup> A d'autres reprises, nous avons également compris qu'un tableau ou un meuble avait été laissé à l'EHPAD après le décès du ou de la résident·e.

Tous ces éléments se retrouvent de fait être la **trace matérielle de deux éléments déjà évoqués : celles de l'importance des relations entre les personnes vivant à l'EHPAD, dans un contexte où la mort de ces dernier·es revêt une place importante, ainsi que celle de la mémoire de l'institution, constituée à la fois par les résident·es et les professionnel·les qui en partagent le quotidien.**

<sup>96</sup> On peut ici faire l'hypothèse que la présence au long cours de Madame Deseigle dans l'établissement et cette identification à travers son art lui a donné une place particulière.

Mais **les objets peuvent également porter en eux le souvenir de périodes révolues que l'on veut garder près de soi, se faisant alors supports identitaires de périodes où la vieillesse ne prenait pas toute la place.** C'est par exemple le cas de la robe de bal de Madame Dujenet, qu'elle portait lorsqu'elle était jeune. Ne pouvant plus l'utiliser et ne pouvant plus danser, restait néanmoins associé à cet objet le souvenir d'une période positivement investie. Dans ce contexte, les problèmes relatifs à son lavage, qui ont abimée cette dernière, ont amené à la prise en charge du linge par les proches de cette dernière. Lorsque nous visitons sa chambre, nous voyons en effet plusieurs affiches imprimées portant un signe « attention », et qui précisent que le linge sera lavé par les membres de la famille, qui y précise leurs prénoms et numéro de téléphone. C'est aussi le cas de Monsieur Gaillard qui a affiché sur la porte de sa chambre une photo de lui jeune et musclé, souriant à l'objectif, torse nu. Ce choix d'image rappelle alors que cet homme n'a pas toujours été âgé, et qu'il a aussi été autre chose (ici, un homme dans une forme athlétique correspondant aux canons de beauté masculins).

Il s'agit également parfois de coupures de journaux, retracant une carrière professionnelle, qui gardent trace de la vie passée de la personne. C'est notamment le cas d'un classeur dans la chambre d'une résidente, dans lequel se trouvait des extraits de journaux, de proches appréciés décédés, de mariage, de temps collectifs, ou encore de réussites personnelles. Dans un contexte comme dans l'autre, ces objets, qu'ils soient mis en avant ou gardés pour soi, participent à laisser place à ce que ces personnes ont été avant d'être âgée·e, en bref, à **redonner place à leurs propres trajectoires par-delà leur condition et leur position de résident·es.**

Ces éléments, parfois visibles pour les visiteur·ses des chambres, y compris les professionnel·les, permettent de fait de dépasser la restriction du regard porté sur des personnes pouvant être vues comme avant tout « âgées ». Les bénévoles évoquent ainsi être parfois surprises en apprenant qu'elle avait été la vie d'un ou une résidente : dans ces cas-là, les informations apportées sur la vie des résident·es décalent le regard et permettent d'adapter l'accompagnement. C'est en ce sens que ces dernières évoquent que ces apprentissages « les renvoient dans leurs buts », les amènent à questionner leurs représentations.

#### *B) Objets jetés, objets volés, objets perdus*

Dans d'autres contextes, par exemple, celui de Madame Beaumont, on observe également des tensions concernant la perte de certains objets qui ont été probablement jetés ou rangés : un stock de mouchoirs et un gobelet. Si ces objets peuvent paraître anodins, ceux-ci avaient en réalité un usage pour cette femme qui reçoit peu de visites.

On voit donc comment **l'espace à soi est également un lieu investi de repères pratiques**, permettant les actions quotidiennes à travers d'objets adaptés et sélectionnés. Se faisant, on constate également comment **certaines pratiques de nettoyage, associés à des consignes sanitaires, peuvent mettre en tension les personnes qui n'ont plus ces objets à portée de main et qui ont l'impression d'une intrusion dans leur chambre**<sup>97</sup>. C'est probablement d'autant plus le cas lorsque les proches ne sont pas là pour limiter ces situations et pour réguler les entrées et sorties du personnel dans les chambres.

D'autres moments et gestes peuvent être vus comme des moments de mise en tension vis-à-vis de ces objets. C'est par exemple le cas lors du déménagement de Saint-André vers les

<sup>97</sup> La question se pose dans les deux sens, puisque certain·es ASH évoquent aussi la tension entre le fait de pouvoir réaliser le ménage et l'appropriation des chambres qui peut se traduire entre autres par une accumulation d'effets personnels, limitant les possibilités de faire le ménage.

Buissons. Madame Deseigle fait part de sa volonté d'être présente à ce moment, afin d'éviter tout vol potentiel ou perte :

*Madame Deseigle : « Non mais ce que j'aurais voulu c'est quand même assister à mon déménagement parce que j'ai quand même quelque chose d'assez précieux, j'aimerais bien être là..*

Monsieur Laurin : Vos tableaux ? Vous avez peur que ça soit perdu pendant le déménagement ?

*Perdu ou embarqué ! Parce ça m'a déjà arrivé 3 fois ! La première fois, ma fille m'avait acheté une loupe, parce que j'ai des problèmes de vue, bah j'ai pas eu l'honneur de m'en servir ! 135 euros, allez hop, enlevé ! Une autre fois avec les boucles d'oreille et la troisième fois un énorme coussin haut comme ça grand comme ça ! » (Madame Deseigle, résidente ayant connu les deux EHPAD)*

On voit donc que l'espace personnel de la chambre est vu comme un espace abritant des effets à soi, auxquels sont attachés une sélection de souvenirs ou encore la matérialisation de relations importantes. Mais c'est également la question de la **valeur économique de certains biens** qui se posent ici, d'autant plus quand ces objets se perdent.

Toutefois, la vie en EHPAD inclut une porosité des espaces : dans ce contexte, **des visites sont amenées à être fréquentes, et le territoire personnel devient un territoire traversé par les professionnelles et par d'autres résident·es**. Dans ce contexte, on voit comment certains déplacements ou manipulations d'objets peuvent générer des tensions, parfois peu comprises du fait de l'histoire singulière et pas toujours visible des objets en question, mais aussi de leur utilité sous-estimée ou de leur coût.

A cela s'ajoute le fait que les objets à soi ne gravitent pas seulement dans l'espace des chambres, mais aussi dans les espaces collectifs. C'est ainsi par exemple que l'on trouve dans ces espaces, notamment en salle à manger, des objets personnels tels que les serviettes de table en tissu utilisées par plusieurs femmes, ou encore des couverts adaptés utilisés par un résident ayant des problèmes d'épaule<sup>98</sup>. Ces marqueurs d'individualité et d'adaptation permettent alors de faire différemment parmi les autres, et plus précisément, de faire selon ses besoins, ou encore comme on le faisait avant d'arriver à l'EHPAD.

### III. 2. 4. La chambre comme espace à soi : des modalités d'utilisation et d'investissement différencierés

On a donc vu comment les proximités relationnelles s'inscrivent aussi matériellement. Mais l'EHPAD est également à lire à travers des mises à distances relationnelles, qui s'inscrivent elles aussi spatialement. Dans certains contextes, la chambre permet justement une rupture par rapport aux espaces collectifs. En ce sens, elle peut être vue comme le lieu d'une intimité, d'une vie menée sans être sous l'œil de quelqu'un.

La chambre peut également être vécue comme un lieu de repli et où l'on garde pour soi ses émotions douloureuses. Il en va ainsi, par exemple, de Madame Claudel, ancienne agricultrice, qui fait part d'une habitude de garder en elle et pour elle les émotions

<sup>98</sup> Dans ce contexte, ce dernier avait demandé à ses proches de tordre ceux-ci de manière à pouvoir manger plus facilement qu'avec des couverts standard, et cela puisque les visites de la kinésithérapeute tardaient et que la situation de cet homme s'aggravait vis-à-vis des mouvements du quotidien.

douloureuses. Dans ce contexte, ces émotions sont vécues à l'intérieur de soi, et à l'intérieur de cet espace à soi, dans la chambre, et dans sa tête, mais pas au-delà :

*« Y'a des jours, j'ai l'cafard. J'm'enferme hein. Je veux voir personne. Je reste, je reste avec mon cafard... »* (Madame Claudel, résidente arrivée aux Buissons)

Elle évoque également parfois s'asseoir sur une chaise dans le couloir attenant, disant aux soignantes qui se questionnent qu'elle « attend que le silence revienne », après des après-midis animées.

Avoir une chambre, c'est donc pouvoir continuer à gérer les émotions comme on l'a toujours fait, par soi-même, sans les rendre forcements visibles aux autres. Dans ce cas, la chambre est également un lieu où l'on peut mettre/se tenir à distance des passant·es, résident·es comme professionnel·les. Par ailleurs, cette informatrice évoquera la sécurité partielle que représente cette chambre face aux colères de son mari, atteint de la maladie d'Alzheimer. On retrouve donc ici l'importance déjà souligné des portes fermées qui permettent de restreindre les situations sous tension, mais aussi des possibilités d'intervention du personnel :

*Madame Claudel : « Parce que quand il fait une crise, il arrive ici (elle indique avec sa main), il s'assoit là puis il me fixe. Pis moi je lui dis : « dis-moi tu me fixes, dis-moi à quoi tu penses » (elle lève la main et la secoue doucement). Il est incapable d'le dire (repose la main sur la table). Alors y'me réclame les clés d'la maison, les clés, les clés d'la maison (tapote en même temps sa main fermée sur la table). Et puis j'peux pas lui donner et j'lui donnerai pas (repose sa main).*

Chercheuse : Vous les avez ici les clés ?

*Non j'les ai pas. [...] Alors il a tout fouillé, l'placard (montre du doigt le placard) pour trouver les clés. J'ai été obligée d'sonner [...], je sonne quand j'ai besoin de quelqu'un. »* (Madame Claudel, résidente arrivée aux Buissons)

La chambre individuelle redevient ici un « espace domestique » associée au couple. Dans ces situations de tension, l'alarme, pensée comme outil de signalement des accidents de santé, devient un moyen pour avoir recours autre type de secours. Dans ce contexte, **ce n'est donc pas la chambre en tant qu'espace architectural qui est en question mais en tant qu'espace social, lieu refuge ou lieu menace selon que l'on y est seul·e, avec un·e invitée ou une personne qui s'y est imposée.**

**Mais la chambre peut également être le lieu d'un temps à soi, à distance des temporalités de l'institution.** Elle peut alors permettre de vivre à son rythme, en s'adonnant à des activités telles que la lecture, la télévision ou les mots fléchés. Cet investissement de la chambre, bien sûr, n'est pas toujours choisi, mais force est de constater que certaines socialisations amènent à un investissement plus grand dans la chambre comme territoire de l'intime, notamment pour des femmes de milieux plutôt aisés. Cet investissement est également modulé au regard des contextes de vie antérieurs et de l'habituuation à des modes de vie plus ou moins collectifs ou individualisés. Ces différences sont relevées par les

résidentes elles-mêmes. Ainsi, Madame Cerizet, d'un milieu aisé, dira de Madame Maurer, d'un milieu plus modeste, qu'elle « aime être dans le monde » là où cette dernière apprécie davantage des temps passés seule. On voit ici comment ces conduites sont socialement façonnées. Madame Maurer, qui a été pensionnaire pendant ses études, a également été amenée à travailler en famille à de nombreuses reprises, et donc de vivre à plusieurs, ce qui n'est pas le cas de Madame Cerizet.

**La chambre représente également la possibilité d'être en lien avec des activités appréciées.** Il en va ainsi notamment de nombreuses femmes qui écoutent avec ardeur la musique jouée à la télévision au cours de l'après-midi<sup>99</sup>, en faisant quelques mouvements ou en fredonnant. Dans certains contextes, on me rappelle les danses appréciées, le *paso doble*, la pratique des bals, les cavaliers qui étaient bien souvent d'autres hommes que le mari puisque ces derniers dansaient peu... Il n'est d'ailleurs pas rare que plusieurs femmes regardent au même moment ce même programme, et que celui-suscitent l'adhésion et la mémoire de personnes y compris celles ayant des troubles cognitifs avancés.

De la même manière, plusieurs hommes rencontrés ont à leurs dispositions un ordinateur, qui leur permet un contact avec l'extérieur, avec les proches ou des relations, ainsi que de suivre des informations relatives à des espaces connus.

Enfin, d'autres personnes bénéficient d'abonnement au journal qu'ils/elles reçoivent dans leurs chambres, leur permettant également un temps de lecture sans attente.

#### Encadré. Des objets mutualisés dans les espaces collectifs : entre permissions et limitations

Il est donc intéressant de voir que certaines pratiques se font dans des contextes privés et permettent une certaine continuité de soi et des pratiques routinières, là où pour d'autres, ces activités se déroulent dans l'espace public (et notamment du fait de moindres ressources permettant cette individualisation).

C'est par exemple le cas des autres résident·es qui peuvent elles et eux-aussi lire, mais dans les espaces collectifs, en prenant des journaux qui sont collectivisés et fournis par l'EHPAD. Dans ce contexte, certaines personnes ont des routines et des stratégies leur permettant par exemple de lire le journal posément en arrivant tôt le matin sur la place du village.

Il en va de la même manière concernant la question de la musique. Si certain·es résident·es ne disposent pas de radio ou de portable nécessaires pour écouter de la musique, ils et elles peuvent utiliser un juke-box présent dans les espaces collectifs de l'EHPAD, en salle du village.

Il n'en demeure pas moins que cette utilisation est plutôt minoritaire, puisqu'il faut déjà savoir utiliser le juke-box, et que celui-ci est donc utilisé principalement par quelques résidents. Par ailleurs, l'utilisation de ce dernier, dans la pièce collective principale, a déjà amené à des tensions. C'est notamment ce que nous avons pu constater lors d'une discussion avec un résident : ce jour-là, ce dernier s'est agacé de l'usage qu'il jugeait abusif du juke-box par un autre résident. Pour lui, se posait notamment la question du volume sonore utilisé, dans un contexte où ces espaces sont des espaces collectifs pouvant être utilisés par tou·tes :

« Chercheuse : La dernière fois on avait un peu parlé du juke-box là. Et que des fois ça pouvait être source de tension mais est-ce que y'a des moments où aussi vous mettez de la musique ou pas du tout ?

<sup>99</sup> Il s'agirait à priori des émissions « 1,2,3 Musette » et « 1, 2,3, Dansez », diffusées en début d'après-midi.

*Monsieur Dubois. : Non je mets pas de musique, je sais pas comment on le met en route. Je sais l'arrêter mais je sais pas comment la mettre en route (rire)*

Vous n'avez pas eu l'occasion de demander ?

*Non. Non mais bon. J'le ferai peut-être, mais je m'arrangerais pour le faire pas trop fort et à un moment donné où y'a pas trop de monde. Parce que, moi j'veux bien écouter la musique mais [...] j'veux pas que ça gêne les gens. Contrairement à ce que certains... (pause) Et quand y'a quelques fois des bénévoles qui viennent faire de l'animation et qui font un peu de musique et qu'on s'amuse à mettre un peu de musique sur les machines, j'admet pas, c'est, pour moi c'est insulter les gens qui viennent faire de l'animation.*

Oui, pour vous respecter, c'est aussi respecter les différentes activités qui se font

*Ah ouais. Dans la mesure où y'a des animations qui sont organisées je vois pas pourquoi les personnes viennent pas en animation et s'amusent à mettre de la musique... Alors je sais pas bon...*

Vous aviez dit il me semble que vous en aviez parlé à la personne qui faisait ça mais elle s'en fichait un peu c'est ça ?

*Ah quelques fois quand je râle je, j'suis pris pour un jeune con. Et comme je dis... j'suis peut-être un jeune con mais y'a des vieux cons aussi (rire).*

Il vous le dit que vous êtes un jeune con ?

*Euh compte tenu de la réponse qu'il donne... « on fait ce qu'on veut, tu t'occupes de toi » [...]*

Et vous avez l'impression ça que ça peut être aussi le personnel à des moments qui demande à baisser le son et que là la fonctionne mieux ou vous voyez pas trop la différence ?

*Bah en général quand c'est le personnel qui arrête les trucs, la plupart du temps ça reste arrêté. Mais ça arrive quelques fois que le personnel arrête le truc et pis que la personne remette. Ça j'admet pas. Là ils peuvent rien me dire, c'est pas moi (rire). Mais...*

Et vous en avez parlé de ce problème à des personnes ou au personnel par exemple ?

*Bah t'façon maintenant quand, quand y'aura un truc comme ça j'irai voir directement le personnel. Ça passera peut-être mieux (rire). » (Monsieur Dubois, résident arrivé aux Buissons)*

On voit alors comment l'utilisation de cette machine amène à des formes de crispation qui vont jusqu'à parfois demander une médiation extérieure par les professionnel·les. Là aussi, c'est la tension entre contrôle de soi-même vis-à-vis des autres et non-retenue qui génère des difficultés entre résident·es.

### III. 2. 5. La chambre partagée : lieu de sociabilité élective et lieu d'hospitalité questionnée

Mais cet investissement d'un temps à soi est aussi à comprendre au regard de dimensions relationnelles. Comme a pu le montrer Isabelle Mallon, la chambre peut faire

partie des espaces investis par les familles (Mallon, 2005). Elle peut également se faire support de cette mémoire familiale, comme nous l'avons montré plus haut. Dans ce contexte, **la chambre est saisie comme un lieu à soi qui soutient notamment les rencontres familiales ou amicales**, reproduisant ainsi le domicile.

Ainsi, les rencontres se font à l'intérieur de la chambre, dans la sphère privée de ces femmes, avec une certaine culture de la réception. Madame Cerizet, par exemple, évoque préférer passer des temps privilégiés avec ses proches dans la chambre, plutôt que dans les espaces collectifs :

*«[Le cadre du pôle vie sociale] voulait qu'on fasse, que... que [l'animateur] fasse des animations en faisant participer la famille. J'en ai quand même discuté avec ma petite fille et mes petits-enfants, parce que je voulais pas prendre la décision sans... sans leur en parler. Ma petite fille me dit : on vient c'est pour te voir toi ! Et les petits, c'était pareil, alors bon on a décidé, on continue. Mais je l'ai dit à [l'animateur] ! J'ai dit j'en ai discuté avec [ma petite-fille] et les enfants, euh... ils préfèrent qu'on reste dans notre chambre. »* (Madame Cerizet, résidente arrivée aux Buissons)

On voit bien, dans cette situation, comment les visites familiales sont vues comme un temps privilégié qui crée un « nous » familial à distance du collectif, tout en créant un lieu lui aussi familial (« notre chambre »).

De la même manière, Madame Levent accepte, malgré certaines réticences, d'investir les frigos collectifs afin de pouvoir proposer à ces petits neveux quelques jus lorsque ces derniers viennent lui rendre visite :

*Madame Levent : « [En EHPA] je pouvais déjà plus... je pouvais faire mon thé, mon café, enfin des choses comme ça, mais réchauffer quelque chose, mais je ne pouvais plus cuisiner... mais on pouvait avoir un frigo, ici on n'a pas le droit. Faut mettre ça dans le frigo commun... Oh non !*

Chercheuse : Ouais, vous avez pas trop envie.

*Si, j'ai mis des boissons parce que quand mes petits neveux ils viennent... « t'as des bonnes choses à boire ? ». Parce qu'ils sont très stricts chez ses parents, [...] pas de sucré alors... autant dire, chez tata, eh bah !*

Vous avez le sucré en stock ?

*Bah j'ai des petits jus de fruits quoi. (sourire)*

Mais vous voulez pas mettre d'autres choses parce que ça vous dérange le frigo qui est partagé ?

*Bah je l'ai pas chargé non plus parce qu'il est pour... il est pour tout le couloir ! Moi j'ai mis mes petites bouteilles, c'est déjà bien. Non, faut penser aussi qu'il est pour tout le monde hein ! »* (Madame Levent, résidente arrivée aux Buissons)

La collectivisation partielle, ici à travers le recours au frigo placé dans les espaces collectifs, permet alors le maintien des relations familiales et à construire un lieu et des pratiques qui

soit celles de « chez tata ». Il est alors vu comme un moyen, certes limité et limitant, de toujours pouvoir accueillir ses proches.

La chambre comme chez soi permet donc la reconstitution d'un « chez nous » familial. Elle permet également parfois d'assurer la continuité d'un rôle d'hôte autrefois investi. Le fait, pour une personne extérieure, d'être dans une chambre revient pour plusieurs femmes à être dans un espace où elles reçoivent de la visite, et où à ce titre, elles doivent répondre à la présence de ces visiteur·ses en les accueillant « comme il se doit »<sup>100</sup>.

C'est ainsi qu'à plusieurs reprises des résidentes ont voulu nous offrir ou nous proposer quelque chose lors de nos passages :

*« Nous sommes dans la chambre de Madame Blaise et nous discutons. Au bout de quelques minutes, elle nous interroge : « qu'est-ce que je peux vous offrir ? ». Elle nous propose des bonbons, nous acceptons et en prenons un chacune. Ceux-ci sont dans une boîte que son fils recharge à chacun de ses passages dominicaux. »* (journal de terrain, 21 juin 2023)

Dans d'autres contextes, c'est le fait de ne pas partager une collation qui étonne : il en va ainsi de cette résidente qui s'étonne, en entretien, que le personnel lui ait servi la collation sans nous proposer. En effet, l'habitude est apparemment de servir les personnes extérieures – une forme indirecte de gage d'hospitalité déléguée, de la personne accueillant dans son espace au personnel de l'institution.

*Au même étage, c'est une autre résidente qui s'enquiert de cette hospitalité ne pouvant se faire. Cette dernière, ayant des troubles affectant sa mémoire et son élocution, semble peinée lorsque nous échangeons. A un moment, Madame J. s'interroge : elle me regarde et me dit « est ce que ça va ? ». Peu de temps après, elle me dit « le café, je n'ai pas de café ». Il est presque l'heure de la collation, je me demande si elle voulait en boire un, en fait non, elle déplorait le fait de ne pas avoir de café sur place et de fait, de ne pas pouvoir m'en proposer un. Elle me parle ensuite d'une proche, une femme, enseignante, une copine. Elle me demande si je la connais. Elle a l'air d'avoir pris l'habitude de boire le café avec elle. Elle se demande ensuite par quel moyen de transport je suis venue, et où ma voiture est garée. Elle me demande si elle est dans le parc (là encore, elle me tutoie). Elle me redira à la fin de notre échange qu'elle est désolée de ne rien avoir à m'offrir, pas même un café.* (journal de terrain, 8 septembre 2023)

Ces formes de relations ordinaires et les normes qui les sous-tendent travaillent donc le sentiment du chez soi, au regard notamment de socialisations de genre qui font des femmes celles qui accueillent. On voit alors que l'impossibilité de pouvoir recevoir de manière ordinaire les personnes peut créer un sentiment de discontinuité et/ou de malaise dans l'interaction.

Pour que l'EHPAD puisse revêtir les attributs du chez soi, ce lieu doit permettre à ceux qui y vivent de conserver la maîtrise d'un espace au sein duquel il est possible de recevoir les autres significatifs et de maintenir à distance ceux qui menacent leur identité sociale. Ces « menaces » peuvent être personnalisées par l'entrée des professionnels qui rappellent aux

<sup>100</sup> Là où la présence dans des espaces collectifs reconfigure différemment cette norme d'hospitalité, qui se voit dès lors plus frontalement déléguée – l'espace étant vu comme celui de l'hospitalité des ASH.

résident·es leur condition d'aidé·es et par d'autres résident·es faisant figure de repoussoir. **Préserver son identité d'hôte apparaît comme un moyen de contrebalancer l'idée même d'être accueilli·e/placé·e.**

### III. 2. 6. Une chambre propre et rangée : ménage continué ou délégué

Par-delà cette question d'hospitalité continuée ou déléguée, d'autres activités connaissent également des changements. C'est par exemple le cas de la propreté et de la gestion du ménage dans les chambres. Ainsi, les pratiques d'hygiène et de nettoyage, qui font l'objet de cadres réglementaires, peuvent se combiner aux pratiques de la personne ou au contraire y faire rupture. Ces tâches sont par ailleurs plus ou moins laissées à charge du personnel. Elles sont également parfois investies par les résidentes elles-mêmes quand elles le peuvent encore. C'est le cas de Madame Bresson, qui tire plaisir à dire, dès notre première rencontre, que les ASH lui font remarquer la propreté de sa chambre, qu'elle entretient en grande partie elle-même. Le maintien d'habitudes passées vient dès lors favoriser des représentations positives des professionnel·les, qui, renvoyées à la personne, participe à la faire se sentir reconnue au sein de l'EHPAD, quand l'entrée dans celui-ci peut amener à un déclassement.

C'est également le cas de Madame Cerizet, dont le logement a toujours été rangé, ordre domestique conforté par le mari et le fils qui l'assuraient également. De fait, elle continue à le prendre en charge pour partie, tout en pouvant de fait mettre à distance les professionnel·les de l'espace de la chambre qui est un espace investi personnellement.

C'est ce que nous constatons notamment à travers une situation où lors d'un entretien, une ASH toque pour passer faire le ménage, et que cette dernière lui dit alors que c'est propre et qu'elle n'a qu'à repasser le lendemain.

C'est également le cas de Madame Levent, qui voit la gestion de son petit linge à la fois comme une occupation, mais également comme une précaution vis-à-vis des difficultés liées au nouveau traitement du linge. Dans ce contexte, cette dernière demande progressivement le retour ou l'achat de plusieurs des objets nécessaires à cet entretien (fer à repasser, séchoir) :

*Madame Levent : « Je lave le petit linge...*

Chercheuse : Vous-même ?

*Mon petit linge intime, je le lave moi-même. Et puis même, des chemisiers tout légers, tout ça, je les lave. Je les mets sur un cintre et puis, je vais lui dire qu'il faut qu'il me rapporte mon fer à repasser d'ailleurs. Il [son gendre] va hurler mais ça fait rien (rires)*

Et vous avez de quoi, je sais pas, vous lavez avec quoi ?

*Du génie sans bouillir ! (rires) Génie sans frotter ! Je fais ça tremper le soir, le lendemain je lave ça, et je rince. Puis j'étends à peu près partout dans la salle de bains, où c'est que je peux. Quand je vais sortir, je vais acheter un petit séchoir et puis ça y est.*

Vous allez vous équiper !

*Ah mais oui, mais oui. Ah mais il faut quand même que je fasse quelque chose hein. Parce que... après quand on ne fait rien on déprimerait vite hein... »* (Madame Levent, résidente arrivée aux Buissons)

On voit ici comment la gestion de l'espace personnel permet également une occupation, quand d'autres activités ne sont plus réalisables.

Même lorsque le soin accordé à la chambre n'est plus assuré par la personne en question, ou seulement de manière très marginale, la bonne tenue de la chambre, le « goût » dans la décoration est mis en avant, également pour se distinguer des autres résident·es dans un lieu qui de fait uniformise. Singulariser leur espace de vie permet alors de se mettre en avant, comme le montre l'exemple de Madame Huszar, qui nous fait remarquer à plusieurs reprises sa belle chambre, dans laquelle elle refait son lit, et en mettant tout cela au regard de son métier passé, où elle s'occupait du ménage. Madame Huszar, faisant partie d'une famille bourgeoise dans son pays d'origine, a connu un déclassement social en arrivant en France tout en renégociant son changement de statut par la qualité de son travail, où elle « faisait le ménage comme 4 personnes ». A l'arrivée à la maison de retraite, s'opère le même passage : revaloriser sa présence en ce lieu par la manière dont sa chambre est « tenue », en étant toujours « propre et rangée ».

*« C'est eux qui viennent laver bien [les professionnel·les], partout, je fais simplement mon lit comme il faut. Et bah voyez hein. Y a rien qui traîne. »*  
(Madame Huszar, résidente arrivée aux Buissons)

**Pour certaines femmes, pour qui conserver des espaces propres, rangés, ordonnés, procédaient de leur socialisation, maintenir cette facette de soi permet donc une certaine continuité biographique, un contrôle sur leur mode de vie et sur leur territoire, ainsi que des formes de reconnaissance, de validation par les professionnel·les** (Voléry, 2012).

Mais ces rappels à la vie domestique peuvent également faire l'objet de tensions, notamment pour les personnes ayant des troubles cognitifs : c'est ainsi qu'une résidente dit qu'elle ne peut pas partir de son logement car elle n'a pas fermé la fenêtre de la cuisine, ou encore qu'une autre semble déboussolée car elle a plein de choses à faire chez elle, qu'il faut qu'elle range la maison actuellement peu ordonnée, alors que des visites s'annoncent. C'est ainsi que Madame Guillemin s'inquiète de ne pas être chez elle, pensant qu'elle doit s'occuper de ses enfants encore petits. Souvent, à la fin de l'après-midi, aux alentours de 16h30, elle se met en quête d'une sortie. Les rôles de genre tenus et incorporés dans la vie infusent donc sur le vécu de l'espace et du temps. Se représenter dans un autre espace dans l'espace de l'EHPAD peut alors faire l'objet d'inquiétudes, de souci, vis-à-vis d'obligations de *care* intégrées au long cours par ces femmes.

Par ailleurs, les socialisations de genre ne sont pas toujours une attache investie au grand âge. **Cette position au sein du parcours peut également être propice à des reconfigurations de genre et à un possible dépassement de ces obligations genrées qui ont pesé sur leurs parcours. Ainsi, plusieurs femmes évoquent le répit permis par l'organisation de l'EHPAD.** Pour ces dernières, qui ont souvent dû prendre en charge l'intégrité du travail domestique

jusqu'à leur institutionnalisation<sup>101</sup>, le fait de ne plus avoir à le faire peut-être une source de repos, justement attendue :

« *J'ai dit : « je s'rai bien en maison d'retraite, j'aurai pu d'lessive, j'aurai pu d'soupe à faire, j'aurai pu d'ménage, j'aurai plus... (rire). Parce qu'il m'aidait jamais dans quoi qu'ce soit hein. [...] C'était : « débrouille toi. » »* »  
(Madame Claudel, résidente arrivée aux Buissons)

Le parcours de cette femme n'est pas sans rappeler celles de femmes où l'arrivée en EHPAD est une rupture assumée, au regard d'un parcours de vie ardu (Mallon, *art. cit.*)

Mais ces activités sont aussi déléguées par les hommes, qui évoquent cette prise en charge extérieure du travail domestique comme un avantage de la vie en institution.

Enfin, **cette question du ménage, qu'il soit partiellement pris en charge ou entièrement délégué, amène néanmoins parfois à des situations de tensions entre professionnel·les, proches et résident·es.** C'est ainsi que le responsable hébergement est amené à assurer des formes de médiation concernant la tenue des chambres : par exemple, des proches trouvant que les chambres ne sont pas assez nettoyées, et des professionnel·les qui voient leur travail se complexifier à mesure que les résident·es s'approprient leurs chambres. La question de la quantité de « bibelots » ou encore d'un certain « encombrement » des chambres peut par exemple être évoquée dans ce contexte, comme un frein à la pratique des professionnel·les qui amène de fait à l'insatisfaction des familles. On voit alors l'aspect profondément ambivalent de la rhétorique de l'appropriation, qui si elle peut être bénéfique pour les résident·es, n'est pas sans effet sur l'organisation et la charge de travail des professionnel·les (Charras et Cerese, 2017).

### III. 3. Se vivre à travers plusieurs espaces : extensions du territoire individuel, espaces liminaux, lieux de secondarité et déplacements

Comme montré ici, la question de la place au sein même de l'EHPAD contribue à l'expérience des résident·es et à l'appropriation de l'espace et à un mieux-être dans leur vie en institution. Cette configuration a des effets sur le vécu des personnes passant ou vivant à l'EHPAD. On a pu remarquer que les espaces sont stratifiés et peuvent renvoyer en soi à des dimensions plus ou moins disqualifiantes pour celles et ceux qui y vivent – dimensions pouvant être relativisées ou accentuées par certaines dynamiques relationnelles. Les entretiens avec les résident·es ont montré que l'expérience de ces dernier·es était marquée par des rapports plus ou moins faciles et plus ou moins investis à leurs étages de résidence, à ses commodités ou encore à son voisinage.

