



I.F.S.I. de L'E.R.F.P.P. du G.I.P.E.S.
D'Avignon et du Pays de Vaucluse

Le-Ny Angélique
Promotion 2023-2026

Mémoire de fin d'études

Unité d'Enseignement 5.6 Semestre 6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles



La relation triangulaire en EHPAD : « Soignant, Résident, Famille, une alliance au service du soin »

Date de rendu : 26/05/2026

Directeur de mémoire : Mme Viau Corine

Note aux lecteurs :

« Ce mémoire constitue un travail personnel réalisé dans le cadre de la formation en soins infirmiers au sein de l'IFSI du GIPES d'Avignon. Toute reproduction, partielle ou complète, ne peut être effectuée sans l'autorisation préalable de l'auteur ainsi que de l'institut de formation ».

Le-Ny Angélique

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Viau Corine, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement, ses conseils, sa disponibilité ainsi que son soutien tout au long de l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Je souhaite également remercier Monsieur Bonifazi Flavien pour son écoute, sa bienveillance, sa disponibilité et le soutien qu'il m'a apporté durant cette formation.

Je remercie l'ensemble des formateurs de l'IFSI pour les enseignements transmis, leur accompagnement et les valeurs humaines partagées au cours de ces trois années de formation.

Je tiens également à remercier Mme Nadaud Anne-Lise et Mme Lefebvre Rébecca pour leur disponibilité, leurs conseils précieux, leur sourire ainsi que l'aide apportée dans mes recherches documentaires et mes lectures. Leur accompagnement et leurs orientations ont constitué une aide particulièrement précieuse dans la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite aussi adresser mes remerciements à mes collègues étudiants de promotion, tout particulièrement Sonia, Shiam, Benoît, Titouan, Louise et Falonne avec qui nous nous sommes soutenus, encouragés et entraïdés tout au long de ce parcours intense et enrichissant.

Je remercie profondément ma famille, mon mari, mes enfants, Laura et Aurélien, mes parents ainsi que mon frère, pour leur patience, leur présence, leurs encouragements et leur soutien sans faille durant ces trois années particulièrement riches, exigeantes et éprouvantes.

Enfin, je souhaite remercier l'ensemble de mes proches qui ont cru en moi et m'ont accompagnée dans cette aventure humaine et professionnelle.

Cette formation infirmière représente pour moi bien plus qu'un apprentissage universitaire. Ces trois années ont été marquées par de nombreux défis, des remises en question, des rencontres et des expériences profondément humaines qui m'ont permis de grandir tant sur le plan personnel que professionnel.

Table des matières

INTRODUCTION	
1 SITUATION D'APPEL	1
1.1 Description de la situation.....	1
1.2 Questionnement.....	5
1.3 Question de départ	7
2 CADRE DE REFERENCE.....	7
2.1 L'aidant.....	8
2.1.1 Définition et rôle de l'aidant	8
2.1.2 Les limites de l'aidant.....	10
2.2 Le placement en EHPAD.....	12
2.2.1 Définition du placement	12
2.3 Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	14
2.3.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD ?	14
2.3.2 La vie en EHPAD : un lieu de soins, mais aussi un lieu de vie.....	15
2.3.3 Être soignant en EHPAD.....	17
3 ENQUÊTE EXPLORATOIRE	20
3.1 Méthodologie envisagée	20
3.1.1 La méthode clinique	20
3.1.2 L'entretien semi-directif.....	21
3.1.3 Population et lieux d'enquête	21
3.1.4 Déroulement des entretiens.....	21
3.1.5 Difficultés et limites rencontrées	21
4 PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES	22
4.1 Présentation des personnes interrogées	22
4.2 Thème 1 : Représentation de l'EHPAD et accueil du résident.....	22
4.3 Thème 2 : la représentation de l'aidant	26
4.4 Thème 3 : La relation soignant-aidant dans l'accompagnement en EHPAD.....	28
5 DE LA PROBLÉMATIQUE A LA QUESTION DE RECHERCHE	31
CONCLUSION.....	34
BIBLIOGRAPHIE	35
ANNEXES	36

INTRODUCTION

Au cours de mes trois années de formation, j'ai pu apprendre et observer le rôle de l'infirmière en milieu de soin et de manière théorique au sein de l'institut de formation.

Lors de mes stages, j'ai pu rencontrer tout type de personnes à tous les âges de la vie. Mais dans de nombreux stages, je me suis rendu compte que la personne âgée prend une place importante dans tous les établissements, que cela soit en EHPAD, en court séjour gériatrique ou bien en service de soins. Mais il existe des instants de vie difficiles à appréhender, comme la décision lourde de sens de placer un proche en EHPAD.

Dans le cadre de mes études en soins infirmiers, j'ai choisi de m'appuyer sur une situation vécue en EHPAD. De ce fait une réflexion autour de l'entrée en institution et de la place de l'aidant dans ce moment de transition en est ressortie. En effet celle-ci m'a beaucoup questionnée sur l'entrée en institution d'un parent, notamment à la suite d'un événement de vie tel que le décès du conjoint. Pour la personne âgée, cette réalité comporte la perte de repères familiers, la fin d'un quotidien apaisant avec ses habitudes de vie, et bien souvent de multiple deuil : celui du conjoint, de la maison, de la liberté, parfois même une coupure sociale avec ses proches connaissances. Pour la famille, il s'agit d'un mode de vie délicat : en laissant un tiers prendre en charge ce que l'on faisait soi-même, accepter l'intervention de professionnels dans l'intimité d'un proche, tout en gardant un rôle affectif, quelquefois décisionnel.

De ce fait mon travail de recherche s'articule comme suit : dans un premier temps, je présenterai la situation d'appel et le questionnement, à l'issue de laquelle je formulerai ma question de départ. Dans un deuxième temps, je présenterai mon cadre de référence avec lectures et thèmes axés sur mes recherches, puis dans un troisième temps, j'aborderai l'enquête exploratoire grâce à la réalisation d'entretiens semi-directif auprès d'infirmières me permettant de confronter la théorie à la réalité du terrain dans des services d'EHPAD.

1 SITUATION D'APPEL

1.1 Description de la situation

La situation d'appel, point de départ de ce travail de recherche, s'est déroulée lors de mon deuxième stage infirmier au semestre 2. J'ai effectué mon stage dans un EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans un petit village du Vaucluse. J'ai fait la rencontre d'Olivia, 95 ans, qui a été admise après un événement traumatisant : une chute à domicile avec son époux, pendant que leur fille unique était partie faire des courses. À son retour, elle les a retrouvés tous les deux au sol. La fille nous explique qu'elle est très présente au quotidien malgré la distance de son domicile. Olivia a subi un traumatisme crânien avec fracture pariéto-occipitale. Il s'agit d'une fracture du crâne située entre deux zones du cerveau : le lobe pariétal sur le dessus de la tête, impliqué dans les sensations comme le toucher, et le lobe occipital à l'arrière du crâne impliqué dans la vision. Quant à son mari, lui aussi a subi d'importantes conséquences. Ce couple s'entraidait au quotidien pour le maintien de l'autonomie au sein de leur domicile. Aucune aide extérieure n'intervenait. Pendant leur hospitalisation début du mois de mars, l'époux décède peu de temps des suites d'une septicémie. Olivia, après son hospitalisation en SSR, (Services de Soins de suite et de Réhabilitation), est admise durant la fin du mois de mars en EHPAD pour rapprochement familial. Le maintien à domicile étant impossible, la décision commune mère et fille relève de la meilleure alternative. Ce changement brutal de cadre de vie suscite de nombreuses émotions au sein de la famille, en particulier chez sa fille unique, proche, disponible, aidante principale. Son arrivée au sein de l'établissement étant prévue vers 11 h 00, sa fille est venue en avance afin de préparer la chambre de sa maman avec ses effets personnels. Le but étant de lui créer une atmosphère personnalisée et paisible afin de lui faciliter l'appropriation des lieux. Déjà anxieuse à l'idée de l'arrivée de sa mère, sa fille ressent son stress s'accroître à cause du retard de l'entreprise de transport. Son arrivée vers 12 h 30, en plein service du repas, ne gêne en rien à son accueil dans son nouveau lieu de vie. Elle est accueillie par toute l'équipe soignante et présentée à l'ensemble des résidents en salle à manger commune. Puis, nous installons Olivia et sa fille à une table pour qu'elles puissent se restaurer ensemble, afin de partager un moment convivial durant le déjeuner. Sa fille nous explique que ce changement de vie est un bouleversement immense pour elle et sa maman. Ils formaient à eux trois un cocon familial, leur fille n'hésite pas à se rendre le plus souvent possible au domicile de ses parents à 100 km de chez elle pour leur apporter son soutien. Olivia, malgré

sa perte d'autonomie, reste volontaire et motivée afin de récupérer son autonomie à la marche rapidement. « *Il faut vite que je remarche, je ne peux pas rester en fauteuil* ». A ce jour, son état de santé ne lui permet pas de commencer sa rééducation. En effet, elle est atteinte de vertiges positionnels paroxystiques persistants, ce sont des vertiges assez fréquents, bénins, qui sont déclenchés par les mouvements et les changements de position de la tête. Deux manœuvres de Epley ont déjà été réalisées. Elle a également une impotence fonctionnelle des deux épaules, active et passive. Actuellement, elle se déplace en fauteuil roulant. Le lendemain matin, elle refuse de se lever en raison d'un déclenchement assuré de ses vertiges, la proposition d'un suivi psychologique est mise en place. Par mon observation et nos discussions multiples, je constate que c'est une personne calme qui préfère rester souvent seule ou avec peu de personnes. Elle observe son nouvel environnement avec beaucoup de réflexion, dotée d'une grande résilience et d'une réelle volonté dans son parcours de soins. Sa fille lui rend visite tous les jours et participe avec elle aux différentes animations proposées par le service l'après-midi. Dès les premiers jours, la fille de la résidente se montre très présente sur l'unité, multipliant les visites quotidiennes et les appels téléphoniques. Malgré les horaires de visite autorisés qui permettent aux familles de rendre visite à leurs proches, la fille se rend dans l'établissement avant les horaires indiqués dans le règlement. Cette présence régulière prouve son investissement et semble être un repère important pour la résidente, qui montre des signes d'apaisement après ces échanges. Le maintien du lien affectif et familial est d'ailleurs reconnu comme un élément clé du bien-être en institution, tel que le souligne l'HAS (Haute Autorité de Santé). Elle exprime de nombreux questionnements quant à la prise en charge de sa mère. Son nouveau statut de personne de confiance, anciennement aidante, prouve son implication sans faille. Elle joue un rôle central dans son accompagnement, elle s'implique activement dans les décisions concernant la santé de sa mère, tout en respectant ses volontés et son intimité. Ce lien entre la fille et la mère facilite la communication entre l'équipe soignante et la patiente. Ces informations recueillies sur Olivia, nous guident sur une prise en charge plus globale, centrée sur la personne. Avec le placement en institution, ce rôle évolue profondément. Elle devient personne de confiance, un statut encadré sur le plan juridique et éthique, mais souvent mal compris ou mal vécu au début. En effet, elle n'est plus actrice des soins directs, cependant elle devient une interlocutrice de l'équipe soignante, une représentante des volontés de sa mère, un relais d'information, un soutien moral. Ce changement peut être vécu comme une perte de contrôle, voire comme un sentiment de mise à l'écart. Après un placement, les familles ressentent plusieurs émotions ambivalentes, comme un soulagement de leur quotidien, qui

devient moins pesant, de la culpabilité d'avoir choisi de confier leur proche à une structure voir même de l'inquiétude sur le vécu de celui-ci au quotidien. Cette confusion d'émotions peut engager des tensions ou de l'hypervigilance envers l'équipe. C'est pourquoi il me semble essentiel de porter ce changement de rôle avec bienveillance et clarté. Dans notre profession, la reconnaissance de ce chamboulement constitue un enjeu fondamental. Le fait de considérer la famille comme un authentique partenaire dans la relation de soins, permet de la rassurer, afin de créer un climat de confiance et d'améliorer l'accompagnement du résident. Favoriser un dialogue ouvert, expliquer les décisions prises et valoriser leur présence sont des éléments essentiels. J'ai pu observer de nombreuses fois des situations où la fille interpelle spontanément les aides-soignantes ou l'infirmière dans les couloirs, sans tenir compte de leur activité en cours. « Excusez-moi, pour ma maman... » questionnement qui revient régulièrement. Un après-midi, alors que l'infirmière prépare les piluliers de l'unité, la fille s'introduit dans le poste de soins, pour lui demander des explications sur le traitement prescrit, s'inquiétant d'un changement de dosage d'un anxiolytique. « *Maman me dit que son traitement a changé, pourtant cela fait longtemps que son médecin lui a prescrit et il fonctionne assez bien* » l'infirmière, tout en restant calme et professionnelle, a dû suspendre momentanément sa tâche pour l'informer de ce changement par le médecin de l'unité : *Ne vous inquiétez pas, le médecin a constaté que l'anxiété de votre maman était plus marquée ces derniers jours, il a donc ajusté légèrement le dosage pour l'aider à mieux vivre ses journées.* » Lors d'une autre journée, la fille a fait part de ses inquiétudes concernant l'alimentation de sa mère. Elle s'est rendue à plusieurs reprises dans la salle de soins pour poser des questions, et a même demandé à assister aux transmissions afin de « *mieux comprendre ce qu'il se passe* ». L'équipe s'est montrée disponible et à l'écoute, malgré la charge émotionnelle des soignantes liée à cette présence constante de la fille générant chez certains soignants un sentiment d'intrusion ou de mise en doute de leurs compétences. Une Aide-Soignante dit à l'infirmière présente : *Elle va nous poser des problèmes cette famille ! elle n'est jamais satisfaite* ». L'infirmière lui répond : « *On est là aussi pour accompagner les familles, même quand c'est compliqué. On garde une posture professionnelle, et si ça devient difficile, on en discutera en équipe pendant le staff du mardi avec le médecin et la cadre de santé.* » Cette situation a également eu un impact sur la résidente elle-même. Bien qu'elle présente des troubles cognitifs modérés, elle semble sensible au stress de sa fille, ce qui provoque chez elle un sentiment d'insécurité et de dépendance. Elle exprime régulièrement « *je ne veux pas être un poids* » et paraît parfois perdue entre le désir de rassurer sa fille et l'envie de se faire discrète. Je remarque donc qu'elles sont toutes les deux très en demande auprès du

personnel soignant et je ressens l'agacement de plusieurs soignantes face à leurs questionnements répétitifs. Cette situation met en évidence une relation triangulaire fragilisée. Le besoin de la fille de rester actrice est compréhensible, mais peut devenir un obstacle à la relation de soin, si elle n'est pas accompagnée et rassurée. Début avril 2024, Olivia a chuté dans sa salle de bain en tentant de réaliser seule un transfert des toilettes vers son fauteuil. La chute est vécue comme une épreuve de trop, venant accentuer son sentiment de vulnérabilité, de perte de contrôle et de solitude. En rapport à ses émotions, Olivia a exprimé de l'inquiétude, une forme de résignation, et parfois de l'anxiété. Elle semblait anéantie, comme si tout s'était effondré autour d'elle. Elle ne comprenait pas comment elle avait pu en arriver là et avait besoin d'un soutien. Les pertes consécutives vécues dont la perte de son domicile, son entrée en institution, une nouvelle chute ont renforcé la fragilité de son équilibre. Dès le lendemain, pendant le service du petit-déjeuner servi en chambre, Olivia verbalise sa colère. Elle refuse de manger, exprimant son désaccord avec la décision de sa fille concernant son placement. Elle dit ne pas se sentir à sa place ici. Cet épisode met aussi en lumière la difficulté que peuvent rencontrer les familles dans leur rôle d'aidant. Cette situation prouve la difficulté du rôle d'aidant. Lorsque le maintien à domicile devient impossible, le placement en institution peut être vécu comme une épreuve, autant pour la personne âgée que pour sa famille. Une tentative d'apaisement par une soignante n'a pas permis de calmer la situation. Dans la matinée, Olivia souhaite rester couchée et refuse que l'on lui vienne en aide pour ses soins de confort. Finalement, après discussion, elle accepte une aide pour la toilette. Mais elle signale à l'infirmière des douleurs à l'épaule gauche avec une mobilité diminuée, ainsi qu'à la hanche droite, où un hématome est visible et sensible au toucher. Toutefois sa mobilité reste conservée, sans déformation apparente. Un antalgique lui est proposé, puis le refuse. Le médecin est informé, il va venir l'examiner dans la journée. Deux jours après la chute, Olivia continue d'exprimer une peur importante de se lever et refuse toute mobilisation. Le soir, elle demande à une aide-soignante qu'elle souhaite ne pas être réveillée lors du passage pour le change de 4 heures et souhaite que sa fille ne soit pas informée de son choix. Face à ces changements de comportement, je décide d'aller à sa rencontre afin pour comprendre ce qu'elle traverse. Elle me confie que sa chute a mis fin à sa volonté et sa motivation. Elle se sent profondément découragée, son objectif de retrouver la marche lui semble désormais impossible. Elle me dit avoir l'impression d'avoir tout perdu en très peu de temps. Consciente de sa souffrance morale et de sa vulnérabilité, je tente de l'apaiser et de l'encourager à reprendre confiance en elle. Mon objectif est de lui offrir une relation d'aide fondée sur l'écoute et la compréhension de son mal-

être. Olivia me dit merci pour ce moment partagé ensemble. Avant de sortir de sa chambre, je l'incite à ne pas abandonner son optimisme afin de retrouver son autonomie. Quelques jours plus tard, je l'entrevois en séance avec la psychomotricienne, effectuant des exercices de coordination à l'espalier en salle de kinésithérapie. Ces exercices ont pour but de travailler ses appuis et à gérer ses vertiges. Olivia m'aperçoit, elle me sourit. La situation que je vis actuellement me touche profondément, pour moi cet instant représente la vulnérabilité des personnes âgées. Je ressens une forte empathie pour Olivia dont le placement semble accentuer l'absence de son mari et le changement de son environnement ainsi que ses habitudes de vie. Cette tension me fait réaliser à quel point notre rôle infirmier est un équilibre permanent entre écoute, professionnalisme et préservation de soi. Je comprends l'importance de poser des cadres clairs avec les familles. Par l'observation de ma tutrice de stage, je constate qu'elle se rend disponible et à l'écoute des angoisses, qui ne sont que le reflet de leur amour mais aussi de leur impuissance. En tant qu'étudiante en soins infirmiers et future professionnelle, cette situation m'a permis de mieux comprendre l'importance de l'accompagnement. Au-delà des soins techniques, la prise en compte des émotions, lié à la charge émotionnelle de l'impact d'un changement de lieu de vie est nécessaire au quotidien. Ce vécu me rappelle combien un accompagnement bienveillant, fondé sur l'écoute active, et la création progressive d'un climat de confiance et de repères sécurisants définissent un élément central de la pratique infirmière.

1.2 Questionnement

L'entrée en institution est marquée par de multiples difficultés car, ce n'est plus seulement un lieu de soins mais, désormais un nouveau lieu de vie, porteur de projet de soins, d'une nouvelle identité. La situation vécue en EHPAD met en lumière la complexité du placement d'une personne âgée, non seulement pour le résident, mais aussi pour son entourage proche. La fille d'Olivia est très investie auprès de sa mère depuis son admission. Sa présence est quotidienne. Elle cherche à comprendre ce qui se passe, à participer et parfois à garder un certain contrôle sur le quotidien de sa mère.

Dans ce contexte chargé en émotions, la relation entre la résidente, sa fille et l'équipe soignante devient parfois fragile. Chacun essaie de trouver sa place. En tant que soignants, nous sommes là pour répondre aux besoins de la résidente tout en prenant en compte les inquiétudes de sa fille. L'importance pour Olivia est de s'adapter à son nouvel environnement, bien sûr avec de nouvelles habitudes, ce qui permet aussi de conserver son

identité. Sa fille, de son côté, se situe entre le besoin d'être présente et cette difficulté à lâcher prise. Elle semble parfois mettre en doute sa place et ses décisions.

La fragilité de la fille influence directement la qualité de vie en EHPAD, le bien-être de la résidente et l'efficacité de sa prise en soin. Comprendre ses mécanismes, ses limites et ses leviers, c'est réfléchir à une approche globale du soin, respectueuse des personnes et des liens qui les unissent.

C'est lors des échanges avec l'équipe soignante, qu'apparaissent les nombreuses inquiétudes et attentes de la fille d'Olivia, auxquelles il n'est pas toujours possible de répondre immédiatement. Le fait de ne pas avoir de réponses immédiates semble générer chez elle beaucoup d'anxiété. Ceci se remarque parfois par des comportements que je distingue comme envahissants. Elle participe aux animations avec sa mère et sa présence s'impose lors de ces moments collectifs. Parfois son attitude attire toute l'attention, les autres résidents peuvent se sentir délaissés. Cette situation me rend mal à l'aise. De ce fait je m'interroge sur ma posture professionnelle. Comment faire face aux inquiétudes de la fille tout en considérant le fonctionnement de l'institution et la place des autres résidents ? Comment identifier son rôle d'aidante sans laisser la situation perturber la dynamique du groupe et même la relation avec sa mère ?

La résidente semble apprécier la présence de sa fille et se montre tranquillisée lorsqu'elle est là. Cependant, son départ cause chez Olivia une tristesse visible, laissant apparaître une dépendance affective marquée par le contexte du placement. Cette ambiguïté m'interroge sur l'impact de la présence de l'aidant à l'adaptation du résident en EHPAD.

Je relève un autre moment marquant de la situation concernant le respect des choix exprimés de la résidente. C'est pendant un épisode de fatigue ayant conduit à une chute, qu'Olivia verbalise clairement son souhait à ne pas être réveillée par l'équipe de nuit pour le passage de l'aide au change de 4 heures. Elle demande que sa démarche ne soit pas évoquée à sa fille. Cet épisode questionne aussi sur la place de l'aidant dans l'accès à l'information concernant sa mère et dans les décisions autour du soin, mais aussi le rôle du soignant comme garant de l'autonomie et de la confidentialité du résident.

L'ensemble de ces éléments met en évidence les tensions possibles entre l'implication de l'aidant, le respect de la personne âgée et le positionnement professionnel du soignant. Ils

interrogent la manière dont l'équipe peut accompagner l'aidant lors du placement, tout en préservant la place centrale du résident et l'équilibre du cadre institutionnel.

1.3 Question de départ

C'est ainsi au travers de ma situation de départ et de mes diverses questions que je trouve pertinent d'orienter ma question de départ comme suit :

Quelle place accorder à l'aidant lors d'un placement en EHPAD ?

2 CADRE DE REFERENCE

À travers ce cadre de référence, je cherche à clarifier les concepts et notions essentiels à la compréhension de ma question de départ portant sur la place de l'aidant lors d'un placement en EHPAD. Pour cela, je m'appuie sur des références théoriques et législatives ainsi que sur les travaux d'auteurs reconnus dans les domaines du vieillissement, de l'accompagnement des aidants et de l'institutionnalisation des personnes âgées.

Dans un premier temps, je m'attache à définir la notion d'aidant, son rôle auprès de la personne âgée ainsi que les limites auxquelles il peut être confronté. Dans un second temps, j'aborde le placement en EHPAD, en précisant sa définition et en analysant ses impacts tant sur le résident que sur l'aidant. Enfin, je m'intéresse à l'EHPAD en tant que lieu de vie et de soins, afin de comprendre le cadre institutionnel dans lequel s'inscrit l'accompagnement du résident et de son entourage.

Ces apports théoriques constituent le socle nécessaire pour éclairer l'analyse de la situation rencontrée et comprendre les enjeux professionnels liés à l'accompagnement des aidants lors de l'entrée en institution.

2.1 L'aidant

2.1.1 Définition et rôle de l'aidant

Le terme aidant est couramment utilisé pour désigner une personne qui accompagne un proche en situation de dépendance ou de perte d'autonomie.

Selon le Petit Robert, un aidant est « *une personne qui aide, qui assiste une personne en perte d'autonomie* ». Cette définition simple met en évidence l'idée de soutien et de présence auprès d'une personne fragilisée. Quant au Larousse un aidant : « *est une personne qui s'occupe d'une personne dépendante (âgée, malade ou handicapée)* »

Sur le plan institutionnel, la Haute Autorité de Santé et le Code de l'Action Sociale et des Familles précisent la notion de proche aidant est considéré comme proche aidant d'une personne âgée « *son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, ou une personne entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne* » (art. L.113-1-3 du Code des Actions Sociales et des Familles (CASF)). Cette définition souligne plusieurs éléments essentiels. Ainsi l'aidant agit à titre non professionnel, son engagement s'inscrit dans la durée et repose sur un lien affectif et fort. Il intervient dans de multiples dimensions de la vie quotidienne, qu'elles soient matérielles, organisationnelles, relationnelles ou émotionnelles.

Dans ces travaux : *Les limites des aidants familiaux* (2014) Chantal Lestrade, Infirmière en Centre Médico-Psychologique (CMP), auteure de l'article *Les limites des aidants familiaux*, publié dans la revue *Empan* (2014). Elle analyse la place des aidants familiaux, leur charge émotionnelle et les risques d'épuisement liés à l'accompagnement d'un proche dépendant montre que l'aidant familial joue souvent un rôle central dans le parcours de la personne âgée. Il assure une continuité affective, participe aux décisions, transmet des informations aux professionnels et agit comme un repère sécurisant pour son proche. Lors de l'entrée en institution, ce rôle ne disparaît pas : il se transforme. L'aidant passe d'un rôle de soutien direct à un rôle de présence, de vigilance et parfois de porte-parole. Lestrade rappelle également qu'avant 2005, le statut d'aidant était peu reconnu socialement. *La loi du 11 février 2005 « loi handicap »* marque une étape importante : elle ouvre des droits au dédommagement, à protection sociale et reconnaît l'impact de l'aide apportée au quotidien. « *Jusqu'en 2005 il y*

avait peu de reconnaissance du statut d'aidant familial par la société cependant la loi de compensation du handicap du (11 février 2005) a permis une meilleure reconnaissance de ses fonctions. Elle reconnaît aller dans le droit à un accompagnement ou un soutien dans la vie quotidienne, à un dédommagement financier par rapport à l'aide fournie pour suppléer les incapacités dues au handicap, et à une protection sociale accrue. Un aidant familial qui interrompt son activité professionnelle pour s'occuper d'un proche pourra désormais être rémunéré. On s'oriente donc vers un réel statut. » (p.35).

Pour l'union nationale des associations familiale (UNAF) Union National des Association Familiales *« l'aidant familiale est une personne non professionnelle qui vient en aide à titre principale, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide peut prendre plusieurs formes : nursing, démarches administratives, coordination, vigilance et veille, soutien psychologique, communication, activités domestiques... »* Cette définition a été portée par l'UNAF en juillet 2006 lors de la Conférence de la Famille consacrée aux « solidarités familiales et intergénérationnelles ».

Delphine Roy, cheffe du bureau « handicap, dépendance » à la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), explique que le proche aidant est une personne qui vient en aide à un membre de son entourage, sans être un professionnel ni un bénévole (ADSP n° 109, décembre 2019, p. 11). Elle souligne que plus de 10 millions de personnes se reconnaissent comme aidants, et près de 4 millions d'entre elles apportent une aide régulière à une personne âgée. Ces données mettent en évidence l'importance du rôle des aidants auprès de leur proche dans leur quotidien. Il n'existe pas de profil unique d'aidants car l'aide peut être ponctuelle ou répétée, elle est ciblée sur des tâches domestiques, administratives, ou parfois même de soins. Elle signale que tout aidant ne se reconnaissent pas spontanément comme tels, l'identité des aidants est parfois progressive et non revendiquée. L'aidant ne se définit pas par un statut juridique mais par une réalité vécue parfois non identifiée par la personne elle-même. Elle remarque que les aidants sont majoritairement des femmes et qu'il s'agit souvent de conjoints ou d'enfants (fille) comme le souligne également Chantal Bruno, Présidente de Coface Handicap Europe. Auteure de l'article : *Qu'est-ce qu'un(e) aidant(e) familial (e) ?* publié dans la revue VST – Vie sociale et traitements (2018), elle interroge la construction sociale du rôle d'aidant et la dimension genrée du « prendre soin ». Bruno explique que la figure de l'aidant familial est assez récente dans le champ de l'aide aux personnes dépendantes. Pendant longtemps, ce rôle a surtout été attribué aux femmes, considérées comme naturellement

tournées vers le soin et le « prendre soin ». Elle précise que les femmes étaient « réputées prédisposées au maternage et aux soins à apporter à autrui » (Bruno, 2018, p. 85). Cette vision a contribué à rendre normal l'engagement des aidants, comme s'il allait de soi, et donc à le rendre moins visible et parfois moins reconnu, alors même qu'il représente un soutien essentiel pour les personnes vulnérables. « *Pendant longtemps, il n'y a pas de visibilité de cet engagement familial et féminin, qui va de soi et n'est que l'expression d'une banale et ordinaire solidarité familiale de la part de femmes naturellement faites pour ça.* » (Bruno, 2018, p. 86). *VST-Vie sociale et traitement 2018/3 N°139.*

En EHPAD, l'aidant familial n'est pas qu'un simple visiteur. Il constitue un repère et un lien fort pour le résident et reste le plus souvent impliqué dans son quotidien. En revanche, il n'est pas soignant et n'est pas toujours familiarisé avec les règles et les contraintes de l'institution. Cette place peut enrichir la relation de soins, mais elle peut aussi générer des incompréhensions ou des tensions lorsque chacun ne trouve pas clairement sa place.