Ce constat était également valable pour les proches. Une femme de résident, bénévole à l'EHPAD, m'évoque ainsi l'impression qu'elle a d'être dans des EHPADs différents, dès que l'on monte ou descend l'étage. Si l'EHPAD du rez-de-chaussée est actif et accueillant, celui de l'étage où habite son mari correspond selon elle davantage à l'image repoussoir des EHPAD comme mouroir, sans activité et où le temps des résident·es est ponctué d'ennui. Elle évoque alors une impression partagée avec d'autres proches :

<sup>101</sup> Elles sont plusieurs en entretien à m'évoquer le poids qui leur incombaient, et à s'exprimer sur le non investissement de leurs maris. Elles me disent alors que ces derniers, tantôt n'ont langé leurs filles qu'une seule fois, ou encore qu'ils ne savaient pas les étapes nécessaires à la cuisson d'un œuf. On peut penser que le genre des chercheuses et leur jeune âge, renvoyant à un changement social plus large, a contribué à rendre plus dicible ces asymétries.

« *J'ai eu deux accompagnants, deux familles de résidents, y avait Monsieur Valdenaire, y avait le mari de Madame Drouot, c'est vrai que quand on arrive et qu'on les voit là assis, on a l'impression qu'on les a pas mis à la maison de retraite du bas. C'est pas la même maison de retraite* » (Nicole, proche de résident)

Lors du premier groupe d'expression à l'EHPAD (avril 2023), c'est également Monsieur Colnot, résident du premier étage, qui explique s'y sentir déprécié et drôlement toisé : il dit alors « sentir que les gens ne l'aiment pas beaucoup » et que ces derniers lui « jettent des regards ». Le responsable hébergement lui répondra alors en expliquant la structuration des étages à ce résident, qui peut expliquer son vécu : « c'est que vous êtes au premier étage, il y a pas mal de personnes avec des gros troubles, il faut pas le prendre pour vous ».

Dans ces contextes, on observe dans les deux cas une **tendance des professionnel·les comme des proches à amener tant que possible les personnes concernées en salle du village et donc les rapprocher des centralités**.

Pour autant, les personnes âgées résidant en EHPAD peuvent également agir par elles-mêmes sur cet environnement, afin de renforcer un environnement apprécié ou prendre des distances ou des marges de manœuvre vis-à-vis d'un environnement difficilement vécu. Nous développerons donc ici les notions de centralité, de lieux de secondarité et d'espaces liminaux, en bref, de lieux extérieurs à l'institution ou aux frontières de celle-ci permettant justement de « faire avec » l'institution. Nous montrerons dès lors comment ces espaces investis peuvent permettre de modifier le cadre des interactions ou encore de se ménager un temps et un espace à soi en accord avec ses pratiques.

### III. 3. 1. Se rapprocher des centralités

Force est de constater que pour les résident·es les plus valides du rez-de-jardin et n'ayant que peu de proches, la journée est passée pour la plus grande partie au rez-de-chaussée. Dès qu'ils et elles le peuvent, ces dernier·es montent dans les espaces collectifs du rez-de-chaussée, où ils et elles passent le plus clair de leurs temps et peuvent bénéficier de relations plus étayées, ou tout simplement d'espaces à investir. **Ces dynamiques de déplacements renseignent bel et bien des « vécus d'étage », au sein desquels l'entourage, rarement choisi, peut faire l'objet de volonté de détours et de contournements.**

« Monter » permet alors de quitter un espace vu comme « mort ». On observe des fonctionnements similaires avec les personnes vivant au 1<sup>er</sup> étage : il s'agit dès lors de descendre dans les espaces animés. **Ces dynamiques centrifuges montrent comment l'EHPAD s'est construit autour de lieux-clés concentrés au rez-de-chaussée, et comment cette organisation socio-spatiale est venue à son tour façonnner les déplacements des résident·es.** Il en va de même dans l'autre sens : ainsi, une résidente du rez-de-chaussée nous a évoqué ne pas réussir à aller voir une connaissance de longue date qui réside au rez-de-jardin. Les deux femmes ont vécu dans la même commune, mais pour autant, la première n'a pas supporté de se retrouver confrontée au contexte différent du rez-de-jardin, où elle s'est retrouvée à l'heure des repas. Elle nous évoque lors d'un échange ce qu'avait générée chez elle la vision des résident·es nécessitant une aide alimentaire : elle était alors retournée à son étage profondément choquée, confrontée sans le vouloir à l'image d'un mal vieillir qu'elle essayait par ailleurs de fuir et que sa présence au rez-de-chaussée, dans une unité avec des personnes en relative bonne santé, lui permettait de minorer.

Parfois, ces déplacements sont aussi voulus et désirés par les proches de personnes ayant des troubles moteurs et cognitifs, dans une volonté par exemple de savoir leurs proches entourés dans un lieu dynamique. C'est aussi le cas lorsque les résident·es ne peuvent plus se déplacer par elles/eux-mêmes : dans ce contexte, la présence des visiteur·ses permet une sortie à distance de l'espace de la chambre, qui est alors un lieu par défaut. On voit alors des familles qui se retrouvent sur la place du village, ou dans les espaces à proximité :

l'hypothèse peut être faite **d'une présence à l'extérieur évitant la fermeture sur la chambre pour le ou la résident·e, mais aussi pour les proches**<sup>102</sup>. Cet exemple peut également être comparé aux pratiques de certaines personnes qui se rencontrent dans les espaces collectifs de l'EHPAD. C'est ainsi que le fils de Madame Dujenet étonne la directrice en allant s'installer auprès de sa mère dans la salle à manger, à table, parmi les autres résidentes.

D'habitude, les familles venant manger à l'EHPAD s'installent quelques peu à distance des autres résident·es, dans des espaces dédiés plus ou moins privatisés. Dans ce contexte, je croise à plusieurs reprises des résident·es et leurs proches dans les salons dédiés, mais aussi au coin télévision du rez-de-chaussée ou encore sur la terrasse, en compagnie de leurs proches.

### III. 3. 2. Etendre son territoire

Les dynamiques d'appropriation se lisent à travers la **capacité de faire d'un lieu un territoire à soi. Cet espace investi peut être celui de la chambre, mais pas seulement : plusieurs résident·es élargissent ce territoire, que ce soit par une présence physique à l'extérieur des espaces dédiés à l'individuel ou encore d'une présence matérielle, par l'intermédiaire notamment de mobilier ou encore de décosations.**

Pour ce qui est des présences, il en va ainsi des personnes qui ont réussi à investir des espaces de manière pérenne, et ce faisant, les ont marqués de leurs sceaux. Ces présences peuvent revêtir tantôt une présence individuelle tantôt collectives, et peuvent s'établir sur des territoires destinés à cet usage mais pas seulement.

Nous pouvons ici penser à l'exemple de Monsieur Aubry qui investit grandement les espaces collectifs. Les petits salons de l'unité dans laquelle il réside sont donc totalement investi par ce dernier. Pour l'un, il s'agit d'un investissement physique : ainsi, on retrouve souvent Monsieur Aubry tantôt seul tantôt accompagné dans ce salon. Pour les deux salons, il s'agit aussi d'une présence matérielle : les meubles de son ancien domicile, qui auraient autrement été jetés, ont été installés dans les petits salons. On y trouve ainsi des vases ou encore des guéridons. Les nombreuses plantes installées dans ces ailes sont soignées par ce même homme, et des photographies de ses voyages ornent les espaces. Les armoires collectives sont également utilisées par ce dernier, avec notamment des effets personnels mis au service du groupe. Il en va ainsi de décosations de Noël utilisées pour décorer le lieu.

Lorsque l'on visite les lieux, les précisions qu'il nous apporte amènent de fait à saisir les origines diverses de chaque meuble, chaque élément décoratif :

*Monsieur Aubry : « L'armoire, ils l'ont laissée [les professionnel·les], je me suis dit tiens on met des livres dedans.*

Chercheuse : Ouais, et d'où est ce qu'ils viennent ces livres ?

<sup>102</sup> Là où les personnes pouvant se déplacer seules semblent davantage amenées à investir les espaces personnels lors de visites.

*Bah, de moi. Y en a beaucoup à moi mais on me les a donnés donc je les laisse.  
Donc tout le monde se sert.*

Ouais, y a des gens qui viennent et prennent un livre ?

*Oui, ils en reprennent ils en remettent, y en avait moins que ça. Pareil pour les pots, ce qui sert à mettre les pots de fleurs... Mais y avait rien avant. Le temps de trouver ces pots...*

Et comment ça s'est passé pour ces pots, ses plantes ?

*Bah, je leur demande. Ils ont des fleurs, des pots, et ils les foutent en l'air, alors... Y en a qui en ramènent de chez eux des fois, des, comment, des femmes de ménage. Ils ramènent des pots chez eux.*

Et les plantes du coup c'était vous qui les choisissiez ou c'était leurs plantes à elles ?

*Ça c'est les plantes qu'on a fait avec les enfants.*

Ah ! Des petites boutures, des...

*Elle est grosse, elle est énorme ! Elle était dans l'entrée... Donc je l'ai renversée avec le jardinier.*

Donc maintenant elle a trouvé une place au soleil et tout va mieux.

*Oh oui, comme celle-là bas, la grosse...*

Et c'est vous qui les avez mis en pot ou c'était les gens...

*Ah oui oui. Je disais de ramener de la terre un peu à tout le monde, y en avait dans les bacs à fleurs, alors, je suis allé récupérer la terre (sourire).*

Vous avez pris ce dont vous aviez besoin. Oui, [le responsable hébergement] disait « y a des fleurs c'est Monsieur Aubry qui les arrose tous les matins ».

*C'est lui qui me l'a dit. Il m'a dit, les plantes sont en train de...*

Ouais, donc vous faites un peu votre petit tour des plantes de l'EHPAD...Et donc... les meubles vous avez dit, la table et les chaises vous avez demandé à Fabienne [Colnet, la cadre de santé]

*Oui, oui*

Et tout ce qui est des autres meubles, là, c'est pareil ?

*Non, ça c'était là de base (il montre l'armoire). Y a que celle-là (il montre une autre armoire) c'est une dame qui est décédée, au fond là-bas. C'était la belle-mère à Fabienne. Elle l'a laissé. Et ça c'est à moi.*

Les vases, les...

*La table.*

Celui-là aussi ?

Oui.

Et du coup c'était à vous, c'était stocké où en attendant ?

*Dans mon garage. On a vendu tout ce qu'il y avait à vendre, tout ce qu'il restait, y avait trop, bon y en reste encore un peu mais... oh c'est pas important (sourire).*

Donc vous avez remis une grosse partie ici ?

*Oui voilà. Tout ce qui embarrassait, donc le plus gros. Par ce qu'il y a des choses, on n'aurait pas gagné grand-chose en le vendant. Si on peut vendre ça, mais faut le donner. Alors ils sont aussi bien là.*

Bah oui c'est vrai que ça sert bien. Et pareil, vous me disiez, toutes les photos c'est vos photos de vacances.

*Voilà, exact. Et puis j'ai tout à moi là-dedans (il va vers l'armoire qu'il ouvre). Ça c'est à eux [l'EHPAD], ça c'est à eux, les cartons là. Le reste, il y a les photos. (il sort un album)*

*Alors voyez, voilà mon pays. Vous connaissez B ? (il montre une photo du village) [...] on a fait des photos (il nous montre des photos de vacances). On les change de temps en temps quoi. Elles sont plus anciennes, de temps en temps on les change.*

Et le reste c'est à vous ou...

*Oh tout ça c'est à moi ouais.*

Et à droite là ?

*Non. Ça c'est pas à moi (il désigne les vinyles), ça c'est à moi (il montre les décorations de Noël). Ça aussi c'est à moi (Rummikub), ça c'est pas à moi, je sais même pas ce que c'est... ? » (Monsieur Aubry, résident ayant connu les deux EHPAD)*



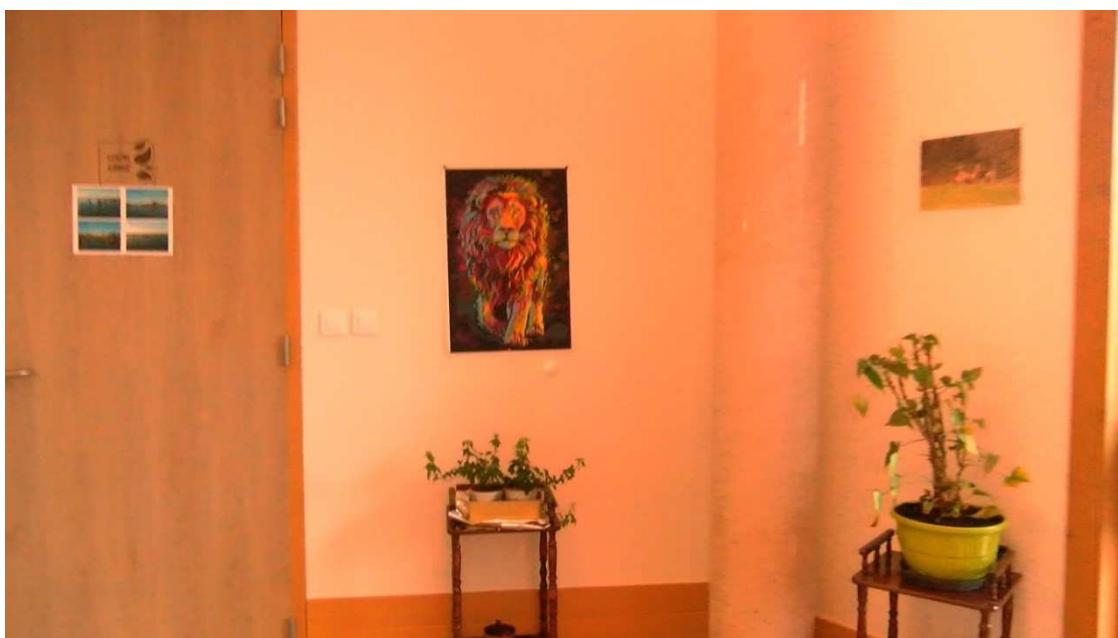
*L'intérieur d'une armoire qui mélange affaires appartenant à un résident et à l'institution*

Mais c'est également le cas de Madame Spina qui habite la même unité. Dans son cas, nous voyons aussi comment sa présence déborde largement les espaces de sa chambre. Ainsi, on

retrouve les tableaux de perles que celle-ci réalise dans de nombreux espaces communs mais aussi dans des chambres de résident·es.



*Tableau en perles réalisé par Madame Spina (1er étage)*

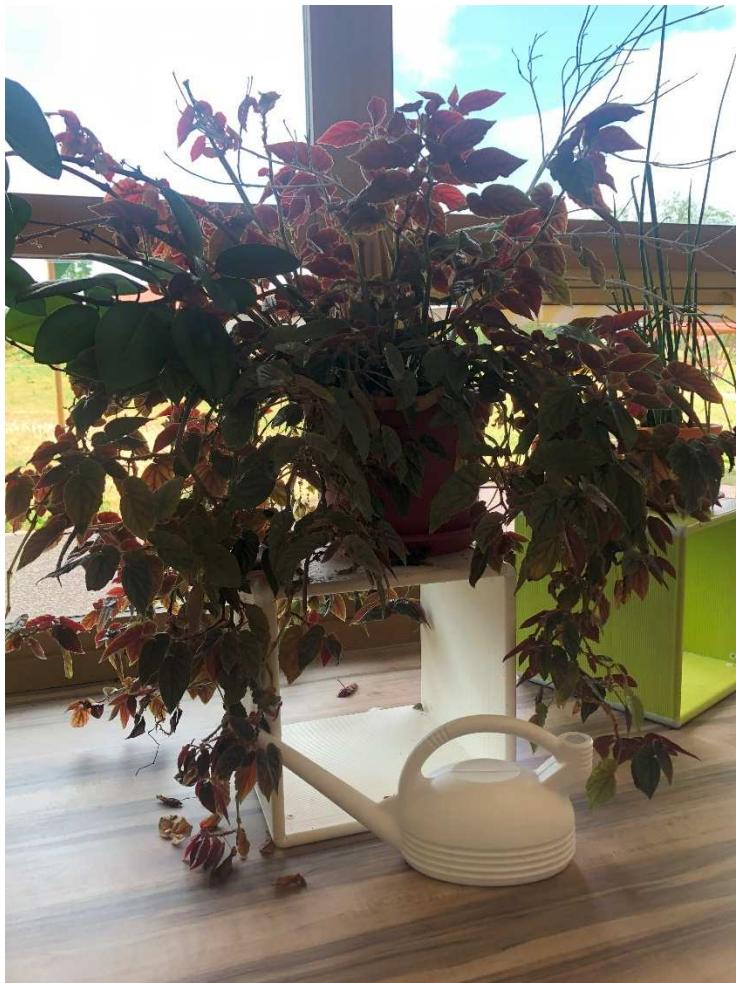


*Au rez-de-chaussée, un petit salon décoré par Monsieur Aubry et Madame Spina*

Ces investissements de territoires extérieurs à la chambre peuvent ainsi étendre le territoire des personnes, mais ils témoignent aussi d'autre chose : une forte **porosité entre les espaces individuels et collectifs**. On remarque par ailleurs que cette porosité est marquée pour des personnes qui s'investissent dans la vie de l'institution (préparation des tables, préparation de nourriture, etc.). C'est ainsi qu'on peut retrouver Madame Spina en train de réaliser le pliage des serviettes pour les grands repas, ou de proposer son soutien à une résidente vivant des moments difficiles en lui disant que cette dernière peut aller la voir

quand cela ne va pas, et qu'elle prendrait le temps d'une tisane et de la discussion avec elle<sup>103</sup> (journal de terrain, groupe d'expression du 7 avril 2023).

Monsieur Aubry, quant à lui, peut être vu en train de s'occuper de l'arrosage des plantes, tâche qu'il s'est arrogé dans son aile de résidence mais qui lui a également été proposée par le cadre du pôle vie sociale dans d'autres espaces de l'EHPAD.



*Plantes et arrosoir dans la salle du PASA (RDC)*

On peut également le trouver dans la cuisine du PASA lors de temps forts de l'année, notamment pendant le repas de fin d'année à l'EHPAD où il réalise un grand nombre de brioches de Noël :

*Monsieur Aubry : « Autrement, il fait bon travailler, mais j'ai fait des, on avait fait des brioches, puis je vous dis, j'ai fait la boulangerie moi.*

*Chercheuse : Vous travailliez en boulangerie ?*

*Oui, un peu au début. Alors j'ai fait des brioches et des petits bonhommes pour Noël quoi.*

*Donc vous avez pu aller en cuisine ?*

<sup>103</sup> Dans un contexte où la résidente en difficulté déplorait justement le manque de personnel et son besoin de parler à quelqu'un.

*Non, pas en cuisine, dans la salle là-bas au fond. J'en ai fait assez, et puis personne n'est venu m'aider alors j'ai dit j'en ferai plus.*

Ouais c'est du travail.

*Ouh la la !*

Vous en aviez fait pour...

*Bah j'en avais fait pour ici, pour tout tout, les écoles qui venaient, puis les enfants de tous les soignants d'ici. Tous les enfants ! Et y en avait hein ! Il devait y avoir 25 enfants, 25 qui ont venu. Fallait remplir le double, fallait compter qu'il en ait deux chacun. Et puis tous ceux qui sont ici hein. Oh c'était du boulot hein ! J'ai pas fait en un seul coup parce que c'est trop. Surtout que personne vient vous aider hein. (un temps) Oh beh (il rit). Bah faut connaître c'est sûr mais enfin. Seulement mettre un plateau à graisser un plateau à ... Ce qu'il faut.*

Et dans ces moments-là, pour les ingrédients, vous demandez au personnel ?

*Je fais une liste s'il faut et la cuisine elle fournit tout. C'est la cuisine puisque c'est eux qui ont les grands ingrédients.*

Du coup tout ce qui était de la cuisson, c'était en cuisine ?

*Oh non c'était tout là-bas ! (signe de la tête vers le PASA) [...] Non non, maintenant j'aurais pu cuire à la cuisine, mais seulement il aurait fallu à une certaine heure, quand ils ont le temps. Faut embaucher quelqu'un d'autre parce que moi j'ai pas de tenue de cuisine. Il faut une tenue spéciale pour aller en cuisine. Donc je me suis dit, je cuirai là-bas, je me suis levé à minuit, pour pouvoir commencer à [servir à] 3h de l'après-midi [...]. M'enfin, c'était une bonne expérience. » (Monsieur Aubry)*

Madame Spina s'investit également dans l'organisation collective du lieu. C'est ainsi qu'elle met la table, s'occupe du pliage de serviettes pour décorer lors des grands repas, et qu'elle prévoit les décos d'autres unités.<sup>104</sup>

Nous sommes avec Claudine, dans sa chambre, elle nous montre comment faire les tableaux en perle : avec un petit stylo, et les réserves de perle de différentes couleurs, « on met, on tient, et on pousse »... Elle nous apprend quels sont les tableaux faits en premier : celui qui est en haut, un oiseau, vert, près de la Bibliothèque. Elle nous dit « qu'il y en a partout ». C'est elle qui choisit les emplacements pour chacun de ses tableaux. Elle se lève et nous montre.

*Madame Spina : J'veais vous expliquer. Vous entendez le bruit. (Elle toque au mur) On peut. (Elle toque sur le mur de l'autre côté). On peut pas. C'est du*

<sup>104</sup> Ce qui lui vaut parfois la place de « mascotte » de l'EHPAD.

*ciment. Ici on a fait un petit... tiens là, voilà là. On a dit, non on arrête. Alors, les copines elles font... quand je vais visiter des amies, (elle toque) « t'as fini de sonder les murs ? » Là on peut, là on peut, mais là-bas on peut pas. Alors quand j'en commence un dans ma tête je sais où il va terminer.*

Chercheuse : ah, vous savez déjà où il va terminer ?

*Oui, avant que je commence, je tâte le mur et puis dans ma tête, je sais où il va aller quoi.*

Et celui-là il va aller où, celui que vous faites là ?

*A la famille... c'est la petite salle, famille, je sais plus quoi.*

Ah oui j'ai vu, la petite salle près du réfectoire ?

*Voilà. Celle-là va partir là-bas, sur un mur, [...] et celui-là il va aller en face, c'est un 30 sur 30. Donc celui-là il va aller sur le mur comme ça à la salle, et l'autre sur l'autre côté. » (Madame Spina, résidente arrivée aux Buissons)*

Ces personnes témoignent de fait d'une appropriation de nombreux espaces de l'EHPAD, mais qui fait écho en réalité à un certain sens de la vie en collectif.

Cette partition entre espaces peut également se lire à travers des exemples plus solitaires d'appropriation. Il en va ainsi de Madame Benoit (nonagénaire, ancienne ouvrière textile). Cette dernière passe une grande partie de ses journées sur la place du village, dans un coin de l'espace où elle a élu domicile, à proximité de la table où elle mange. Elle reste bien souvent l'après-midi à sa chaise, y faisant la sieste.

Cet espace devient alors un repère dans l'espace mais aussi un repère vis-à-vis de soi. Lorsqu'elle le désigne ou le cherche, elle parle ainsi parfois de « son coin ». Lorsqu'on l'interroge à ce sujet, celle-ci témoigne d'une partition antérieure entre les espaces de la chambre et du salon, qui est reproduite à l'EHPAD. Ainsi, la chambre est pour elle l'endroit où l'on passe la nuit, et non le jour. **Ces représentations et pratiques de l'habiter façonnent de fait la forme d'appropriation développée, à rebours des frontières installées entre espaces collectifs et individuels.**

On peut également citer, dans cette même lancée, l'exemple de Madame Cerizet. Cette nonagénaire, ancienne cadre dans le médico-social-, utilise parfois durant l'été la « salle des familles » comme annexe à sa chambre. Evoquant cette utilisation de l'espace, elle dit qu'elle l'utilise lorsqu'elle est obligée de fermer les volets de sa chambre, et que ce lieu devient alors en quelque sorte « son bureau », où elle gère sa paperasse et fait ses mots croisés. **On voit ici comment la représentation de l'espace repose également sur des pratiques de l'espace façonnées par le milieu social d'appartenance, les socialisations professionnelles, ou encore la disposition des logements antérieurs.**

Il en va de même de Madame Chapelier, qui a pris pour extension de sa chambre le balcon attenant, et qui y va aux beaux jours où elle se tient dos à l'EHPAD, pour être, elle nous le dira, à distance des personnes troublées pouvant déambuler dans l'EHPAD.

Madame Levent évoque aussi ce besoin de ne pas toujours être « dans le monde », après des moments de vie en milieu rural et isolé :

« Vous ne me verrez pas souvent dans la grande salle entre les heures de repas, non. Moi je reviens ici, ou je vais sur le balcon au bout... il me faut un petit peu de solitude, je peux pas vivre sans ça. » (Madame Levent, résidente arrivée aux Buissons)

Mesdames Huszar et Bresson s'approprient de la même façon des fauteuils proches de l'espace télévision. Ces espaces sont marqués par des distances assez fortes entre chaque siège, ce qui permet de se côtoyer sans avoir pour autant à échanger davantage. **Ces lieux sont par ailleurs bien souvent investis par les résident·es lors de temps transitoires**, bien souvent avant les repas du midi ou du soir.

Par-delà ces espaces, prévus ou non prévus par l'institution et son architecture, c'est également la question des espaces aux frontières de l'EHPAD qui se pose. En effet, des espaces sont appropriés par-delà la chambre, dans l'établissement, mais aussi à ses limites.

### III. 3. 3. Investir des espaces liminaux

Pour celles et ceux qui le peuvent, et lorsque la météo y est propice, les lieux aux abords de l'EHPAD sont des lieux investis. Ces espaces extérieurs ont été progressivement dotés d'installation permettant aux résident·es de s'y rendre : des barnums ont investis l'espace extérieur de la terrasse et des chaises ornent également l'entrée de l'EHPAD, où se tient parfois aux beaux jours jusqu'à une dizaine de résident·es.

Ces espaces semblent appréciés par les ancien·nes résident·es, qui investissaient déjà les espaces extérieurs à Saint-André. Les résident·es de Saint-André ayant une bonne forme cognitive étant pour la plupart au rez-de-chaussée, ils et elles peuvent s'y rendre plus facilement. Il en va de même pour Madame Géhin, ancienne résidente qui passait beaucoup de temps assise près de la vierge de Saint-André et qui apprécie de se prélasser au soleil.

Pour une autre ancienne résidente, elle a retrouvé à son étage un endroit pour fumer, à côté d'un petit jardin (au rez-de-jardin justement). Elle y fréquente une voisine d'étage mais aussi les professionnel·les, qui s'y rendent souvent lors de leurs courts temps de pause.

**Ces positions liminales, à moitié à l'intérieur à moitié à l'extérieur de la structure, permettent aux résident·es de limiter la sensation d'enfermement, de socialiser avec les autres résident·es mais aussi et surtout d'être au contact avec l'extérieur.** Être devant l'EHPAD, c'est ainsi « voir les allées et venues », pouvoir échanger avec les personnes qui passent, et tout simplement être au contact des signes environnants qui témoignent de la vie « ordinaire » et des « bruits du monde » : les voitures qui passent sur la route au-dessus de l'EHPAD ou encore les travaux estivaux en contrebas annonçant la venue d'un nouveau magasin. Ces éléments, qui pourraient être considérés comme des nuisances sonores, sont ici signe de passage, de fréquentation, de vie.

D'autres éléments viennent marquer le temps qui passe et celui qui reste, comme par exemple les arbres et leurs floraisons, où personne ne sait combien de fois encore les résident·es pourront les voir : c'est par exemple le cas de cette résidente qui s'interroge si elle reverra les fleurs roses de l'arbre qu'elle apprécie voir fleurir une fois de plus devant l'EHPAD. C'est donc également le temps dans une dimension cyclique, mais limité, qui intervient.

Passer du temps à l'extérieur permet également de s'informer de ce qu'il s'y passe, et de pouvoir continuer à aborder des sujets de discussion communs avec les personnes qui ne vivent pas sur place mais alentours, mais aussi d'acquérir des connaissances et d'être dans

des modes de discussion plus personnalisés et plus vastes qu'à l'intérieur de l'EHPAD. En ce sens, ces relations dépassent le cadre de la relation de *care* et permet d'en investir l'aspect électif.

A plusieurs reprises, des scènes observées relèvent de cet effet de liminalité propices à des relations « décalées », cet espace n'étant plus entièrement pris par les normes en vigueur au sein de la structure. On pense ici à l'ASH qui reste à discuter quelques temps, une fois ses vêtements de service enlevés, aux enfants d'un·e résident·e qui arrivent et restent là à échanger, au garde champêtre qui dépose la gazette locale, à la secrétaire qui, inquiète par les trous dans les feuilles des arbustes devant l'EHPAD, demande son avis à un résident... Ces échanges, s'ils peuvent paraître banaux, sortent du cadre habituel des relations à l'EHPAD, **en mettant à distance la frontière entre professionnel·les et résident·es, entre temps de travail et temps à soi**, etc.

Par ailleurs, ces relations et discussions peuvent amener à un changement dans les espaces concernés. C'est ainsi que les bénévoles ont par exemple planté des pétunias dans un grand pot devant de l'EHPAD après qu'une résidente ait déploré que ceux-ci soient vides. **Ces espaces liminaux permettent donc un certain investissement de l'espace et une considération « déplacée » des résident·es.** Le rôle d'entre-deux de cet espace semble alors reprendre partiellement certaines fonctions et les attraits de l'ancien parc de Saint-André.

#### II. 3. 4. Changer de perspective : la marche pour élargir la vue

Pour certain·es résident·es, des marches presque quotidiennes sont réalisées autour de l'EHPAD. Ce sont ainsi quelques femmes qui tentent, aux beaux jours, de s'aventurer aux alentours de l'EHPAD, montant parfois jusqu'au banc au-dessus de l'EHPAD. Contrairement aux espaces liminaux qui condensent les présences, ces promenades les dissipent : elles deviennent donc un **temps pour soi par-delà les murs**. Par cette présence au dehors, ces femmes continuent des habitudes qu'elles avaient avant l'institutionnalisation, tout en se rassurant sur leurs capacités à maintenir cette marche. C'est notamment le cas de Madame Bresson, dont l'entrée en EHPAD a été générée à la suite d'une mauvaise chute lors d'une promenade avec des amies. Madame R, quant à elle, revient de sa promenade en empruntant à ce dehors des choses qu'à l'intérieur on ne trouve pas : ainsi, on trouve parfois à sa table quelques fleurs glanées aux alentours de l'EHPAD, et qui finissent de fait leur chemin dans un vase.

#### II. 3. 5. Pouvoir compter sur des lieux de secondarité

**Pour les résident·es qui le peuvent encore, disposant souvent d'un réseau familial fourni, proches et résident·es se retrouvent à l'extérieur de l'EHPAD et non en son sein.** On retrouve ici les constats déjà renseignés sur l'importance des lieux de secondarité, des lieux qui permettent justement un pas de côté vis-à-vis des lieux vécus au quotidien. Dans ce contexte, « est secondaire que ce lieu où l'on va et d'où l'on repart », ce lieu qu'on n'habite pas de manière centrale, où l'on n'est pas « assigné à résidence », un espace dont l'entrevue seulement peut rendre acceptable le « principal » » (Membrado, 1998).

On voit donc ici ce rapport entre le dedans et le dehors, l'ici et là, qui permettent d'éviter le sentiment de clôture des espaces à soi sur la seule institution.

Le recours à des lieux de secondarité peut permettre plusieurs choses : d'une part, il peut recréer une continuité à travers des lieux connus où l'on n'est plus seulement perçus comme résident·es, de l'autre, il peut également permettre de faire face aux ressentis parfois évoqués de l'institutionnalisation comme déclassement. Ainsi, être parfois « hors » c'est

pouvoir négocier avec cette place parfois difficile à vivre à l'intérieur de l'institution. C'est notamment le cas de Madame Chapelier, nonagénaire, ancienne commerçante, qui se distingue par ses goûts. Ainsi, elle et sa famille préfèrent manger en dehors de l'EHPAD, où les repas ne sont « pas cuisinés », au profit de restaurants.

En fuyant l'assignation identitaire qui fait des personnes des résident·es et des « vieux », les personnes allant à l'extérieur de l'EHPAD peuvent alors pour certaines se ré-ancrer à nouveau dans un contexte spatial connu, comme par exemple ce résident qui retourne dans son village lorsque que sa sœur vient lui rendre visite (et qui continue à être en contact avec ce village au sein même de l'EHPAD à travers l'utilisation des réseaux sociaux qui permettent de maintenir un lien avec les occupations et lieux occupés au cours de sa vie).

Nous avons donc vu ici que malgré les effets que génèrent l'EHPAD du fait même de son architecture, il n'en reste pas moins de nombreuses possibilités de négocier la fermeture et l'ouverture des espaces, d'y créer des espaces collectifs ou individuels qui conviennent, et d'y trouver des brèches permettant davantage d'appropriation.

**Pour celles et ceux qui ne le peuvent pas, c'est un sentiment d'enfermement et de mort sociale qui peut être vécu :**

*« Moi j'veux quand même vivre un petit peu comme tout le monde hein. Ici on est mort, on est prison, on est mort ! »* (Madame Balmart, résidente ayant connu les deux EHPAD)

En ce sens, l'entre soi et le ressenti de l'EHPAD comme lieu de fermeture peuvent être contrés à travers des échappatoires différencierées, dépendant notamment des limitations fonctionnelles, de l'accompagnement plus ou moins marqué des proches, des relations tissées ou non tissées au sein de la structure... Cette conscience de la possibilité de mobiliser l'espace est à la fois présente chez les résident·es, leurs proches, mais aussi chez les professionnel·les.

### III. 4. Traviller les proximités et les distances relationnelles au sein de l'institution

Nous l'avons dit à plusieurs reprises : l'EHPAD est un lieu où se tissent de nombreuses dynamiques relationnelles. Ces relations se tissent entre différent·es acteur·ices : professionnel·les, résident·es, proches. Elles structurent à leur tour des possibilités et des formes d'appropriation du lieu.

#### III. 4. 1. Des liens entre professionnel·les et du rapport l'institution

Une des premières formes de relation concernent les liens entretenus entre les professionnel·les de l'EHPAD de fonctions équivalentes ou vis-à-vis de corps de professionnel·les différents, ainsi que leur rapport à l'institution<sup>105</sup>.

Même en son sein, l'EHPAD est vu comme un lieu à distance des hôpitaux et plus largement de l'organisation hospitalière. Cette différence d'organisation se matérialise à plusieurs niveaux : une **moindre segmentation des tâches et davantage de polyvalence, une ambiance « familiale » du fait des modalités de recrutement mais également dû à la taille de la structure, ainsi qu'une conflictualité sociale peu visible**. En ce sens, certain·es

<sup>105</sup> Lorsque nous évoquons l'institution, nous renvoyons ici à la fois à Saint-André et aux Buissons.

professionnel·les ont évolué d'un poste à un autre de l'EHPAD, ayant ainsi une connaissance globale de la structure. C'est notamment le cas de l'ancienne animatrice qui nous relate à la fois le travail d'aide-soignante dans la structure mais aussi d'autres tâches annexes désormais externalisées qu'elle a réalisé au début de sa carrière.<sup>106</sup> Il n'est d'ailleurs pas anodin que certains verbatims d'entretiens ne permettent que difficilement l'attribution à une profession en particulier. Par ailleurs, certain·es professionnel·les disent apprécier le fait de mener des projets du début à la fin, plutôt que de voir la gestion de certains aspects de ceux-ci externalisés et attribués à d'autres collègues ou à d'autres services :

*Madame Colnet : « Sinon, être cadre de santé... mener des projets, oui, mener des projets, être novateur, être quelqu'un qui guide un petit peu, tant que faire se peut, qui emmène derrière lui [...] après, je pense que cette dimension-là, je ne la vis vraiment que depuis que je suis arrivée en EHPAD, par contre. Ça c'est intéressant. Je pense que cette dimension là je ne la vis que depuis que je suis arrivée en EHPAD. Alors qu'en psychiatrie, dans un grand centre hospitalier, déjà y a plein de services, donc vous avez besoin d'une prise électrique vousappelez le service technique, vous avez besoin d'un coussin vousappelez le service économique, vousvoyez ce que je veux dire... Et puis, surtout, en psychiatrie, c'est des entités très particulières et qui ont, là aussi, un historique chargé, et où il y a une très très grosse pression des partenaires syndicaux, et où il faut vraiment tourner sa langue sept fois dans sa bouche, pour ne pas heurter ni les médecins psychiatres, ni les cadres sup, ni les partenaires syndicaux, et...ni les personnels qui vont direct au syndicat. Et quand je suis arrivée effectivement en EHPAD, ça a été... (cri d'étonnement positif) « Oh ! Ah bon, on peut ! » Voyez ce que je veux dire ?*

Chercheuse : Ouais, c'est pas du tout structuré de la même manière ...

*Donc je me suis retrouvée à devoir faire, à devoir appeler les fournisseurs pour savoir quel tarif était le plus avantageux, à commander des choses, enfin, justement, passer des commandes, à faire des plannings même si on les faisait aussi en psychiatrie, mais pas de la même façon, parce que, quand t'es dans un grand centre hospitalier comme ça, t'appelles le copain, enfin le collègue, le service d'à côté, qui te dépanne. Ici non, il faut trouver la solution en interne, il n'y a pas à tortiller. Voyez ce que je veux dire. Et c'est tout le côté MacGyver justement qui est vachement intéressant pour moi. Parce qu'il y a un côté Rubiks Cube, c'est ce que je disais tout à l'heure, je dois trouver les solutions. Alors que, quand t'es dans un grand centre hospitalier, tu soulèves les manques et puis, c'est d'autres services qui trouvent les solutions, souvent.*

Ouais...Tandis que là vous avez un peu tout le processus [...]

---

<sup>106</sup> C'est notamment le cas des toilettes mortuaires. A ses débuts, la chapelle de Saint-André faisait office de funérarium intercommunal. C'était donc à la fois les défunt·es de l'EHPAD qui s'y trouvaient, mais également les personnes décédées dans les communes alentours. La conservation des corps et les cérémonies d'enterrement se réalisaient alors sur site.

*Oui, C'est à dire que, je veux une formation, je fais-moi même le cahier des charges, voilà, je fais, je couds ce que je veux. Et ça c'est très intéressant quand même » (Madame Colnet, cadre de santé)*

De la même manière, une bénévole actuellement très investie a auparavant connu l'EHPAD en tant que professionnelle. Déjà à l'époque, cette dernière ne mettait que peu de séparations entre la sphère domestique et professionnelle, et il était fréquent que celle-ci reste à l'EHPAD entre deux plages horaires, faisant ainsi fonction d'appui à l'animatrice. Elle avait alors décidé de passer ce temps auprès des résident·es, à échanger, ou encore à faire une partie de belote. On voit ici comment cette dernière ne se cantonne pas à son seul rôle professionnel, mais qu'elle élargit le périmètre de celui-ci. Ce faisant, elle se positionne également à un entre-deux, porté par un attrait relationnel. C'est à partir de cet attrait relationnel que se tissera la dynamique bénévole actuelle, en lien avec une autre femme ayant elle aussi exercé en EHPAD :

*Chercheuse : « Donc la dynamique bénévole est assez récente ?*

*Suzanne : oui oui oui. Oh oui avant...*

*Christine : t'étais toute seule hein*

*Suzanne : oui, oui oui. Bah moi j'ai commencé quand je travaillais là-bas à Saint-André, bah les après midis je repartais pas chez moi, comme j'étais en cuisine je, je travaillais jusqu'à 13h puis je reprenais à 16h30 [...] et donc l'après-midi je restais et donc y avait l'animatrice qui était là donc je lui ai dit, tiens t'as besoin d'un coup de main, bah oui. Et puis voilà ça c'est fait comme ça, même si y avait pas d'animatrice, je jouais aux cartes, je mettais en route un chantier de belotte, et puis voilà, et puis quand j'ai été en retraite, j'ai dit, je continue, je reviendrai, je continuerai à faire du bénévolat. Et puis c'est pour ça j'ai jamais arrêté. Alors bon, Eliane a pris sa retraite, Hugo est arrivé, et puis bah Christine venait, je lui ai dit bah tiens tu voudrais pas...*

*Christine : bah moi j'avais l'habitude avec le secteur fermé de faire des activités, donc je les mets à profit là. C'est vrai, les mots coupés, les, des choses que, voilà, je faisais, beaucoup de bricolage, parce que c'est vrai qu'en secteur fermé ils aimait bien... » (Christine et Suzanne, bénévoles)*

On voit alors des **formes de relations plus « familiales », moins compartimentées, qui résultent en grande partie d'une socialisation très précoce à l'institution, au sein desquelles l'espace est donné à la prise d'initiative individuelle**. En ce sens, l'EHPAD a parfois des fonctionnements de collectif de travail qui ne sont pas si éloignés d'autres formes de collectif, familiaux par exemple : c'est notamment le cas de repas offerts au personnel et partagés avec le plus grand nombre d'agents. Lors d'un de ceux-ci, la directrice dira en aparté que l'absence d'une personne à ses repas souligne généralement une tension non-résolue : c'est ce jour-là le cas d'un des techniciens qui passe à côté de la table à plusieurs reprises sans s'asseoir<sup>107</sup>.

<sup>107</sup> Alors que nous échangeons ensemble, ce dernier me dira qu'il va seulement être en vacances dans les semaines qui suivent, après un temps long sans avoir pu poser ses congés. Il déplore alors ne pas pouvoir voir sa fille grandir.

Ces formes de tension laissent à voir des résistances de la part des agent·es, vis-à-vis de l'institution et de ses représentants. De leur côté, c'est à plusieurs reprises que les cadres concernées m'évoquent ou évoquent (notamment lors comité social et économique) la faible présence de syndicats dans le secteur, et plus précisément dans la structure, comme un atout du fonctionnement de l'EHPAD, qui limitent les blocages dans l'organisation du travail. Il et elle le mettent alors en regard avec d'autres expériences, notamment dans des secteurs qui sont, dans les Vosges mais aussi plus largement, beaucoup plus investis par les syndicats<sup>108</sup>. Aux Buissons, il n'y a pas de syndicats, mais seulement des représentant·es du personnel<sup>109</sup>, qui ce jour-là évoquent principalement une situation de travail dégradée qui concerne l'une d'entre elles. Dans ce contexte, on voit que les situations, du fait notamment de la taille de l'établissement et peut être également de sa culture institutionnelle, sont particulièrement personnalisées : **dans un établissement tels que les Buissons, une personne peut faire la différence pour le reste des équipes, en permettant d'assurer des créneaux et de ré-équilibrer la charge de travail**. L'inverse est aussi vrai. A ce titre, une **personne en arrêt devient assez facilement un « moins » à gérer pour les cadres et la direction, et une personne assurant quelques heures en plus devient également un « atout » à placer judicieusement vis-à-vis de l'organisation des équipes**<sup>110</sup>. Les problèmes d'effectifs, lorsqu'ils ne peuvent pas être réglés, amènent de fait à des surcharges au travail et une souffrance au travail marquées pour les personnes qui doivent dès lors contribuer à assurer ces créneaux, mais aussi dans une certaine mesure pour les cadres qui n'ont pas d'autres options que de continuer à faire reposer une charge horaire conséquente sur une seule personne. De la même manière, cette question de gestion de l'absentéisme (*Divay, op. cit*) est également évoquée par les soignantes qui mettent en avant les effets de ces reports sur celles qui restent :

*« Il y a une personne en arrêt depuis un bout de temps, du coup, il faut qu'on bouche les trous en fait, on prend sur nos repos »* (Annick, infirmière)

Derrière cela, c'est de manière plus ou moins directe que s'entendent pas seulement les difficultés de recrutement, mais aussi et surtout les difficultés économiques limitant la possibilité de recruter plus de personnel, comme en atteste cet échange entre résident·es et directeur avant le déménagement :

*Résidente : « Est-ce qu'il y aura plus de personnel ?*

*Directeur : Non. [...] Comment on obtient du personnel ? C'est une discussion avec l'ARS, la Sécu, [...] le Conseil Départemental [...] et puis vous ça se ressent dans votre prix de journée. Une place dans notre établissement actuel c'est 3900 euros, 52 % que vous payez, le reste c'est l'état, le CPAM, le conseil départemental. Si j'embauche une ASH supplémentaire, ça fait 2 euros supplémentaires par jour par personne. »*

<sup>108</sup> C'est notamment le cas du secteur de la psychiatrie ou encore de certaines branches hospitalières. Par-delà l'histoire spécifique à chaque branche, cela s'explique aussi par les gros effectifs mobilisés sur ces services.

<sup>109</sup> Ce jour-là, lors du CSE, sont présent·es la directrice, les deux cadres, l'adjointe au cadre, et trois professionnel·les représentant·es du personnel (deux au soin, un à la vie sociale).

<sup>110</sup> C'est notamment le cas à ce moment d'une professionnelle qui travaille quelques matins par semaine et peut de fait agir en renfort d'équipe. Il n'est pas anodin que la directrice l'appelle par son prénom et son nom, toujours précédés du terme « atout ».

(Monsieur Laurin, directeur de l'ancien EHPAD, lors de la réunion avant le déménagement)

Qu'il s'agisse de l'ancienne direction, qui évoquait les coûts salariaux d'une embauche et les frais que cela occasionnerait sur le tarif hébergement, ou encore les professionnel·les qui aimeraient qu'il y ait « plus de soignantes », **cette question du nombre de travailleur·ses se pose avec force. Elle revient par ailleurs également dans les discours des résident·es qui n'ont de cesse de dire que les membres du personnel font toutes et tous ce qu'elles et ils peuvent, mais qu'il faudrait davantage de personnel.** C'est par ailleurs ces mêmes limitations concernant les personnels qui amènent à embaucher davantage sur des contrats courts ou sur des remplacements, dans un contexte où ces formes de contrat limitent les coûts.

Néanmoins, cela n'est pas sans effet sur les professionnel·les. Ces questions se réfléchissent d'autant plus dans un contexte où certain·es membres du personnel « subissent une double précarisation (Paugam, 2007) » (Divay, *op. cit.*). Cette dernière semble à certains égards être proche de celle mise en avant dans le cadre de l'hôpital local investi par Sophie Divay, avec

« d'une part, une précarisation de l'emploi à travers l'embauche systématique de nouvelles recrues en contrat atypique, sans garantie d'intégration » et de l'autre, « une précarisation du travail qui touche tout le personnel (titulaire ou précaire) du fait du déséquilibre induit par la présence constante de remplaçantes, dont le fort turnover perturbe l'organisation du travail, la définition des tâches et les rapports sociaux entre catégories d'agents. » (*ibid.*).

A plusieurs reprises, ce sont également des proximités antérieures au déménagement qui ont été soulignées : une cadre qui connaissait l'ancien directeur, une des psychologues qui connaissait déjà la directrice actuelle... Ces professionnel·les s'étaient donc parfois croisé·es au cours de leurs carrières. A cela s'ajoutent des durées assez longues parfois de travail mené conjointement, ce qui amenait alors à produire un sentiment de « **loyauté** » vis-à-vis des directions, **consistant par exemple à ne pas critiquer frontalement certaines gestions ou orientations prises.** Ces proximités construites au fil de l'engagement dans l'EHPAD créent par ailleurs un sentiment de collectif de travail, tantôt positif tantôt négatif. C'est ainsi par exemple qu'une des infirmières nous dira qu'elle est « fière de son établissement ». Le terme de « maison » est par ailleurs également utilisé par certain·es professionnel·les.

Pour d'autres personnes, la position adoptée est celle d'une compréhension de l'institution, de ses mécanismes et de ses limitations. C'est notamment le cas de Suzanne, ancienne professionnelle de l'EHPAD, désormais investie bénévolement au sein de la structure. Pour elle, **la compréhension des logiques d'action des professionnel·les est au cœur de sa posture** : à l'entre-deux, Suzanne occupe une position d'intermédiaire entre l'institution et les familles, qui s'explique à la fois par son ancienne position professionnelle et sa place de fille de résidente. Il en va d'une manière semblable de Christine, une autre bénévole qui elle aussi a connu l'EHPAD en tant que fille de résidente, et qui a également travaillé dans un EHPAD (mais pas à Xertigny, et pas dans le public- ce qui inclut une certaine distance et différence en termes de fonctionnement). Dans ce contexte, ces deux dernières connaissent et reconnaissent certaines difficultés, notamment financières, dans la gestion des EHPAD. Ces limitations sont plus largement reconnues et évoquées par d'autres professionnel·les, comme un frein conséquent concernant la proposition d'activités dont les frais ne seraient pas à la charge des résident·es. Elles reconnaissent et mettent également en avant le fait de

« se mettre à la place des professionnel·les » dont elles connaissent le travail puisqu'elles l'ont réalisé. C'est dans ce contexte de connaissance des enjeux et des difficultés, mais là aussi encore d'une forme de loyauté marquée, que Suzanne effectuera, même après sa retraite, un remplacement d'une quinzaine de jours à la suite du manque de personnel en cuisine dans le nouvel établissement :

*Chercheuse : « Parce que toi Suzanne je me souviens plus, t'as exercé en cuisine ici ?*

*Suzanne : Non, non non. J'ai quitté juste avant le déménagement. 1 an. J'étais venue faire 15 jours un remplacement ici. Elles étaient à court de personnel, oui, quinze jours, oui !*

*Christine : bon quand tu sais que c'est pas pour longtemps, c'est ça hein...*

*Suzanne : mais je connaissais pas les lieux hein !*

*Christine : Parce que t'avais pas retravaillé pendant le covid non plus ?*

*Suzanne : Oui ! J'étais en retraite au mois de décembre et puis Monsieur Laurin m'avait rappelé deux mois au mois de mai ! [...] et puis y a trois ans moi Madame Vallée, j'étais chez ma fille à L [ville à une centaine de kilomètres de Xertigny] elle m'appelle elle me dit, « moh on est embêté·es », je dis, « oh mais je connais pas », elle me dit, « les machines n'ont pas changé »... mais je connaissais pas les lieux hein. Bon les machines étaient les mêmes mais... pour quinze jours !*

Oui, c'était bien que ce soit que 15 jours !

*Suzanne : Voilà ! T'as compris ! » (Suzanne et Christine, bénévoles)*

On voit alors comment **le fait d'avoir un recrutement local et pérenne fabrique des possibilités d'arrangement ici mobilisés à travers la ré-embauche d'une professionnelle pourtant retraitée.**

Tous ces éléments donnent à voir l'ambivalence et la complexité des relations entretenues au sein de l'EHPAD. En effet, les relations entre professionnel·les peuvent être tantôt proches du fait de conditions de travail analogues, d'un habitus domestique partagé (Divay, *op. cit*), tantôt éloignées, du fait d'injonctions qui rendent difficile la conciliation entre expériences des unes et des autres. Elles sont néanmoins toutes traversées par une certaine proximité, qui transparaît notamment à travers des formes d'attachement, de fierté, de loyauté, vis-à-vis de l'institution et des personnes qui les portent, et cela, par-delà les tensions.

#### 4. 2. Des liens entre professionnel·les de proximité et résident·es : entre interconnaissance, ancienneté et créations de liens privilégiés

A) *Identifier les personnes autour de soi : un enjeu pour les résident·es et pour les proches ?*

A l'entrée en EHPAD, mais aussi tout au long de la vie en son sein, des difficultés d'identification des professionnel·les sont évoquées. Ces difficultés reposent à la fois sur la méconnaissance du prénom ou encore de la fonction des professionnel·les rencontré·es. Elles sont par ailleurs renforcées par l'existence de problèmes de mémorisation pour

certain·es résident·es, et ce à des niveaux différents. On observe de fait un niveau d'informations très différencié, d'un·e résident·e à un·e autre. Certain·es résident·es, peu nombreux·ses, connaissent et les noms et les titres de chaque poste, ou tout du moins leurs missions : il s'agit davantage des personnes investies dans la vie de l'EHPAD, à travers le CVS par exemple, ou encore de personnes ayant du fait de leurs parcours professionnel une connaissance du type de structure et de son fonctionnement. Pour de nombreuses autres personnes, les demandes sont adressées aux personnes qui passent, indépendamment de leurs fonctions. Il en va de demande appelant à une réponse directe, par exemple une demande de soins adressée à une ASH plutôt qu'à une AS ou une infirmière. Nous avons par exemple pu témoigner de ces demandes et des réponses d'une ASH, qui précisait alors qu'elles ne pouvaient pas satisfaire leurs demandes mais qu'il fallait demander aux AS. Par ailleurs, les problèmes relatifs au nettoyage du linge participent à entretenir une confusion entre différentes fonctions : c'est ce que nous constatons lors des premiers mois de visite à l'EHPAD, où nous sommes surprises en voyant un ASH porter une blouse indiquant qu'il est ergothérapeute (alors qu'il n'y a plus d'ergothérapeute dans la structure). Alors que nous en discutons avec lui, il nous explique qu'il a pris la seule blouse qu'il pouvait porter et qui était disponible, les blouses coupées pour les hommes étant peu nombreuses dans l'établissement.

Pour toutes ces raisons, certaines remontées de besoins peuvent certainement ne pas arriver jusqu'à l'interlocuteur·ice, ou il peut au moins exister une limitation d'information du fait du nombre élevé d'intermédiaires entre l'émission de la demande, sa diffusion et sa potentielle résolution.

Mais cette limite est également évoquée par les proches pour qui le fait de ne pas savoir à qui s'adresser limite les possibilités de s'adresser à l'interlocuteur·ice le plus à même de répondre à leurs sollicitations.

Ce point est notamment évoqué par une proche de résident :

*Nicole : « Ce qu'il manquait quand on arrive ici, ça serait un petit livret d'accueil avec un trombinoscope*

*Christine : ah oui, il faudrait voir auprès de la direction ça...*

*Nicole : parce qu'au niveau du personnel soignant, j'ai été longtemps, sans savoir qui était infirmière, à qui je m'adressais... elles ont rien pour les différencier, elles ont toutes un peu la même tenue mais c'est pas une tenue spécifique... donc tu sais jamais, tu sais pas au début, à qui t'as à faire [...] Pour un peu, tu saurais même pas qui est la directrice. Tu la croises dans le couloir, tu sais pas qui c'est. Si tu l'as pas rencontré, toi, par hasard...*

*Christine : c'est vrai que nous on avait des tenues. Avec des liserais.*

*Nicole : la rose elle était soignante, la bleue...*

*Christine : voilà, elle était blanche et rose, nous on était blancs et vert [...] et par un moment, on avait eu une pochette avec notre nom. Moi je trouve que c'est bien.*

*Nicole : moi aussi, le prénom.*

*Christine : parce qu'au moins, quand tout va bien, on sait que c'est un tel, mais aussi, quand ça va pas, on peut dire, avec un tel, ça n'a pas été.*

*Nicole : Au lieu de dire les aides-soignantes, on dirait bah voilà Mireille*

*Christine : et puis voilà ils sauraient à qui ils s'adressent. [...] N : bah ça c'est quelque chose qu'on pourrait demander ça. Parce que c'est vrai que les familles, moi je vois maman, elle est quoi elle, aide soignante ? J'en sais rien ! » (Nicole et Christine, bénévoles et proches de résident·es)*

Ce sont donc différents niveaux d'identification qui sont ici évoqués :

- La différenciation des fonctions professionnelles ou des corps de métier, à travers le vêtement par exemple
- L'identification des professionnel·les qui personnaliseraient la relation, par le prénom par exemple

Ces deux niveaux permettraient alors une meilleure identification des professionnel·les à même de répondre aux besoins évoqués par les résident·es ou les proches.

Ces limitations ont été évoquées à plusieurs reprises, et ont été prises en compte par l'équipe de direction. On voit alors que ces difficultés font l'objet d'un travail dans le but de favoriser une meilleure connaissance des personnes en présence. C'est notamment le cas lors du groupe d'expression réalisé le 15 mars 2024, qui avait pour but de traiter du trombinoscope et du fonctionnement des horaires de chaque professionnel·le. Pour autant, le niveau de complexité élevé des grilles horaires les rendaient, selon nous, peu assimilables sans supports pour les intégrer. Par ailleurs, beaucoup de personnes ne peuvent venir au groupe d'expression et leur distance par rapport à l'information se renforce d'autant plus, y compris pour celles et ceux qui aimeraient avoir ces informations. Le relais que nous avons pu faire parfois en répondant à ces demandes nous a paru ensuite insuffisant : en effet, préciser la personne adéquate pour répondre à une demande ou une autre ne suffit pas, nous le pensons, à donner un accès concret à l'information et à la possibilité de trouver ou de pouvoir se rendre sur le lieu d'exercice des professionnel·les en question. Par ailleurs, il nous semble également nécessaire de considérer que le fait de faire remonter certains questionnements ne dépend pas seulement des missions de la ou du professionnel·le : d'autres enjeux rentrent en compte, tels que les liens de confiance créés spécifiquement avec certain·es professionnel·les et qui dépassent largement les missions assignées à chacun·e.

#### *B) Quand l'interconnaissance et l'autochtonie structurent les relations*

Comme nous l'avons évoqué de manière transversale dans de nombreuses parties de ce rapport, l'EHPAD tend à être un lieu marqué par des formes d'interconnaissance voire

d'autochtonie. Ce sont ces proximités qui structurent également les relations entre résident·es et professionnel·les au sein de l'EHPAD.

Les liens qui s'y lisent entre résident·es et professionnel·les peuvent de fait être des liens de proximité et d'interconnaissance préexistants à l'entrée en EHPAD. Ces liens sont parfois des liens intergénérationnels (Divay, *op. cit*) . C'est ainsi que l'on constate que plusieurs professionnelles, et ce dans différents corps de métiers (en hôtellerie, en cuisine, aux soins), ont eu ou ont encore des membres de leurs familles comme résident·es de l'EHPAD. De la même manière, le recrutement qui a été pendant un temps centré sur la commune, amène à considérer la question de la présence de sœurs travaillant toutes deux à l'EHPAD. De ce que nous en savons, quatre personnes seraient au moins concernées. Plus largement, c'est la parenté dans son ensemble qui est à considérer. Ainsi, il est fréquent que « la cousine » ou la « tante » d'un·e tel·le travaillent ou aient travaillé dans l'établissement, quitte à ce que les professionnel·les déjà en poste aient tenu le rôle d'intermédiaire dans cet accès à l'emploi. Plus largement, la présence sur le territoire de filières de formation ouvrant la voie aux métiers du soin et de l'accompagnement amène également à produire des configurations locales d'interconnaissance. Mais ce sont aussi des liens avec des professionnel·les en poste hors EHPAD qui peuvent aussi se lire : il en va ainsi par exemple de Madame Thouvenot, qui connaissait la fille d'une professionnelle en fonction à l'EHPAD du fait de son métier d'aide à domicile :

*Madame Thouvenot : « Et par un moment, on avait une animatrice, elle est en retraite maintenant, qui faisait un loto. C'était intéressant, [...] C'était bien. Là elle est à la retraite.*

Chercheuse : C'était Eliane ?

*Ah bah voilà, vous la connaissez alors (sourire) !*

Je l'ai pas rencontré directement mais j'en ai entendu parlé et puis je vois qui c'est...

*Ah oui oui... Elle était bien.*

*Mais vous connaissez F aussi ?*

F ? Non. C'était une autre animatrice ?

*C'était sa fille !*

Aah !

*Puis je l'avais, quand j'étais encore chez moi je l'avais. Elle travaillait aux ADMR.*

Ok. Elle était aide à domicile. D'accord ! » (Madame Thouvenot, résidente ayant brièvement connu les deux EHPAD)

Ces formes d'interconnaissance, ou tout du moins de connaissance, sont également à saisir vis-à-vis de l'EHPAD. Pour certains « enfants du coin », l'EHPAD (en tant qu'institution) était connu avant même d'y travailler. C'est notamment ce que nous évoque un ASH : il se

souvent ainsi d'être allé à Saint-André à plusieurs reprises, afin de rendre visite à des proches âgé·es.

Enfin, cette interconnaissance locale peut également simplement reposer sur le lieu de vie des professionnel·les : les plus âgé·es habitent pour la plupart dans les environs. Pour elles, le fait de pouvoir venir au travail à pied, en vélo, ou avec très peu de temps de déplacement participent à leur qualité de vie. Cette inscription dans la commune ou dans les communes environnantes en tant qu'habitant·es peut contribuer, nous en faisons l'hypothèse, à amener également à plus d'interconnaissance, vis-à-vis des résident·es de la commune et de leurs proches notamment. C'est ainsi notamment que nous est évoqué le fait qu'une bénévole ait ramené à l'EHPAD un résident ayant des troubles cognitifs qui était parti de la structure, dans l'objectif de rejoindre son ancien domicile.

Nous rejoignons ici encore les propos de Sophie Divay :

« L'autochtonie à l'Hôpital local du littoral [et dans notre cas, à l'EHPAD] ne saurait être considérée indépendamment d'une approche en termes de mémoire collective, construite au fil du temps entre les murs d'un établissement de santé que certains agents nomment parfois « la maison ». Ce qualificatif dénote, d'une part, l'existence d'un attachement affectif à cet établissement de soins, et, d'autre part, la référence imaginaire à un lieu commun aux membres d'une même famille, où sont entreposés les souvenirs ou restes d'un passé collectif. Le rapprochement symbolique avec ce que représente une maison de famille où l'on a grandi, vu vieillir les aînés et où l'on a peut-être également vieilli soi-même, n'est de ce fait pas incongru. [...] Au-delà d'une donnée objective, l'autochtonie relève également d'une caractéristique subjective, du sentiment qu'ont les gens de faire partie d'un même ensemble. Cette perception se concrétise, en l'occurrence, à travers leurs attaches ou leur attachement à un établissement et à travers les liens établis avec certains membres de ce lieu auxquels ils ont affaire pour des raisons différentes. » (Divay, *op. cit*, p.175)

Encadré. Une interconnaissance qui se fait également à travers les proches de résident·es. Ces formes d'interconnaissance, qui contribuent d'une certaine manière à limiter l'isolement social et à maintenir une certaine reconnaissance sociale, se fait également à partir des proches de résident·es. Ainsi, les visiteur·ses des un·es peuvent devenir des personnes avec qui échangent les autres, et qui souvent les connaissent et les reconnaissent. C'est notamment ce que nous raconte Madame Maurer concernant l'ancien maire d'une commune voisine :

*Madame Maurer : « Et puis hier j'ai eu de la visite [...] J'aime encore bien. Mais alors tu sais je suis en bas des fois dans la salle, je suis assise et je dis : « celui-là je le connais ». Ben il vient me voir : « salut la classe ». Eh ben c'était [nom d'un Monsieur]. C'est un qui fait de la politique. Il a été maire de C [commune non loin de Xertigny]. Et puis maintenant bon bah il est en retraite et puis ma foi voilà il a une tante qui est ici [...] Alors il vient la voir. Et il y en a d'autres. Il y a d'autres personnes qui vivent dans les alentours d'ici, qui viennent voir quelqu'un et qui me croisent.*

*Chercheuse : [Nom du monsieur] vous appelle : « salut la classe » parce que vous avez la classe ?*

*Non, ça veut dire que je suis de la même année que lui (rires). Mais je vais vous faire rire, la dame là, bon lui il a encore sa femme il a de la chance, ils habitent ici. Y'en a combien qui viennent rendre visite à quelqu'un. J'en connais beaucoup (rires).*

*Et ça, ça vous fait plaisir de croiser des gens comme ça ?*

*Oui ça me fait beaucoup de plaisir (sourire). »* (Madame Maurer, résidente ayant connu les deux EHPAD)

Ces formes de relations sont loin d'être exceptionnelles et les exemples pourraient être nombreux : il en va ainsi de Monsieur Dubois qui évoque des connaissances ténues entre soignantes et lui, qui ont-elles et eux-mêmes des connaissances en commun, ou encore Monsieur et Madame B, qui rencontrent à l'EHPAD des voisin·es ou des ex-collègues, etc. Cette interconnaissance à travers les proches de résident·es amènent alors à réintégrer les résident·es à leurs connaissances passées, en partageant une expérience commune qui ne soit pas liée à l'institutionnalisation.

A cette autochtonie et cette interconnaissance peut être associée d'autres effets, telles que la difficile séparation entre vie privée et vie professionnelle, ou encore le contrôle social vis-à-vis de ses conduites (notamment au niveau professionnel)<sup>111</sup>. Ces effets, pouvant être vécus négativement, sont à saisir comme l'envers de ces solidarités locales. Plus largement, il s'agit aussi d'être saisi·e sur le territoire comme « professionnel·le de l'EHPAD » et donc potentiellement comme personne fournissant du soin et de la compagnie à des membres de la famille, ou à des proches de proches. C'est ce que nous évoque notamment Eliane, vis-à-vis de sa place dans la commune :

<sup>111</sup> Si cette interconnaissance peut agir comme un facteur de proximité entre résident·es et professionnel·les, ce n'est pas toujours le cas. La connaissance des un·es et des autres peut également amener à des formes de méfiance à l'égard de certain·es résident·es dont les professionnel·les auraient subi « autrefois les manifestations de la supériorité sociale » (Divay, *op.cit*). C'est notamment le cas vis-à-vis de résident·es de milieux aisés. Pour autant, cette distance se fait également vis-à-vis d'autres résident·es qui ne sont pas connu·es au niveau local, mais dont la position sociale semble amener à des formes d'attente avant de faire confiance aux dit·es résident·es.