Dans la situation rencontrée, la fille de la résidente s'inscrit pleinement dans cette fonction d'aidante. Très investie, présente lors des temps d'animation et attentive à l'état de santé de sa mère, elle cherche à maintenir un lien fort et à continuer de jouer un rôle actif malgré l'institutionnalisation. Cette implication témoigne d'un attachement et d'une volonté de protection. Mais elle interroge également la place qui lui est accordée au sein de l'EHPAD et la manière dont les soignants peuvent l'accompagner sans déséquilibrer la relation de soins.

2.1.2 Les limites de l'aidant

Si l'engagement de l'aidant constitue une ressource majeure pour la personne âgée, il comporte aussi des limites. Selon Lestrade (2014), l'aidant familial est souvent confronté à une forte charge émotionnelle, mêlant culpabilité, peur de mal faire et difficulté à accepter la perte d'autonomie de son proche. L'auteure souligne : « *il faut réorganiser la vie quotidienne et les relations à l'intérieur de la famille : opérer le deuil de l'ancienne relation, évoluer en permanence dans les relations, éviter les bouleversements et les cassures de la cellule familiale* » (p.34).

Lorsque survient l'entrée en institution, ces émotions peuvent se renforcer. Certains aidants ont alors le sentiment « d'abandonner » leur parent ou de ne plus assumer pleinement leur rôle. Cette souffrance peut conduire à des comportements de surinvestissement, comme une présence

quasi constante, une volonté de contrôler la prise en charge ou le maintien coûte que coûte des habitudes antérieures. Ces attitudes ne traduisent pas une volonté d'empiéter sur le travail des soignants, mais plutôt une difficulté à redéfinir sa place dans un environnement institutionnel qui échappe en partie à leurs habitudes de vie.

Lestrade rappelle que lorsque les aidants se retrouvent dans des situations d'épuisement émotionnel voir même des difficultés à s'occuper de leur proche quotidiennement à leur domicile en raison d'un manque de soutien, la solution du placement est alors envisagée : « *Ces situations d'usure finissent souvent par un placement hâtif ou mal préparé du patient, ce qui engendre des problèmes supplémentaires au sein de la famille, touchant aussi au bien-être de la personne âgée* » (p.33). Les aidants se sentent alors démunis, ils développent ainsi de l'anxiété face à l'institutionnalisation de leur proche tandis que les professionnels peuvent ressentir un malaise, du stress ou un sentiment d'impuissance lors de l'accompagnement de ces familles. Lestrade insiste également sur le fait que « *les aidants familiaux sont une ressource, une richesse qui mérite d'être prise en considération et soutenue.* » (p.35)

Dans la situation que j'ai vécue en EHPAD, la fille de la résidente révèle ces enjeux. Plus qu'investie, elle participe aux animations de l'après-midi, elle s'adresse souvent aux professionnels. Cette présence quotidienne représente son attachement et prouve son besoin de soutien et de sécurité face à l'institutionnalisation de sa mère. La sensibilité de la situation provoque un inconfort pour l'équipe soignante.

Ainsi, la réflexion sur les limites de l'aidant, permet de ne pas la mettre à distance de son rôle, mais de l'aider à redéfinir sa place dans ce nouvel environnement. Pour l'équipe soignante, il s'agit de trouver un juste équilibre entre écoute des inquiétudes, respect de l'histoire familiale et maintien du cadre institutionnel. Cela passe par une communication claire, bienveillante et la construction progressive d'une relation de confiance entre la famille et les professionnels.

Selon Delphine Roy, les aidants font souvent face à une charge mentale supplémentaire puis physique par des risques d'épuisements qui entraînent un impact sur la vie professionnelle et personnelle. L'aidant est un acteur central, même lorsque la personne entre en institution, son rôle ne disparaît pas, il se transforme. Ainsi cette évolution interroge la manière dont sa présence et son implication peuvent être prises en compte dans la pratique infirmière, tout en respectant le cadre institutionnel.

Après avoir défini la place et les limites de l'aidant, il semble désormais nécessaire de s'intéresser au moment du placement en EHPAD, qui constitue une étape souvent délicate autant pour la personne âgée que pour son proche.

2.2 Le placement en EHPAD

2.2.1 Définition du placement

Selon le *Petit Robert*, le terme « placement » désigne l'« *action de procurer une place à quelqu'un* ». Quant au *Larousse*, il désigne l'« *action de placer, de mettre quelqu'un, quelque chose à sa place, en un endroit déterminé ; fait d'être placé, installation* ».

Ces définitions, bien qu'accessibles, renvoient à une réalité complexe lorsqu'elle concerne l'entrée d'une personne âgée en EHPAD. En effet, le placement ne se limite pas à un changement de lieu de vie, mais s'inscrit dans un processus long, chargé émotionnellement, et marqué par des décisions difficiles tant pour la personne concernée que pour ses proches.

Vincent Caradec, sociologue et professeur à l'université de Lille 3, est un spécialiste reconnu de l'expérience sociale du vieillissement. Dans son article *l'expérience sociale du vieillissement* (2009), il explore les ruptures biographiques provoquées par l'entrée en institution et les réajustements identitaires chez les personnes âgées. L'entrée en institution constitue une véritable rupture dans la trajectoire de vie. Elle oblige la personne âgée à « *recomposer* » ses repères, ses habitudes et parfois même son identité sociale. Le domicile, lieu intime et porteur d'histoire, laisse place à un environnement collectif et institutionnel qui impose ses rythmes, ses règles et ses normes de fonctionnement.

De son côté, Isabelle Donnio, psychologue, directrice de l'ASPN (Association de services aux personnes âgées), chargée d'enseignement à l'École Nationale de Santé Publique. Auteure de l'article *L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées*, publié dans *Gérontologie et Société* (2005), elle s'intéresse aux parcours de placement et à leurs impacts sur les personnes âgées et leurs familles, également aux parcours de personnes entrant en EHPAD et montre que le placement intervient le plus souvent lorsque le maintien à domicile devient difficile voire impossible, en raison d'une perte d'autonomie, d'un isolement ou d'un épuisement de l'entourage. Le placement apparaît alors comme une réponse « *nécessaire* », mais rarement choisie sereinement. Il est fréquemment vécu par les personnes âgées et leurs

proches comme une étape à la fois protectrice et douloureuse, mêlant soulagement et renoncement. Elle cite : « *L'entrée en « institution », représente, a minima, un tournant dans la vie de la personne âgée, souvent un véritable bouleversement, parfois un traumatisme. Et pour la famille, c'est une transformation des rapports au conjoint ou au parent, avec, le plus souvent, de nombreuses répercussions dans les relations pour et entre les membres du système familial.* » (Gérontologie et Société - n° 112 - mars 2005 page 74)

Ce passage en institution ne concerne d'ailleurs pas uniquement la personne âgée : il transforme également la place et le rôle des proches aidants. Jusqu'alors principaux acteurs du soutien au quotidien, ils doivent accepter de déléguer une partie de la prise en soin aux professionnels et de partager leur rôle. Le placement en EHPAD constitue ainsi un moment charnière où se redéfinissent les liens, les responsabilités et les représentations de chacun.

Ainsi, loin de se réduire à une simple « action *de procurer une place à quelqu'un* », le placement en EHPAD peut être compris comme un processus de réorganisation globale de la vie, qui touche simultanément la personne âgée, sa famille et les professionnels. Il demande un temps d'adaptation, un accompagnement attentif et une prise en compte fine des dimensions émotionnelles, sociales et identitaires qui s'y rattachent.

2.3 Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

2.3.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) est une structure médico-sociale qui accueille des personnes âgées en perte d'autonomie et qui ne peuvent plus vivre seules à domicile dans des conditions de sécurité suffisantes. C'est un lieu de vie mais aussi de soins. Les résidents sont accompagnés dans les actes quotidiens de la vie, avec un suivi médical et paramédical, mais aussi d'activités, dans un cadre sécurisant. Au regard de son cadre institutionnelle, l'EHPAD représente un lieu où vieillir dans la dignité, lié au respect des habitudes de vie et la prise en compte de l'histoire de chaque personne est nécessaire. Mon stage m'a permis de comprendre qu'il ne s'agit pas seulement d'une structure d'hébergement, mais d'un environnement dans lequel les personnes âgées continuent à vivre, à s'exprimer et à maintenir leur identité.

Joël Belmin, médecin gériatre et professeur de gériatrie à l'Université Paris Cité, met en avant le rôle de l'EHPAD dans l'accompagnement de la dépendance, tout en veillant à préserver la dignité et la qualité de vie des personnes âgées. L'EHPAD, ce n'est pas seulement un endroit où l'on prend soin des personnes dépendantes. C'est aussi un véritable cadre de vie, où la vie sociale, les projets personnels et le lien avec les proches comptent énormément. Au-delà de la simple définition, c'est un environnement structuré, avec ses règles, ses horaires et son fonctionnement bien précis.

Cette double dimension, à la fois lieu de vie et milieu de soins, influence fortement les relations entre les résidents, leurs proches et les professionnels. L'institution constitue un espace partagé où coexistent des attentes, des émotions et des représentations parfois même composées d'idées reçues. Mais certains établissements développent aujourd'hui des projets innovants pour favoriser du mieux possible l'entrée en EHPAD, afin de préserver le maintien et les habitudes de vie. Ainsi les résidents participent à la vie quotidienne, circulent librement et conservent des repères familiers. Ce type d'initiative montre que l'EHPAD ne se résume pas à une image négative. Il peut être un lieu porteur de sens, où l'humain reste au centre. La qualité des relations, entre les professionnels, les résidents et les familles, joue un rôle essentiel dans la façon dont chacun vit cette étape. L'EHPAD peut ainsi être considéré comme un lieu de vie et de soins, mais aussi comme un espace de relations. Les personnes âgées continuent d'y exister

avec leur histoire et leur identité, et la famille garde une place importante dans leur accompagnement.

2.3.2 La vie en EHPAD : un lieu de soins, mais aussi un lieu de vie.

Il me paraît intéressant de mettre en avant un article du journal *Le Monde*, Article « *On meurt moins vite ici qu'ailleurs : à l'EHPAD de Kersalic, les soignants sont des "souffleurs de vie"* », paru le 18 novembre 2024. Il présente l'EHPAD de Kersalic (Côtes-d'Armor) transformé et la participation des résidents, contribuant à une ambiance de vie collective renouvelée et à une meilleure qualité de soins. Cet établissement illustre une approche innovante et humanisant de la vie en EHPAD.

Exemple : l'EHPAD "village" de Kersalic (Guingamp, Côtes-d'Armor)

Dans cet établissement, la vie quotidienne est pensée comme dans une petite communauté : les couloirs deviennent des rues, une épicerie, un café ou encore un bureau de poste qui sont accessibles, et certains résidents participent à la distribution du courrier. Cette organisation permet à recréer des habitudes familières, à maintenir le sentiment d'être utile et à favoriser les liens sociaux.

Selon les équipes et observateurs interrogés, ces initiatives permettent non seulement de privilégier l'autonomie restante, mais aussi de revaloriser le quotidien. Ce qui permet parfois de diminuer l'usage d'anxiolytiques ou de psychotropes, en agissant sur le bien-être global et l'estime de soi. Cet exemple montre que l'EHPAD peut être pensé comme un lieu de vie à part entière et non pas comme un arrêt soudain d'existence, mais comme une continuité de vie, où l'approche de soin centrée sur la vie en collectivité intégré par la participation des résidents en modifiant la dynamique institutionnelle.

Il est vrai que la vie en EHPAD engage le résident à une adaptation progressive à cet environnement collectif. Comme le souligne Caradec (2009), cette transition s'accompagne souvent de « *réaménagement de l'existence : abandon de certaines activités, à une progressive transformation du rapport à soi et au monde par ce changement des rôles sociaux et l'ajustement de l'identité face aux pertes liées au vieillissement.* » (p.42). Pour d'autre, l'entrée en EHPAD peut être vécue comme une peur de devenir comme les personnes dépendantes, « *elles sont l'image de ce qu'ils craignent de devenir* », mais pour certaine, « *elle semble avoir*

tourné la page de leur existence antérieure trouvant leur équilibre en s'intégrant pleinement à l'institution en épousant ses règles et ses rythmes en participant aux animations proposées et en nouant des liens avec certains membres du personnel » (p.41).

Par conséquent, le vécu du résident dépend généralement de la qualité de la relation de soin. Dans cet perspective, les apports de Carl Rogers, Psychologue américain, fondateur de l'approche centrée sur la personne. Il a développé les concepts d'empathie, de congruence et de regard positif inconditionnel, essentiels dans la relation d'aide et la posture soignante.¹ sont enrichissants. Le psychologue humaniste met en évidence l'importance d'une posture fondée sur l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel. En EHPAD, appliquer ce concept consiste à la reconnaissance de la personne âgée dans sa globalité et comme personne unique au-delà de sa dépendance pour lui permettre d'exprimer ses émotions, ses craintes et ses ressources. Cette relation authentique contribue à sécuriser la personne et à soutenir son processus d'adaptation.

De son côté, Donald Winnicott, Pédiatre et Psychanalyste britannique dans les années 1950. Connu pour les notions de « holding » introduit son concept de « *holding* » (tenir, soutenir) dans les années 1950. L'origine de cette théorie est portée sur la mère et l'enfant, mais elle peut s'appliquer aussi dans un contexte institutionnel, ce concept invite à penser différemment l'accompagnement en EHPAD. C'est un processus qui permet au soignant d'offrir un cadre sécurisant et un soutien affectif dans un environnement inconnu afin de soutenir psychiquement les résidents et leur famille en leur offrant repères, stabilité relationnelle et attention bienveillante. Ce climat sécurisant permet alors à la personne âgée et sont proche de maintenir une continuité de leur identité malgré les ruptures vécues lors d'une entrée en EHPAD.