« *Même quand on va chez le coiffeur on nous parle de la maison de retraite, c'est parfois pesant* » (Eliane, animatrice)

Cette dernière évoque alors l'importance d'une « coupure » entre son lieu de travail et son domicile, entre son identité personnelle et son identité professionnelle (et le rôle social qui y est rattaché). Le fait de ne pas habiter la même commune lui permet alors cette distance nécessaire, qui se voit également évoquée par d'autres professionnelles. C'est ainsi que la cadre de santé évoque l'attrait que représente pour elle le fait de ne pas habiter sur place, et d'avoir pour elle ce temps de trajet entre l'EHPAD et son domicile.

*C) Un travail relationnel qui amène à la proximité et à l'échange*

Par-delà ces considérations relatives au fonctionnement de l'institution et à cette interconnaissance qui structure les interactions, la question de la dimension relationnelle du travail des professionnelles rejette sans difficulté celle des relations tissées entre professionnel·les et résident·es. Ces rapports sont parties prenantes de ce qui vient favoriser ou complexifier l'appropriation du lieu.<sup>112</sup>

De manière générale, le travail des professionnel·les inclut une dimension relationnelle forte. En ce sens, les professionnel·les nourrissent des échanges et des discussions avec les résident·es, et c'est entre autres un des aspects qui participent de leur intérêt pour leurs travail.

Ce lien avec les résident·es, et plus largement avec les personnes âgées, peut se comprendre dans différents contextes d'émergence. Dans certains cas, ces liens existent du fait de **socialisations antérieures impliquant une proximité à des personnes âgées**, dans d'autres, du fait d'une « **rencontre** » de ce public après avoir exercé avec d'autres publics, ou encore du fait d'un **changement professionnel** dont le critère principal n'était pas celui de la population accompagnée.

Les jeunes professionnels que sont Thomas et Hugo, par exemple, ont pour point commun d'avoir travaillé avec différentes populations au cours de leurs études, avant de se tourner vers l'accompagnement des personnes âgées. Ni l'un ni l'autre n'envisageait à priori de travailler en EHPAD, une voie souvent peu connue et qu'ils ont parcouru qu'au cours de leurs études. L'intérêt pour l'accompagnement des personnes âgées et le fait de travailler avec elles et eux se sont donc dessinés et confirmés avec le temps :

« *C'était quelque chose dont j'avais pas entendu parler, pour moi on allait à la fac de sport soit pour être prof de sport soit pour euh être préparateur mental ou entraîneur sportif quoi. Et j'ai découvert cette filière et je me suis dit pourquoi pas essayer, donc j'ai essayé à partir de la deuxième année, et du coup ça m'a bien plu [...] et je me suis spécialisé là-dedans. En troisième année, j'avais fait un stage en EHPAD qui m'avait plutôt plu, alors je me suis dit pourquoi pas se lancer en EHPAD. C'était ma première approche avec les personnes âgées donc c'était pas forcément évident parce qu'on connaît pas forcément le public, puis au fur et à mesure des semaines on arrive à les découvrir, à les comprendre un peu mieux, et puis on commence*

<sup>112</sup> Du fait des limitations évoquées, nous avons pu questionner ces proximités à travers des professionnels en animation, mais moins à partir des soins.

*à créer des liens, et puis au fur et à mesure on dit bah c'est avec eux que j'ai envie de travailler »* (Thomas, enseignant en APA)

*« J'ai commencé, pour moi en fait, c'était, j'avais le stéréotype de la maison de retraite au début, j'ai fait un BTS production d'événementiel, organisation d'événements [...]. Et puis en fait au fur à mesure j'ai fait des stages découverte en EHPAD. Je voulais voir si le stéréotype était vrai ou pas. Et en fait je me suis rendu compte que l'animation en EHPAD c'est quelque chose de primordial. On en fait pas forcément une importance quand on connaît pas bien et on se rend compte qu'on a un très gros rôle à jouer. Et j'ai découvert ça via mes stages en fait. Et je voulais découvrir encore plus donc euh... donc du coup j'ai commencé en tant qu'animateur vacataire là où j'ai fait mes stages, à l'EHPAD de C [commune vosgienne], pendant 3 mois, et après l'EHPAD m'a proposé de passer un diplôme d'animateur social à l'IRTS<sup>113</sup> donc euh, je me suis dit c'est une super idée, donc euh en alternance en apprentissage »* (Hugo, animateur aux Buissons)

Thomas et Hugo partagent également le fait d'avoir travaillé après d'autres publics, notamment des jeunes (adolescent·es ou enfants), avec pour l'un un poste en périscolaire et pour l'autre un stage en ITEP<sup>114</sup>. Ces différentes expériences professionnelles amènent alors à de la comparaison, mais également à un affinement des points appréciés dans l'activité professionnelle (la reconnaissance de l'investissement, le retour du public, les échanges avec les résident·es) :

*« J'ai fait un stage avec un public adolescent en ITEP [...] et c'était un petit peu difficile parce que c'était très conflictuel, donc on leur apportait des choses mais y avait pas grand chose en retour. En EHPAD on peut apporter des choses, on peut créer des liens, et on a un retour vachement positif derrière. En ITEP je l'ai pas trouvé, ce retour positif, et ça m'avait même remis en question sur mes études. Et, le stage en ITEP il était avant le stage en EHPAD et quand j'avais fait le stage en EHPAD j'avais vraiment dit, c'est avec les personnes âgées que je veux travailler. »* (Thomas, enseignant en APA)<sup>°</sup>

*« Parce qu'en fait travailler avec les personnes âgées, je préfère, parce qu'on voit plus le rôle, alors qu'en périscolaire, enfin c'est plus mon ressenti, j'ai fait 6 mois là-bas, t'as plus l'impression d'être là en tant qu'animateur mais plus, plus sous forme de garderie quoi. Et les jeunes d'aujourd'hui c'est compliqué de les intéresser. Donc du coup c'est sûr que, aujourd'hui, niveau aspect social t'as aujourd'hui plus de facilité à discuter avec un résident qu'avec un enfant quoi. [...] mon ressenti. »* (Hugo, animateur aux Buissons)

Si les deux hommes n'ont pas été beaucoup au contact de personnes âgées en grandissant, d'autres ont grandi auprès de certaines personnes âgées de leur famille et désiraient retrouver ce lien à travers le travail en EHPAD :

<sup>113</sup> Institut Régional de Travail Social

<sup>114</sup> Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

« *C'est vrai que [...] moi j'ai toujours côtoyé mes grands-parents, , notamment mes grands-parents paternels, qui habitaient en Saône et Loire, [...] on y allait toujours un week-end toutes les trois semaines, c'était fixe, fallait surtout pas y déroger, on y passait toutes nos vacances scolaires, après euh... au décès de mon grand-père, c'était ma grand-mère qui venait passer les mois de, d'hiver chez nous, donc, voilà, toujours baignée là-dedans, c'est vrai qu'au bout d'un moment, quand on est gamins, et puis en plus je me rappelle, c'était dans un petit hameau, c'était.. un peu, isolé, euh, moi à l'époque bah je m'ennuyais, même si j'avais des cousins, des cousines qui venaient mais, fin voilà, quand je devais y passer mon mois de vacances, euh, fin, voilà, hmpf, je trouvais que c'était long, voilà (léger rire) et puis après euh... et en fait, quand j'ai eu vingt vingt-cinq ans, ce contact-là m'a manqué. Parce que bon, entre temps, mes grands-parents sont décédés, y avait plus ce, ce rassemblement on va dire, et puis la maison de mes grands-parents c'était on va dire bah c'était le point central, y avait tous les oncles et tantes, enfin bon bref, bah tout ça je l'ai perdu, et puis bah petit à petit y a eu cette euh, cette nostalgie de vouloir se retrouver avec des personnes âgées qui m'a, qui m'a un petit peu titillée, alors je me suis dit, bah je pourrai trouver, trouver un complément de travail en travaillant justement dans les EHPADs et puis à cette époque psychologue dans les EHPADs, y avait pas de ça, enfin, moi y a 30 ans, psychologue en EHPAD, on en voyait pas » (Valérie, psychologue arrivée aux Buissons)*

Dans le cas de cette psychologue, c'est donc l'intérêt pour les personnes âgées qui l'a amené à rechercher un complément de travail en EHPAD. Déjà formée aux questions relatives à la dépendance du fait d'une carrière au temps long dans des structures accompagnant les personnes en situation de handicap, c'est par la suite qu'elle trouve une place en EHPAD.

Même lorsque l'EHPAD est choisi pour d'autres aspects sans lien direct avec les personnes accompagnées, la qualité du lien avec les résident·es est évoquée. Les possibilités d'échange et de discussion sont pour beaucoup dans ce lien créée, ce qui fait la différence vis -à-vis d'autres expériences avec des personnes aux capacités cognitives plus altérées :

« *Par rapport à la gériatrie, dans cet EHPAD il y a des gens démentis mais beaucoup de gens orientés avec qui on peut avoir une relation, une discussion que c'était pas le cas en gériatrie, où on accueillait plus les personnes démentes que les personnes âgées correctes psychologiquement [...] allaient dans d'autres services »* (Sandra, infirmière)

Qu'il s'agisse de comparaisons entre plusieurs populations ou du rapport relationnel très apprécié, c'est donc cette relation très investie entre résident·es et professionnel·les qui transparaît dans les discours, et qui rend le quotidien stimulant :

« *C'est du donnant donnant c'est ça qui est bien. On arrive à donner le sourire et puis eux ils nous donnent le sourire dans un sens [...]. Alors y a des résidents qui sont difficiles, c'est sûr, mais la majorité des résidents sont agréables si on est agréable avec eux, ils sont agréables avec nous. On essaye d'en prendre soin, donc voilà, de les accompagner au mieux, parce que ça doit être un processus qui peut être difficile hein,*

*l'institutionnalisation. [...] on est dans un travail avec des Hommes, notre outil c'est des hommes, des femmes, etc., on est pas devant un ordinateur, c'est pas de la bureautique etc., donc on est obligés de créer un relationnel avec des personnes donc plus ou moins selon la personne. Mais on tisse des liens et puis c'est... c'est des liens qui sont je pense réciproques, je dirai pas de l'amitié, mais on apprécie la personne, parce qu'on la côtoie régulièrement, on développe des choses comme ça, qui sont intéressantes. Et puis, on apprend beaucoup. Je trouve même que sur le plan professionnel que sur le plan personnel, j'apprends beaucoup des personnes âgées hein. Des histoires, fin plein plein de choses. » (Thomas, enseignant en APA)*

*« Ça c'est dès que tu croises quelqu'un dans les couloirs. Bah moi je sais que je discute tout le temps avec eux, et Thomas il fait pareil. [...] En fait j'ai plus facile avec les résidents parce que tu les vois le matin, ils sont dans leur coin, tranquille, tu discutes avec eux, tu parles de tout et de rien, tu parles de la pluie, du beau temps. Moi j'aime bien aussi savoir d'où ils venaient, avant. Donc en général, c'est les meilleures discussions, parce que tu rebondis sur un truc, tac, sur autre chose » (Hugo, animateur)*

La richesse des échanges et des conversations apparaît alors comme une accroche centrale au métier et au secteur.

D) *Entre familiarité et « bonne distance ». L'exemple des formes d'adresse, entre règles de politesse et marqueurs d'identité*

Ces relations avec les résident·es, qui se lisent entre une proximité et un évitement d'une familiarité, questionne les cadres relationnels en vigueur à l'EHPAD. Iris Loffeier a pu, dans ses travaux, montrer comment certaines formes de proximité se voyaient empêchées dans les EHPAD. Un des exemples de cette mise à distance entre résident·es et professionnel·les apparaît notamment dans l'usage du nom de famille ou encore du prénom. Dans ses travaux, la chercheuse parle d'une « appropriation empêchée » (Loffeier, 2016).

Dans l'EHPAD concerné, nous avons pu constater également que cette utilisation pouvait générer des incompréhensions, voire des malaises. Un des exemples marquants est sûrement celui de Madame Spina.

*Cette dernière a en effet fait part, pendant un groupe d'expression mais aussi de manière plus informelle avec d'autres professionnel·les, qu'elle ne voulait pas être appelée « Madame Spina ». En effet, elle rattachait cette manière de s'adresser à elle à sa mère décédée, et préférait de fait qu'on l'appelle par son seul prénom. Dans ce contexte, le responsable hébergement a donc reprécisé que la pratique générale, sauf volonté contraire de la personne, était de privilégier la politesse et l'usage de ces formes d'adresse moins personnalisées. Après ce moment, l'information a été transmise au personnel, et de fait, l'usage de son prénom, Claudine, a été généralisé. (journal de terrain, 7 avril 2023)*

De la même manière, j'ai également été prise dans cette dynamique à plusieurs reprises : par Monsieur Colnot, d'une part, pour qui « Monsieur » renvoyait à des souvenirs d'enfance peu appréciables en campagne, pour ce jeune garçon qui avait été placé dans une famille,

dans un petit village. « Monsieur », dans ce contexte, désignait les notables locaux, proche du pouvoir, que les personnes saluaient à son passage en baissant leurs casquettes ou leurs chapeaux. C'était notamment le cas de l'homme qui l'hébergeait dans un contexte très strict. Dans ce contexte, l'utilisation du terme Monsieur venait donc marquer une certaine hiérarchisation des personnes, les « Messieurs » étant les personnes à qui l'on est obligé·es de témoigner d'une certaine forme de déférence. Pour cet homme nonagénaire, ancien ouvrier, l'usage de ce terme paraît donc inadapté, quasiment ubuesque. (journal de terrain, 19 mai 2023)

Enfin, lors d'une autre discussion, c'est Madame Dujenet, ancienne aide à domicile, qui me dit que je peux l'appeler par son prénom voire même son surnom, inscrivant ce désir dans une pratique à priori fréquente au sein de l'institution : elle me dira alors qu'« ici tout le monde m'appelle la p'tite Lulu ».

On voit donc comment cette forme de politesse, retenue comme norme, n'en est pas moins ancrée dans des codes sociaux socialement situés, qui ne font pas ou peu sens pour des personnes de milieux modestes ou très ancrées dans des formes d'interconnaissance relatives entre autres au milieu rural.

Dans ce contexte, l'utilisation des prénoms est répandue en animation et en activité physique, et d'autant plus pour les résident·es de longue date. Elle devient en ce sens presque une norme pour les professionnel·les de ce secteur. Pour elles et eux, le prénom permet de singulariser la relation et de réduire la distance pouvant exister entre professionnel·les et résident·es :

*« On a un prénom c'est fait pour l'utiliser, déjà de base, et ça, déjà on est en institution, c'est déjà pas forcément facile pour eux, et je pense que ça permet de... d'enlever une certaine barrière qui peut avoir entre eux et nous, et de peut-être faciliter l'acceptation [...] de l'institution. C'est comme si ouais, on enlève un peu une barrière, on se rapproche un peu d'eux, on essaye de se mettre à leur hauteur, d'égal à égal quoi. »* (Thomas, éducateur en Activité Physique Adaptée)

La frontière de la « bonne distance » est dès lors décalée (le repoussoir est donc le tutoiement), ce qui semble convenir à un grand nombre de résident·es qui acceptent cette utilisation du prénom. Les professionnels en question y voient une différence avec les professionnelles du soin, du fait d'une relation qu'ils estiment tout autre entre résident·es et soignantes. Ces formes d'appropriation ne sont pas toujours empêchées, et font l'objet de négociations entre professionnel·les et résident·es. Des adaptations permettent donc, dans une certaine mesure, de personnaliser les relations.

Par ailleurs, il semble nécessaire de rappeler que ce n'est pas que l'usage du nom ou du prénom qui marque une proximité ou une distance. Les membres du personnel soignant ou des ASH, qui utilisent majoritairement les noms de famille, développent tout de même des relations de proximité. Beaucoup d'autres éléments rentrent en compte, comme par exemple l'intonation, le recours à des formes d'humour ou encore des échanges qui témoignent de la connaissance de la vie et des activités des résident·es.

En ce sens, l'usage du nom n'indique pas forcément et pas toujours une distance. Il peut s'agir d'un mode d'adresse spécifique à certaines professions, mais qui n'empêche pas la familiarité ou la proximité. En témoigne à ce titre les formes de complicité qui se lisent dans

les échanges et les passages des professionnel·les, comme lorsque Marjorie passe dans la chambre de Madame Thouvenot et que cette dernière l'apostrophe à son arrivée en disant : « Ah, la belle Marjorie ! Belle, gentille, capable ! », ou encore quand cette dernière se souvient d'une AS à son regard qui dépassait du masque lors de la pandémie, ou lorsqu'une AS passe dans la chambre de Madame Dujenet en s'étonnant qu'elle ne soit pas en train d'écouter la musique, et lui dit qu'elles se verront le lendemain pour guincher. Ces formes de complicité font alors de ces professionnelles des « filles » : un groupe professionnel féminisé qui partage une proximité sociale avec les résident·es, et qui va parfois jusqu'à évoquer des membres de la famille.

*E) Une forte porosité et des liens quasi familiaux : se sentir tenu·e et reconnue dans et par l'institution*

En ce sens, c'est l'interconnaissance locale voir même familiale qui fait d'une femme la grand-mère, voir une « mamie » - et cela plus largement du fait d'un écho intergénérationnel qui rappelle aux professionnel·les la parenté ou la grand-parenté, et aux résident·es parfois leurs relations aux descendant·es (Mallon, 2014). Ainsi, c'est avec tendresse qu'Annabelle, ASH, parle de « Mamie Guillemin» ou de « ses » personnes âgées, ou qu'une aide-soignante a les mêmes pratiques envers Madame Blaudel, qui est de la même génération que sa maman et qui se connaissent par ce biais. On retrouve ici ces **formes de lien presque filiaux entre résident·es et professionnel·les du care**.

C'est aussi, de manière plus terre à terre le cas des professionnelles qui, pour plusieurs, ont travaillé avec leurs parents, notamment leurs mères, à l'EHPAD – situation fréquente qu'il s'agisse des femmes en cuisine, à l'entretien ou au soin. Dans ce contexte, il y a une perméabilité maintenue entre monde domestique et monde professionnel – perméabilité s'expliquant du fait du travail de *care* effectué dans et hors l'institution pour ces femmes, et plus minoritairement ces hommes, pour qui la personne âgée accompagnée pourrait être leur proche, ou le proche de leurs proches, et parfois l'est. Ce contexte local d'interconnaissance renforce donc les liens de proximité avec les résident·es propres aux EHPAD et à la volonté de soutenir dans leurs parcours les personnes âgées (Divay, 2014). Cette interconnaissance vis-à-vis des professionnel·les est aussi mobilisée par les résident·es qui peuvent ainsi les situer : il n'est dès lors pas rare d'entendre ces liens. Ainsi, c'est une résidente qui évoque le fait que telle ASH soit la fille d'une résidente qu'elle appréciait :

*« Puis une dame qui était par exemple à ma table à manger, on savait que c'était la maman d'une dame de service qui était là [...] Elle était à notre table pour manger, c'était la maman d'une jeune fille de là... [...] Je le dis encore des fois à sa fille. Je dis « monh, quand elle nous disait, quand elle nous racontait des histoires aussi » [...]*

Et du coup cette fille-là, la fille de la résidente, vous la voyez encore ?

*Ah bah bien sûr ! Elle était encore de service à midi ! (rires) Alors des fois je lui dis. Je lui dis : « des fois je me rappelle quand ta maman elle voulait pas faire ceci elle voulait pas faire ça », elle avait son caractère aussi elle ! »*  
 (Madame Maurer, résidente ayant connu les deux EHPAD)

Mais c'est aussi un autre résident qui évoque jouer aux cartes avec le père d'une ASH qu'il connaît bien :

« Alors je vois les aides-soignantes qui me font des signes depuis les HLM  
(sourire)

Ouais elles habitent juste à côté ?

*Ouais y en a beaucoup qui habitent là.*

Vous êtes quand même finalement voisins voisines, presque

*Oui bah, on se connaît bien, comme celle qui crie « t'es sur FR3 ! ». Elle restait là mais elle reste plus maintenant. Elle reste à R. [commune à quelques kilomètres de Xertigny], elle reste là-bas. Maintenant elle a déménagé puisqu'elle est toute seule. Demain je vais jouer avec son père ! Il vient exprès depuis là-bas pour jouer aux cartes. (rires) » (Monsieur Aubry, résidente ayant connu les deux EHPAD)*

Connaître les proches permet alors un support aux échanges, et l'affirmation d'un lien de proximité. Cette interconnaissance triple, entre résident·es, familles et professionnel·les, amène de fait à des relations dont on peut faire l'hypothèse qu'elles sont plus étroites puisqu'elles s'inscrivent dans un tissu relationnel serré qui met en lien les un·es et les autres, en créant de la solidarité autant qu'elles y obligent.

Ces formes de relations nous paraissent également à lire du fait de formes d'interconnaissance relatives à la commune :

« Le brouillage des frontières entre le registre des sociabilités et des solidarités formelles et informelles constitue l'une des spécificités des populations natives. Dans l'intervention des professionnels de l'aide aux personnes âgées et plus largement de certains intervenants locaux [...], **pratiques professionnelles et relations de proximité liées à une appartenance commune au territoire se mêlent étroitement**. Chacun joue sa partie professionnelle mais intervient aussi du fait de sa participation à cette société d'interconnaissance où chacun se sent co-responsable de la personne vieillissante en difficulté. » (Gucher, 2013)

Mais les proximités ne se tissent pas toujours à partir de ces interconnaissances qui précèdent l'institutionnalisation des résident·es. On observe également d'autres formes d'attaches voire d'alliances qui se créent, entre un·e professionnel·le et un·e résident·e (Goffman, 1968). En effet, et notamment pour les résident·es quasiment entièrement dépourvus de proches, ces liens peuvent être particulièrement marqués. Ces proximités peuvent permettre la résolution de tensions au quotidien. Ainsi, un·e professionnel·le qui aura des affinités avec certain·es résident·es sera bien souvent sollicité·e par l'équipe pour gérer des situations complexes. Dans ce contexte, ces formes de proximité deviennent alors des ressources mobilisables. C'est notamment bien souvent le cas pour l'animateur du fait de la latitude horaire dont il dispose contrairement à ses collègues assignées au soin. Ce dernier contribue alors à gérer la distribution des cigarettes à une résidente qui fumait beaucoup, ou encore qu'il prenne avec lui dans les activités du quotidien Monsieur Claudel, en en faisant « son stagiaire ». Qu'il s'agisse de la première ou du second, elle et il sont connu·es au sein de l'EHPAD pour leur difficile gestion de la colère (Madame Balmart se fâche souvent, Monsieur Claudel du fait de l'avancée de sa maladie d'Alzheimer, peut avoir des phases où l'agressivité est très présente). **Cette personnalisation des relations permet alors de fluidifier la vie quotidienne.**

Du côté des résident·es également, ces proximités peuvent être saisies pour bénéficier de contacts réguliers et stimulants, mais aussi parfois des arrangements au quotidien. En ce sens, connaître quelqu'un·e c'est aussi pouvoir avoir quelques marges de manœuvre supplémentaires, et continuer à être plus qu'un·e résident·e ou à négocier des avantages dans la gestion du quotidien. C'était notamment le cas vis-à-vis des douches de Saint-André. Monsieur Aubry faisait alors en sorte de se mettre d'accord avec les professionnel·les pour pouvoir limiter l'attente :

*« Moi je me levais de bonne heure, j'm'étais arrangé avec une fille [...] pour arriver à 6h30, dès qu'elle ouvrait [...] tout le monde y allait après le déjeuner, moi j'y allais avant. Elle commençait les toilettes aux grabataires [...] et moi j'allais aux douches. [...] Normalement c'était une fois par semaine. Moi si j'y allais tous les jours, elle s'en foutait, pourvu que je laisse le local un peu propre » (Monsieur Aubry, résident ayant connu les deux EHPAD)*

Par ailleurs, des instances de représentation peuvent également permettre ces formes de négociations à un autre niveau. Elles peuvent ainsi permettre à certain·es résident·es d'être informé·es.

Là où auparavant, certains arrangements paraissaient possibles entre résident·es et professionnel·les, ils apparaissent aujourd'hui comme moins facilement envisageables. C'est notamment le cas des veilleuses de nuit à qui il arrivait parfois la nuit de fumer une cigarette avec les résident·es. Ces liens néanmoins ont amené à des relations au temps long :

Chercheuse : « Une fois y a pas longtemps on vous a vu sur le banc dehors et y avait une femme avec vous, on savait pas qui c'était, on s'est dit, ah peut-être que c'est sa fille, mais c'était peut-être pas votre fille.

*Madame Balmart : Oui, c'était... C'était... Bah maintenant elle vient plus, elle travaille. C'était F*

Du coup vous la connaissez d'où F?

*D'ici. C'était une qui travaillait ici. M, c'était une qui travaillait ici.*

Ah, c'est des anciennes !

*Ouais ! C'était des anciennes copines de (elle fait le geste de la cigarette) Non à Saint André... On pouvait sortir, on pouvait se planquer.*

C'est-à-dire ? Ne pas être vue ?

*Oh bien sûr. Oh ouais. Les veilleuses nous disaient, surtout, (pas un mot) Oh bah, elles étaient dehors, elles étaient pas dedans en train de, de de... à surveiller les autres gens.*

Donc c'était un peu un pacte entre vous ?

*Exactement.*

Donc vous connaissiez bien les veilleuses. Et donc c'est pour ça que maintenant elles continuent à passer vous voir. Et du coup vous êtes moins proches des veilleuses maintenant alors, des veilleuses ici ?

*Of... (un temps). Elles sont plus rigoureuses. « Je suis au travail, je peux pas fumer ». Malgré que ce soit une fumeuse. Voyez ce que je veux dire. Et puis elles ont peur de se faire piquer, de se faire renvoyer hein. Parce que là c'est tout de suite, dehors ». (Madame Balmart, résidente ayant connu les deux EHPAD)*

Depuis le déménagement, de telles pratiques n'ont à priori plus cours. Il y a eu des changements dans les veilleuses, d'une part, et de l'autre, ces dernières sont au moment de la recherche deux à assurer la surveillance de tout l'établissement, dans un contexte où l'une d'entre elles travaille de jour et de nuit, une situation « exceptionnelle » mais qui s'installe du fait du manque de personnel mobilisable.

Ce sont donc des formes d'arrangements informels avec le personnel qui se lisent également, mais qui ont été lissées et limitées par le manque de professionnel·les qui rend plus rares la possibilité de prendre ces temps dédiés aux résident·es<sup>115</sup>.

Mais ce n'est pas tout : on constate également des formes d'organisation du travail ou d'adaptation qui permettent aussi ce travail du lien. On observe que l'organisation du travail, mais aussi les compétences d'observation des professionnel·les, amènent à rapprocher ou à éloigner certain·es résident·es les un·es des autres. Mais nous remarquons également que ces distances ou proximités deviennent réellement effectives qu'au regard de l'appropriation subjective, émotionnelle et relationnelle que les résident·es en ont. C'est ainsi par exemple qu'à la suite décès ou de situations conflictuelles, les plans de table en salle à manger sont modifiés. Les professionnel·les modèlent donc des formes de collectif en rapprochant ou en éloignant les personnes lorsque cela est nécessaire pour gérer des conflits. Dans certains contextes, ces dernier·es doivent aller jusqu'à faire des séparations, mobilisant plusieurs espaces, afin de limiter les tensions. Mais par-delà le fait de rapprocher ou d'éloigner, les professionnel·les participent également à permettre le maintien de certains liens, voire leur renforcement.

*C'est ainsi par exemple que lors d'un repas à l'extérieur de l'EHPAD, Monsieur Munier et Madame Thomas attendent ensemble devant l'EHPAD. En discutant avec ces dernier·es, j'apprends que seul Monsieur Munier était initialement prévu, mais que c'est leur proximité qui a finalement amené les professionnel·les à inclure Madame Thomas à cette sortie (journal de terrain, 6 juin 2023)*

On constate donc une forte prise en compte des dynamiques relationnelles, à partir de laquelle les professionnel·les composent.

F) *Des effets difficiles de cette proximité pour les résident·es : censure de ses besoins et peur des départs*

Ces proximités peuvent être des appuis au quotidien pour le ou la résident·e, tout en permettant de négocier le stigmate (Mallon, 2016) mais elles peuvent être incertaines et en ce sens générer des difficultés. Ainsi, on a pu par exemple constater que ces attaches tissées amenaient à des inquiétudes assez marquées quand les professionnel·les n'étaient pas assuré·es de rester à l'EHPAD, et que la question de leur départ se posait. C'était le cas vis-à-vis du départ de l'ancien directeur, dont le départ était notamment source d'appréhension pour Madame Balmart, comme c'est aujourd'hui le cas du fait du départ prochain de l'animateur :

<sup>115</sup> Cet attrait relationnel peut par ailleurs être mis en perspective avec l'évocation du « temps du bout des lits », expression évoquée à plusieurs reprises par les infirmières lors des recherches menées, et qui traduit d'une période où il était davantage possible d'accorder ces temps aux résident·es.

*Madame Balmart : « Il va pas rester longtemps avec nous... (voix attristée)*

*Hugo : Déjà vous êtes sûre que je reste avec vous jusqu'à décembre, A.*

*Madame Balmart : Oui je sais !*

*Hugo : Après pour le reste je sais pas.*

*Chercheuse : ça vous attriste ?*

*Madame Balmart : Oui, beaucoup...*

*Chercheuse : Parce qu'il est bien ?*

*On l'adore !*

*Chercheuse : Il faut en profiter jusqu'à décembre.*

*C'est le jeu A vous savez, c'est le jeu hein. J'ai signé pour hein. »* (Madame Balmart, résidente et Hugo, animateur)

**Les proximités tissées amènent alors à générer un sentiment de perte pour les résident·es qui s'étaient attaché·es aux professionnel·les.** Certains départs amènent alors à des formes de remerciements orchestrées à plusieurs.

*C'est notamment le cas lorsque l'abbé assurant la messe du mardi à l'EHPAD annonce la fin de sa présence sur site. Une résidente vient alors me voir pour m'interroger concernant le prix du repas pour les personnes extérieures à l'EHPAD. En échangeant, je comprends qu'elle voudrait pouvoir inviter l'abbé à manger sur site, en cotisant avec une autre résidente pour pouvoir lui payer le repas.* (Journal de terrain, 10 août 2023)

Néanmoins, on peut supposer que ces proximités peuvent également amplifier les difficultés à évoquer les potentiels problèmes rencontrés avec des professionnel·les, ou à limiter l'évocation de ses besoins afin de ne pas peser sur elles et eux.

Cette proximité, à la fois professionnelle, locale et familiale, peut donc générer des effets de contrainte qui se lisent également dans les propos des résident·es. C'est notamment le cas de Madame Blaudel qui a travaillé à l'EHPAD et dont les proches ont également travaillé sur place. Cette dernière a incorporé des normes propres à la vie en communauté ainsi que les contraintes organisationnelles des soignantes. Cela amène de fait à incorporer ces contraintes et normes et agir en fonction :

*Un jour de chaleur, je demande aux résident·es s'ils et elles désirent quelque chose à boire. Une d'entre elles me répond alors qu'elle ne préfère pas trop boire car sinon, elle risquerait d'avoir envie d'uriner, et devrait alors demander aux professionnel·les de l'y accompagner. Afin d'éviter les sollicitations des professionnel·les, elle se limite alors.* (Journal de terrain, été 2023)

Par ailleurs, pour plusieurs résidentes, les difficultés pouvant être rencontrées avec les professionnel·les sont dites à demi-mots en entretien. Pour l'une, elle arrête de parler et suggère que nous changions de sujet par peur qu'on l'entende, ce qui clôturera l'entretien :

*Madame Maurer : « Avec le personnel, écoute, c'est comme dans beaucoup de choses. Y en a qu'on aime y en a qu'on aime pas. Et puis ça change pas ça. Ça s'atténue [...]. Et puis des fois tu te trompes. [...] Tu penses que ça va aller et puis ça va pas, ou l'inverse ! ça c'est sûr que, moi je sais qu'il y en a que j'aime mieux que d'autres.*

Chercheuse : Et qu'est ce qui fait qu'avec certains membres du personnel, qu'est ce qui fait que ça ne va pas ?