Charlotte Havreng-Théry et all mettent en avant les travaux de Laurie N Gottlieb, Infirmière et chercheuse canadienne, professeure émérite en sciences infirmières. Elle est à l'origine de l'approche des soins fondés sur les forces, qui vise à valoriser les ressources et les capacités des personnes et de leurs proches. Dans son ouvrage « *les soins fondés sur les forces* » cette réflexion vient s'enrichir à partir du modèle « McGill » élaboré en 1970 à l'université McGill par Moyra Allen, professeure et théoricienne infirmière canadienne. Gottlieb actualise cette

approche basée sur les forces et les capacités restantes du résident. Elle souligne également l'importance d'intégrer la famille comme partenaire de soin. *« Cette approche peut être proposée au contexte des maisons de retraite pour construire ce partenariat entre la famille d'un nouveau résident et les professionnels de l'établissement. » (p.271 Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie Vieil, vol.19, n°3, septembre 2021)*

Enfin, Pascale Wanquet-Thibault, Cadre supérieure de santé, auteure de l'ouvrage *L'adulte hospitalisé : Travailler avec la famille et l'entourage. La place des aidants naturels dans la relation de soin*. Elle s'intéresse à la collaboration entre soignants et familles et à la reconnaissance des aidants dans la relation de soins met en avant que la relation avec les familles constitue un élément central du *care* en EHPAD. Leur place tient à être reconnue pour être intégrée au projet de vie du résident. La qualité de la collaboration entre familles et les professionnels garantissent un climat plus serein pour aboutir au vécu des proches liés par la confiance accordée à l'équipe. Elle cite *« la relation de confiance nécessite de trouver un juste équilibre entre bienveillance et autonomie, compassion et respect, afin d'aboutir à une véritable alliance thérapeutique »*. (p.91)

Ainsi, la vie en EHPAD peut être pensée comme un espace relationnel où se rencontrent le résident, les soignants et la famille. Lorsqu'une approche humaniste, contenant et centrée sur les ressources est développée, l'EHPAD devient un véritable lieu de vie, permettant au résident de continuer à exister comme sujet singulier, malgré la dépendance. Dans ma posture de future soignante, ces repères théoriques nourrissent ma réflexion et orientent ma manière d'accompagner les personnes âgées et leurs proches au quotidien

2.3.3 Être soignant en EHPAD

Être soignant en EHPAD signifie accompagner la personne âgée dans toutes les dimensions de sa vie : corporelle, psychologique, sociale et relationnelle. Le soignant intervient au quotidien, dans l'intimité des soins, mais aussi dans les moments de vie ordinaires, ce qui crée une relation de proximité forte et souvent durable.

Le professionnel occupe une position centrale entre le résident, sa famille et l'institution. Il doit parfois faire face à des attentes précises : protéger l'autonomie et la dignité du résident, tout en tenant compte de l'inquiétude et de l'implication des proches. Comme le souligne Sanisidro

(2008), cette triangulation peut générer des tensions, notamment lorsque les familles se sentent mises à distance ou, à l'inverse, lorsqu'elles investissent fortement la relation de soins.

Dans le prolongement de cette réflexion, il apparaît essentiel de préciser ce qu'est la notion d'accompagnement comme posture professionnelle, selon Maëla Paul Docteure en sciences de l'éducation, chercheuse spécialisée dans la notion d'accompagnement. Auteure de l'article *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique*, publié dans Recherche en soins infirmiers (2012) /3 N°110, pages 13 à 20. Elle définit l'accompagnement comme une posture relationnelle réflexive visant à soutenir sans se substituer. (2004), elle définit l'accompagnement comme une posture relationnelle réflexive visant à soutenir sans se substituer. Il ne s'agit pas de faire à la place de, ni d'imposer une direction, mais de « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui* ». (p.14). L'accompagnement n'est pas un processus simple. Il demande une réflexion constante et une posture professionnelle adaptée. C'est un apprentissage qui se construit avec l'expérience et qui permet de mieux comprendre les enjeux de la pratique infirmière. Nous travaillons aux côtés de personnes vulnérables. Il est donc essentiel de prendre en compte leurs ressources existantes afin de maintenir, autant que possible, leur autonomie.

Cette posture d'accompagnement ne concerne pas uniquement la relation individuelle entre le soignant et la personne accompagnée. Elle s'inscrit également dans une dynamique plus large, impliquant la famille et l'institution. Dans le même sens, la Conférence de consensus sur l'accompagnement en fin de vie (2004) rappelle que l'accompagnement doit être envisagé comme une relation partenariale, où « *la préservation de l'équilibre familial constitue un enjeu déterminant* » (Texte de recommandations, version courte, p.14). La mission n'est donc pas d'écarter la famille, mais de faire valoir son rôle tout en appuyant le cadre institutionnel.

Dans ce bilan, la posture relationnelle du soignant semble essentielle. Les apports de Rogers engagent à une relation d'empathie, d'authenticité et de respect inconditionnel de la personne. Quant à Winnicott, il conseille à la création d'un environnement « contenant », sécurisant et stable, qui permet un soutien au résident, afin de se sentir soutenu face à sa vulnérabilité liée à sa dépendance.

Cette approche rejoint la vision d'une relation d'aide humaniste, dans laquelle la personne âgée n'est pas définie par sa pathologie ou sa dépendance, mais reconnue comme sujet à part entière.

Mon expérience professionnelle d'aide-soignante en EHPAD diplômation en 2007 m'a permis de mesurer combien cette posture demande maturité, distance juste et réflexion constante. J'ai souvent été témoin des difficultés vécues par les aidants, des incompréhensions parfois présentes entre familles et soignants, et du malaise que cela peut générer. Aujourd'hui, dans mon parcours vers la profession infirmière, à travers mes lectures, mes expériences de stage, je prends conscience de cette réflexion que nous n'avons pas toujours disposé des outils nécessaires pour accompagner au mieux ces situations.

Être infirmière en EHPAD suppose ainsi de développer une compétence clinique, mais aussi une compétence relationnelle et éthique :

- Accueillir les émotions des familles,
- Soutenir l'aidant sans le remplacer,
- Protéger la parole et la place du résident,
- Contribuer à un climat d'équipe sécurisant et bienveillant.

Le soignant devient alors un médiateur et un repère, capable de soutenir les ajustements nécessaires lors du placement et tout au long du séjour. Cette posture s'inscrit dans une vision globale du soin, qui englobe la personne âgée, ses proches et l'équipe, dans une démarche de partenariat et d'humanité.

Conclusion cadre de référence

Pour conclure, il m'a semblé essentiel de m'appuyer sur des définitions précises afin de construire un cadre théorique solide. Les différents concepts abordés permettent de mieux comprendre les enjeux liés à l'entrée en EHPAD. Afin d'analyser ce moment de vie dans un cadre professionnel, relationnel et institutionnel. Ils contribuent également à mieux situer la place du résident, de sa famille et des soignants au sein de l'établissement. Un lieu considéré à la fois comme un lieu de soins et un lieu de vie.

Ces apports théoriques mettent en évidence que l'entrée en institution représente une étape importante dans le parcours de la personne âgée et de ses proches. Ce changement entraîne une réorganisation des habitudes, des repères et des rôles de chacun. Dans ce contexte, la place de l'aidant apparaît centrale, car celui-ci reste souvent très impliqué dans l'accompagnement du résident malgré l'entrée en EHPAD.

Reconnaître l'aidant, l'intégrer dans l'accompagnement et prendre en compte son vécu semblent favoriser l'adaptation du résident, soutenir la famille et contribuer à une relation de soins plus apaisée. Cette réflexion amène alors à s'interroger sur la posture professionnelle des soignants, sur la place qu'ils accordent aux proches et sur la manière dont ils construisent la relation avec eux au quotidien.

L'ensemble de ces éléments théoriques constitue ainsi une base essentielle pour approfondir ma réflexion autour de ma question de départ :

« Quelle place accorder à l'aidant lors d'un placement en EHPAD ? »

Cette phase de recherche m'a permis d'enrichir mes connaissances et de mieux comprendre les problématiques rencontrées lors de l'accueil d'un nouveau résident et de sa famille en institution. Les entretiens réalisés auprès des professionnels permettront désormais de confronter les apports théoriques aux réalités du terrain afin d'analyser les pratiques, les postures soignantes ainsi que les enjeux relationnels présents lors de cette période de transition souvent difficile pour le résident comme pour ses proches.

3 ENQUÊTE EXPLORATOIRE

3.1 Méthodologie envisagée

Je vais aborder la méthode de recherche qui m'a semblé la plus appropriée afin d'effectuer cette enquête exploratoire. Je présenterai ensuite l'entretien semi-directif qui représente l'outil choisi et j'expliquerai le choix concernant la population choisie pour cette enquête ainsi que les différents lieux d'enquête.

3.1.1 La méthode clinique

La méthode de recherche utilisée est la méthode clinique. Elle consiste « *à la fois à produire des connaissances et à changer les pratiques professionnelles. Le projet se construit avec un groupe d'acteur de terrain et donne lieu à un contrat entre le chercheur et le terrain. Les données restent locales, car la collecte de données se fait dans l'institution d'appartenance des acteurs professionnels* » (Boissart, 2013, p.92).

Le choix de cette méthode se centre sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication. Elle va permettre une étude approfondie d'individus particuliers afin de les comprendre. Ainsi, le

chercheur va recueillir des données auprès de l'individu et recevoir les informations, le vécu que l'individu accepte de lui transmettre.

3.1.2 L'entretien semi-directif

Pour réaliser mon enquête exploratoire sur le terrain, j'ai décidé d'utiliser l'entretien semi-directif car, il représente le moyen le plus adapté afin de recueillir des informations auprès de professionnels les plus représentatives et descriptives de leur expérience au quotidien. Cela apporte une libre expression guidée par mes questions des professionnels interrogés en centrant de ce fait leurs discours sur le thème défini au préalable. Mais aussi, « *c'est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes.* » (Imbert, 2013, p.24).

3.1.3 Population et lieux d'enquête

Concernant la population choisie, je vais mener mes entretiens auprès de quatre infirmières diplômées d'état. Je ne souhaite pas faire de restrictions de genre, d'âge ou années d'expérience puisque ce n'est pas déterminant pour l'enquête que je souhaite mener.

Je souhaite interroger des infirmiers issus de différents services et/ou établissement de santé, car cela peut m'apporter des points de vue divergents selon les services.

De ce fait, je fais le choix des services suivants :

- EHPAD : Deux établissements Public et un établissement Privé

3.1.4 Déroulement des entretiens

Les entretiens semi-directif se sont réalisés par une rencontre physique lors d'un temps qui m'a été accordé. Les entretiens ont eu une durée variable, allant de 20 à 36 minutes.

Des enregistrements ont été réalisés sur mon smartphone ainsi qu'un dictaphone, ensuite j'ai retranscrit les entretiens en verbatim, en garantissant l'anonymat de chacune. Les entretiens semi-directifs sont disponibles en annexe du présent mémoire.

3.1.5 Difficultés et limites rencontrées

Lors du premier entretien, la cadre de santé avait transmis les questions à l'infirmière en amont. Du coup, celle-ci avait pu préparer ses réponses avec quelques notes écrites. Résultat : les

échanges étaient un peu moins spontanés, moins naturels. Mais cela n'a pas empêché d'obtenir des éléments très intéressants, grâce à la longue expérience de l'infirmière en EHPAD.

Par ailleurs, deux entretiens ont été brièvement interrompus. La première fois, une aide-soignante est venue poser une question professionnelle à l'infirmière. La seconde fois, c'est la directrice adjointe qui est passée pour me donner les coordonnées de la représentante des familles, en vue d'un échange possible pour mon travail de recherche. Elle s'est aussi montrée curieuse de mon sujet de mémoire et m'a dit qu'elle aimerait bien en lire un exemplaire une fois qu'il serait terminé.

4 PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES

4.1 Présentation des personnes interrogées

Les personnes interrogées seront identifiées comme infirmière A : Beth, infirmière B : Meg, infirmière C : Jo et infirmière D : Amy, en lien avec les entretiens n°1, 2, 3 et 4.



La présentation de chacune des infirmières permet de montrer que Meg et Jo sont les moins expérimentées puisqu'elles exercent leur profession d'infirmière en EHPAD depuis 2 et 3 ans. Quant à Amy son expérience est marquée par le milieu libéral et l'EHPAD depuis sa diplomation en 2011. Beth est donc la plus expérimentée et ancienne dans le domaine de l'EHPAD car elle exerce depuis 1997.

Au vu des éléments recueillis lors de mes entretiens, j'ai choisi d'organiser mon analyse par thèmes afin de mieux comparer les propos des professionnels.

4.2 Thème 1 : Représentation de l'EHPAD et accueil du résident

Une représentation de l'EHPAD centrée sur la perte d'autonomie

Quand j'interroge les infirmières sur ce qu'est un EHPAD, elles le décrivent surtout comme un endroit où l'on accueille des personnes âgées quand elles ne peuvent plus rester chez elles. Beth

par exemple parle de « *personnes âgées en perte d'autonomie* » qui « *ne peuvent rester à domicile* » (Entretien n°1, p. VI, lignes 15-16). Meg dit la même chose : « *accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie* » (Entretien n°2, p. XVII, ligne 20). De son côté, Jo explique qu'il faut « *prendre le relais quand le maintien à domicile n'est plus possible* » et lorsque « *l'habitation n'est plus adaptée* » (Entretien n°3, p. XXIV, lignes 20-24). Enfin, Amy insiste sur la nécessité « *d'accompagner les personnes âgées dans le maintien de leur autonomie* » (Entretien n°4, p. XXVIII, ligne 15) et d'assurer « *les soins qu'ils ne sont pas capables de faire eux-mêmes* » ligne 16.

À travers ces récits, l'EHPAD apparaît comme une solution aux limites du maintien à domicile et à l'évolution de la dépendance liée au vieillissement. Les infirmières font un lien entre l'entrée en institution et les conséquences d'une perte progressive d'autonomie. D'où la nécessité d'un accompagnement personnalisé et adapté. Cette vision rejoint ce que dit Vincent Caradec : le vieillissement peut obliger à réorganiser son mode de vie, et parfois à entrer en institution quand l'environnement du domicile ne répond plus aux besoins de la personne âgée. Isabelle Donnio, elle aussi, décrit cette étape comme une transition importante qui peut chambouler les repères du résident et de son entourage. Amy rajoute aussi la nécessité d'« *avoir un lien privilégié avec la famille ou les aidants* » (Entretien n°4 p. XXVIII ligne 17).

L'EHPAD comme lieu de vie et de relations

Cependant, l'EHPAD ne se limite pas à un lieu de soins médicaux. Les infirmières le voient aussi comme un lieu de vie où la relation occupe une place importante. Meg le dit clairement, c'est un « *lieu de vie* » qui n'est « *pas vraiment un lieu de soins* » mais plutôt un « *lieu de prendre soin* » (Entretien n°2, p. XVIII, lignes 38-39). Jo parle de l'EHPAD comme « *une grande famille* » où « *on prend le relais des familles* », « *nouvel espace de vie* » (Entretien n°3, p. XXIV, lignes 27-28). Amy, elle souligne la richesse humaine de ce public avec lequel « *on peut avoir de magnifiques échanges* » (Entretien n°4, p. XXVIII, ligne 29) elle ajoute également « *c'est un public que j'affectionne* » ligne 28 et « *ça représente beaucoup... une grande partie de ma carrière* » ligne 29-30. Beth qui a passé 34 ans en EHPAD se décrit comme : « *je suis un pur produit de l'EHPAD* » (Entretien n°1 p.VI ligne 7). En l'écouter, je comprends son approche bienveillante et sa vision professionnelle de l'établissement.

Les infirmières mettent donc en avant une approche bienveillante, basée sur l'écoute, la présence et l'accompagnement au quotidien. La relation est au cœur de leur métier, bien au-delà des simples soins techniques. Cette idée rejoint Maela Paul, pour qui l'accompagnement

repose sur une présence attentive et une relation adaptée à la personne accompagnée et vulnérable. Les propos recueillis rappellent également les travaux de Winnicott autour de l'importance d'un environnement sécurisant. L'entrée en EHPAD, c'est souvent une perte de repères pour le résident. L'institution et les soignants doivent alors offrir un cadre rassurant pour permettre une adaptation progressive à ce nouveau lieu de vie.

Un accueil marqué par des difficultés d'acceptation et des enjeux émotionnels

Les entretiens montrent que l'accueil en EHPAD est une étape compliquée, surtout quand il se fait dans l'urgence ou sans que le résident n'ait vraiment donné son accord. Beth insiste que « *la contrainte, c'est pire que tout* » et que « *la non-préparation* » représente une difficulté importante (Entretien n°1, p. VI-VII, lignes 31-32) d'où « *l'importance que la demande vienne du résident* » ligne 24 p. VI. Meg, parle « *d'entrées en catastrophe* » générant « *angoisse et appréhension à l'arrivée* » (Entretien n°2, p. XVIII, lignes 44-47) « *situation vécue comme violente* » pour le résident ligne 56. Jo décrit aussi des admissions où l'entrée n'est pas désirée : « *on est là, mais on n'a pas envie* » p. XXIV ligne 32-33. Les infirmières mettent aussi en avant les difficultés vécues par les proches. Jo évoque une culpabilité parfois, « *envahissante* » (Entretien n°3, p. XXV, ligne 36), Amy, elle, mentionne un véritable « *travail de déculpabilisation* » face au « *sentiment d'abandon* » ressenti par les familles (Entretien n°4, p. XXIX, lignes 37-39) mais elle parle aussi de la difficulté d'acceptation de l'entrée par le résident en disant qu'ils ont « *beaucoup de mal à accepter la mise en institution* » (p. XXVIII ligne 33) ce qui entraîne des refus fréquents « *très souvent dans le refus* » ligne 34 d'où la nécessité d'accompagnement « *on patiente, on accompagne ce refus* » ligne 35. Amy aborde également les répercussions sur les soignants manifestées par l'exigence des familles : « *ils sont un petit peu virulents* », ligne 39, « *ils reportent sur nous* », ligne 41.

Ces éléments prouvent que l'entrée en institution est souvent une rupture émotionnellement difficile pour le résident comme pour son entourage. Les propos des infirmières rappellent les analyses d'Isabelle Donnio sur le vécu parfois brutal de l'institutionnalisation, mais aussi celles de Cécile Lestrade concernant l'épuisement et la culpabilité des aidants. Les soignants doivent donc accompagner non seulement l'arrivée du résident, mais aussi les émotions et les inquiétudes des proches. Cette nécessité d'un accompagnement progressif et rassurant rejoint l'approche de Sanisidro, qui insiste sur l'importance d'une adaptation individualisée pour favoriser l'intégration de la personne âgée dans son nouvel environnement.

Des situations d'accueil complexes révélatrices de tensions

Certains accueils deviennent particulièrement compliqués. Beth rapporte le cas d'une résidente qui « *ne comprenait pas pour quelle raison elle était ici* » et souhaitait « *retourner chez elle* » (Entretien n°1, p. VII, lignes 47-54). Meg évoque quant à elle un contexte familial conflictuel, « *conflit avec la belle-famille* », ligne 74, « *vraiment la guerre* », dans lequel les soignants se retrouvaient « *au milieu* » des disputes. Résultat : impossible de tisser un vrai lien de confiance, tout devenait « *sujet à être suspicieux* » ligne 84 mais encore difficulté à garder une position neutre « *on ne peut pas tisser vraiment un lien de confiance* » ligne 82 entraînant des conséquences sur la prise en charge comme un climat de méfiance envers les soignants « *l'équipe était en souffrance* » ligne 89 « *la femme de ce monsieur était en souffrance* » ligne 84 avec un impact sur le résident « *lui, il était au cœur du conflit* », « *ça se ressentait sur son anxiété, son comportement* » ligne 91, la qualité de l'accueil en a pris un coup « *c'était un peu catastrophique* » ligne 94 (Entretien n°2, p. XIX). D'autres situations montrent un décalage entre les attentes des familles et la réalité institutionnelle. Jo parle d'un séjour où « *il n'y avait vraiment rien qui allait* », vécu comme « *un échec pour nous* » (Entretien n°3, p. XXV, lignes 52-55). Amy rapporte une situation marquée par la présence d'une aidante « *du matin au soir* » qui « *ne nous faisait absolument pas confiance* » (Entretien n°4, p. XXIX, lignes 54-55), mettant l'équipe dans une position difficile.

Ces exemples confirment que l'accueil en EHPAD peut être source de tensions lorsque les attentes des familles, les émotions ou le refus du placement compliquent la prise en charge. Les infirmières se retrouvent alors confrontées à des conflits relationnels qui fragilisent la relation de confiance avec les proches. Les travaux de Cécile Lestrade mettent en évidence les difficultés d'acceptation de certains aidants face à l'institutionnalisation. Pascale Wanquet-Thibault souligne aussi que les relations entre familles et soignants demandent un travail constant de communication et d'ajustement pour préserver un accompagnement cohérent autour du résident.

Ainsi, la représentation de l'EHPAD comme lieu de vie et d'accompagnement ne concerne pas uniquement le résident. Les entretiens montrent que l'entrée en institution change la place et le rôle des proches, qui restent très impliqués dans le parcours de soin. Les difficultés émotionnelles, la culpabilité ou les tensions observées lors de l'accueil influencent directement la manière dont les aidants vont investir leur rôle au sein de l'institution.

4.3 Thème 2 : la représentation de l'aidant

Une définition de l'aidant entre aide, engagement et lien affectif

Pour les infirmières interrogées, l'aidant, c'est une personne proche du résident qui l'aide dans son quotidien et l'accompagne face à la perte d'autonomie. Beth le décrit comme « *la personne responsable pour accompagner un membre de sa famille pour les actes quotidiens de la vie, les courses, la préparation des repas* » (Entretien n°1, p. VIII, lignes 100-102). Cette idée est également retrouvée chez Jo qui dit la même chose « *d'un membre de l'entourage qui va venir aider au quotidien ce qu'elle ne peut plus faire seule* » (Entretien n°3, p. XXVI, lignes 83-85). Les infirmières insistent aussi sur l'investissement personnel et affectif de l'aidant. Meg parle de « *quelqu'un proche pas forcément de la famille* » qui « *donne de son temps sans mesurer le temps* » (Entretien n°2, p. XIX, lignes 101-106). Amy, elle, met l'accent sur la dimension émotionnelle en parlant d'un « *aidant naturel dans la famille* » avec « *des liens émotionnels* » pouvant entraîner « *un épuisement* » (Entretien n°4, p. XXIX, lignes 80-87).

À travers ces discours, l'aidant apparaît comme quelqu'un de très impliqué à la fois sur le plan pratique et affectif. Cela rappelle les travaux de Cécile Lestrade, qui souligne l'engagement quotidien des aidants et les risques d'épuisement physique et psychologique liés à cette implication prolongée. Delphine Roy, décrit les proches aidants comme des personnes investies quotidiennement auprès d'un proche dépendant, sur le plan matériel, organisationnel et émotionnel. L'aidant devient alors un acteur essentiel du maintien de l'accompagnement de la personne âgée. Les infirmières semblent aussi reconnaître que le lien affectif entre l'aidant et le résident influence fortement la façon dont l'aidant vit l'entrée en institution et l'évolution de la dépendance.

Une place centrale de l'aidant dans la prise en charge en EHPAD

Les infirmières considèrent l'aidant comme un partenaire clé dans la prise en charge du résident. Beth explique que « *l'aidant est un référent* » et « *la personne auprès de laquelle nous allons chercher toutes les informations* » (Entretien n°1, p. IX, ligne 127). Elle ajoute qu'il « *va être capital dans la prise en charge* » (ligne 130). Amy, elle, décrit l'aidant comme « *son lien avec sa vie à l'extérieur* » et « *un soutien* » sur lequel « *il faut s'appuyer* » (Entretien n°4, p. XXX, lignes 97-109). Les infirmières soulignent aussi que la place de l'aidant continue après l'entrée en institution. Meg explique qu'il s'agit souvent de « *cette personne qui a passé le cap de la*

mise en institution » et qui « *demeure là dans notre accompagnement* » (Entretien n°2, p. XX, lignes 115-119). L'écoute permanente permet d'ajuster la prise en charge et de maintenir le lien malgré l'institutionnalisation. De ce fait Jo insiste sur le fait qu'« *ils ont leur place on les écoute tout le temps ça nous permet de se réajuster, ils ne sont pas lâchés du jour au lendemain* » (Entretien n° 3 p XXIV lignes 89-96). À travers leurs propos, les infirmières montrent qu'elles cherchent à instaurer une relation sécurisante pour que le résident et sa famille trouvent leur place dans l'institution.

Ces éléments révèlent que l'aidant garde une place importante même après l'entrée en EHPAD. Les infirmières le voient comme un relais essentiel pour comprendre les habitudes, les besoins et l'histoire de vie du résident. Cette approche rejoint les travaux de Pascale Wanquet-Thibault, qui souligne l'importance de la collaboration entre les soignants et les familles dans l'accompagnement de la personne âgée. Elle s'inscrit aussi dans l'approche de Carl Rogers fondée sur l'écoute, la compréhension et l'acceptation de la personne. Les infirmières cherchent ainsi à maintenir une relation de confiance avec les aidants pour favoriser un accompagnement adapté autour du résident.

Un rôle essentiel auprès du résident : continuité, repère et relais

Les infirmières mettent en avant le rôle relationnel et affectif de l'aidant auprès du résident. Beth dit que certaines familles,« *viennent les voir régulièrement* », les sortent » ou « *apportent du linge* » « *s'investissent énormément* » Meg souligne que l'aidant « *était là pour l'aider au quotidien* » avant l'entrée en institution et « *demeure là dans notre accompagnement* » (Entretien n°2, p. XX, lignes 117-119). Les entretiens montrent aussi que l'aidant joue un rôle important dans l'adaptation de la prise en charge. Jo explique que le fait de recevoir des informations sur le résident « *ça nous permet de se réajuster* » lorsque « *la personne ne va pas forcément oser nous le dire* » (Entretien n°3, p. XXVI, lignes 91-93). Ce fait est également retrouvé chez Amy, qui précise que les aidants « *les connaissent très bien* » et qu'« *il faut s'appuyer sur eux* » (Entretien n°4, p. XXX, lignes 101-109).

Ces propos signifient que l'aidant participe au maintien du lien affectif et agit comme un repère pour le résident. Il permet également aux soignants d'adapter leur accompagnement lorsque la personne âgée ne peut plus exprimer seule ses besoins. Cette posture rejoint les travaux de Maela Paul, qui insiste sur l'importance de l'écoute et la compréhension de la personne accompagnée.

Une présence pouvant devenir source de tensions et de conflits dans les soins

Malgré cette place importante, les infirmières décrivent également des situations où l'aidant complique la prise en charge. Beth évoque une famille qui « *ne nous écoutait plus du tout* » et qui « *donnait à manger en cachette* » à un résident présentant des troubles de la déglutition (Entretien n°1, p. X, lignes 155-158). Elle ajoute qu'ils étaient « *complètement dans le déni* » de l'état de santé du résident (ligne 165). Cette opposition aux soins est également retrouvée chez Meg, qui mentionne « *la personne aidante qui va à l'encontre des prescriptions médicales* » (Entretien n°2, p. XX, ligne 152) ou encore « *l'aidant envahissant qui veut venir pendant le temps des toilettes* » (p. XXI, ligne 155). Amy décrit une situation de fin de vie où l'aidante « *refusait les traitements antalgiques* » et « *ne voulait pas que sa maman soit endormie* » (Entretien n°4, p. XXXI, lignes 138-146), empêchant l'équipe de mettre en place certains soins. Jo raconte une insatisfaction familiale qui a conduit à la sortie définitive de la résidente, vécue comme « *ça a été un échec pour nous* » p. XXV ligne 55 « *on avait vraiment tout tenté* » (Entretien n° 3 p. XXIV ligne 116).

Ces situations prouvent que les émotions, le déni ou les difficultés d'acceptation peuvent parfois entrer en conflit avec les décisions médicales et les besoins du résident. Les travaux de Cécile Lestrade mettent en évidence que l'épuisement et la souffrance émotionnelle des aidants peuvent influencer leur comportement face aux soins. Les soignants doivent alors trouver un juste équilibre entre écoute des familles, respect des émotions et sécurité du résident.