*Pfou.. ça c'est dur ! (silence)*

Ou au contraire ce que vous appréciez chez d'autres peut être ?

*Faut que je fasse attention, j'ai l'impression qu'ils entendent ce que je dis. J'aime mieux me taire maintenant, si ça vous embête pas les filles. »*

Pour l'autre, elle évoque les manières de faire un peu brutes d'une AS puis revient sur son discours par la suite. Elle nous dira par ailleurs qu'elle n'en parle que peu – par peur de la réaction de sa famille, d'une part, mais aussi par peur, on peut le supposer, que cela vienne aux oreilles des premières concernées qui partagent bien souvent des proximités sociales assez marquées. On voit donc ici de nombreuses formes de censure des résident·es, visant à assurer le maintien de bonnes relations vis-à-vis des professionnel·les.

### III. 4. 3. Du manque de professionnel·les extérieur·es et de l'impression d'être négligé·e par le médecin : le vécu de l'attente

Mais ces formes de relation et les règles qui les entourent ne sont pas les mêmes avec des professionnel·les qui sont extérieur·es à la structure.

C'est notamment le cas vis-à-vis des médecins généralistes. **L'arrivée en EHPAD signe un changement dans les modalités de prise en charge : le passage de la vie au domicile à la vie en EHPAD amène de fait parfois à une perte de prises sur sa trajectoire de soins.** Il s'agit dès lors de ne plus réussir à avoir rendez-vous lorsqu'on le désire, ou tout du moins, moins facilement qu'à domicile, et ne pas avoir le même choix de professionnel du fait notamment du secteur et du fait que les professionnel·les viennent ou ne viennent pas jusqu'à l'EHPAD.

Dans la prise en charge des problèmes de santé, **la subordination du temps des résident·es à celui des professionnel·les amène à des vécus de déclassements et des sentiments de relégation plus ou moins marqués.** Cela est particulièrement fort vis-à-vis des professionnel·les de santé extérieur·es tels que les médecins traitants ou les kinésithérapeutes. Dans un contexte où ceux-ci ne font pas partie des professionnel·les « saisissables », au quotidien à proximité des résident·es, leurs visites et non visites laissent à voir certaines tensions. Certain·es résident·es se sentent de fait « en attente », une attente qui leur paraît bien longue et qui en amène certains, tels que Monsieur Gaillard, à s'en plaindre et questionner les professionnel·les à ce sujet. Il évoque également aux chercheuses la possibilité d'aller demander « ailleurs ». Ce dernier nous évoquera avoir par le passé eu recours à des médecines alternatives, dans des contextes non-marchands. Il évoque une certaine retenue vis-à-vis de professionnel·les qui auraient des intérêts économiques dans leur activité. On observe de fait comment, en entrant à l'EHPAD, celui-ci est en demande de soins, mais que le fait de ne pas avoir accès à ces soins accentue la

tension entre les modalités de prise en charge de sa santé par l'institution et ses pratiques de santé antérieures.

De la même manière, Madame Beaumont, qui a conservé son médecin traitant en EHPAD, ne comprend pas que celui-ci tarde temps à venir. Elle me dit lors d'une discussion : «si on appelle un médecin c'est parce qu'on a besoin tout de suite ». Cette relation, qui était investie positivement avant l'EHPAD, est désormais vue comme déclassante, le médecin ne reconnaissant plus, selon elle, celle qui a toujours été une de ses patientes.<sup>116</sup> Dans ces contextes, des formes d'action et de stratégies sont mises en place par Madame Beaumont : elle crie son nom lorsqu'elle le voit passer dans les couloirs de l'EHPAD, ce qui ne suffit pourtant pas à ce que ce dernier s'arrête. C'est donc ici la proximité antérieure qui vient blesser la résidente, du fait d'une continuité de soins et de prise en compte espérée mais non-effective.

Ce n'est pas la seule à se plaindre du manque de réactivité des médecins généralistes et de leurs passages : c'est aussi le cas de Monsieur Aubry, qui rencontre des problèmes respiratoires au début de l'année 2024. Ce dernier nous évoque alors peiner à obtenir un rendez-vous avec son médecin, ce qui l'inquiète puisque cela faisait longtemps qu'il n'avait pas été aussi mal et aussi longuement. Certains problèmes respiratoires l'interpellent tout particulièrement.

En échangeant avec les infirmières en avril 2024, nous apprenons que les médecins en question viennent sur un roulement de 8 semaines, ce qui explique en partie ces délais très longs.

Même lorsque l'action directe n'est pas possible, on ne peut que constater la frustration qu'engendre ces rendez-vous choisis par les médecins et dont les résident·es sont tributaires. Il en va ainsi de Madame Blaudel, qui évoque avoir attendu toute l'après-midi le médecin, qu'elle n'avait même pas sollicité. Ce dernier n'est finalement pas venu, la limitant de fait dans son organisation temporelle. Le manque de maîtrise des temporalités personnelles vient donc générer des affects négatifs lorsqu'ils sont imposés. C'est d'autant plus le cas vis-à-vis des professionnel·les extérieur·es à l'EHPAD.

Si des formes de proximité se tissent avec les professionnel·les de l'EHPAD, certaines formes de distance parcourent les relations entretenues avec les professionnel·les extérieur·es. En effet, la difficile accessibilité de ces dernier·es contribue à une mise en tension des résident·es, qui ressentent une dégradation de l'accompagnement réalisé par celles ou ceux qui les ont suivis auparavant.<sup>117</sup> A cela s'ajoutent également d'autres difficultés concernant le difficile accès à d'autres professionnel·les n'exerçant pas au sein de la structure, notamment les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. L'absence de ces professionnel·les ou leurs rares présences participent alors à une mise en tension des résident·es.

---

<sup>116</sup> Plus qu'une patiente, la résidente en question relate la fierté relative au fait que ce dernier venait parfois manger chez la mère de cette dernière. Dans ce contexte, cette proximité au médecin était particulièrement classante.

<sup>117</sup> C'est le cas pour les personnes habitant le secteur avant d'entrer en EHPAD. Bien sûr, les résident·es habitant plus loin ont dû changer de généralistes en arrivant à l'EHPAD afin d'être en contact avec les médecins de secteur.

### Encadré. Des relations aux tutelles : gérer son argent, gérer sa vie

D'autres professionnel·les ne travaillent pas au sein de l'EHPAD, mais sont en contact avec les résident·es. C'est notamment le cas des tuteur·ices. Ces dernier·es ont une place centrale vis-à-vis des prises de décision de certain·es résident·es, et notamment au niveau financier. Nous l'avons dit, la gestion de son argent participe à favoriser l'appropriation et l'adaptation de la vie en EHPAD. A contrario, les limitations concernant cette gestion peuvent amener à des crispations, à des tensions et à un sentiment de dépossession de soi.

Il en va ainsi de plusieurs résidentes qui nous évoquent les effets qu'ont sur elles leurs mises à distance des prises de décision les concernant. L'une d'elle évoque ses relations avec son tuteur comme un des bémols relatifs à sa situation :

*Madame Spina : « Et le tuteur, ça fait depuis le mois de juillet, ça va faire un an, je l'ai vu 5 minutes ! Je sais pas combien je touche, je sais pas combien je paye ici, je sais pas combien je dois avoir d'argent, je sais rien, rien, rien ! Rien, rien, rien ! Alors, ça m'énerve. Ça m'énerve, et, si vous filmez, moi je préférerais mon tuteur avant. Qui m'expliquait tout ça. Parce qu'il a arrêté... »*

Chercheuse : Pourquoi vous le préfériez ?

*Bah parce qu'on se comprenait. Quand il venait il m'écrivait : « je vais venir dans 15 jours ». Comme ça j'avais le temps de bien me reposer, de bien nettoyer tout propre. Et l'autre, elle est partie en vacances, je ne sais même pas où ! Je ne sais pas ! Tandis que l'autre, il me disait, « je m'en vais, je suis absent de tel jour à tel jour, si vous voulez contacter le bureau au téléphone... » Là, je ne sais rien ! J'ai essayé de l'avoir avec le 6, oh la boîte elle est complète ! J'ai dit oui, bon bah qu'est-ce que je dois faire alors ? Je sais même pas combien je dois avoir d'argent de poche j'en sais rien ! Alors, qu'est-ce que vous feriez vous ?*

C'est difficile ...

*On ne sait pas ! Tandis qu'avec Monsieur D je savais. Si j'avais besoin d'argent de poche, je lui téléphonais, je lui demandais pas des milles et des cent ! Je lui demandais mon argent de poche, c'était juste pour faire des commissions, il savait très bien que je n'allais pas dépenser »*  
(Madame Spina, résidente arrivée aux Buissons)

Pour cette femme, le changement de tuteur a contribué à rendre plus opaque la prise de décisions et les informations concernant sa situation financière. Par ailleurs, cela a également diminué sa possibilité à disposer d'argent en liquide. Dans ce contexte, cette dernière nous fait part d'arrangements non-marchands avec ses copines, qui lui donnent par exemple des vêtements.

Une autre résidente fait également part de son agacement relatif à la gestion de son argent et des achats réalisés. Dans cette situation, ce sont à la fois l'accès à l'argent mais

également les problèmes de santé de cette résidente diabétique qui limite les possibilités qu'elle a pour se faire plaisir :

*Madame Balmart : « J'ai un sac de pomme que mon tuteur m'a acheté, elles [les professionnel·les de l'EHPAD] me les donnent une par jour.*

Chercheuse : Ah ! Parce que vous vous voulez manger des pommes, vous aimez bien les pommes ?

*Je je je... je veux gérer mes pommes ! Je suis assez grande pour gérer mes pommes non, merde ! C'est pour pas que j'en mange de trop, parce que je suis diabétique.*

Ouais vous êtes diabétique alors que ça fasse pas trop de sucre d'un coup. Hm.

*Voilà. Je pense que c'est ça. Mais l'histoire, on m'a dit que c'était la directrice, les infirmières qui l'avaient dit à la directrice, la directrice qui a dit aux cuisines... »* (Madame Balmart, résidente ayant connu les deux EHPAD)

Cette circulation de l'information et cette régulation de ses pratiques alimentaires, faites dans le but de prévenir les problèmes de santé de la résidente, sont néanmoins vécues comme une limitation de ses droits et de ses possibilités. La mise sous tutelle participe donc d'une perte de l'autonomie décisionnelle des résident·es, à travers notamment la perte de la maîtrise du budget. Si certaines personnes comme Madame Balmart et Madame Spina sont sous tutelles institutionnelles, d'autres sont sous tutelle familiale. Ce n'est pas pour autant que les expériences ne sont pas similaires : il en va ainsi de Madame Huszar, dont la gestion du budget est gérée par sa fille. Lors d'une bourse aux vêtements au sein de l'EHPAD, mère et fille sont réunies, à priori pour acheter des habits pour Madame Huszar. Au cours de l'après-midi, cette dernière propose néanmoins autre chose : d'acheter des vêtements pour sa fille. On voit alors comment le type de renversement généré par la mise sous tutelle contribue à déséquilibrer les relations familiales, ou en tout cas à les modifier, ce qui n'est pas sans effet sur les parents dont les budgets se voient alors gérés par leurs enfants.

### III. 4. 4. Des liens entre résident·es : des attaches faites et défaites

Les liens entre résident·es sont également structurants. Ces derniers sont traversés par des formes d'entraide, de solidarité et de proximité, mais également par des tensions, des conflictualités, et des évitements. Par ailleurs, les relations sont évolutives : elles se modifient au fur et à mesure de l'avancée en âge, des problèmes de santé, des deuils.

#### A) *Des relations entre proximité et frictions*

Nous avons pu le voir de manière transversale dans les parties précédentes : les relations entre les résident·es structurent leurs occupations de l'espace et leur appropriation des lieux, à travers des formes de proximité ou de distance. Ces relations se structurent et prennent ainsi forme dans certains lieux, qui se voient devenir supports de ces relations.

C'est ainsi qu'une grande partie des résident·es du rez-de-chaussée côté Est occupent le temps et l'espace à certains moments de la journée, en étant notamment en fin de matinée ensemble dans le petit salon de l'unité. Là encore, cette occupation de l'espace se trouve à l'intersection entre l'organisation spatio-temporelle des professionnel·les et les relations investies par les résident·es : en effet, les ASH passent à cette heure pour le ménage des chambres. Dans ce contexte, un bon nombre des résident·es se regroupent dans le petit salon à proximité de la salle à manger. Cet espace de seuil permet alors aux professionnel·les de faire plus aisément leur travail, et aux résident·es de passer un temps ensemble. On voit donc alors des formes de proximités tissées entre les résident·es, qui partagent à la fois des moments de discussion et de sociabilité rappelant celles de voisinage, structurant de fait un groupe, composé à la fois de résident·es ayant connu les deux EHPAD et à la fois de résident·es arrivé·es aux Buissons... Ce groupe peut également être mobilisé en réaffirmant certaines frontières entre leurs espaces et celui des autres. C'est par exemple ce qui a pu être constaté avec Madame Balland. Cette femme, avec des troubles de la mémoire, a de fait été repoussée et mise à distance par des membres de ce groupe (elle aurait notamment été insultée par ces dernier·es), jusqu'à ce qu'elle doive manger en chambre pendant quelques temps afin que la situation s'apaise. Les infirmières m'évoquent un midi avoir dû participer à cette séparation, pour la sécurité de cette dernière.

Encadré. Être à table ensemble : un révélateur des proximités et des tensions en EHPAD

Ces logiques de tissage de liens et de mise à distance peuvent également se retrouver dans d'autres groupes qui se sont constitués. C'est par exemple le cas de plusieurs femmes qui dinent à des tables proches, midi et soir, et qui partagent comme caractéristiques communes le fait d'« avoir toute leur tête et de pouvoir discuter », ainsi que certaines expériences de vie relatives à leur statut de femmes. Cette proximité s'est donc construite au fur et à mesure entre ces femmes qui s'adonnent de fait à des formes d'échange et de partage, par exemple relatifs aux cadeaux de leurs proches qu'elles partagent à leurs tours, mettant en commun des biscuits ou des chocolats :

*Madame Cerizet : « Je vois les deux tables, la table de F, et puis la nôtre, ça fait presque une hein.*

*Chercheuse : Oui, c'est vrai que vous communiquez beaucoup entre ces deux tables là*

*Beaucoup, beaucoup beaucoup. Euh, oui, quand l'une a un petit paquet de gâteau à partager, des petits chocolats, les petits chocolats de N. que son fils lui apporte, oh oui !*

Oui c'est vrai qu'il lui amène souvent des chocolats.

*Ah oui oui oui, elle a un fils qui est gentil pour elle. Formidable.*

Donc oui quand c'est comme ça vous échangez un peu, vous partagez ensemble

*Oh oui, oui, les deux tables c'est pareil. Alors c'est des petits chocolats, des petits gâteaux pour accompagner une glace, tout ça. [...] ça fait chaud au cœur. Déjà que, je suis voisine de table hein, mais une amie en même temps, alors ça fait réellement plaisir à tout le monde. Des petits moments festifs qu'on s'accorde entre nous. » (Madame Cerizet, résidente arrivée aux Buisson)*

On voit donc ici comment l'espace se construit autour de répartitions qui sont à leur tour investies subjectivement par les résident·es. Ces proximités relationnelles se font en soudant un groupe tout en mettant à distance celles dont les facultés ne sont pas, ou plus, proches du groupe. La même résidente explique ensuite les frontières constituées entre différents groupes :

*« Y en a qui peuvent pas discuter avec nous, qui dorment, mais, ça leur apporte rien d'être avec nous, et nous ça nous apporte rien d'être avec elles. Mais, ne croyez pas que je suis insensible à elles, non pas du tout, mais je trouve que... elles dorment, donc on leur apporte rien. »*  
(Madame Cerizet)

De la même manière, la mise en relation de différentes personnes à travers la logique de gestions des tables peut générer des tensions, parfois plus directes. Celles-ci rappellent le rapport ambivalent de l'idée de commensalité en EHPAD (Guérin, 2018). Cette situation

collective, bien qu'elle soit vue comme pouvant créer du lien social, peut également être vue comme un accélérateur de tensions interpersonnelles.

Ce fut notamment le cas lorsqu'un homme, parlant allemand, fut installé à la table d'une des femmes citées ci-dessus, puisqu'elle était une des seules personnes de l'EHPAD qui comprenait et parlait également allemand. Il y aurait eu une altercation à table puisque ce dernier aurait fait, entre autres, une remarque concernant « les femmes Françaises qui parlent trop ». Par la suite, le résident en question a quitté la salle à manger : là où il évoque son état de santé, certaines femmes à sa table évoquent la teneur de ses propos.

Une autre situation illustrant ces tensions peut être vue à travers notamment le cas du changement de table de Madame Balmart, qui a fait suite au fait que celle-ci mangeait salement selon sa voisine de table. Cette dernière trouvait donc la conduite de Madame Balmart dégradante, là où Madame Balmart y voyait le résultat de ses problèmes oculaires. Le caractère intentionnel de la « souillure » (Douglas, 2001) était donc discuté, amenant à une situation conflictuelle d'accusation vécue comme injuste pour Madame Balmart s'en voyant accusée :

*Madame Balmart : « C'était que j'embêtais une à ma table. Ça c'est pas vrai, c'était le contraire. [...]*

Ouais, donc [la directrice] elle est venue vous parlez pour savoir comment ça se passait avec vos voisines de table c'est ça ?

*Avec cette voisine-là. Et puis, elle m'a éjectée à une table toute seule.*

Ah oui, maintenant vous êtes à une table toute seule ?

*(acquiesce) A cause de la bonne femme là.*

Mais parce que c'était quoi la raison pour laquelle...

*Pfou... je ne sais plus. La raison c'est que... la bonne femme en face de moi elle disait, elle fait tomber ses petits pois à côté, par terre, elle fait tomber... Tous des trucs comme ça quoi. Alors elle dit : « malgré votre mauvaise vue, vous pouvez faire attention ! Et on est ensemble ! On est, comment, en société ! » Oh, la la...*

*[...] Donc depuis vous êtes à votre table ?*

*Oui je suis à une table toute seule.*

Et comment c'est pour vous ?

*J'aime bien (elle sourit) !*

*Vous aimez bien manger toute seule ? (sourire)*

Oh, je suis hyper bien !

*Ouais, vous préférez finalement ?*

Ah oui oui oui !

*Et qu'est ce qui fait que vous préférez ?*

*Bah, [...] je suis libre. Je peux me servir ce que je veux, saler... Sans dire "oh elle sale encore !" Vous voyez bien, à une table où on est 4, bah y en a toujours une, surtout celle-là, elle devait pas me piffer sûrement, elle me disait, « tu sales encore ? Tu sales encore ? » Qu'est-ce que ça pouvait lui foutre ! Alors, je lui répondais. « Qu'est-ce que ça peut te foutre ! Occupe-toi de ce que tu manges ! »*

Plus tard dans la discussion : vous avez pas aimé que ce soit devant tout le monde, vous aurez préféré que ce soit seule à seule ?

*Mais bien sûr ! Que ce soit fait un peu plus discrètement. [...]*

Ouais, donc vous avez mal vécu le fait que ce soit devant tout le monde et que ce soit...

*Nan puis, d'avoir regretté de ne pas m'avoir défendue. De ne pas avoir dit "mais cette personne-là elle est énervante", vous voyez bien quoi. »*  
(Madame Balmart)

On voit alors que l'issue trouvée à cette situation, celle de la séparation, d'abord vécue comme une punition, donne finalement une certaine liberté à Madame Balmart qui ne se sent plus autant sous le regard des autres.

Dans ce contexte, les autres résident·es se positionnent vis-à-vis de cette situation.

Il n'est pas anodin de voir que les dires de Madame Bresson à propos de Madame Balmart peuvent être mal vus par d'autres résident·es, qui estiment qu'il faut savoir se contenir :

*Madame Maurer : « Elle par exemple... j'ai pas aimé dans les repas dernièrement, euh, y en a qui se sont chamaillé·es, qui ont changé de place, fin tu vois, c'est la guerre devant tout le monde au réfectoire, ça ça me plaît pas.*

Chercheuse : ouais, le fait qu'il y ait une mauvaise entente ?

*Tout le monde se met à brailler, chacun dit la sienne, ça va pas ça.*

Et comment ça se passe quand c'est comme ça, quand des personnes se prennent la tête ?

*Bah, rien, ça se termine comme ça. Ça se termine sans se terminer quoi. »* (Madame Maurer)

De la même manière, on peut citer les tensions vis-à-vis des personnes avec des problèmes auditifs : c'est une résidente appareillée qui trouve qu'une autre résidente ne fait pas d'efforts vis-à-vis de son appareillage et qui s'agace de devoir répéter.

Ce sont également des résidentes de milieux modestes qui s'agacent à leur tour de voir une autre résidente de milieu aisné se plaindre continuellement de la cuisine, et se voyant de fait rappeler qu'il s'agit d'une « cantine » plus que d'un « restaurant », en bref, de la restauration collective ne répondant pas aux mêmes critères :

*« J'entends [ce qui se dit] mais vous savez moi j'écoute mais je garde pas trop longtemps, ça m'intéresse pas, j'aime pas trop les bavardages les trucs comme ça. Je fais pas trop attention comme les gens qui rouspètent, pour la nourriture, pour ceci ou pour cela. »* (Madame Blaudel, résidente ayant connu les deux EHPAD)

On voit alors des standards différenciés relatifs aux habitudes antérieures :

*« Elles sont rares, mais y a quelques personnes qui n'aiment pas, mais, dans l'ensemble c'est bien. Y a peut-être des choses qu'on aime plus ou moins, comme partout hein. Mais c'est pas mal cuisiné, y a pas, y a pas de... c'est pas, c'est pas, oh comment je dis toujours, j'ai une voisine de table qui se plaint toujours, elle elle trouve rien de bon, je lui dis toujours, c'est pas, c'est pas un restaurant quand même, c'est pas... C'est un genre de cantine. [...] à midi, c'était du salé aux lentilles, moi je peux pas manger de lentilles parce que ça me fait des ballonnements, eh bah, y avait des pommes de terre à côté Y a toujours un choix. »* (Madame Thouvenot)

C'est également une femme qui ne supporte pas bien de se retrouver à table avec des personnes qui vont mal et ne parlent pas d'autres choses, ou encore de personnes ayant les mêmes troubles de la mémoire que ceux qui touchent son mari :

Chercheuse : « Et vous échangez un peu avec vos voisins, voisines ou pas du tout ?

*Madame Claudel : Quand on descend à table. Autrement là non on s'voit pas. Celle d'à côté si j'la vois lui crie : « bonjour Madame » et pis elle entend pas.*

Chercheuse : Oui, oui elle a des problèmes d'audition.

*Donc vous dites que vous échangez plus avec les personnes quand vous êtes à table qu'ici avec les autres personnes.*

*Plus avec les tables autour parc 'que j'suis une à table avec eh bon ben...une qui n'est pas trop comme moi alors euh...*

Mais oui vous êtes avec qui à table ? Parce que je vois là où elle est votre table mais j'vois pas avec qui vous y êtes. Vous êtes pas nombreux, nombreuses. Vous êtes combien à table ?

*Je suis avec une, une qui est comme mon mari, qui perd la mémoire. Et puis une autre [...] quand vous lui dites : « ça va ? ». « Oh non, ma place elle est au cimetière ». C'est tout c'qu'elle me répond alors euh. Eh bah*

*on mange, mais on s'parle pas. Alors avant l'repas je vais discuter avec les voisines et pis après le repas ben je r'monte dans ma chambre.*

Et vous avez déjà envisagé de changer de table ?

*Non. Parc'que j'suis habituée aux tables là et j'dis : « c'est bête ». C'est bête mais c'est comme ça.*

*Oui même si ça ne vous convient pas vous préférez rester comme ça parce que c'était comme ça au départ et vous ne voulez pas changer.*

*Oh ben oui, j'y suis depuis l'début. » (Madame Claudel, résidente arrivée aux Buissons)*

Ces exemples, qui pourraient être bien plus nombreux, mettent en exergue le caractère ambivalent de cette micro-société constituée, mais aussi les normes d'intériorisation et d'auto-contrôle des émotions (Rimbert, 2006) mobilisées en EHPAD.

La salle à manger est donc un espace qui reflète ces situations : **d'un côté, il peut être le lieu de rencontres et de partage de certain·es résident·es, de l'autre, il peut être le lieu de tensions générées par la proximité de résident·es aux vécus et aux troubles différents.** Si le fait de manger ensemble est valorisé, il révèle aussi toutes les tensions concernant le fait de faire « en société », entre personnes aux états de santé différents et aux milieux sociaux différents.

Dans ce contexte, on observe que la salle du village, voulue comme lieu de rassemblement, est traversée par ces difficultés relationnelles. De fait, plusieurs personnes mettent en avant leurs volontés et leurs吸引 pour des repas servis en chambre. Une des résidentes hésite, car elle trouve la nourriture moins savoureuse quand elle est servie en chambre, ce qu'elle a remarqué au moment de la pandémie. Elle préfère néanmoins le calme de sa chambre à l'aspect « déclassant » de la salle à manger.

Une autre encore m'évoque avoir clairement afficher sa volonté de continuer à manger le soir dans sa chambre plutôt qu'en salle à manger. Elle me dira qu'elle aurait été prête à demander l'appui de son médecin traitant pour que cette possibilité soit reconnue :

*Madame Thouvenot : « Je mange en haut à midi, et le soir on m'amène. Voilà. Parce que ça me fatiguait. Et puis quand je suis arrivée ici, j'étais pas comme ça, je mangeais tout dans ma chambre. Et puis quand ça a été mieux, ils m'ont fait monter, et puis ils voulaient aussi que j'y aille le soir. Et bah j'ai dit "non !" (Elle le dit de manière déterminée) »*

*Le soir ils amènent dans ma chambre. Ça me fatiguait trop. Il faut redescendre, la moitié du temps y a personne pour vous remonter euh... non. Alors c'est resté comme ça. C'est bien. C'est bien.*

Chercheuse : Donc, vous avez fait la demande aux personnel de manger le soir dans votre chambre ?

*Bah oui, c'est à dire que, je vous dis, j'avais les deux, et puis quand ça a été mieux ils m'ont fait aller à midi, et le soir ils ont essayé mais j'ai dit non. Puis ils ont pas insisté. J'aurais fait faire un certificat par le docteur, si y avait fallu. » (Madame Thouvenot)*

Enfin, la question des moments de prise de repas dans cette pièce particulièrement passante questionne également un autre aspect. En effet, il n'est pas rare de voir les ambulances arriver et aller chercher ou ramener des résident·es en passant par cet espace qui donne accès aux ascenseurs et qui permettent alors d'assurer le déplacement de personnes installées sur des brancards. Le fait que ce passage soit un des seuls passages possibles confrontent certain·es résident·es à la vision des corps des autres résident·es bien souvent malades et/ou en fin de vie. C'est dans ce contexte que certain·es résident·es peinent à gérer leurs émotions vis-à-vis de ce « face à face » renvoyant certaines personnes à leurs propres conditions de santé dégradées. Une résidente nous fait alors part des tentatives de recours à l'humour, lui permettant de mettre à distance cette vision de la maladie. Elle nous précisera alors parfois lever son verre lors du passage des ambulances en s'exclamant « Santé ! ». Nous la voyons également s'assurer que les ambulances ne sont pas dans l'unité où elle réside, avant de retourner dans sa chambre et d'accompagner une autre résidente à la sienne.

Certaines organisations de l'espace, par exemple en termes de voisinage, sont également support à ces relations. Il en va ainsi de deux femmes qui se rejoignent pour fumer au rez-de-jardin, mais aussi de certaines formes d'organisation qui se forment autour des différentes unités ou des étages, avec les résident·es plus valides qui vont par exemple ramener leurs co-résident·es dans leur chambre après le repas. A cette pratique s'ajoute aussi des pratiques vis-à-vis des personnes avec des troubles cognitifs, tentant de les accompagner, de servir « d'aide-mémoire », ou de les empêcher de sortir de l'EHPAD. Plusieurs résident·es mentionnent également les temps de « au revoir » effectués le soir après le repas, où les résident·es passent dire bonne nuit à d'autres résident·es.

Si certaines relations peuvent servir de supports, d'autres amènent également à des positionnements entre résident·es, et sont traversées par certaines normes. C'est ainsi par exemple que les personnes se singularisant par leurs exigences se voient bien souvent « recadrées » par les autres résident·es. De manière générale, les personnes vues comme « difficiles » ou exigeantes sont reprises par certain·es résident·es. C'est ainsi par exemple que Madame Maurer est agacée par le comportement de Madame Dujenet, qu'elle trouve « difficile » en groupe d'expression, ou encore Monsieur Dubois qui reprend Madame Balmart sur sa manière souvent brutale de s'exprimer, notamment vis-à-vis des professionnel·les :

*Plusieurs résident·es sont ensemble à table un après-midi. Une des résidentes essaye d'avoir un gâteau en plus et négocie avec un résident pour avoir le sien. Elle interpelle également assez directement une ASH pour avoir un gâteau supplémentaire. Le résident fait une réflexion à ce sujet à la résidente qui lui répond : « T'es pas en train de faire la morale ?»*

*Ce à quoi il lui répond « Je vous aime bien mais je n'aime pas quand vous manquez de respect au personnel, quand vous leur criez dessus. Des fois vous criez pour rien. (journal de terrain, 7 juillet 2023)*

Ce dernier s'exprime de façon plus générale vis-à-vis de personnes qu'il juge trop agressives et peu commodes vis-à-vis du personnel :

*Monsieur Dubois « Quand je suis à table j'remarque qui manque des couverts j'veais voir, j'veais voir la personne, j'lui demande plutôt que de crier : « ah il manque des couverts ! ». Ça sert à quoi de crier ? Crier c'est en fait les engueuler, alors que leur demander gentiment c'est... c'est plus normal. Parce qu'elles sont pas là pour se faire engueuler hein.*

Chercheuse : Parce qu'elles se font engueuler par d'autres, personnes ?

*Ah oui, y'a des personnes malades qui, qui engueulent les personnes qui font le service.*

[...] C'est fréquent ou ça arrive de temps en temps ?

*C'est pas fréquent mais c'est... ça arrive. Une fois, la personne insultait carrément les... puis j'ai poussé un p'tit coup de gueule... (siffle) là elle s'éteint, là... Les personnes sont pas là, elles sont là pour faire le service elles sont pas là pour être insultées hein. Ça c'est...même si, si la personne est malade... c'est pas parce qu'on est malade qu'on peut...qu'on peut dire n'importe quoi. » (Monsieur Dubois, résident arrivé aux Buissons)*

On voit alors cette tension relative aux comportements acceptés ou faisant l'objet de sanctions, mais également le difficile curseur concernant les effets des troubles des personnes sur leurs pratiques : ainsi, les résident·es ont tous·tes des seuils relatifs à ce qu'il est possible de dire ou de faire dans ce contexte collectif, et ces seuils s'appliquent dans une certaine mesure aux personnes malades.

De la même manière, d'autres conduites, sortant par exemple des normes conjugales et genrées, peuvent être l'objet de discussions voir de condamnation morale de la part des résident·es de l'EHPAD (tout en étant acceptées et prises en compte par les professionnel·les). Il en va ainsi de Madame Thomas, résidente présente à l'EHPAD depuis plusieurs années et qui a eu des moments de proximité avec deux résidents de l'EHPAD et qui est aujourd'hui en couple avec Monsieur Munier, résident ayant connu les deux EHPAD. Cette nouvelle relation a pu par exemple choquer une résidente, qui m'a parlé de Mme Thomas en utilisant des termes insultants.

L'espace social qu'est la place du village fait également l'objet d'une surveillance collective, comme l'évoque une résidente en précisant qu'elle préfère se tenir à distance de ce qu'elle estime être un lieu de diffusion d'éventuels « cancans ». On voit donc en ce sens à quel point le collectif des résident·es participent à des formes de contrôle social qui limitent les actions possibles, ou tout du moins, qui les cadrent.