Cette place importante accordée aux aidants conduit les soignants à développer une relation spécifique avec eux. Les entretiens montrent que cette relation dépasse le simple échange d'informations et s'inscrit dans une véritable dynamique d'accompagnement, où confiance, communication et ajustement relationnel sont essentiels

4.4 Thème 3 : La relation soignant-aidant dans l'accompagnement en EHPAD

Une relation de soin centrée sur la confiance et le relationnel

Les infirmières décrivent leur rôle en EHPAD comme très marqué par la relation humaine et la proximité avec les résidents. Beth insiste qu'« *il faut qu'il y ait une relation de confiance* » (Entretien n°1, p. XIII, lignes 298-299). Elle souligne l'importance des petites interactions du quotidien à travers « *le sourire* » ou encore le fait d'interroger « *bonjour, comment allez-*

vous ? » (lignes 301-302). Pour elle, le rôle du soignant, c'est aussi « *rassurer au quotidien* », « *grâce à une présence régulière auprès des résidents* » (lignes 304-305). Meg dans l'entretien n°2 met en avant une disponibilité quotidienne « *être disponible pour les résidents et leurs proches* » p. XXI Ligne 163. « *Mon rôle, c'est accompagner les personnes dans cette suite de la vie* » ligne 176. C'est la seule à parler de coordination avec le reste de l'équipe : « *coordonner les soins avec les aides-soignantes* » ligne 165 « *il y a beaucoup de coordination* » ligne 167. Elle précise aussi avec un peu de regret, « *je n'ai pas autant de temps avec les résidents qu'ils en auraient besoin* » ligne 168-169, « *mon rôle, c'est accompagner les personnes dans cette suite de la vie* » Ligne 176. Cette importance accordée à la relation se retrouve aussi de la part d'Amy, qui affirme que « *le rôle principal, c'est vraiment l'écoute* » (Entretien n°4, p. XXXI, ligne 157), mais insiste sur le fait « *je suis garante de tout ce qui est santé.* » p. XXXI ligne 156, « *il faut savoir jauger* en fonction de leur état » Ligne 159. Les professionnelles soulignent une approche des soins qui va au-delà des simples actes techniques, en intégrant une dimension relationnelle cruciale L'EHPAD devient alors un véritable espace où la qualité de l'accompagnement contribue au bien-être des résidents.

Cette vision de l'EHPAD comme un lieu de vie, déjà évoquée dans le thème précédent, semble influencer la manière dont des infirmières se positionnent. La dimension humaine est au cœur des soins et inclut aussi les aidants, qui jouent un rôle clé dans le quotidien des résidents et leur adaptation à l'institution. Les témoignages recueillis font écho aux travaux de Maela Paul, qui définit l'accompagnement comme une démarche basée sur l'écoute, la présence et l'ajustement aux besoins de chaque individu. Cette approche relationnelle peut également être mise en lien avec les idées de Carl Rogers, qui affirme que la relation d'aide repose sur l'empathie, l'authenticité et la confiance.

Une spécificité relationnelle propre à l'EHPAD

Les infirmières décrivent l'EHPAD comme un secteur différent des autres lieux de soins, notamment par l'importance du relationnel et de la connaissance du résident sur le long terme. Beth cite ainsi que « *c'est un autre milieu complètement différent.* » p. XII Ligne 276, « *c'est un autre métier* » et que « *ça n'a rien à voir* » avec les services hospitaliers plus techniques (Entretien n°1, p. XII, lignes 276-279). Elle souligne qu'en EHPAD « *il y a beaucoup plus de relationnel* » (p. XIII, ligne 292), contrairement aux autres secteurs de soins, « *elles ont beaucoup de soins techniques* », ligne 279. Cette idée se retrouve aussi chez Jo, qui explique qu'à l'hôpital « *les gens sont là pour soigner une pathologie* » alors qu'en EHPAD « *on les*

connaît bien » (Entretien n°3, p. XXVII, lignes 130-145). La relation s'inscrit dans la durée et permet aux soignants de repérer plus facilement les changements physiques, psychiques ou émotionnels du résident. Cette connaissance progressive du résident s'appuie aussi sur les informations transmises par les aidants. Comme évoqué dans le thème précédent, les proches deviennent des repères importants pour comprendre les habitudes de vie, les besoins et les réactions de la personne âgée. La relation avec les familles participe alors pleinement à l'individualisation de l'accompagnement en EHPAD. Les professionnelles mettent aussi en avant la nécessité d'adapter leur posture relationnelle. Amy explique *qu'« on peut être très proche tout en vouvoyant »* (Entretien n°4, p. XXXI, lignes 177-178), montrant ainsi que la proximité relationnelle ne signifie pas l'absence de cadre professionnel. Elle ajoute que *« c'est un travail sur nous-mêmes »* (ligne 184), révélant l'importance de la juste distance dans l'accompagnement. Quant à Meg, elle précise la spécificité d'un EHPAD par *« le ratio d'infirmiers par rapport au nombre de patients... c'est particulier »* p XXI ligne 184-185. Elle ajoute *« on a quand même un rôle important auprès des familles »*, ligne 188 *« parfois même plus avec eux qu'avec les résidents »*, ligne 189, *« on est sur un lieu de vie »*, ligne 192.

Ces éléments montrent que le soin en EHPAD repose largement sur les compétences relationnelles des soignants. Cette réflexion rejoint les travaux de Pascale Wanquet-Thibault, qui souligne que l'accompagnement des personnes âgées nécessite une relation individualisée fondée sur l'écoute, la continuité et l'humanité dans les soins, ainsi que l'importance de l'inclusion des familles dans le processus d'entrée en institution.

Une relation triangulaire entre résident, aidant et soignant

Les entretiens mettent aussi en lumière l'importance de la relation triangulaire entre le résident, l'aidant et les soignants. Beth affirme ainsi que *« nous formons véritablement un triangle »* et que les équipes travaillent *« en étroite collaboration avec les familles »* (Entretien n°1, p. XIV, lignes 329-331). Elle souligne aussi que *« si on leur explique tout, c'est tellement plus facile »* (ligne 332), montrant l'importance de la communication dans la relation avec les proches.

Cette dimension partenariale est également évoquée par Meg, qui explique qu'*« on est un peu des partenaires »* et même *« indissociables »* (Entretien n°2, p. XXII, lignes 225-226). Les infirmières semblent ainsi considérer les aidants comme des acteurs importants de l'accompagnement du résident, notamment grâce à leur connaissance de l'histoire de vie, des habitudes et des besoins de leur proche. Cette place accordée aux proches dans

l'accompagnement rejoint les travaux de Delphine Roy, qui souligne que les aidants occupent aujourd'hui une fonction centrale dans le parcours de soin des personnes âgées dépendantes. Les infirmières semblent donc voir les familles comme de véritables partenaires dans la prise en charge. Cette place accordée aux aidants fait écho aux difficultés d'adaptation et aux enjeux émotionnels déjà retrouvés dans les deux premiers thèmes. En effet, plus l'entrée en institution est vécue difficilement par le résident ou sa famille, plus la relation avec les soignants nécessite un travail de communication, de réassurance et d'ajustement relationnel.

Les professionnelles soulignent cependant que la place de l'aidant doit parfois être ajustée selon les situations. Jo explique que « *certaines familles ont besoin de couper* » tandis que d'autres restent très présentes (Entretien n°3, p. XXVII, lignes 162-168). L'accompagnement nécessite alors de respecter le rythme et les besoins de chaque famille tout en maintenant leur place auprès du résident. Les professionnelles expliquent également que cette relation repose sur un travail d'explication et de réassurance. Enfin, Amy résume cette collaboration en affirmant que « *c'est tous les trois, main dans la main* » et qu'« *il faut qu'on travaille tous ensemble* » (Entretien n°4, p. XXXII, lignes 200-201). Les entretiens montrent ainsi que la qualité de la relation entre les soignants et les aidants peut favoriser l'adaptation du résident à l'EHPAD et contribuer à une prise en charge plus cohérente. Les trois thèmes étudiés apparaissent donc étroitement liés : la représentation de l'EHPAD influence la manière dont les soignants accompagnent les familles, tandis que la place accordée à l'aidant vient directement impacter la relation de soin et l'adaptation du résident à son nouveau lieu de vie.

Cette réflexion rejoint les travaux de Maela Paul autour d'un processus de développement de l'accompagnement et aussi l'approche de Carl Rogers, dans laquelle l'écoute, la compréhension et la confiance permettent de développer une relation d'aide plus apaisée et collaborative.

5 DE LA PROBLÉMATIQUE A LA QUESTION DE RECHERCHE

Pendant ma formation en soins infirmiers et mes expériences en EHPAD, j'ai souvent été témoin de situations où l'entrée en institution d'une personne âgée était vécue comme un vrai choc pour les familles. Ce moment de vie, souvent lié à une perte d'autonomie, un sentiment de culpabilité ou l'épuisement de l'aidant, m'a beaucoup questionnée. J'ai vu des proches en détresse, parfois complètement perdus face à la décision du placement, et aussi des tensions

entre la famille et les soignants. Tout ça m'a peu à peu poussé à réfléchir à la place qu'on donne aux aidants quand leurs parents entre en EHPAD.

Au début, mes lectures m'ont aidée à mieux cerner les enjeux de l'entrée en institution. Vincent Caradec explique que vieillir et perdre son autonomie est un bouleversement dans la vie de la personne âgée. Quand rester chez soi devient trop compliqué, l'EHPAD apparaît comme une solution pour garantir sécurité et accompagnement. Mais en réalité, cette entrée marque souvent une vraie rupture : les habitudes, les repères, l'environnement affectif, tout change.

Isabelle Donnio montre aussi que l'institutionnalisation peut être une étape très dure, aussi bien pour le résident que pour son entourage. Le placement fait naître un sentiment de perte, d'abandon ou de culpabilité chez les proches. Cela rejoint aussi les travaux de Cécile Lestrade, qui insiste sur l'épuisement physique et psychologique des aidants qui s'occupent au quotidien d'un proche dépendant. Delphine Roy, elle, souligne à quel point les proches aidants sont impliqués, que ce soit sur le plan affectif ou organisationnel.

En continuant mes lectures, j'ai aussi réalisé que l'EHPAD n'est pas qu'un lieu de soins, c'est avant tout un lieu de vie. L'accompagnement, la confiance, l'écoute et l'empathie deviennent alors des éléments clés dans la prise en charge des résidents et de leurs familles. Les travaux de Maela Paul sur l'accompagnement, et ceux de Carl Rogers sur la relation d'aide, mettent en lumière à quel point il est essentiel d'être vraiment présent, de savoir écouter et de chercher à comprendre le lien qui va se créer entre le soignant et le résident. En y réfléchissant, je me suis dit que la qualité du lien entre les soignants et les aidants jouait sans doute un rôle déterminant dans la manière dont un résident trouve ses marques en EHPAD.

Afin d'approfondir mes recherches, j'ai mené une enquête exploratoire auprès de quatre infirmières qui travaillent en EHPAD. Les entretiens ont montré que les aidants gardent un rôle essentiel même après l'entrée en institution. Les infirmières les voient comme des partenaires de soin, capables de donner des infos précieuses sur les habitudes, les besoins, les repères ou l'histoire du résident. Elles insistent aussi sur l'importance de bien communiquer et d'établir une relation de confiance avec les familles.

Les résultats de l'enquête montrent aussi que l'accompagnement des aidants prend une place importante dans le travail infirmier en EHPAD. Les soignants doivent sans cesse ajuster leur posture pour rassurer, écouter et soutenir les proches, tout en respectant les besoins du résident

et le cadre de l'établissement. Les infirmières parlent d'un vrai travail relationnel, basé sur le savoir-être, l'écoute et la gestion des émotions.

Mais les entretiens révèlent aussi des difficultés relationnelles. Les émotions, le refus du placement, la culpabilité ou le déni peuvent parfois créer des tensions entre les familles et les soignants. Certaines infirmières racontent des situations compliquées où les proches remettent en cause les soins, se montrent méfiants envers l'équipe ou ont du mal à accepter l'évolution de l'état de santé du résident. Les professionnelles cherchent alors à trouver un équilibre entre l'accompagnement des aidants, le respect du résident et le cadre institutionnel.

Ces situations illustrent bien la complexité de la relation entre le résident, l'aidant et le soignant en EHPAD. Les entretiens indiquent que la qualité de cette relation triangulaire a un impact important sur l'accompagnement du résident et sur son adaptation à l'institution. Au fil de ce travail, ma réflexion s'est donc recentrée : ce n'est plus seulement la place de l'aidant qui m'intéresse, mais aussi la manière dont les infirmières accompagnent cette place au quotidien.

En croisant les retours des entretiens avec les apports théoriques, j'ai pu mesurer à quel point la place des aidants est importante au moment de l'entrée en EHPAD. Les différentes situations que j'ai rencontrées montrent aussi que cette étape peut soulever des enjeux relationnels, émotionnels et organisationnels, tant pour les familles que pour les soignants, dans la relation de soin.

Cette réflexion oriente alors mon travail vers un nouveau questionnement :

Comment les infirmières accompagnent-elles les aidants lors du placement d'un proche en EHPAD ?

CONCLUSION

J'arrive au bout de ce travail de fin d'études, qui m'a vraiment poussé à réfléchir à la place qu'on laisse à l'aidant quand un proche entre en EHPAD. En partant de ma situation de départ, en explorant les recherches théoriques et en menant des entretiens avec des infirmières, j'ai pu voir à quel point l'entrée en institution est un cap difficile, autant pour le résident que pour ceux qui l'entourent.

Ce qui ressort des entretiens, c'est que l'aidant garde un rôle essentiel dans l'accompagnement du résident, même après son arrivée en institution. Les infirmières que j'ai interrogées voient les proches comme de véritables partenaires de soin, capables d'apporter des informations précieuses sur les habitudes, les besoins ou l'histoire de vie du résident. Alors, la relation de soin prend une forme triangulaire, entre le résident, l'aidant et le soignant.

Les résultats montrent aussi que la communication, l'écoute et la confiance sont au cœur de l'accompagnement des familles. Les soignants doivent sans cesse ajuster leur posture professionnelle pour rassurer, soutenir et accompagner les aidants, tout en respectant les besoins du résident et les contraintes institutionnelles. Ce travail m'a permis de mieux saisir la complexité du rôle infirmier en EHPAD, où l'accompagnement relationnel pèse au moins autant que les gestes techniques.

Sur le plan personnel et professionnel, cette recherche a vraiment nourri ma réflexion en tant que future infirmière. Mon expérience d'aide-soignante en EHPAD m'avait déjà ouvert les yeux sur l'importance du lien avec les familles, mais ce mémoire m'a fait prendre conscience des enjeux émotionnels et relationnels qui entourent l'entrée en institution.