**B) Vieillir à l'EHPAD : se voir diminuer et voir sa place changer dans les yeux des autres**

Comme nous l'avons vu, beaucoup d'attaches émotionnelles et relationnelles « tiennent » les résident·es. Ces relations peuvent agir comme des formes de soutien face à l'avancée en âge et les restrictions motrices plus présentes. Pour autant, cette place -soit dans des groupes d'origine pour les personnes habitant sur place avant l'entrée en EHPAD, soit pour les groupes ou relations tissés sur site- n'est pas garantie. **Viennent donc des moments dans les trajectoires où cette protection ne suffit donc plus, ce qui amène à la fois à un déclassement social, une perte de reconnaissance de la part des autres, et des formes marquées de sentiment d'isolement social, voire parfois même d'exclusion.**

C'est par exemple ce que nous évoque Madame Blaise, une résidente ayant connu les deux EHPAD. Cette dernière évoque une progressive perte de place au sein de l'institution, qui se traduit notamment par le fait de ne plus se voir saluée par des personnes qui l'ont pourtant connu (avant l'EHPAD ou depuis l'entrée dans ce dernier). Cette perte de liens avec les autres résident·es devient d'autant plus manifeste lorsque les visites des proches sont peu nombreuses, et que d'autres formes « d'étrangeté au monde » (Caradec, 2009) se dessinent. Dans le cas de Madame Blaise, les problèmes de santé qui limitent son accès aux espaces collectifs se couplent avec un décalage générationnel ainsi qu'un décalage relatif aux milieux sociaux. Cette dernière, agricultrice, compte désormais parmi les quelques membres ayant vécu une vie rurale dans la culture. **Les potentiels changements de composition de l'EHPAD limitent donc les possibilités de trouver des personnes pouvant être des pair·es.** Dans ce contexte, Madame Blaise évoque très souvent l'envie de faire du lien, sans pouvoir trouver réellement de personnes avec qui ce lien se crée réellement.

Il en va de même pour Madame Balmart, qui a elle aussi connu les deux EHPAD. Elle réside désormais au rez-de-jardin, et a exprimé à plusieurs reprises cette sensation semblable de perte de place dans l'institution, et de perte relationnelle. Désormais de plus en plus souvent alitée, ayant des difficultés à se déplacer, Madame Balmart participe en effet de moins en moins aux activités collectives. Lors d'une visite en avril 2024, elle revient sur cela : à mon arrivée dans sa chambre, elle m'informe qu'elle était en train de « ruminer » au sujet du manque d'activités proposées, allant jusqu'à hésiter d'en parler à la direction. Pour elle, qui a toujours apprécié voir différentes choses, la perte de mobilité et de vision en viennent à limiter la participation aux activités, et donc, à des temps de rencontre et de partage entre résident·es.

Madame Thouvenot, résidente au même étage, évoque également cette limitation relationnelle qui se fait au fur et à mesure, à travers des visites qui deviennent moins fréquentes. **Elle dit qu'elle a vu le nombre de visites diminuer au fur et à mesure de sa présence sur place**, et évoque une tension entre sa fatigabilité croissante et la volonté de continuer à recevoir des visites :

*Chercheuse : « Et donc quand vous êtes arrivée à Saint André, vous vous sentiez comment ?*

*Madame Thouvenot : Bah, pas mal. Et puis là j'avais plus de monde, euh, c'était plus nouveau. Alors j'avais du monde sans arrêt (rires) Mais après ça s'est tassé.*

Oui. Vous vous êtes rendue compte qu'au départ y avait beaucoup de visites...

*Voilà, voilà*

Et puis maintenant, moins.

*Bah, quand c'est trop et que ça dure longtemps, ça me fatigue.*

Oui, la visite.

*Voyez, hier, j'ai eu, je sais plus si c'est hier ou avant-hier, j'ai eu un couple d'ami-e-s et puis j'ai eu une amie aussi, de toujours quoi, qui est fidèle, et bah j'étais claquée quand tout ça est parti.*

Oui ça vous a pris l'après-midi, après...

*C'est pas facile hein.*

C'est pareil hein, si un moment vous êtes fatiguée, ou que vous avez besoin de faire une pause où vous vous dites, pour aujourd'hui, je suis fatiguée, n'hésitez pas à nous le dire hein !

*Ah bah non. Elles viendront plus. « Si on la fatigue, c'est pas la peine d'y aller ». (rire) ça se comprend ! [...] ). Les gens ne viennent pas par plaisir vous voir, hein. » (Madame Thouvenot)*

Cette dernière nous évoque par ailleurs souvent Madame P, une amie qu'elle connaît depuis sa jeunesse, quasiment centenaire, et qui réside au même étage qu'elle. Mme P est alitée, et perd également peu à peu la vue. Elle ne peut donc plus lire, ni voir ce qui passe à la télévision. Bien souvent, Madame Thouvenot va donc la voir et passe lui rendre visite en fin d'après-midi. Avec nous, elle revient sur leur histoire commune et cette amitié fidèle :

*Madame Thouvenot : « Le jour-là, elle a fait un genre d'AVC, elle a été alitée, elle a été pas bien pendant un moment, la voilà qu'elle va un peu mieux, alors c'était bien, elle revenait, on regardait la télé ensemble, enfin bon... ça ne dure qu'un temps. Donc là elle reprend un peu de forces, vous l'avez pas vu, non, vous n'y avez pas été ? C'est Madame P.*

Ah, non. On n'y est pas allées mais on en a entendu parler.

*Elle est gentille comme tout.*

On nous en a dit beaucoup de bien !

*Ah oui oh oui oh oui... On a un an de différence, elle a un an de plus que moi.*

Donc vous vous connaissiez d'où avec Madame P ?

*Depuis toujours !*

Depuis toujours ? Depuis toute petite ?

*Depuis le caté ! (rires)*

Ah vous étiez au caté ensemble ?

*On allait au catéchisme, elle était pas, elle est de Xertigny mais elle habitait aux B., vous connaissez non ?*

Non je connais pas.

*C'est sûr la route du C [commune à quelques kilomètres]. C'est un petit écart quoi. Et on se connaît depuis là.*

Ça fait une grande histoire !

*C'était bien.*

*Ouais. ça vous manque ça, de plus pouvoir partager ces moments-là ?*

*Bah voilà [...]. Bon... mais ça a l'air de revenir. Puis le docteur a dit ce matin, je vais dire aux filles qu'elles essayent de vous faire remarcher avec le déambulateur. Alors si le docteur dit ça, c'est qu'il pense qu'elle peut peut-être, je sais pas. On va bien voir. Mais je vais la voir, elle est au bout là. Elle est pas loin.*

Oui, vous lui rendez visite.

*Vous l'avez vu ?*

Non, non on l'a pas vu encore. On nous avait dit qu'elle était fatiguée alors, c'est, je sais pas si y a des moments de la journée où elle est moins fatiguée que d'autres.

*Oui. Oh ça va mieux la maintenant. Bon, y a des choses dont elle se rappelle plus quoi. M'enfin bon... oh oui elle est gentille. Discrète et tout.*

Et du coup vous allez lui rendre un peu visite dans sa chambre ?

*Oui ! Bah oui ! Avec mon fauteuil ! Ou le déambulateur, ça dépend comme je suis ! Pfou ! [...] On discute un petit peu. On n'a pas grand-chose à dire puisqu'on ne voit personne, on ne sait rien de neuf, mais enfin bon... elle m'attend toujours. Aaah... (sourire) J'y vais toujours vers 17h quoi.*

Tous les jours ?

*Oh non, tous les deux jours. Au début qu'elle est tombée, j'y allais tous les deux jours, mais là... puis moi je suis pas toujours bien non plus hein. Alors il y a des fois que je peux pas quoi. J'ai peur de tomber. Parce qu'ils m'ont dit de faire attention quand même, à pas tomber.*

Vous avez des pertes d'équilibre ?

*Ah oui, oh la la.... pour marcher, il faut que je me tienne hein ! Pour me lever de là, c'est pareil. Oh oui, c'est l'équilibre... » (Madame Thouvenot)*

D'une visite à l'autre, elle m'apprend que la santé de cette dernière se détériore et qu'il lui arrive désormais de parfois perdre le fil, ce qui lui fait du souci. De son côté, les visites qu'elle réalise se limitent aussi au regard de sa forme.

Face aux modifications des relations existantes, Madame Thouvenot m'évoque à une autre reprise la volonté de faire venir son ancienne locataire à l'EHPAD, qu'elle apprécie et avec qui elle aime échanger. Néanmoins, cette dernière devra finalement se rendre dans une autre structure, du fait du manque de place aux Buissons.

D'autres résidentes se connaissaient également avant leurs arrivées à l'EHPAD. C'est notamment le cas de Madame Thiriet, Madame Blaudel et Madame Cerizet. Ces trois femmes jouaient à la belote ensemble. Leurs vieillissements respectifs sont sources de réflexion, voire parfois de jugements portés l'une sur l'autre. C'est Madame Thiriet qui à son arrivée est surprise en voyant Madame Blaudel amenuisée, ainsi qu'une autre habitante de la commune alitée, mais c'est aussi Madame Chapelier qui juge le manque de tenue de Madame Thiriet, en estimant que celle-ci ne prête pas assez attention à elle ce qui l'amène à ressembler à une « vieille dame ». Ces réflexions et ces jugements, s'ils ne limitent pas pour autant les contacts, témoignent néanmoins **d'une difficulté à voir vieillir des pairs d'âge avec qui l'ont a passé du temps**, ainsi qu'à certaines distances qui se réaffirment avec le temps.

Pour autant, certaines relations prennent le dessus, et continuent à accompagner leurs proches. C'est notamment le cas de Monsieur Aubry qui continue à voir Madame Blaudel, qu'il appelle affectueusement « la grand-mère ». Cette proximité fait qu'il « fait bon avec », ce qui l'amène à continuer à la soutenir au quotidien, en la déplaçant, en l'amenant à l'extérieur aux beaux jours. Il en va de même d'une autre résidente :

*Monsieur Aubry « Y en a qui restent beaucoup [dans leur chambre]. La première qui est là-bas, Madame Blaudel, je la sors souvent parce qu'il fait bon avec. Et puis une autre aussi qui est là. Elle a 97 ans hein. Elle est infirme, fin, infirme, en fauteuil quoi. On la sort quand même et puis elle joue quand-même au triamino. Mais pas longtemps parce qu'elle est bientôt fatiguée. [...] Ça lui fait du bien de sortir ! (sourire) »*

*[...] Avec Madame Blaudel, la première qui est là-bas, avec elle je vais dehors.*

*Avec [prénom d'une autre résidente] encore pas. Elle a une bouteille alors.*

*Faut qu'on demande quelque chose, qu'ils lui mettent une bouteille, ouais faut qu'il mette une bouteille... et puis après, si je la ramène, la bouteille il faut la rebrancher, alors... [...] Alors je demande, la dernière fois elle a mangé des crêpes avec nous. [...] Oui on a fait les crêpes là, je suis allé la chercher, bon elle était contente ! » (Monsieur Aubry)*

Madame Spina, arrivée plus récemment, a aussi pris en affection cette résidente, et vient dès lors souvent dans sa chambre aux alentours de 17h afin de lui retirer ses bas de contention, du fait notamment du planning chargé des soignantes.

Dans ce contexte, **la configuration des relations participe à maintenir des liens à certain·es résident·es**. Ce n'est néanmoins pas toujours le cas et les personnes les plus âgées et/ou plus limitées sont également parfois mises à distance.

C) *Se risquer à la proximité : de la création de liens jusqu'au décès*

Enfin, ces proximités et distances sont également traversées par le processus de sénescence et les problèmes de santé croissants des proches, et ce, jusqu'à leur mort.

En ce sens, s'attacher revient à prendre le risque de perdre celles et ceux devenus proches. La proximité relationnelle au grand âge, et le fait de construire des relations, est donc également à saisir au regard de ce temps qui reste. **S'attacher revient alors à prendre le risque de l'inquiétude et de la douleur face aux maladies, accidents et décès de ces nouveaux et nouvelles proches** : c'est ce qu'évoque notamment Madame Cerizet à la suite des problèmes de santé d'une autre résidente qui l'inquiète et la soucie énormément.

Elle fait alors le lien avec d'autres proximités entretenues au cours de sa vie à l'EHPAD :

Chercheuse : « Vous me parliez d'autres résidentes, et vous me disiez, c'est aussi important, c'est aussi beau d'avoir des personnes qu'on peut considérer comme des amies.

Madame Cerizet : Oui !

Comment ça se fait pour vous, comment on se lie d'amitié à l'EHPAD ?

*Eh bah écoutez, ça se fait presque malgré nous. Parce que je vois en ce moment je suis très en souci pour une euh... pour une amitié qui s'est fait... C'est, oh, c'est pas la première qui m'arrive, c'est déjà la deuxième. J'ai déjà été prise au piège avec G B, qui est décédée euh, quand j'ai su qu'elle allait partir, j'ai demandé aux veilleuses de nuit que si elle avait besoin de quelqu'un auprès d'elle, qu'elle vienne me réveiller, que j'irai passer la nuit avec elle. Et j'avais, j'ai eu tellement mal au cœur que je me suis dit que je me laisserai plus avoir. Et puis, c'est parti... je me, je suis encore prise au piège avec M J qui a fait une méchante chute, et qui est à l'hôpital en ce moment. Et qui est pas... pas mal esquintée. Alors, c'est pareil. Quand je vois ses filles, je lui écris des petits mots, c'est tout ce que je peux faire, parce que je sais même pas si elle peut téléphoner. Elle est pas bien et puis bah, c'est une grosse chose, elle s'est cassée le col du fémur et l'opération... Et puis, elle a des problèmes cardiaques, alors, tout s'en mêle... Tout s'en mêle. Alors, bah voyez, avec M... Avec M nous étions déjà très liées avant qu'elle ne tombe et... j'allais souvent vers elle, le soir, je lui faisais souvent un petit bisou sur le front, (rires) et puis, elle attendait que je vienne lui dire bonsoir.*

Oui, elle avait l'habitude de votre passage...

*Ah oui oui oui... j'allais, oh je restais des fois 5 minutes, voyez, bah je lui demandais si tout allait bien pour elle, alors, des fois c'était oui, des fois c'était non, alors, quand elle avait des problèmes, j'essayais toujours de la consoler. Et il s'est... il s'est forgé entre nous une amitié réellement très profonde.*

Oui, et c'est vrai que dans ce que vous dites y a l'idée d'être prise au piège...

*C'est à dire que bah forcément il y a des relations qui se font, des personnes avec qui on se lie d'amitié... Alors, pour vous dire, que ça se fait presque malgré nous » (Madame Cerizet)*

Il en va de même pour Madame Dujenet, qui lors d'une de mes visites en avril 2024, m'évoque les nombreux décès de personnes habitant à son étage, en me disant qu'en ce moment elle se questionne sur qui serait le ou la prochain·e de « l'allée » à mourir. Elle m'évoque l'effet de ces décès sur elle, notamment vis-à-vis d'un résident qu'elle connaissait d'avant puisqu'il était commerçant dans la commune où elle a passé une grande partie de sa vie. Elle m'évoque alors à son tour les passages qu'elle faisait elle aussi en allant rendre visite aux autres résident·es habitant proche d'elle, et ce temps passé avec ces dernier·es. Elle aborde également les échos que cela génère chez elle, en termes de réflexion concernant la mort et *in fine*, la sienne, où elle aimerait partir une nuit où elle ne se réveillerait pas au matin.

Par ailleurs, la question des proximités tissées rejoint forcément la question de la possibilité de continuer à investir ces relations et à accompagner des résident·es apprécié·es jusqu'à la fin.

Dans les pratiques de l'établissement, cette volonté de laisser place à tou·tes les accompagnant·es de la personne est marquée, comme en témoigne cette infirmière :

*« G, elle avait signé des directives anticipées, donc en accord avec elle, sa famille et le médecin, il était convenu, vu son état clinique, de ne rien faire davantage que d'apporter des soins de confort, les anti-douleurs, et puis qu'au dernier moment elle partait sans douleur. [Pour la famille] on ne limite pas les visites, ils restent quand ils veulent, jour et nuit. On fait comme on aimerait prendre en charge nos parents ou nos enfants, comme on ferait. L'HAD vont mettre en place des produits qu'ils ont pas en EHPAD - les fameux produits qu'on peut pas avoir en dehors de l'hôpital. Le but, c'est l'humanisation au maximum, que les gens ne souffrent pas, qu'ils partent dans de bonnes conditions, qu'ils partent accompagnés de leurs proches. Après les décès ils nous en parlent : bah je vais moi bien, G est partie... On me l'a dit ce matin. Et puis ils savent... » (Sandra, infirmière)*

C'est ce qu'évoque également l'ancienne animatrice concernant les fins de vie et la place donnée à l'entourage, y compris au sein de l'EHPAD:

*« Ça dépend aussi de la situation de la famille. Ça dépend aussi du souhait de la personne. Mais en général, on prend des précautions, on va prévenir quand quelqu'un va pas bien, on sait qui a des affinités avec qui, qui s'entendait bien, des relations particulières, qui est ce qui mangeait à la même table qu'eux, donc euh, on met un point d'honneur à prévenir l'environnement proche, les gens qui se côtoyaient, s'appréciaient, on les prévient. On va leur dire, bah vous savez, Madame until n'est pas très bien, vous pourriez peut-être aller la voir aujourd'hui. Après la personne dit oui je*

*voudrais non je veux pas je préfère garder une bonne image. C'est un lieu de vie, hein. » (Eliane, animatrice)*

On voit donc ici comment l'EHPAD est un lieu de vie car il peut être le lieu d'une « bonne » mort.

Par-delà l'accompagnement de la fin de vie et la démarche palliative mise en place, c'est aussi la question de ce qui vient après qui se pose.

Il s'agit donc notamment de questionner à ce qui se joue après décès. A l'EHPAD des Buissons, la **mort fait l'objet d'au moins deux marquages : un marquage qui correspond au nécessaire travail de nettoyage des chambres après décès, et qui se matérialise à travers une affiche (qui signale la date de désinfection de la chambre, notamment) mise sur la porte de la chambre, et de l'autre, un affichage en salle du village mentionnant les décès d'un·e résident·e.**



*Feuille renseignant des différentes étapes de nettoyage des chambres après décès*

A ces marquages écrits, **se superposent bien sûr des discours à l'oral**, et de la diffusion de l'information par ce biais.

Après la mort, ce sont donc d'autres questions qui se posent telles que celles du rapport aux enterrements et des difficiles possibilités d'accès à ces derniers. Là encore, il s'agit d'une difficulté supplémentaire puisque **les personnes ne pouvant pas se déplacer par elles-mêmes et n'ayant que peu de proches à proximité ne peuvent ni être présent·es aux enterrements, ni honorer leurs morts en leur rendant visite au cimetière** (ou ailleurs). Si ponctuellement, une réponse peut être apportée par les professionnel·les à ce sujet, il est certain qu'il **est très difficile organisationnellement et vis-à-vis de la charge de travail des professionnel·les de détacher un·e professionnel·le pour permettre d'assister à des cérémonies ou de se rendre sur des lieux de mémoire**. C'est néanmoins parfois possible lorsque les résident·es décédées sont à la maison funéraire attenante :

*« Et, bon, y a les pompes funèbres qui sont juste là, donc forcément on peut, c'est un peu malsain de dire ça comme ça, mais je peux me permettre en fait de proposer aux résidents, s'ils connaissaient bien la personne, d'y aller. Ça nous est arrivé avec 2 résidents je crois. Notamment un qui était très jeune et qui est parti de manière très brutale. Et euh... Et euh, et beaucoup de résidents, c'était quelqu'un qui était très apprécié des résidents. Beaucoup dans la demande mais... mais quelqu'un de très très*

*apprécié, et du coup bah j'ai proposé aux résidents qui le souhaitaient bah s'ils voulaient y aller donc euh... y a eu, du monde, du monde qui a répondu à ça, donc je me suis permis de le faire, parce que ça fait partie aussi de l'animation. Au départ je pensais pas mais en fait si. C'est l'accompagnement général et je pense que cette partie-là ça fait partie de l'accompagnement... et je crois que c'est un des accompagnements les plus importants aussi. Pas forcément le plus important de tous mais ça fait partie. » (Hugo, animateur)*

La cadre de santé évoque également ces demandes concernant cette fois des personnes de la famille des résident·es :

*« Le reste, c'est parfois un petit peu plus compliqué, mais on y arrive. Après c'est fait une fois, mais est-ce que c'est refait ? Par exemple, une personne âgée qui dit « moi j'aimerais bien aller de temps en temps euh sur la tombe de ma mère » ... Bon on essaye de le faire une fois. Est ce qu'on essaye de le faire une deuxième fois l'année d'après, c'est, là je pense qu'on a un travail à faire mais encore une fois il faut en faire toujours plus... [...] Donc, ça complexifie un peu le truc, parce qu'il y a toujours des autres choses qui se rajoutent à côté. » (Madame Colnet, cadre de santé)*

Madame Maurer, résidente, évoque également cette limitation qui l'affecte :

Chercheuse : « Et est-ce que c'est quelque chose qui vous manque de ne pas aller au cimetière par exemple ?

*Madame Maurer : Oh bien sûr. J'en ai encore parlé à mon frère dimanche. J'ai dit : « c'est malheureux, je ne peux même plus aller au cimetière sur la tombe de mon mari ». Je lui ai dit il y a quelques semaines. Parce que c'est dur, ça ne paraît pas.*

Vous y alliez souvent ?

*Non, je ne peux pas dire que j'y allais souvent. Je ne sais pas comment expliquer ça. J'y allais mais il se pouvait que je reparte à H [commune] et que je n'aille pas au cimetière. Mais je savais qu'il était là. » (Madame Maurer)*

On voit donc ici l'ambivalence que représente l'attachement en EHPAD : si ce dernier favorise l'appropriation d'un lieu, il représente également une forme de risque au niveau émotionnel<sup>118</sup>. Ce risque est d'autant plus marqué lorsque les possibilités de faire son deuil ou d'entretenir des relations avec ses mort·es se trouve limitées après décès du fait des possibilités très limitées de se rendre aux enterrements et encore plus au cimetière. C'est ainsi qu'une certaine discontinuité se crée, entre les mort·es et les vivant·es, celles et ceux perdu·es avant l'arrivée à l'EHPAD, celles et ceux rencontré·es à l'EHPAD et désormais décédé·es. Plus généralement, les actes et pratiques de mémoire, qu'ils soient individuels

---

<sup>118</sup> Bien sûr, ces risques ne sont pas seulement à lire à travers les dires des résident·es. Ils sont également vécus par les professionnel·les, bien que celles et ceux-ci mettent en place un travail émotionnel leur permettant de faire face à ces décès nombreux.

(pratiques de recueillement) ou collectifs (commémorations, cérémonies), demeurent difficilement réalisables pour les résident·es.

### Encadré. Négocier sa fin de vie : une mort à soi

A travers la mort des autres, c'est aussi la question de sa propre mort qui se pose. Si les volontés et directives des résidents peuvent être posées de manière anticipée avec l'équipe de soin, d'autres enjeux que ceux de la médication et du soulagement de la douleur peuvent se jouer. En EHPAD, la volonté de mourir ou tout du moins la difficulté à vivre est présente chez de nombreux·ses résident·es. C'est ainsi qu'une des résidentes nous évoque vouloir « mourir telle qu'elle est » à plusieurs reprises, c'est-à-dire pouvoir mourir dans un état de santé et une image renvoyée qui demeure maîtrisable. Cette dernière m'évoque alors son rapport aux questions d'euthanasie. Tombée malade, cette dernière finira par mourir quelques mois plus tard. Lorsque je suis allée la voir après qu'on m'ait signalé son état, cette dernière m'avait laissé entendre que le temps lui était long.

D'autres personnes évoquent également leur fin de vie avec une ferme volonté de ne pas subir les événements. C'est notamment le cas de Madame Spina, qui évoque qu'elle n'hésitera pas à se suicider une fois la prochaine décennie de sa vie venue. Il est alors intéressant de voir comment certain·es autres résident·es réagissent à cette évocation, en tentant de limiter ces dires ou de la convaincre de rester en vie.

D'autres résident·es évoquent également des réflexions concernant l'anticipation du coût des obsèques, ou encore les volontés relatives à leur enterrement ou crémation.

Une résidente qui a déjà tout anticipé me fait ainsi part de ses volontés.

*Madame Spina : « Je vais vous dire une chose, c'est que moi, j'ai préparé mon enterrement. Tu sais combien que ça coûte un enterrement ? 5400. Et si je prenais M. [pompes funèbres locales] t c'est 1600 de plus. Pour quasiment le même truc, c'est 1600 de plus.*

Chercheuse : Donc là vous avez tout préparé ?

*Oui.*

Les papiers les démarches...

*Les chansons, tout. Les fleurs... ça le cadre-là, bah il sera collé sur mon cercueil. Parce que c'est pas un cercueil comme ça que je veux, mais un cercueil comme ça. Et ça, ça sera collé au-dessus de mon cercueil.*

C'est important pour vous d'y penser ?

*Oui. Bah, j'ai pas de parenté ! Si je le fais pas, qui c'est qui va le faire ? Si je dis pas aux copines, c'est ça que je veux, ça que je veux [...] mais par contre je leur ai dit aux copines, « si vous voulez chialer à mon enterrement, je veux pas vous voir ». Je veux que vous soyez heureuses, pour moi c'est...ah la mort ne me fait pas peur hein ! Tu sais ce qu'elle me disait maman ? « La vie c'est deux choses. Tu nais avec deux portes et puis tu meurs avec une porte. » [...] La mort c'est une porte. Voilà. C'est tout simplement ça. [...] Alors moi j'ai dit aux copines, si je vous entendez pleurer, je serai capable de prendre mon cercueil et de me débrouiller*

*toute seule ! « T'en serais bien capable », qu'elles disent les copines ! [...] [...] On n'est pas mort. On est juste passé·es dans la pièce à côté. Voyez, [...] les femmes mariées elles ont une alliance. Comme je m'occupe des enterrements un petit peu hein... Je dis : « écoute voir, arrête de pleurer bordel, ton mari est toujours avec toi, ce n'est pas la peine de pleurer. Regarde, ton alliance, c'est bien avec ton mari que tu l'as fait. Alors pourquoi tu pleures comme ça ? Il est à côté. Regarde tes enfants, regarde tes petits-enfants. C'est pas les yeux de ton mari ? » Bah si. « Bah pourquoi que tu pleures alors ? Ton mari il est juste passé à côté ! Bah oui ! C'est ça la vie. Moi j'ai pas d'héritier mais qui sait. C'est ce que j'ai dit à mon tuteur hein, moi je veux pas vivre jusqu'à 70ans. A 70 ans moi... (signe qu'elle « débarrassera le plancher »).*

**Pourquoi 70 ans ? Vous avez une idée de pourquoi ?**

*Parce que, j'veais vous dire une chose, à 70 ans, il y a déjà ce que j'ai passé le mois dernier, alors voyez, il faut encore attendre jusqu'à 70 ans. J'veais être comment ? Être une carpette ? Prendre des médicaments et être toujours allongée dans mon lit ? Oh non, je suis pas d'accord moi ! »*  
(Madame Spina)

Une autre femme me fait également part de ses volontés au cours d'une discussion. Cette femme, à distance de la religion, ne voulait pas qu'une cérémonie soit faite à l'église. Elle m'évoquait également désirer une cérémonie très sommaire, très simple, sans artifices. Elle craignait néanmoins que son fils unique n'applique par ses volontés et que la cérémonie se passe autrement, et cela bien qu'elle lui ait communiqué ses désirs.

Un résident m'a également fait part d'une citation qu'il trouvait pertinente et qui abordait la mort. Il l'a mise de côté afin de préparer la suite de son parcours.

On voit donc comment la fin de vie et la gestion de la mort sont réfléchies par les résident·es. **Ces dernier·es « négocient » avec la mort, dans le sens qu'ils et elles portent pour certain·es une idée de ce que devrait être leur fin de vie, mais également une idée de ce qui devra être fait après décès.** Ces volontés se heurtent néanmoins parfois aux désirs des proches.

## Conclusion générale

A travers ce rapport de recherche, nous avons pu revenir sur l'histoire d'une institution sur plusieurs années, en analysant la préparation d'un déménagement, son déroulement, les aménagements qui ont suivis. Plus largement, nous avons pu faire part de changements au long cours qui modifient non seulement l'organisation du travail, mais aussi les profils de professionnel·les et de résident·es. En effet, l'ancien EHPAD de Saint-André portait avec lui un fonctionnement communal et plutôt communautaire. L'évolution des modalités de prise en charge et l'évolution du public accueilli a remodelé les manières de travailler et d'accompagner. Le mouvement de montée aux normes a également modifié l'activité, en ajoutant aux pratiques professionnelles un niveau de contrainte plus élevée. Aujourd'hui, le modeste EHPAD de Saint-André a fait place à une structure récente, permettant un confort plus marqué aux résident·es. Ce lieu est traversé par une dimension hôtelière forte et porte également avec lui une volonté d'impulsion d'une dynamique sociale. La réflexion sur cet EHPAD a amené à la prise en compte à la fois du lieu de vie et du lieu de travail, en améliorant les prestations à destination des résident·es ainsi que les espaces à destination des professionnel·les. Ces changements ont fortement influencé les vécus d'appropriation des professionnel·les et des résident·es, qui ont vu les proximités tissées au long cours déplacées par ce déménagement. Si certaines proximités ont été renforcées, d'autres se sont affaiblies. Pour certain·es résident·es, ce déménagement a également été difficile du fait de la complexité à reprendre ses repères dans un établissement vaste, et dont la structuration est atypique. Tout un processus de familiarisation aux lieux a donc été nécessaire. Pour autant, ce dernier a été limité dans un premier temps par la survenue de la pandémie qui a touché l'établissement aux premiers mois de l'installation. Les nombreux décès et le contexte d'isolement marqué, avec une rupture d'activités, a donc rendu cette appropriation d'autant plus difficile pour les ancien·nes résident·es mais également pour celles et ceux qui sont arrivé·es aux Buissons dans ce contexte. Néanmoins, quelques années après l'aménagement, l'EHPAD se voit plus investi. Cet investissement est notamment le fait d'une présence très marquée des bénévoles, mais aussi de relations de travail fonctionnelles qui permettent une fluidité dans l'échange, et une certaine construction collective. Les vécus des professionnel·les oscillent néanmoins entre un sentiment de confort vis-à-vis du lieu, avec des espaces professionnels ou personnels améliorés, et des tensions relatives à certains manques de matériel ou certaines dysfonctions qui ajoutent un travail d'entretien de l'établissement. Les effectifs soignants semblent les plus touchés par ces difficultés dans un contexte où les nouveaux résidents présentent des niveaux de dépendance plus marqués. L'importance de l'aspect hôtelier du site contribue également à renforcer les attentes concernant le travail des ASH. Du côté des résident·es, ces dernier·es évoquent pour les plus autonomes la liberté permise par l'organisation de la nouvelle structure, la commodité des chambres, et la luminosité des lieux. Néanmoins, il s'avère que la multiplicité des espaces existants n'est pas toujours investie par ces dernier·es, et que des polarités se créent et se renforcent au sein de l'établissement, vis-à-vis notamment de la centralité de la place du village. Dans ce contexte, d'autres espaces et d'autres étages sont moins investis, moins animés. A cela s'ajoute également des sentiments ambivalents : la taille de l'établissement le rend luxueux, mais moins intimiste ; les répliques de commerces le rendent attrayant, mais alimentent parfois des confusions ; des espaces extérieurs créent des sociabilités, mais l'ensemble du parc et des environs de l'EHPAD ne sont guère accessibles...

Dans ce contexte, ce sont bien souvent des formes de négociation, d'arrangements, mais aussi de relations qui « font la différence », et qui permettent alors de bien ou tout du moins mieux vivre au sein de l'EHPAD. Ainsi, ce sont les proximités choisies avec les professionnel·les et les autres résident·es qui sont porteuses. Mais ces proximités, ces arrangements et ces solidarités font courir le risque de perdre ce lien créé, du fait des décès ou encore des changements de poste. D'autre part, c'est aussi la possibilité de mettre à distance, ou en tout cas de choisir la distance établie entre soi et les autres, qui semble permettre une appropriation plus marquée de la structure. Dans ces contextes, la prise de distance peut sécuriser, protéger et conforter. Elle ne se fait néanmoins pas toujours sans heurts, et les conflictualités influencent à leur tour sur l'ambiance collective.

De manière générale, la vie en EHPAD est à saisir au regard de forme de contrôle des émotions : le poids de la parole et des images constaté au cours de cette recherche le montre bien. C'est alors des accroches extérieures qui peuvent permettre d'éviter cette sensation de repli. A l'EHPAD ou en dehors, ce sont donc également les possibilités de continuité avec sa vie passée, ou encore de liens conservés avec des proches, qui contribuent au vécu au sein de l'établissement.

De manière générale, l'appropriation du nouvel EHPAD se fait à travers des négociations temporelles, spatiales et relationnelles. Le fait de pouvoir choisir soi-même certains horaires, ou de les adapter, le fait de pouvoir investir certains espaces individuels ou collectifs, le fait de pouvoir se lier à d'autres : tout cela fonde une sensation de place trouvée au sein de l'institution. Le maintien de cette possibilité sur la suite de sa vie participe également à des projections plus apaisées, bien que d'autres éléments contribuent à une mise en tension des résident·es, avec notamment l'augmentation des frais d'hébergement. Face à ces difficultés, les résident·es disposent de ressources foncièrement différencierées, ce qui amène à ce que coexistent au sein de l'EHPAD des expériences très variées.

Nous pouvons donc constater que les dimensions architecturales et autres aménagements techniques et mobiliers paraissent moins centraux et centrales au bien-être des résident·es que tout ce qui a trait à la continuité relationnelle. En cela, des activités, considérées comme secondaires en comparaison aux activités de soins, revêtent une importance particulière et devraient faire l'objet d'un temps de travail dédié. Cela n'est pas sans renvoyer à l'idée de l'*« assisting friendship »* (Balard et al. 2016) : la possibilité que des personnes soient présentes pour tout ce qui est considéré comme périphérique vis-à-vis de l'organisation des soins et qui ne l'est pas pour les résident·es nous paraît un levier central pour favoriser l'appropriation des résident·es. Sans politique dédiée à cela, cette fonction centrale continuera d'être assurée à travers du surtravail, des dépassements de fonctions ou encore du travail bénévole.

Par ailleurs, les proximités et distances entre résident·es doivent être prise en compte. L'EHPAD peut être un lieu approprié, et cette appropriation dépend également des possibilités de tisser des liens entre résident·es, mais aussi des possibilités de pouvoir conserver un espace personnel. Les relations sociales, si elles peuvent être porteuses, peuvent également générer des difficultés : l'attachement revient aussi à connaître certaines ruptures, certaines déchirures. Les difficultés face à la mort des proches, aux départs des professionnel·les, aux déménagements : tous ces éléments traduisent en réalité à la fois de l'appropriation effective des résident·es, et des revers de cette appropriation. Ainsi, la question de l'appropriation en EHPAD pourrait être considéré à l'aune de déprises. S'habituer à l'EHPAD, et ce par des moyens très différents, revient alors à déployer « des

stratégies d'adaptation [qui] impliquent la sélection des activités, des objets, des lieux, des temps et des liens, et procèdent par suppression et / ou report sur d'autres registres équivalents : d'autres activités, objets, spatialités, temporalités ou réseaux relationnels » (Meidani & Cavalli, 2018). Favoriser l'appropriation consisterait alors à accompagner ces recompositions vécues par les personnes âgées en EHPAD, et ce tout au long de leur vie dans l'établissement, face aux enjeux variés qui jalonnent ce moment de leurs parcours. Il s'agirait alors également de pouvoir accompagner, au sens de soutenir, les efforts d'accompagnement déjà en place.

## Bibliographie

A

Abbott, A., Jouvenet, M., Ma, J., Vlassopoulos, K., Cournarie, P., & Lacroix, A. (2016). *Sciences sociales, norme et temporalité*. Armand Colin.

Allain, S. (2004). La négociation comme concept analytique central d'une théorie de la régulation sociale. *Négociations*, 2(2), 23.

<https://doi.org/10.3917/neg.002.023>

Anchisi A., 2008, De parent à résidant : le passage en maison de retraite médicalisée, *Retraite et société*, n° 53, p. 167-182.

Anchisi, A. (2022). Au fil des corps, apprendre de l'expérience. Parcours d'une infirmière sociologue. *Nouvelles Questions Féministes*, 41, 122-134.

<https://doi.org/10.3917/nqf.411.0122>

Anchisi, A. & Amiotte-Suchet, L. (2018). Vivre dans une communauté de religieuses. Des solidarités revisitées à l'aune de la vieillesse. *Nouvelles Questions Féministes*, 37, 52-67.

<https://doi.org/10.3917/nqf.371.0052>

Anchisi, A., Palazzo-Crettol, C. & Dallera, C. (2014). Vieillir ensemble en maison de retraite : quand le couple réenchante l'institution. *Pensée plurielle*, 35, 125-134.

<https://doi.org/10.3917/pp.035.0125>

Anchisi, A., Berra, E., & Pott, M. (2004). Cadres et qualité : À la recherche des soins infirmiers: *Recherche en soins infirmiers*, N° 77(2), 41-55.

<https://doi.org/10.3917/rsi.077.0041>

Anchisi, A., Desnouveaux, C., Ebenegger, N., Solioz, E., Hugentobler, V., & Höpflinger, F. (2003). Les personnes âgées atteintes de démence en établissement médico-social : Défis quotidiens pour les soignantes : *Recherche en soins infirmiers*, N° 72(1), 48-120.

<https://doi.org/10.3917/rsi.072.0048>

Amiel, P., & Jouve, A. (Éds.). (2013). *Les EHPAD une autre gestion du temps qui passe*. ARSEAA : Erès.

Amiotte-Suchet, L., & Anchisi (2017). Vieillir en institution, vieillesse institutionnalisées. Autonomie et contrôle dans les nouveaux « lieux » du vieillir. *Ethnographiques*, n°35.

Archimbaud, N. (2013). *Vie quotidienne et soins des personnes âgées dépendantes en milieu hospitalier. Une enquête filmique à l'hôpital Bretonneau (AP-HP, Paris 18ème)*. Thèse, Université de Paris Ouest.

Anchisi, A., Amiotte-Suchet, L., & Toffel, K. (2016). Vieillir au couvent : Stratégies des congrégations et paradoxe des laïcités. *Social Compass*, 63 (1), 3-19.  
<https://doi.org/10.1177/0037768615613892>

Argoud, D. (2011). De l'hébergement à l'habitat : Une évolution ambiguë. *Gérontologie et société*, 34 / n°136(1), 13-27.  
<https://doi.org/10.3917/gs.136.0013>

Argoud, D., & Puijalon, B. (2003). Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux: *Gérontologie et société*, 26 / n° 106(3), 23-39.  
<https://doi.org/10.3917/gs.106.0023>

ANAP. (2020). *Transformation de l'EHPAD S'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées*.

Angus, J., Kontos, P., Dyck, I., McKeever, P., & Poland, B. (s. d.). The personal significance of home: Habitus and the experience of receiving long-term home care. *Sociology of Health & Illness*, 27(2).

Arborio, A.-M. (2007). L'observation directe en sociologie : Quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier: *Recherche en soins infirmiers*, N° 90(3), 26-34.

<https://doi.org/10.3917/rsi.090.0026>

Assar, M. (2023). *Dossier thématique : Maltraitance*.

Assumpta, A. R., & Scullion, H. F. (2000). Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3).

B

Badey-Rodriguez, C. (2003). Psychologue en maison de retraite : Une fonction au cœur des enjeux relationnels. *Gérontologie et société*, 26 / n° 104(1), 69-79.  
<https://doi.org/10.3917/gs.104.0069>

Balard, F., Caradec, V., Castra, M., Chassagne, A., Clavandier, G., Launay, P. & Trimaille, H. (2021). Habiter en Ehpad au temps de la Covid-19. *Revue des politiques sociales et familiales*, 141 (4), 31-48.

<https://doi.org/10.3917/rpsf.141.0031>

Balard, F., Gely-Nargeot, M. C., Corvol, A., Saint-Jean, O., & Somme, D. (2016). Case management for the elderly with complex needs: cross-linking the views of their role held by elderly people, their informal caregivers and the case managers. *BMC Health Services Research*, 16, 1-10.

Baeza, C., Gross, O., Lansade, G., & Mozziconacci, V. (2020). Situations de vulnérabilité : Paroles, savoirs, pouvoirs. *Éducation et socialisation*, 57.

<https://doi.org/10.4000/edso.12303>

Baudin, G. (2008). De la proximité comme analyseur : *L'Homme & la Société*, n° 165-166(3), 117-132.

<https://doi.org/10.3917/lhs.165.0117>

Beyrie, A., Douguet, F., & Mino, J.-C. (2017). Accompagner la fin de vie en maison de retraite : spécificités et limites d'un travail inestimable. *Ethnographiques*, 35 (10).

<https://doi.org/10.25667/ETHNOGRAPHIQUES/2017-35/010>

Bickel, J. & Hugentobler, V. (2018). Les multiples faces du pouvoir d'agir à l'épreuve du vieillissement. *Gérontologie et société*, 40(157), 11-23.

<https://doi.org/10.3917/gs1.157.0011>

Billaud, S. (2012). Financer le vieillissement en institution par le patrimoine en milieu modeste : *Retraite et société*, n° 62 (1), 105-125.

<https://doi.org/10.3917/rs.062.0105>

Blanchet, M. (2020). Les personnes âgées en France : Où et dans quel logement vivent-elles ? *Population & Avenir*, n° 747(2), 4-7.

<https://doi.org/10.3917/popav.747.0004>

Brami, G. (2022). Les modalités de réduction des normes au sein des ehpad : *Empan*, n° 125(1), 147-152.

<https://doi.org/10.3917/empa.125.0147>

Boichot, R., & Collard, D. (2018). Le « travailler » du psychologue clinicien en maison de retraite à l'épreuve de la dynamique institutionnelle: *Travailler*, n° 40 (2), 167-186.

<https://doi.org/10.3917/trav.040.0167>

Bonvalet, C., & Lelièvre, É. (2005). Les lieux de la famille: *Espaces et sociétés*, n° 120-121(1), 99-122.

<https://doi.org/10.3917/esp.120.0099>

Botea, B., & Rojon, S. (s. d.). Ethnographies de l'attachement. *Parcours anthropologiques*, 10.

Boulmier, M. (2011). Habitat, territoires et vieillissement : Un nouvel apprentissage. *Gérontologie et société*, 34 / n°136(1), 29.  
<https://doi.org/10.3917/gs.136.0029>

Bourdon, E., & Belmin, J. (2022). L'appropriation de l'espace par le résident en institution gériatrique : Une étude qualitative sur le jardin enrichi en Ehpad. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 22 (132), 358-368.

<https://doi.org/10.1016/j.npg.2022.09.005>

Buchter, L., Guinchard, M. & Le Roux, A. (2022). Remettre les vieilles de la marge au centre avec une recherche participative. *Nouvelles Questions Féministes*, 41, 83-99.  
<https://doi.org/10.3917/nqf.411.0083>

Buhnik, S. (2019). Vieillissement en ville et villes en vieillissement: *L'Information géographique*, Vol. 83(2), 122-139.

<https://doi.org/10.3917/lig.902.0122>

C

Calasanti, T. & King, N. (2022). Vieillissement réussi, âgisme et persistance des rapports d'âge et de genre. *Nouvelles Questions Féministes*, 41, 16-31.

<https://doi.org/10.3917/nqf.411.0016>

Caradec, V., Chamahian, A., Marier, P., & Séguin, A.-M. (2017). Introduction : Les territoires du vieillissement. *Lien social et Politiques*, 79, 4. <https://doi.org/10.7202/1041729ar>

Caradec, V. (2010). Les comportements résidentiels des retraités. Quelques enseignements du programme de recherche « Vieillissement de la population et habitat ». *Espace populations sociétés*, 2010/1, 29-40.

<https://doi.org/10.4000/eps.3897>

Castanet, V. (2022). Les fossoyeurs, Paris : Fayard.

Castonguay, J., Carboneau, H., Fortier, J., Raymond, É., Fortier, M., Sévigny, A., & Tourigny, A. (2018). Habitats des aînés : Analyse critique d'un processus de recherche participative. *Recherches sociographiques*, 59(1-2), 77-97.

<https://doi.org/10.7202/1051426ar>

Causse, L. (2008). Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : Des mouvements d'amour contradictoires et réversibles : *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 6 (2), 85-105. <https://doi.org/10.3917/nrp.006.0085>

Cérèse, F. (2023). Architecture et liberté d'aller et venir dans les lieux de vie institutionnels. *Gérontologie et société*, 45(171), 157-166.

<https://doi.org/10.3917/gs1.171.0157>

Champagne, P. (1979). Jeunes agriculteurs et vieux paysans : Crise de la succession et apparition du « troisième âge ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 26 (1), 83-107. <https://doi.org/10.3406/arss.1979.2631>

Charras K, Cérèse F. Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution. *Gérontologie Et Société*. 2017; 39 / n° 152(1):169–83.

Chevalier, E. (2015). *L'accompagnement de résidents atteintes d'une démence de type Alzheimer au sein d'un EHPAD ne disposant pas d'unité d'hébergement spécifique : Freins et leviers*. Mémoire EHESP.

Clavandier, G., Charrier, P., Berthod, M.-A., Julier-Costes, M., Pagnamenta, V., & Pillonel, A. (2023). Ne pas rompre la trajectoire des corps morts. Articulations professionnelles durant la pandémie de Covid-19. *Sociologie*, 14(2), 157-173.

Clément, S. et Mantovani, J. (1999). La déprise en fin de parcours de vie. *Gérontologie et société*, 22 (90), 95-108.

CNSA (2017), La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des EHPAD et de la prise en charge des résidents. <https://www.cnsa.fr/node/5106>

Cottet, I & Marion, G. (2011). Comportements de résistance et de créativité individuelle et collective en ehpad. *Gérontologie et société*, 34 / n° 137(2), 185-198.

<https://doi.org/10.3917/gs.137.0185>

Clavel, M. (2008). Henri Lefebvre : Une pensée critique de l'espace conçu et aménagé. In A. Frémont, S. Allemand, & É. Heurgon (Éds.), *Aménagement du territoire* (p. 171-179). Presses universitaires de Caen.

<https://doi.org/10.4000/books.puc.10401>

Clément, S., & Mantovani, J. (1999). Les déprises en fin de parcours de vie : *Gérontologie et société*, 22 / n°90(3), 95-108.

<https://doi.org/10.3917/gs.090.0095>

Colin, G., Colson, B., Lecru, C., Noël, J.-L., & Thellier, J. (2003). Travailler auprès de patients déments : *Gérontologie et société*, 26 / n° 104 (1), 81-89.

<https://doi.org/10.3917/gs.104.0081>

Cooney, A. (2012). 'Finding home': A grounded theory on how older people 'find home' in long-term care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 7(3), 188-199.

<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00278.x>

Croguennec-Le Saout, H., & Coron, G. (2022). Politique territoriale de la vieillesse : Y a-t-il encore une place pour les élus communaux face à la bureaucratisation ? *Revue française des affaires sociales*, 2, 41-65.

<https://doi.org/10.3917/rfas.222.0041>

D

Dansac, C ; Lacombe, N & Vachée, C (2015)/ S'engager pour bien vieillir ou bien vieillir pour s'engager ? Exploration des enjeux dans trois contextes d'engagement des personnes âgées. *Vieillissement de la population : quels enjeux pour l'animation sociale et socioculturelle professionnelle ?*, ISIAT-IUT Bordeaux Montaigne et UMR 5185 ADESS.

Darnaud, T. (2007). L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques: *Gérontologie et société*, 30 / n° 122(3), 91-106.

<https://doi.org/10.3917/gs.122.0091>

Degnen, C. (2016). Socialising place attachment: Place, social memory and embodied affordances. *Ageing and Society*, 36(8), 1645-1667.

<https://doi.org/10.1017/S0144686X15000653>

De Gunzbourg, B. (2015). Histoire et devenir des jardins dans les établissements hospitaliers : *Pour*, N° 224 (4), 225-231.

<https://doi.org/10.3917/pour.224.0225>

De la Hosseraye, L., Ferrari, A. & Girard, J. (2023). L'Ehpad-tiers-lieu : l'Ehpad de demain ? *Gérontologie et société*, 45(171), 83-103.

<https://doi.org/10.3917/gs1.171.0083>

Delouette, I., & Nirello, L. (2017). La régulation publique dans le secteur des Ehpad : Quelles conséquences pour l'avenir des établissements de l'ESS ? *RECMA*, n° 344(2), 58-72.  
<https://doi.org/10.3917/recma.344.0058>

Démolis, R., & Benhadj, F. (2020a). Le film de recherche comme modalité de production d'un discours scientifique en anthropologie de la santé. *Anthropologie et Santé*, 21.  
<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.8141>

Demoures, G. (2003). Paroles de déments parole aux déments : *Gérontologie et société*, 26 / n° 106 (3), 111-128.

<https://doi.org/10.3917/gs.106.0111>

Derrien, M., Rossigneur-Méheust, M., & Sarzier, M. (2023). Repousser les frontières du travail : Propositions pour une autre approche de la vieillesse. *Sociétés contemporaines*, N° 129(1), 5-21.

<https://doi.org/10.3917/soco.129.0005>

Desages, I. (s. d.). *La participation au conseil de vie sociale*.

Desclaux, A (2008. )L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales : Pertinence, limites, enjeux, et ajustements nécessaires. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, vol 101, n°2.

Deshayes, J.-L. (2013). L'employeur territorial, une notion utile pour comprendre la (dé)structuration de l'emploi. *Travail et emploi*, 136, 69-80.  
<https://doi.org/10.4000/travailemploi.6149>

Després, C. (2013). Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. *Anthropologie et Santé*, 6.  
<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1078>

Després, C (2020). Paradoxes du consentement éclairé en sciences humaines et sociales. *Médecine Palliative*, 19, pp.336 - 342.

Devigne, M., Habib, J., Krohmer, C., & Laurent, B. (2014). Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : L'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD : *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 32(1), 63-80.  
<https://doi.org/10.3917/jgem.141.0063>

Deville, C., & Lazarus, J. (2022). Déprise et vulnérabilité financière : Les pratiques bancaires aux prises avec l'avancée en âge : *Retraite et société*, N° 88(1), 165-182.  
<https://doi.org/10.3917/rs1.088.0166>

Diamond, T. (1992). Making gray gold. University of Chicago Press.

Di Méo, G. (2010). Subjectivité, socialité, spatialité : Le corps, cet impensé de la géographie : *Annales de géographie*, n° 675(5), 466-491. <https://doi.org/10.3917/ag.675.0466>

Divay, S. (2010). Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local : *Sociétés contemporaines*, n° 77 (1), 87-109.  
<https://doi.org/10.3917/soco.077.0087>

Divay, S. (2011). Confusion dans la transmission intergénérationnelle du métier de soignante : *Recherches familiales*, n° 8 (1), 101-114.

<https://doi.org/10.3917/rf.008.0101>

Divay, S., & Gadéa, C. (2009). Les cadres de santé face à la logique managériale : *Revue française d'administration publique*, n° 128 (4), 677-687.  
<https://doi.org/10.3917/rfap.128.0677>

Dorange, M. (2005). Entrée en institution et paroles de vieux : *Gérontologie et société*, 28 / n° 112 (1), 123-139.

<https://doi.org/10.3917/gs.112.0123>

Douguet, F. (2003). Le vieillissement des personnels hospitaliers : Les effets de l'âge sur la relation soignant-soigné. *Gérontologie et société*, 26 / n° 104 (1), 103-114.  
<https://doi.org/10.3917/gs.104.0103>

DREES, (2020). Les établissements pour personnes âgées.  
URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%202017%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%20h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.pdf>

DREES. (2020). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. *L'aide et l'action sociales en France*.

Dreyer, P. (2008). Limiter les conséquences de la vieillesse et de la dépendance : Agir sur l'habitat et l'environnement. *Gérontologie et société*, 31 / n° 125 (2), 167.  
<https://doi.org/10.3917/gs.125.0167>

Dreyer P.(2017). Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie, *Gérontologie et société*, n° 152, p. 9-23.

Drulhe, M., & Clément, S. (1992). Transmission du patrimoine et prise en charge des parents âgés du sud-ouest rural. *Sociétés contemporaines*, 10 (1), 93-109.

<https://doi.org/10.3406/socco.1992.1071>

Duperrein B., 2013, La maison de retraite, dernière installation, in Membrado M., Rouyer A. (dir.), *Habiter et vieillir*, Toulouse, Èrès, p. 199-209.

*E*

Eyland, I. (2021). Les savoirs infirmiers liés au care exprimés dans les gestes professionnels: *Recherche en soins infirmiers*, N° 144 (1), 105-115.

<https://doi.org/10.3917/rsi.144.0105>

Eynard, C. (2007). La chambre comme espace d'intimité. *Gérontologie et société*, 30 / n° 122(3), 85.

<https://doi.org/10.3917/gs.122.0085>

Eyraud, B., Saetta, S., & Tartour, T. (2019). Introduction. Rendre effective la participation des personnes en situation de handicap : *Participations*, N° 22(3), 5-28.

<https://doi.org/10.3917/parti.022.0005>

*F*

Fasshauer, I., & Ferreira de Moura, C. (2023). Les tiers-lieux en Ehpad, de nouveaux modes de participation et de socialisation des personnes âgées dépendantes. *ADSP*, 121 (1), 44-46.

Fauré, G., Sédillot, S., & Vernier, O. (2021). *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement : Regards sur la crise du modèle français des Ehpad*. CEPRISCA.

Fedor, M. C., & Leyssene-Ouvrard, C. (2007). « L'intégration des familles à l'hôpital » : Quelles attentes et quelles réticences de la part des patients, proches, et soignants ?: Une étude en cours au CHU de Clermont-Ferrand. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 58-75.

<https://doi.org/10.3917/rsi.089.0058>

Fernandez, F, Leze, S & Marche, H. Voilement et dévoilement des émotions sur les terrains de la santé : du rapport de sens au rapport de force. *Face à face* [En ligne], 9 | 2006.

URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/179>

Fijalkow, Y., Jourdheuil, A.-L., & Neagu, A. (2021). Le relevé habité face à la vulnérabilité résidentielle : Intérêts et limites. *SociologieS*.

<https://doi.org/10.4000/sociologies.17310>

Foucault M., 1975, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard

Freichel, J., Balard, F., & Martin, E. (2022). *Habiter et vieillir : Trajectoires résidentielles à Xertigny, Vosges*. Autrement.

Friedmann, D. (2006). Le film, l'écrit et la recherche. *Communications*, 80(1), 5-18.  
<https://doi.org/10.3406/comm.2006.2370>

G

Galland, A. (2018). Vaille que vivre : Une immersion dans le temps long de la vieillesse. *La Revue Documentaires*, N° 29 (1), 47-53. <https://doi.org/10.3917/docu.029.0047>

Genard, J.-L., & Roca i Escoda, M. (2014). Les dispositions éthiques dans la conduite de l'enquête et la livraison publique de ses résultats. *SociologieS*.

<https://doi.org/10.4000/sociologies.4720>

Génolini, J.-P., Mathieu, C., & Cayla, F. (2021). L'activité physique en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : Alignement médical ou émancipation ? *SociologieS*.

<https://doi.org/10.4000/sociologies.15773>

Gérard, A. (2017). Enjeux et stratégies de l'appropriation des espaces collectifs: *Gérontologie et société*, 39 / n° 152 (1), 143-154.

<https://doi.org/10.3917/gs1.152.0143>

Gibowski, C. (2012). Vécu institutionnel en ehpad : Une place pour chacun, chacun à sa place: *Cliniques*, N° 3(1), 84-95.

<https://doi.org/10.3917/clini.003.0084>

Gibowski, C., Balard, P., & Le Duff, F. (2013). Le projet de vie individuel : Une voie psychothérapeutique possible dans l'élaboration de l'effraction que peut constituer l'entrée en maison de retraite: *Cliniques*, N° 5 (1), 198-209.

<https://doi.org/10.3917/clini.005.0198>

Gilbert, P. (2016). Classes, genre et styles de vie dans l'espace domestique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 215(5), 4.

<https://doi.org/10.3917/arss.215.0004>

Gilbert, R., & Overney, L. (2021). Vieillir pauvre dans ses meubles : Enquête dans un foyer-logement. *Retraite et société*, N° 85(1), 17-41.

<https://doi.org/10.3917/rs1.085.0018>

Giroud M., 2007, *Résister en habitant ? Renouvellement urbain et continuités populaires en centre ancien*, thèse doctorat en géographie sous la direction de F. Dureau, UFR sciences humaines et arts, université de Poitiers, Poitiers.

Goffman E., 1968, *Asiles. Études sur la condition des malades mentaux*, Paris, éditions de Minuit.

Gucher, C., Laforgue, D., & Alvarez, S. (2019). La perception de la qualité au prisme des temporalités : Les temps de l'aide à domicile. *Gérontologie et société*, 41 / n° 160 (3), 47-59.  
<https://doi.org/10.3917/gs1.160.0047>

Guichardon, M. (2005). Quand l'entrée en EHPAD est un choix. *Gérontologie et société*, 28(1), 157-162.

Guillot-Soulez, C., & Sergot, B. (2010). Qui m'aime me suive ! : La mobilité des salariés à l'épreuve des transferts d'établissements: *Management & Avenir*, n° 33 (3), 72-95.  
<https://doi.org/10.3917/mav.033.0072>

*H*

Hédonin, A. (2004). Observer la mort : *Ethnologie française*, Vol. 34(4), 699-706.  
<https://doi.org/10.3917/ethn.044.0699>

Heggen, K., & Hauge, S. (2008). The nursing home as a home: A field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of Clinical Nursing*, 17.

Hellström, I., Nolan, M., Nordenfelt, L., & Lundh, U. (2007). Ethical and methodological issues in interviewing persons with dementia. *Nursing Ethics*, 14(5), 608-619.

Hennion, A., Vidal-Naquet, P., Guichet, F., & Hénaut, L. (2012). Une ethnographie de la relation d'aide: de la ruse à la fiction, comment concilier protection et autonomie. Rapport de recherche pour la MiRe (DREES)

Hintermeyer, P. (2004). Les critères du bien mourir: *Gérontologie et société*, 27 / n° 108 (1), 73-87.

<https://doi.org/10.3917/gs.108.0073>

Hobeika, P. (2022). Le patriarcat d'outre-tombe. Veuvage, réversion et recomposition des rapports sociaux à l'âge de la retraite. *Nouvelles Questions Féministes*, 41, 48-65.  
<https://doi.org/10.3917/nqf.411.0048>

Hummel, C. (2017). Porter un regard photographique sur le vieillissement en couvent. Que disent les frontières mouvantes du « photographiable » ? *Ethnographiques*, 35 (03)  
<https://doi.org/10.25667/ETHNOGRAPHIQUES/2017-35/003>

/

INRS. (2012). *Conception et rénovation des EHPAD. Bonnes pratiques de prévention.*

J

Jaujou, N., Minnaërt, É., & Riot, L. (2006). *L'EHPAD pour finir de vieillir: ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*. Centre d'analyse stratégique.

Jouvenet, M. (202). Owning jurisdictions and making collectives. Professional and academic dynamics in Andrew Abbott's processual sociology. *Sociologie*, 13, 79.

L

Labarchède, M. (2023). Lieux de vie collectifs et maladie d'Alzheimer : évolution de l'offre d'hébergement. *Gérontologie et société*, 45(171), 125-140. <https://doi.org/10.3917/gs1.171.0125>

Labit, A. (2022). Habiter la vieillesse : *Délibérée*, N° 17(3), 35-43.  
<https://doi.org/10.3917/delib.017.0035>

Lagarde, C (2019). Résidents et personnel en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : création ou recréation de liens spécifiques en milieu rural. [thèse] Université Bourgogne Franche-Comté.

Lambelet, A., Brzak, N., Avramito, M. & Hugentobler, V. (2019). Vie sexuelle des personnes âgées en institution : ce qu'elles en disent. *Gérontologie et société*, 41(160), 155-168. <https://doi.org/10.3917/gs1.160.0155>

Lambelet, A., Pichonnaz, D. & Hugentobler, V. (2017). Les territoires de l'animation en établissements pour personnes âgées : concilier contraintes organisationnelles et souci de la qualité de vie des résident-e-s. *Lien social et Politiques*, (79), 93–112.  
<https://doi.org/10.7202/1041734ar>

Le Borgne-Uguen, F., & Pennec, S. (2018). Un processus de déprise étayé par le soutien d'une maisonnée. *Gérontologie et société*, 40 / n° 155(1), 73-86.  
<https://doi.org/10.3917/gs1.155.0073>

Lebras, D., Maurel, L., & Lenesley, P. (2016). Le décor des chambres en EHPAD : pour une approche des détails du quotidien et des objets du passé depuis les résidents et au travers d'une démarche projet architectural. *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*.

Lechevalier Hurard, L., Vidal-Naquet, P., Le Goff, A., Béliard, A. & Eyraud, B. (2017). Construire le consentement. Quand les capacités des personnes âgées sont altérées. *Revue française des affaires sociales*, , 41-60.  
<https://doi.org/10.3917/rfas.171.0041>

Lechevalier Hurard (). Points de vue d'usagers sur la déprescription de médicaments en maison de retraite : *Gérontologie et société*, 42 / n° 161(1), 171-189.  
<https://doi.org/10.3917/gs1.161.0171>

Lechevalier Hurard, L. (2014). Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers : Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de première ligne en milieu spécialisé Alzheimer. *Retraite et société*, 69, 99-120. <https://doi.org/10.3917/rs.069.0099>

Lefebvre, H. (1974). La production de l'espace. *L'Homme et la société*, 31 (1), 15-32.  
<https://doi.org/10.3406/homso.1974.1855>

Léger, J.-M., & Decup-Pannier, B. (2005). La famille et l'architecte : Les coups de dés des concepteurs. *Espaces et sociétés*, 120-121(2), 15.  
<https://doi.org/10.3917/esp.120.0015>

Le Guillou, R (2020). L'observation flottante ou l'école peripateticienne de la sociologie.

Libault, D. (2019). Rapport de la concertation Grand âge et autonomie.  
URL : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

Liffraud, D. (2013). Familles et ehpad...: *Empan*, n° 91 (3), 82-90.  
<https://doi.org/10.3917/empa.091.0082>

Loffeier, I. (2015). Panser des jambes de bois? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite, Paris, PUF.

Loffeier I., 2011, Tension entre missions chez les personnels d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en France, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 24/1, p. 69-84.

Loffeier, I. (2018). La participation des résidents de maison de retraite : une préconisation ambiguë ?. Dans : Benoît Eyraud éd., *Choisir et agir pour autrui : Controverse autour de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées* (pp. 278-281).  
Doin. <https://doi.org/10.3917/jle.eyrau.2018.01.0278>

Loffeier, I. (2016). À propos de quelques normes discursives en maison de retraite : *Langage et société*, N° 158 (4), 71-87. <https://doi.org/10.3917/ls.158.0071>

Loffeier, I. (2013). Une enfance sans avenir : De l'expérience d'un rapport pédagogique en maison de retraite : *Gérontologie et société*, 36 / n° 147 (4), 121-133.  
<https://doi.org/10.3917/gs.147.0121>

Le Loet, O., & Teissonières, G. (2010). Pour vivre les lieux. L'architecture au service du projet d'établissement. *Cahiers de l'Actif*, 414.

Lebrun, L., Dumas, M., & Douguet, F. (2019). 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.  
<https://doi.org/10.3917/mavs.004.0035>

Lefebvre, H. (1974). La production de l'espace. *L'Homme et la société*, 31 (1), 15-32.  
<https://doi.org/10.3406/homso.1974.1855>

Léger, J.-M., & Decup-Pannier, B. (2005). La famille et l'architecte : Les coups de dés des concepteurs : *Espaces et sociétés*, n° 120-121(1), 15-44.  
<https://doi.org/10.3917/esp.120.0015>

Lenel, E. (2021). Une architecture communautaire contemporaine : Idéologie, spatialité et appropriations du modèle du cohabitat. *SociologieS*.  
<https://doi.org/10.4000/sociologies.17539>

M

Macia, E., Chapuis-Lucciani, N., Chevé, D., & Boëtsch, G. (2008). Entrer et résider en maison de retraite : Des relations de pouvoir autour du corps : *Revue française des affaires sociales*, 1, 191-204.  
<https://doi.org/10.3917/rfas.081.0191>

Mahout, C. (2003). Des conseils d'établissement aux conseils de la vie sociale : *Gérontologie et société*, 26 / n° 106(3), 235-247.