Enfin, ce travail ouvre des pistes pour mieux accompagner les aidants en institution et repenser la place des familles dans la relation de soin. Il a aussi renforcé mon goût pour la réflexion professionnelle et les recherches autour de l'accompagnement en EHPAD. Au final, au-delà des soins techniques, ce mémoire rappelle que l'accompagnement en institution repose avant tout sur une relation humaine, où résident, proches et soignants avancent main dans la main pour préserver la dignité et le bien-être de la personne âgée, faisant parfois des soignants de véritables « souffleurs de vie » (Piquemal, 2024).

BIBLIOGRAPHIE

- Bruno, C. (2018). Qu'est-ce qu'un aidant(e) familial(e) ? *VST – Vie sociale et traitements*, 139(3), 85-90.
- Caradec, V. (2009). L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*, 157(3), 38-45. <https://doi.org/10.3917/idee.157.0038>
- Conférence de consensus sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. (2004, 14-15 janvier). *Texte des recommandations - Version courte*. Faculté Xavier-Bichat, Paris, avec la participation de l'ANAES et de la SFAP
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_conference_famille_2006.pdf
- Donnio, I. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées. *Gérontologie et société*, 28(112), 73-92. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0073>
- Gottlieb, L. N. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : Promouvoir la santé et la guérison chez la personne et sa famille*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Lestrade, C. De. (2014). Les limites des aidants familiaux. *EMPAN*, 94(2), 31-35. <https://doi.org/10.3917/empa.094.0031>
- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 13-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>
- Piquemal, M. (2024, 18 novembre). EHPAD : Au village de Kersalic, les soignants sont des « souffleurs de vie ». *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/11/18/ehpad-au-village-de-kersalic-les-soignants-sont-des-souffleurs-de-vie_6399620_3224.html
- Rogers, C. R. (2001). *L'approche centrée sur la personne* (J.-P. Bérubé, Trad) InterÉditions. (Ouvrage original publié en 1961)
- Roy, D. (2019). « Qui sont les proches aidants et les aidés ? » *Actualité et dossier en santé publique*, (109), 11-14.
- Sanisidro, M. (2008). La place des familles et des proches des résidents en EHPAD : À la recherche d'une intégration réussie. L'exemple de la maison de retraite publique de Ganges "Le Jardin des Aînés" (*Mémoire de l'École des hautes études en santé publique*).
- Théry, C., Bertin-Hugault, F., Zawieja, P., Belmin, J., & Rothan-Tondeur, M. (2021). Les soins fondés sur les forces : Expérience vécue, perceptions et attentes des familles des résidents en Ehpads, une approche phénoménologique. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 19(3), 261-273. <https://doi.org/10.1684/pnv.2021.0953>
- Wanquet-Thibault, P. (2015). *L'adulte hospitalisé : Travailler avec la famille et l'entourage. La place des aidants naturels dans la relation de soin*. Elsevier Masson 2e édition.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

ANNEXES

Table des annexes

Annexe 1 : Lettre de demande d'entretiens	I
Annexe 2 : La grille d'entretien	II
Annexe 3 : Lettres et mail d'autorisations des entretiens infirmiers	IV
Annexe 4 : Entretien soignant n°1	VII
Annexe 5 : Entretien soignant n°2	XVIII
Annexe 6 : Entretien soignant n°3	XXV
Annexe 7 : Entretien soignant n°4	XXVIII
Annexe 8 : Grille d'analyse des questions thème 1	XXXIV
Annexe 9 : Grille d'analyse des questions thème 2	XXXVII
Annexe 10 : Grille d'analyse des questions thème 3	XXXIX
Annexe 11 : Autorisation de diffusion de travail de fin d'étude	XLII

Annexe 1 : Lettre de demande d'entretiens



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M.me Le Ny Angélique.....
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 783 Route de St Trophime
84860 Caderousse

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 0603724117
Mail : aleny@erfp84.fr

Avignon, le 18/02/2026.....

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : ..EHPAD.....

auprès de la(des) population(s) : ..Infirmières.....

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

Quelle place accorder à l'aidant lors d'un placement en EHPAD ?
.....

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

Selon vous, quel est le rôle principal de l'Ehpad aujourd'hui ?

Que représente pour vous l'Ehpad sur le plan professionnel ?

Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors d'un accueil (pour le résident, les proches) ?

Auriez-vous un exemple concret d'une situation d'accueil particulièrement complexe ?

**Comment définiriez vous le terme aidant et quelle place occupe selon vous l'aidant dans votre
établissement ?**

Quel rôle a t'il auprès du résident ? Pourriez-vous me décrire une situation dans laquelle la présence ou l'intervention d'un aidant a interférer dans un soin ? Comment définiriez vous votre rôle de soignant en Ehpad ? En quoi ce rôle vous semble t' il spécifique par rapport à d'autres secteurs de soins ? Comment décririez vous la relation soignant résident en ehpad ? Quelle place accordez vous à l' aidant dans cette relation de soins triangulaires résident aidant soignant ?
.....

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Mme Le-Ny Angélique

Annexe 2 : La grille d'entretien

Afin de mener à bien mon enquête exploratoire, je poserai plusieurs questions portant sur les différents concepts de mon cadre de référence. L'objectif de ces questions est de recueillir, auprès des professionnels de santé, des éléments permettant de répondre à ma question de recherche.

Avant de débiter l'entretien, je me présenterai, et avec l'accord des soignants, j'enregistrerai l'échange afin de pouvoir l'analyser ultérieurement. Celui-ci sera anonymisé.

Présentation commune	Présentation de la personne	• Pouvez-vous vous présenter ? (Âge, depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?) Avez-vous suivi des formations professionnelles en lien avec la personne âgée ?
Thème 1 : Ehpad	Représentation de l'Ehpad et accueil du résident	• Selon vous, quel est le rôle principal de l'Ehpad aujourd'hui ? • Que représente pour vous l'Ehpad sur le plan professionnel ? • Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors d'un accueil (pour le résident, les proches ?) • Auriez-vous un exemple concret d'une situation d'accueil particulièrement complexe ?
Thème 2 : La représentation de l'aidant	Comprendre comment les infirmières perçoivent la place et le rôle de l'aidant proche	• Comment définiriez-vous le terme aidant ? • Quelle place occupe, selon vous, l'aidant dans votre établissement ? • Quel rôle a-t-il auprès du résident ? • Pouvez-vous me décrire une situation dans laquelle la présence ou l'intervention d'un aidant a interféré dans un soin ?
Thème 3 : Relation et rôle soignant en Ehpad	Comprendre comment les infirmières en Ehpad définissent leur rôle et	• Comment définiriez-vous le terme aidant ? • Quelle place occupe, selon

	construisent la relation de soin entre le résident, en tenant compte de la place de l'aidant	vous, l'aidant dans votre établissement ? • Quel rôle a-t-il auprès du résident ? • Pouvez-vous me décrire une situation dans laquelle la présence ou l'intervention d'un aidant a interféré dans un soin ?
		• Comment définiriez-vous votre rôle de soignant en Ehpad ? • En quoi ce rôle vous semble-t-il spécifique par rapport à d'autres secteurs de soins ? • Comment décririez-vous la relation soignant-résident en Ehpad ? • Quelle place accordez-vous à l'aidant dans cette relation de soin triangulaire (résident-aidant-soignant) ?

Question de relance : Cette définition de l'aidant a-t-elle évolué avec votre expérience en Ehpad ? (Pour la définition de l'aidant)

Avant de conclure, y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez ajouter ?

Annexe 3 : Lettres et mail d'autorisations des entretiens infirmiers



DIRECTION DES SOINS



Madame Angélique MAURE
Elève IDE 3^{ème} année

Envoi adresse mail : aleny@erfpp84.fr

Copie :

- Madame
- Monsieur

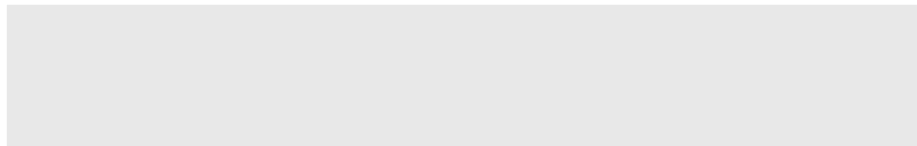


Madame,

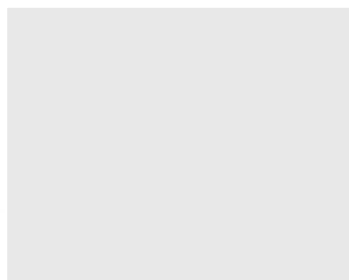
Suite à votre mail du 10 mars dernier, où vous sollicitez mon accord pour réaliser des entretiens pour votre mémoire auprès des infirmières de l'établissement, je vous confirme mon accord pour ces entretiens.

Je vous invite à vous rapprocher des cadres des 2 services suivants pour rencontrer une IDE de chacun de ces 2 services :

-
-



Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.





RE: Réponse de demande d'entretien Infirmier

À partir de 

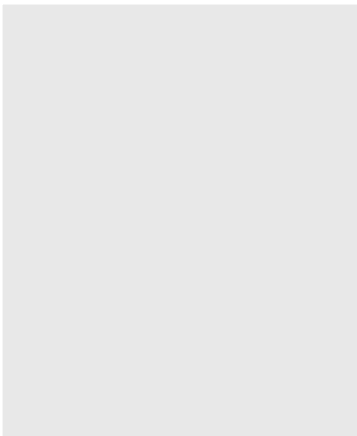
Date Mer 13/05/2026 10:27

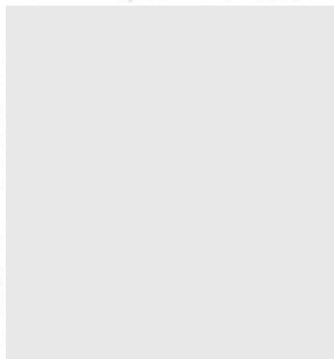
À LE NY Angélique <aleny@erfpp84.fr>

Bonjour Mme LE NY,

Nous vous autorisons de réaliser des entretiens dans le cadre de votre mémoire auprès de nos IDE.

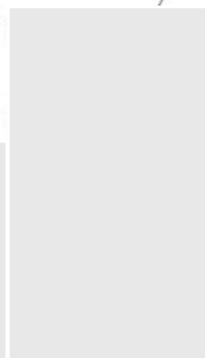
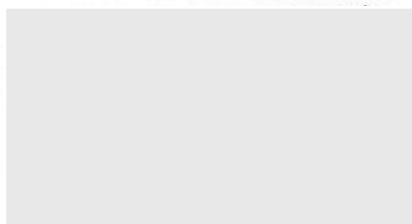
Cordialement





Le 26/03/2026

Je soussignée, Mme [redacted], atteste avoir donné son accord pour des entretiens avec les IDE de mon établissement, dans le but de répondre aux questions de Mme Angélique Le Ny dans le cadre de l'écriture de son TFE.



Annexe 4 : Entretien soignant n°1

Date : 12/03/26

Durée : 36 minutes

Profil de la personne interviewée : Infirmière ayant 34 années d'expérience

Nom: Beth

Service : EHPAD secteur fermé

Formations : Spécifiques à la prise en charge des troubles cognitifs et comment aborder une prise en charge de la personne âgée en EHPAD.

- 1 **Étudiante** : Bonjour, nous allons commencer l'entretien au niveau de ma question de départ.
2 C'est quelle place accorder à l'aidant lors d'un placement en EHPAD ? J'ai diverses questions
3 à vous poser et dans un premier temps, on va se présenter toutes les deux. Moi, c'est
4 Angélique, j'ai 43 ans, j'ai repris mes études en soins infirmiers. Avant, j'étais aide-soignante
5 et là, je suis sur la troisième année. Je travaille sur mon mémoire. C'est pour ça qu'on va faire
6 cet entretien.
- 7 **Infirmière** : Bonjour, je m'appelle Beth. J'ai bientôt 63 ans. Je suis à deux mois de la retraite.
8 Il y a 34 ans que je travaille à l'Hôpital. Donc, je suis un pur produit de l'EHPAD.
- 9 **Étudiante** : Avez-vous suivi des formations professionnelles en lien avec la personne âgée ?
- 10 **Infirmière** : Oui, oui, régulièrement oui oui, tous les...Surtout au début de ma carrière. Et
11 puis là, maintenant, je les ai un petit peu espacés parce que je maîtrise le sujet. Mais il est vrai
12 que nous avons été bien formés. Et dans le domaine de la prise en charge des troubles
13 cognitifs, et dans le domaine de la prise en charge, comment aborder une personne en
14 EHPAD. Oui, pour ça, on a eu un bon encadrement de fait.
- 15 **Étudiante** : C'est parfait, selon vous, quel est le rôle principal de l'EHPAD aujourd'hui ?
- 16 **Infirmière** : Aujourd'hui, nous accueillons des personnes qui sont en difficulté d'autonomie,
17 des personnes qui ne peuvent rester à domicile, soit parce qu'elles sont à troubles cognitifs,
18 soit parce qu'elles sont tout simplement en perte de mobilité, soit l'un, soit l'autre. Donc, nous
19 sommes en capacité d'accueillir ces deux cas de figure. Des personnes souvent qui vivent
20 seules ou bien qui sont accompagnées de l'époux, de l'épouse, mais qui présentent des troubles
21 à risque de fugue. Donc voilà, des familles en difficulté ou des personnes à domicile en
22 difficulté parce qu'elles sont seules, d'où leur admission chez nous.
- 23 **Étudiante** : D'accord, quelles sont les principales difficultés rencontrées ? Lors d'un accueil
24 pour le résident et les proches?
- 25 **Infirmière** : Alors, il est compliqué, heu, le plus simple est que la demande vienne, quand
26 c'est possible, de la personne. Il arrive que la personne, la/le futur résident, fasse la demande.
27 Ça m'est arrivé, fais la demande donc auprès de leur famille. Ils viennent visiter le secteur.
28 Voilà, et mais ça, c'est surtout pour l'EHPAD, pour le secteur protégé, ça arrive aussi, mais

29 c'est un petit peu plus rare. Et là, c'est beaucoup plus facile parce que la demande émanant
30 d'eux, il est plus facile pour la famille et pour le service de les accueillir. Et c'est davantage,
31 ça se fait plus en douceur et ils s'adaptent beaucoup plus rapidement parce que nous arrivons à
32 répondre à leurs questions et ils n'ont pas été contraints d'être admis chez nous. Et la
33 contrainte, c'est pire que tout. Et la non-préparation, c'est pire que tout.

34 **Étudiante** : Je rejoins votre position. Auriez-vous un exemple concret d'une situation
35 d'accueil particulièrement complexe au sein de votre carrière ?