<https://doi.org/10.3917/gs.106.0235>

Malherbe, D. (2019). L'incertaine construction d'une identité professionnelle : Les directeurs et cadres d'ESMS associatifs dans le secteur gérontologique : *Management & Avenir Santé*, N° 4 (2), 13-33.

<https://doi.org/10.3917/mavs.004.0013>

Mallon I., 2004, *Vivre en maison de retraite, Le dernier chez-soi*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Mallon, I. (2007). Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et société*, 30(2), 251-264.

Mallon, I. (2016). 9. La protection de soi en maison de retraite. Dans : , C. Boukaïa, A. Brocard, B. Decup-Pannier, J. Janet Chauffier, I. Mallon, E. Ramos & F. Vatin (Dir), *Libres ensemble : L'individualisme dans la vie commune* (pp. 223-242). Paris : Armand Colin.

Mallon, I. & Le Bihan-Youinou, B. (2017). Le poids des émotions: Une réflexion sur les variations de l'intensité de l'(entr)aide familiale auprès de proches dépendants. *Sociologie*, 8, 121-138.

<https://doi.org/10.3917/socio.082.0121>

Mallon, I. (2005). Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux. *Espaces et sociétés*, 120-121, 163-178.

<https://doi.org/10.3917/esp.120.0163>

Mallon, I. (2016). 9. La protection de soi en maison de retraite>. In *Libres ensemble* (p. 223-242). Armand Colin; Cairn.info.

<https://www.cairn.info/libre-ensemble--9782200614034-p-223.html>

Mantovani, J. *Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile*.

Mantovani, J., Rolland, C., & Sandrine, A. (2008). *Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile* (83). DREES.

Masotti, B., & Hugentobler, V. (2020). La réception de l'aide informelle au grand âge : Entre solidarité et ambivalence : *Gérontologie et société*, 42 / n° 161 (1), 71-86.

<https://doi.org/10.3917/gs1.161.0071>

Maresca, S. (2007). Photographes et ethnologues : *Ethnologie française*, Vol. 37(1), 61-67.

<https://doi.org/10.3917/ethn.071.0061>

Mazé, L., & Nocerino, P. (2017). *Analyser l'accueil des personnes âgées en institution. De l'autonomie aux transferts de responsabilité*. Ethnographiques, 35 (2).  
<https://doi.org/10.25667/ETHNOGRAPHIQUES/2017-35/002>

Mboukou, S. (2015). Entre stratégie et tactique : Figures et typologie des usagers de l'espace à partir de Michel de Certeau. *Le Portique*, 35.

<https://doi.org/10.4000/leportique.2820>

Membrado, M. (2011). Les expériences temporelles des personnes aînées : Des temps différents? *Enfances, Familles, Générations*, 13.

<https://doi.org/10.7202/045417ar>

Membrado, M., & Rouyer, A. (2013). *Habiter et vieillir : Vers de nouvelles demeures*. Érès éd.

Moley, C. (2005). « Espace intermédiaire » : Généalogie d'un discours. In B. Haumont & A. Morel (Éds.), *La société des voisins* (p. 37-47). Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

<https://doi.org/10.4000/books.editionsms.3362>

Mercklé, P., & Octobre, S. (2015). Les enquêtés mentent-ils ? Incohérences de réponse et illusion biographique dans une enquête longitudinale sur les loisirs des adolescents: *Revue française de sociologie*, Vol. 56(3), 561-591.

<https://doi.org/10.3917/rfs.563.0561>

Meyer. (s. d.). *La force des archives visuelles*.

Monjaret, A. (2001). Fermeture et transfert de trois hôpitaux parisiens : L'ethnologue, accompagnateur social. *Ethnologie française*, Vol. 31 (1), 103-115.

<https://doi.org/10.3917/ethn.011.0103>

Monjaret, A. (2005). Quand les lieux de travail ferment...: *Ethnologie française*, Vol. 35 (4), 581-592.

<https://doi.org/10.3917/ethn.054.0581>

Monod, S. (2018). Défis du vieillissement et enjeux de santé publique: *Gérontologie et société*, 40 / n° 157(3), 47-52.

<https://doi.org/10.3917/gs1.157.0047>

Moras, D. (2017). Images et relations en maison de retraite. *Images du travail, travail des images*, 4.

<https://doi.org/10.4000/itti.946>

*N*

Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2013). Ambiguities: Residents' experience of 'nursing home as my home'. *International Journal of Older People Nursing*, 8 (3), 216-225.

<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00320.x>

Namian, D., & Grimard, C. (2016). Reconnaître les « zones grises » de l'observation : Du trouble à la vigilance ethnographique: *Espaces et sociétés*, n° 164-165 (1), 19-32.

<https://doi.org/10.3917/esp.164.0019>

Nedelec, P., Somme, D. & Charras, K. (2023). L'architecture des Ehpad et son influence sur le bien-être des résidents. *Gérontologie et société*, 45(171), 105-124. <https://doi.org/10.3917/gs1.171.0105>

Nirello, L. (2017). Les outils technologiques au service du contrôle de gestion dans les Ehpad : Conséquences sur la qualité du travail. *Retraite et société*, N° 75(3), 73-90.

<https://doi.org/10.3917/rs.075.0073>

Noël, M. (2008). La participation des jeunes au sein du conseil de la vie sociale d'un établissement de protection de l'enfance: *Vie sociale*, N° 2 (2), 55-63.

<https://doi.org/10.3917/vsoc.082.0055>

Nowik, L., & Bringé, A. (2013). Déménager après 55ans : Mobilité de retraite et mobilité d'ajustement-Le cas de quatre territoires locaux. *Cahiers de démographie locale*.

*O*

O'Neill, M., Ryan, A., Tracey, A., & Laird, L. (2022). 'Waiting and Wanting': older peoples' initial experiences of adapting to life in a care home: a grounded theory study. *Ageing & Society*, 42(2), 351-375.

*P*

Paccaud, L., & Marcellini (2022), A. . Enquêter sur les parcours de vie de personnes rencontrant des situations de handicap. *Revue Française des Méthodes Visuelles*, Varia.

Palmqvist, L. (2022). Crippling time in eldercare: Waiting for the home care service. *European Journal of Social Work*, 25(6), 957-968.

<https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2063803>

Paquot, T. (2011). Qu'est-ce qu'un « territoire » ? *Vie sociale*, 2 (2), 23.  
<https://doi.org/10.3917/vsoc.112.0023>

Parrott, F. (2007). Mais où a-t-on donc rangé ces souvenirs ? *Ethnologie française*, Vol. 37(2), 305-312.

<https://doi.org/10.3917/ethn.072.0305>

Peneff, J. (2005). Annexe de méthode. Dans : Peneff, J, L'Hôpital en urgence (pp. 231-253). Paris : Éditions Métailié.

Pennec, S. (2000). 1. Les rapports sociaux d'usage entre les personnes dépendantes vivant à domicile, leurs proches et les services professionnels: In *Les usagers du système de soins* (p. 91-107). Presses de l'EHESP.

<https://doi.org/10.3917/ehesp.schwe.2000.01.0091>

Pennec, S. (2003). Les configurations filiales face au vieillissement des descendants: *Empan*, n°52 (4), 86-94.

<https://doi.org/10.3917/empa.052.0086>

Pennec, S., Ennuyer, B., Dreyer, P., Lépori, M., & Villet, S. (2017). *Le chez-soi à l'épreuve des pratiques professionnelles : Acteurs de l'habitat et de l'aide à domicile*. Chronique sociale.  
<https://doi.org/10.3917/chso.dreye.2017.01>

Petit, R., & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : Une problématique sectorielle et de management: @GRH, n° 22 (1), 31-54.  
<https://doi.org/10.3917/grh.171.0031>

Piguet, C., Droz-Mendelzweig, M. & Bedin, M. (2017). Vivre et vieillir à domicile, entre risques vitaux et menaces existentielles. *Gérontologie et société*, 39(152), 93-106. <https://doi.org/10.3917/gs1.152.0093>

Potin, É. (2013). Les déplacés : Des enfants placés qui ne trouvent pas de place: *VST - Vie sociale et traitements*, N° 119(3), 46-53.

<https://doi.org/10.3917/vst.119.0046>

Pott, M., & Cavalli, S. (2020). Le suicide assisté en Suisse sous l'angle de la déprise: *Gérontologie et société*, 42 / n° 163(3), 113-124.

<https://doi.org/10.3917/gs1.163.0113>

Pouchelle, M.-C. (2005). Fermeture d'hôpitaux, quelles clefs ? *Ethnologie française*, Vol. 35 (4), 593-603.

<https://doi.org/10.3917/ethn.054.0593>

Puijalon, B., & Deremble, J.-P. (1984). La maison repère et repaire: *Gérontologie et société*, 7 / n°30(3), 7-10.

<https://doi.org/10.3917/gs.030.0007>

*Q*

Quéniart, A., Marchand, I., & Carpentier, M. ( .). Vieillesse d'aujourd'hui : Les femmes aînées et leurs rapports aux temps. *Enfances Familles Générations*, 13.

*R*

Rabiller, A. (2007). Ma vie en foyer-logement : Impressions et constats. *Gérontologie et société*, 30 / n° 121(2), 283. <https://doi.org/10.3917/gs.121.0283>

Ralis, E. L. EHPAD : Architecture et environnement, quel impact sur l'autonomie d'un usager atteint de la maladie d'Alzheimer ?

Ravon, B. (2012). Refaire parler le métier : Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 14(2), 97-111.  
<https://doi.org/10.3917/nrp.014.0097>

Rèbre, I. (2004). Déménager : Journal de tournage. *Vacarme*, 29(4), 164.  
<https://doi.org/10.3917/vaca.029.0164>

Repo, V. (2019). Spatial control and care in Finnish nursing homes. *Area*, 51 (2), 233-240.  
<https://doi.org/10.1111/area.12443>

Reveillere, C. (2023). La fabrique temporelle du consentement. Les habitant·es des quartiers populaires dans l'attente du délogement. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 250 (5), 60-77.

Reveillere, C., & Chauvin, P.-A. (2024). Politiques de l'attente : Patient·es et puissant·es de la domination temporelle. *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 250 (5), 4-16.  
<https://doi.org/10.3917/arss.250.0006>

Richelle, S. & Loffeier, I. (2017). Expériences de la vieillesse en établissement à deux siècles d'intervalle : l'humanisation en question. *Genèses*, 106, 30-49.

<https://doi.org/10.3917/gen.106.0030>

Rimbert G. (2005). Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite, *Lien social et politiques*, n° 54, p. 93-104.

Richelle, S. (2017). Bestiaire des hospices. Présences animales dans les établissements pour les vieillards : Bruxelles – XIX e siècle. *Histoire urbaine*, n° 47(3), 107-124.  
<https://doi.org/10.3917/rhu.047.0107>

Rimbert, G. (2010). Vieillards sous bonne garde. Réparer l'irréparable en maison de retraite. Éditions du Croquant, coll. « Champ social », 260 p.

Rimbert, G (2006), «Taisez-vous, vieille folle ! » L'auto-contrôle des émotions en maison de retraite », *Face à face*, 9.

URL: <http://journals.openedition.org/faceaface/185>

Rossi, I., Kaech, F., Folley, R.-A., & Papadaniel, Y. (2008). L'éthique à l'épreuve d'une anthropologie en milieu palliatif : De l'insertion à la restitution. *Ethnographiques*, 17.

Rossigneur-Méheust, M. (2022). *Vieillesses irrégulières : Des indésirables en maison de retraite, 1956-1980*. la Découverte.

Rossigneur-Méheust, M. (2017). « La communauté, c'est le pire de tout » ? : Vieillir entre vieux à Paris au xixe siècle. *Genèses*, n° 106 (1), 7-29.  
<https://doi.org/10.3917/gen.106.0007>

Roy, D., DREES, & IPP. (2023). Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions. *Les Dossiers de la DREES*, 104.

Ryan, A. A., & Scullion, H. F. (2000). *Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes*. 32.

S

Sagnes, S. (2004). Cultiver ses racines : Mémoire généalogique et sentiment d'autochtonie. *Ethnologie française*, Vol. 34(1), 31-40.  
<https://doi.org/10.3917/ethn.041.0031>

Sarzier, M. (2023). Mettre la vieillesse au travail : Les pratiques de stimulation en gérontopsychiatrie et leurs effets. *Sociétés contemporaines*, N° 129 (1), 77-106.  
<https://doi.org/10.3917/soco.129.0077>

Schnegg, O. (2012). La place des familles dans le parcours institutionnel du résident. *Revue internationale de soins palliatifs*, 27 (2), 57.  
<https://doi.org/10.3917/inka.122.0057>

Schweyer, F.-X. (2001). Les directeurs d'hôpital : Des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ? *Revue française des affaires sociales*, 4, 115-121.  
<https://doi.org/10.3917/rfas.014.0115>

Sencebe, Y. (2004). Être ici, être d'ici : Formes d'appartenance dans le Diois (Drôme). *Ethnologie française*, Vol. 34(1), 23-29.  
<https://doi.org/10.3917/ethn.041.0023>

Serfaty-Garzon, P. (2010). Temporalités intimes : Le chez-soi de la vieillesse. *Enfances Familles Générations*, 13.

Souchon, S., Nogues, F., Jibidar, H., Fondop, E., & Lezy-Mathieu, A.-M. (2006). L'architecture peut-elle être source de maltraitance ? : Un regard de gériatres. *Gérontologie et société*, 29 / n° 119(4), 75-84.  
<https://doi.org/10.3917/gs.119.0075>

T  
Tesson, M. *Que peut le care pour l'architecture ?*

Thibaud, A., & Hanicotte, C. (2007). Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? *Gérontologie et société*, 30 / n° 122 (3), 125-137.  
<https://doi.org/10.3917/gs.122.0125>

Thillman-Kohll, S. (2004). La souffrance institutionnelle : Réflexions cliniques sur une structure asilaire en mutation: *Cahiers de psychologie clinique*, n° 23 (2), 171-198.  
<https://doi.org/10.3917/cpc.023.171>

Thomas, H. (2005). Le « métier » de vieillard : Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse. *Politix*, n° 72(4), 33.  
<https://doi.org/10.3917/pox.072.0033>

Tishelman C, Lindqvist O, Hajdarevic S, Rasmussen B & Goliath, I (2016). Beyond the visual and verbal: Using participant-produced photographs in research on the surroundings for care at the end-of life. *Social Science and Medicine*, 168, 120-129.

V

Vallée, C. (2020). Le grand âge et la bonne mort. Ethnographie de la pratique de l'euthanasie en Belgique: *Gérontologie et société*, 42 / n° 163(3), 125-138.  
<https://doi.org/10.3917/gs1.163.0125>

Vassart, S. (2006). Habiter: *Pensée plurielle*, n°12 (2), 9-19.  
<https://doi.org/10.3917/pp.012.09>

Velde, C. V. de. (2008). *Devenir adulte : Sociologie comparée de la jeunesse en Europe* (1re éd). Presses universitaires de France.

Venard, J.-M. Création d'un EHPAD en 2007 : Un long fleuve pas si tranquille ! Une histoire humaine avant tout.

Veschambre, V. (2005). La notion d'appropriation : Dans Segaud (M.), Brun (J.), Driant (J.-C.), 2002. – Dictionnaire de l'habitat et du logement, Paris, A. Colin, 480 p. et dans Lévy (J.), Lussault (M.) (dir.), 2003. – Dictionnaire de la géographie, Paris, Belin, 1 034 p. *Norois*, 195, 115-116.

<https://doi.org/10.4000/norois.589>

Veyset, B. (1989). Dépendance et vieillissement. *Dépendance et vieillissement*, 1-171.

Villain, A.-S., Donnio, I., Villain, A., & Somme, D. (2019). C'est la vie... Jamais j'aurais cru. Ressentis lors de l'entrée en établissement: *Gérontologie et société*, 41 / n° 160 (3), 135-153.  
<https://doi.org/10.3917/gs1.160.0135>

W

Wiersma, E., & Dupuis, S. L. (2010). Becoming institutional bodies: Socialization into a long-term care home. *Journal of Aging Studies*.

X

Xing-Bongioanni, J. (2021). Les tarificateurs des conseils départementaux aux prises avec les instruments d'action publique : Le cas des EHPAD: *Revue Française de Socio-Économie*, n° 27 (2), 101-120.

<https://doi.org/10.3917/rfse.027.0101>

Xing-Bongioanni, J., & Billaud, S. (2021). *Vivre en EHPAD : un cumul des inégalités sociales ?* La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement, CEPRISCA.

Xing-Bongioanni, J. Un groupe professionnel mis à mal par un outil néo-managérial ? Le cas des médecins coordonnateurs en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Y

Yeghicheyan, J., & Jaspart, A. (2018). La recherche collective, rempart contre l'« inconfort ethnographique » ? Le cas d'un terrain partagé en prison. *Ethnologie française*, Vol. 48 (3), 539-552.

<https://doi.org/10.3917/ethn.183.0539>

## Annexes

Annexe 1. Tableau récapitulatif des entretiens réalisés avant, pendant et peu de temps après le déménagement (premier volet de la recherche, 2020-2021)

	Nombre d'entretiens	Précisions
Entretiens direction	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direction de l'ancien EHPAD</li> <li>- direction intérim</li> <li>- direction actuelle</li> </ul>
Entretiens infirmières	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 infirmière ayant connu les deux EHPAD</li> <li>- 1 autre ne l'ayant pas connu</li> </ul>
Entretiens AS	2	Professionnel·le·s ayant connu l'ancien EHPAD
Entretien animation	1	
Entretien cuisine	1	
<b>Sous-total (professionnel·les)</b>	<b>9</b>	
Entretiens famille	1 (en binôme, 2 personnes)	Filles d'une résidente, les deux ayant exercé à l'EHPAD
<b>Sous-total (familles)</b>	<b>2</b>	
Entretiens résident·es	4	Ayant connu l'ancien EHPAD
	1	N'ayant pas connu l'ancien EHPAD
<b>Sous-total (résident·es)</b>	<b>5</b>	
Entretien commune (maire)	1	
<b>Total</b>	<b>17</b>	

Annexe 2. Tableau récapitulatif des entretiens réalisés en 2023(résident·e·s, professionnel·le·s, bénévoles et proches)

	Entretien filmé et enregistré	Entretien enregistré	Entretien ou échange ayant fait l'objet de prise de notes
Entretiens réalisés avec les résidentes ayant connu les deux EHPADS	- Madame Maurer - Monsieur Aubry	-Madame Balmart - Madame Thouvenot	- Madame Blaise - Madame Géhin - Madame Blaudel
Sous-total	2	2	2
Entretiens réalisés avec les résident·e·s arrivé·e·s aux Buissons	- Madame Claudel - Monsieur Dubois - Madame Dujenet - Monsieur Gaillard - Madame Spina - Madame Levent - Madame Huszár	- Madame Cerizet	- Madame Chapelier - Madame Jacquot - Madame Bresson. - Madame Valdenaire - Madame Thiriet - Madame Beaumont
Sous-total	7	1	9
<b>Sous total entretiens résident·e·s enregistrés et/ou filmés</b>	<b>12</b>		
Entretien réalisé avec les professionnel·le·s ayant connu les deux EHPADs	-Muriel, ASH	- Thomas (éducation physique adaptée) -Madame Colnet (cadre de santé) - Annick, infirmière	- Emeline (AS) - A. (Dietéticienne)
Entretien réalisé avec les professionnel·le·s arrivé·e·s aux Buissons	- Hugo (animation) - Samy (cuisine) -Jules, ASH - Manon, ASH en remplacement	- Valérie CZ (psychologue)	- Cynthia (ASH faisant fonction d'AS) - Tim (technicien) - Madame Vallée, directrice - Mathilde, administratrice (remplacement)
Sous-total professionnel·les	5	4	6

<b>Sous-total entretiens professionnel·les enregistrés et/ou filmés</b>	<b>9</b>	
Entretiens réalisés avec les bénévoles/les proches	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suzanne</li> <li>- Christine</li> <li>- Nicole</li> <li>(focus group)</li> </ul> <b>3</b>	
Total entretiens enregistrés et/ou filmés		<b>22</b>
Total incluant les échanges non- enregistrés		<b>22+15= 37</b>

**Annexe 3. Rappel des noms d'usage et des propriétés sociales des professionnel·les  
mentionné·es dans le rapport**

Noms et/ou prénoms anonymisés	Fonctions	Ancienneté dans l'EHPAD (Saint André / Les Buissons)
Madame Vallée	Directrice	Non (Buissons)
Monsieur Barbier	Directeur	Oui (Saint-André)
Monsieur Laurin	Directeur (intérim)	Non (Buissons)
Monsieur C.	Cadre PHVS	Oui (Buissons & Saint-André)
Madame Colnet	Cadre de santé	Oui (Buissons & Saint-André)
Valérie	Psychologue	Non (Buissons)
Eliane	Animatrice	Oui (brièvement aux Buissons & longuement à Saint-André)
Hugo	Animateur	Non (Buissons)

Thomas	Educateur en APA	Oui (Buissons & Saint-André)
Sandra	Infirmière	Non (Buissons)
Annick	Infirmière	Oui (Buissons & Saint-André)
Marjorie	Aide-soignante	Oui (Saint-André & ponctuellement aux Buissons)
Myriam	Aide-soignante	Oui (Saint-André & Buissons)
Muriel	ASH	Oui (Saint-André & Buissons)
Jules	ASH	Non (Buissons)
Yves	Cuisinier	Oui (Saint André & brièvement aux Buissons)
Samy	Cuisinier	Non (Buissons)

**Annexe 4. Rappel des noms anonymisés et des propriétés sociales des résident·es mentionné·es dans le rapport**

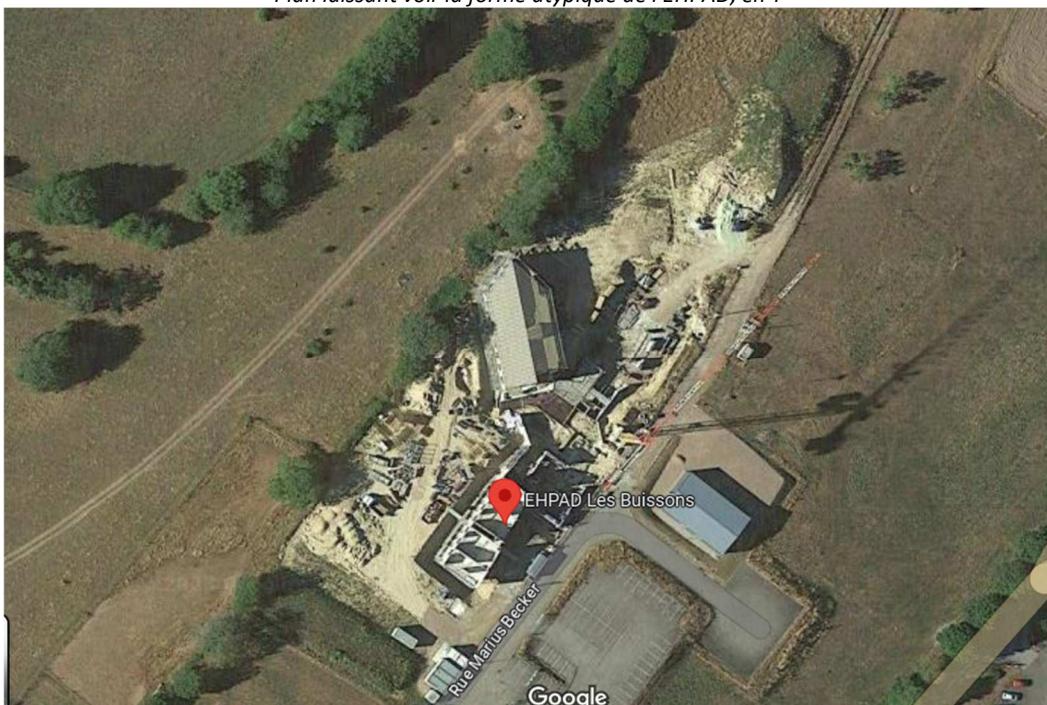
Noms anonymisés	Milieu social	Age	Ancienneté (Saint-André)
Monsieur Aubry	Modeste (ouvrier)	80-85	Oui
Madame Blaudel	Modeste (services)	90-95	Oui
Monsieur Munier	Modeste (ouvrier)	85-90	Oui
Madame Balmart	Classe moyenne (employée d'une entreprise)	80-85	Oui
Madame Maurer	Classe moyenne basse (entreprise familiale, services)	75-80	Oui
Madame Thouvenot	Classe moyenne (petit commerce)	95-100	Oui, brièvement
Madame Cerizet	Aisé (direction)	95-100	Non
Madame Chapelier	Aisé (commerce)	95-100	Non
Monsieur Dubois	Classe moyenne	75-80	Non
Madame Huszar	Classe populaire (services)	90-95	Non
Madame Bresson	Classe populaire (aide à la personne)	80-85	Non

Madame Claudel	Classe populaire (agricole)	80-85	Non
Monsieur Gaillard	Classe moyenne	80-85	Non
Madame Spina	Classe Populaire (ouvrière)	65-70	Non
Madame Dujenet	Classe populaire (aide à la personne)	80-85	Non
Madame Levent	Classe moyenne	90-95	Non

Annexe 5. Quelques photos et plans permettant de visualiser la configuration des Buissons



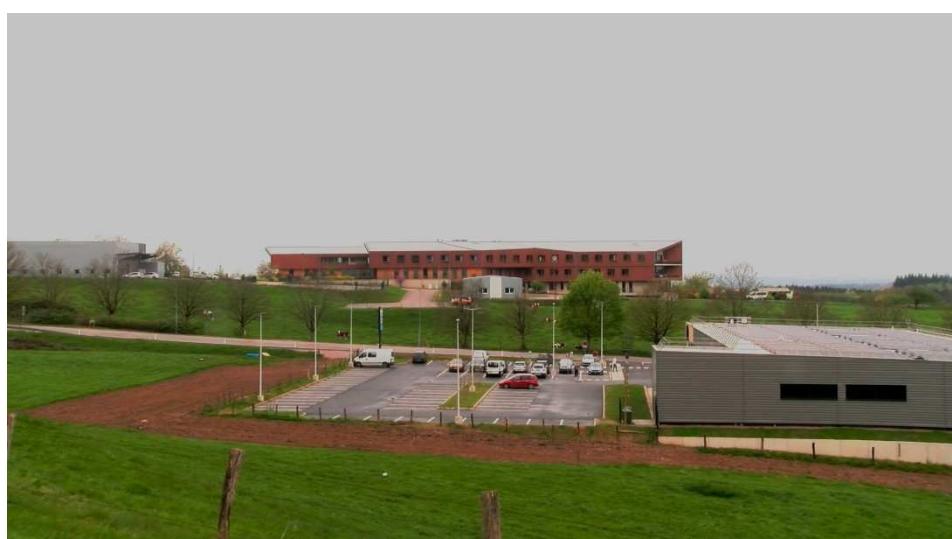
*Plan laissant voir la forme atypique de l'EHPAD, en Y*



*L'EHPAD en construction, vue du ciel (Google Maps)*



*Un EHPAD sur plusieurs niveaux*



*Une construction massive et la zone qui l'entoure*



*L'EHPAD vu par l'autre côté de la commune*

## II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

---

### 1. Publications scientifiques

Les références notées en vert sont des communications ou des textes qui abordent la recherche « De l'EHPAD à l'EHPAD », tout en étant réalisés par des chercheur·ses extérieur·es au projet.

Les références notées en noir correspondent aux séminaires et publications réalisés par des membres de l'équipe de recherche, et vis-à-vis du projet.

1.

1.     Liste des articles et communications écrites

- DREYER Pascal, « De l'Ehpad à l'Ehpad. Déménager au temps du covid-19 », 26/09/2023.

Disponible en ligne [ici](#).

- Une proposition d'article a été retenue dans la revue « Temporalités », mais cette dernière est sujette à relecture de l'article dans son entièreté et validation par les pairs. Si ce papier est accepté (réponse à l'automne 2024), il portera sur l'importance des temporalités dans la vie à l'EHPAD mais aussi sur la possibilité de négocier les temporalités et les rythmes comme un aspect central de l'appropriation. Cet article permettrait de développer un aspect central qui aurait fait sinon l'objet d'une partie dédiée dans le rapport. Il vous sera communiqué.

2.     Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisés durant la période concernée

Passés :

- AUGUSTIN Camille, BOULET Arthur, PONCET-GEORGES Hélia, RZESZOTKO-RUTILI Marylou, 17 octobre 2023. « Terrains de recherche en santé : expériences croisées sur la circulation des savoirs ». Séance du séminaire de l'axe TAGES du laboratoire TETRAS (Nancy). Table ronde dans le cadre du réseau Jeunes Chercheur·e·s Santé Société (RJCSS), abordant les enjeux méthodologiques, éthiques et réflexifs de la recherche au sein des institutions médico-sociales [diffusion limitée].

Nombre de participant·es : entre 20 et 30 personnes

- LABARCHEDE Manon, 24 novembre 2023. Communication au colloque organisé par l'ERENA (Pessac).

Thématique du colloque : « Hospitalité et laïcité : mieux accueillir la différence dans un climat hospitalier ».

Utilisation des extraits du film « De l'EHPAD à l'EHPAD ».

- SFEIR Imad, PONCET-GEORGES Hélia, CHOLEZ Camille, MAZARD Sarah, 30 novembre 2023. « Les nouveaux profils de résidents ». Séance des webinaires organisés par le Pôle de gérontologie et d'Innovation Bourgogne-Franche-Comté.

Table ronde gériatrie & sociologie, dans le cadre du projet de la communauté d'EHPAD Bourgogne Franche-Comté.

Webinaire à destination des professionnel·le·s des EHPADs de la région [disponible en ligne].

Nombre de participant·es : plus d'une centaine de personnes connectées

- GZIL Fabrice, PONCET-GEORGES Hélia, THIRIEZ Bénédicte, « EHPAD : les sexualités ont-elles une place ? », 27 mars 2024, EREGE / Université de Lorraine (Nancy).  
Table ronde autour de l'intimité sexuelle et affective en EHPAD, croisant approches éthiques et sociologiques.

Nombre de participant·es : entre 20 et 30 personnes

*A venir :*

- PONCET-GEORGES Hélia, BALARD Frédéric. « Engager une observation filmique en EHPAD : une recherche participative ? » Association Internationale des Sociologues de Langue Française (Ottawa).  
Contribution dans le CR 6 « Produire des connaissances sociologiques sur le vieillissement aujourd’hui : nouveaux défis, nouveaux enjeux ».
- PONCET-GEORGES Hélia. « Les expériences douloureuses des personnes âgées : des épreuves rencontrées et des possibilités différenciées d'en parler », 10 octobre 2024, Institut Régional de Travail Social (Metz)  
Participation à un panel « Accompagner les personnes âgées dans leur parcours de vie » dans le cadre de la journée d'études « Repenser les Politiques de Solidarité : Les apports du Travail Social ». Résultats croisés de la recherche « Malâge » et de la recherche « De l'EHPAD à l'EHPAD ».

## 2. Communications autres

- De l'EHPAD à l'EHPAD, 65 minutes, film en accès libre sur la plateforme CENHTOR.

*A venir : capsules vidéo concernant la vie à l'EHPAD et l'appropriation des lieux*

## FICHE A RENSEIGNER

### Publications scientifiques

#### 1. Liste des articles et communications écrites

« De l'Ehpad à l'Ehpad. Déménager au temps du covid-19 » - Leroy Merlin Source

URL : [« De l'Ehpad à l'Ehpad. Déménager au temps du covid-19 » - Leroy Merlin Source](#)

#### 2. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

- Séminaire de l'axe TAGES (Temps existentiels, âges, genre et santé), dans le cadre du RJCSS (Réseau Jeunes Chercheur·es Santé Société)
- Webinaire du Pôle Gérontologie et Innovation de Bourgogne Franche-Comté.
- Table ronde organisée par l'Espace de Réflexion Ethique Grand Est et par l'Université de Lorraine.

### Communications au grand public

- BAYSSET Eva, BALARD Frédéric, MARTIN Elsa. Film « De l'EHPAD à l'EHPAD » .

URL : [De l'EHPAD à l'EHPAD · Portail · Omeka-S - Cenhtor \(cnrs.fr\)](#)