36 **Infirmière** : Oui, oui, complètement. Une ancienne collègue de travail, avec qui nous avons
37 travaillé pendant des années, qui a été admise, il y a un an chez nous. Elle est arrivée pour
38 troubles cognitifs, un diagnostic Alzheimer qui a été posé. Une démence bien avancée,
39 maintien à domicile impossible parce qu'elle sortait régulièrement de chez elle. Elle se perdait
40 dans son village. Elle a été ramenée régulièrement par les pompiers à l'hôpital général et sa
41 fille allait la récupérer. Donc, elle est arrivée dans notre service en secteur protégé, il y a un
42 an, elle est venue visiter le service avec sa fille, mais elle n'était pas contente parce qu'elle
43 savait pertinemment ce qu'il attendait. Elle voulait rester à domicile, mais la situation
44 familiale ne le permettait pas parce que c'est une personne qui est divorcée, donc qui vivait
45 seule. Donc, ça a été compliqué. Au départ, elle était encore relativement, elle avait... ses
46 troubles n'étaient pas suffisamment évolués donc, nous pouvions discuter avec elle. La prise
47 en charge était beaucoup plus facile. Puis petit à petit, elle a commencé à vouloir
48 véritablement partir, rentrer chez elle parce qu'elle ne comprenait pas pour quelle raison elle
49 était ici. La psychologue venait régulièrement s'entretenir avec elle, a régulièrement ainsi que
50 la cadre de santé et nous-mêmes, avec le médecin du service, avons régulièrement accueilli la
51 famille, le fils, la fille et la tutrice, parce qu'elle est aussi sous tutelle. Et malgré ce, la prise en
52 charge est restée compliquée. Et même un an après, la maladie a évolué. Elle a du mal
53 maintenant à reconnaître son entourage, pas immédiat, mais son entourage, son entourage un
54 petit peu plus éloigné. Donc, lorsqu'elle reçoit des visites d'amis ou autres de son village, là,
55 elle ne les reconnaît plus. Mais malgré ce, elle parle encore de sa maison et elle veut partir. Ça
56 a été une entrée préparée, mais pas choisie par la résidente. Donc, ça a été pénible, ça l'est
57 resté.

58 **Étudiante** : Oui, c'est toujours ancré en elle. Ah oui, c'est sûr.

59 **Infirmière** : Oui, oui, oui, oui. Donc, ça a été compliqué parce que la personne, nous la
60 connaissions. Voilà, nous connaissions la résidente.

61 **Étudiante** : Tout à fait. Si c'était une ancienne collègue de travail à vous, c'est normal.

62 **Infirmière** : La résidente et la famille, voilà. Et d'autres cas qui me viennent en mémoire, ce
63 sont des personnes qui viennent, qui ont été hospitalisées, par exemple, en, pour une
64 rééducation suite à une chute. Et trois semaines après, bien, le choix a été vite fait car la
65 famille ne pouvant pas la récupérer à domicile, la dame vivant seule, eh bien, il s'est posé la
66 question de l'hébergement et elle est arrivée chez nous. Voilà. Donc, en attendant qu'une place
67 se libère, eh bien, soit elle était admise au cantou ou en UHR. Voilà. Selon les disponibilités
68 du service en journée. Afin de soulager un petit peu l'équipe du service de rééducation, afin
69 qu'elle puisse travailler. Et ensuite, cette dame est venue chez nous. Alors là, ça a fait
70 double... Ça a été encore un peu plus compliqué parce qu'elle est passée de son domicile à

71 l'hôpital général, puis de l'hôpital général en rééducation, puis de la rééducation au secteur
72 protégé. Donc là, ça a fait beaucoup de changements. Voilà.

73 **Étudiante :** Et donc là, c'est très perturbant pour elle.

74 **Infirmière :** Elle veut partir également, donc, elle le frappe avec sa canne, elle frappe les
75 portes, pas nous, mais elle frappe les portes. Et puis, elle est dans le refus, dans le refus de son
76 placement parce qu'elle n'a encore pas compris de quelle raison elle était chez nous. Alors que
77 la demande au départ émanait d'elle. Avant qu'elle ne tombe, sa fille m'a signalé qu'avant
78 qu'elle ne tombe, elle avait envisagé un placement en EHPAD. Mais pour elle, un EHPAD,
79 c'était quelque chose de spacieux où elle aurait tout le loisir d'aller sortir. Sauf que les troubles
80 étant avérés, elle a été placée en hébergement, en secteur protégé. Et là, ça ne va pas du tout.

81 **Étudiante :** Oui, mais c'était pour sa mise en sécurité, mais elle ne peut pas le comprendre.

82 **Infirmière :** Mais c'est vraiment des situations d'accueil assez complexes, fortement. Donc,
83 elle fait la tête.

84 **Étudiante :** Oui, oui. Et je pense que vous en avez dû avoir bien d'autres situations, mais
85 celle-là particulièrement, qui vous ont dernièrement...

86 **Infirmière :** Oui, mais il est vrai que tous les placements ici, en secteur protégé, sont
87 compliqués. Et un EHPAD aussi, parce qu'il ne faut pas se leurrer, ils viennent parfois
88 contraints et forcés par les familles qui sont en difficulté et qui ne peuvent pas faire
89 différemment. Ils n'ont pas le choix. Voilà, parce que ce sont souvent des personnes qui sont
90 encore en activité professionnelle et qui ne peuvent pas garder les parents.

91 **Étudiante :** Tout à fait.

92 **Infirmière :** Et j'ai remarqué que dans notre secteur, ils rentrent de plus en plus jeunes. Nous
93 avons des personnes que nous accueillons à l'âge de 68 ans. Donc, imaginez un peu l'âge des
94 enfants.

95 **Étudiante :** Ah oui, tout à fait.

96 **Infirmière :** Des enfants qui sont trentenaires, qui travaillent, qui ont des enfants en bas âge.
97 Donc, c'est compliqué. La prise en charge de la famille est parfois aussi compliquée que celle
98 du résident.

99 **Étudiante :** Tout à fait, voilà, donc là on va parler un peu de la représentation de l'aidant.
100 Donc, comment définiriez-vous le terme aidant ?

101 **Infirmière :** Alors, l'aidant est la personne qui est, je vais dire, responsable, qui va, qui est là
102 pour accompagner un membre de sa famille qui est en difficulté pour les actes quotidiens de
103 la vie ou alors pour faire les courses, pour l'aider au départ de la maladie. Ça va être pour les
104 courses, pour la préparation des repas. Et ensuite, petit à petit, il va falloir que l'aidant fasse
105 intervenir des aides à domicile. Voilà, l'aidant va faire en sorte qu'il y ait un environnement à
106 la maison qui soit protecteur. Il va y avoir la télé-alarme, il va y avoir le SSIAD, ou peu
107 importe, des infirmières libérales qui vont intervenir à tour de rôle pour qu'il y ait un turnover
108 dans la maison afin de soulager la famille et que la personne puisse être relativement
109 autonome à la maison jusqu'à ce que ça ne soit plus possible. Et là, l'aidant, afin de pouvoir
110 souffler un peu, après mûres réflexions, ça leur prend souvent beaucoup de temps, lorsqu'ils
111 arrivent à épuisement, à ce moment-là, ils commencent à envisager de les placer. Mais pour
112 eux, c'est un crève-cœur et c'est très très compliqué. Parce que malgré tout ce qu'ils peuvent

113 endurer, ça reste très compliqué. Ils préfèrent à la limite le prendre sur eux, être fatigués
114 jusqu'à ce qu'ils n'en puissent plus. Mais l'aidant, c'est une personne qui a énormément de
115 qualités. C'est quelqu'un qui est extrêmement important. Sans aidant, les personnes
116 viendraient chez nous beaucoup plus tôt et ce ne serait pas forcément mieux. D'où la difficulté
117 lorsqu'ils les laissent chez nous, EHPAD, parce que le fil est rompu. Et tout ce qu'il leur a
118 apporté à domicile, ils ont l'impression qu'on leur enlève quelque chose. Par exemple, ils se
119 font une joie, par exemple, de leur donner à manger, de leur amener des goûters. Ils essaient
120 de continuer à leur apporter tout ce qu'ils faisaient à la maison. Ils ne veulent pas que le fil soit
121 rompu. Mais l'aidant est quelqu'un de capital et il continue à l'être ici, parce qu'en règle
122 générale, c'est notre référent. C'est le référent du résident. Ensuite, c'est le nôtre aussi. C'est la
123 personne avec qui on a le plus de liens. Nous sommes toujours en contact avec lui. Il a été très
124 important et il le reste.

125 **Étudiante :** Alors du coup, vous avez répondu à la question qui arrivait ensuite. C'était quelle
126 place occupent selon vous l'aidant dans votre établissement ? Mais du coup, vous avez parlé
127 que l'aidant pour vous, c'était un référent.

128 **Infirmière :** Ah complètement. Pour nous, l'aidant est un référent. C'est la personne auprès de
129 laquelle nous allons chercher toutes les informations du plus intime, ça peut remonter loin.
130 Que faisait votre parent dans sa petite enfance ? Et puis ensuite, quelle était sa vie ? Afin que
131 nous fassions son projet de vie, par exemple, avec notre psychologue. L'aidant va être capital
132 dans la prise en charge en EHPAD. Nous travaillons beaucoup avec la personne qui est
133 aidante à domicile parce qu'elle continue à l'être, malgré tout, chez nous. Ce sont des
134 personnes qui viennent les voir régulièrement, qui s'investissent énormément, qui les sortent,
135 qui apportent du linge, pour tout. On leur demande de tout. S'il y a le moindre souci ou pas, le
136 moindre rendez-vous, c'est cette personne-là qui va accompagner le résident dans sa vie chez
137 nous.

138 **Étudiante :** Pouvez-vous me décrire une situation dans laquelle la présence ou l'intervention
139 d'un aidant a interféré dans un soin ? Est-ce que vous avez déjà rencontré ce fait ?

140 **Infirmière :** Oui, régulièrement.

141 **Étudiante :** Vu qu'ils sont très présents.

142 **Infirmière :** Ça peut être très bien d'être très présent, sauf que lorsque le résident commence à
143 être en difficulté, c'est-à-dire s'il tombe malade chez nous. Nous avons eu récemment le cas
144 d'un monsieur de 69 ans qui avait de gros troubles cognitifs depuis une petite dizaine
145 d'années. Il est arrivé chez nous, il était déjà en grande difficulté, mais il continuait à marcher.
146 Petit à petit, il a perdu la marche. Pour son épouse, ça a été terrible parce qu'il était très jeune.
147 Ça a été compliqué parce qu'elle intervenait tout le temps, en dehors de nos conciliations,
148 parce que nous l'avons souvent reçue, nous étions complètement tout le temps en dialogue
149 avec elle parce qu'elle venait le voir tous les jours. Tous les jours, elle nous demandait s'il
150 avait bien mangé. Tous les jours, elle nous demandait s'il avait bien dormi. Tous les jours, elle
151 nous demandait s'il n'avait pas perdu de poids, parce qu'il est vrai que malgré le fait qu'il
152 continue à manger, c'est un monsieur qui perdait beaucoup de poids. Il avait été un grand
153 sportif, et là, il est vrai qu'il avait une fonte musculaire qui était quelque chose de
154 spectaculaire, donc il perdait énormément de poids. Cette dame venait toujours le faire

155 manger, mais elle lui faisait des sandwichs, de gros sandwichs, jusqu'au jour où on lui a dit
156 qu'il était en difficulté au niveau de la déglutition. Et alors là, on commençait les difficultés.
157 Parce qu'elle ne nous écoutait plus du tout, elle lui donnait à manger en cachette, alors que
158 nous, nous avions déjà mis en route une alimentation plaisir avec manger main tout ça, voilà,
159 et puis quelque chose d'une alimentation, une texture un peu mixée ou hachée, on regardait, et
160 cette dame ne voulait pas admettre que son mari était en difficulté de déglutition, parce qu'elle
161 nous disait qu'avec elle, ça n'était pas le cas. Donc, en cachette, elle lui donnait de gros
162 sandwichs. Donc là, on a vraiment été en difficulté. D'où, on a fait plusieurs réunions avec
163 psychologues, avec cadre de santé, avec un premier médecin, puis un deuxième médecin qui
164 nous a aussi beaucoup aidés. Elle a été même reçue par la directrice des soins afin de voir un
165 petit peu comment faire pour trouver une solution. Et la prise en charge de la fin de vie a été
166 encore plus compliquée parce que les enfants, là, sont des interfères au milieu, ils voulaient
167 toujours qu'on le motive, qu'on le fasse manger, qu'on le fasse boire. Donc là, ils étaient
168 complètement dans le déni et ça a duré des semaines.

169 **Étudiante** : D'accord. Donc là, ça a été compliqué.

170 **Infirmière** : Donc les familles, les aidantes peuvent être très, très bien parce qu'il est vrai que
171 cette dame répondait à toutes nos questions, mais jusqu'au jour où ça bascule parce que la
172 personne est en difficulté, donc la famille aussi. Elle n'accepte pas. Voilà. Et là, on est trop à
173 travailler sur le même résident et nous, le personnel soignant et la famille. Donc finalement,
174 au bout d'un moment, là, on est en difficulté, on n'y arrive pas parce qu'ils ne nous écoutent
175 pas.

176 **Étudiante** : D'accord.

177 **Infirmière** : Voilà. Et là, dernièrement, nous avons une dame aussi qui est décédée la
178 semaine dernière. Eh bien, son fils, jusqu'au bout du bout, n'a pas voulu croire que sa maman
179 allait mourir. Voilà. Et donc, il est en difficulté. Il fallait toujours lui donner ne serait-ce que
180 de l'eau gélifiée, continuer les perfusions alors qu'elle était à la fin quasiment comateuse. Et
181 puis, le médecin... Alors, nous avons trois médecins qui sont intervenus. Nous avons même
182 fait venir le médecin qui gère les soins palliatifs. Donc, nous lui avons mis en place l'HAD,
183 est venu le prendre en charge. Donc, il a eu une pompe avec du Midazolam, avec de la
184 morphine. Et malgré ce, son fils était en difficulté et il aurait voulu que la prise en charge se
185 fasse en soins palliatifs. Sauf qu'il n'y avait pas de raison, l'accompagnement s'est fait ici parce
186 que l'HAD venait travailler avec nous.

187 **Étudiante** : Tout à fait.

188 **Infirmière** : Donc, nous avons trop d'intervenants au niveau des médecins parce que nous
189 avons le médecin du service, le médecin de l'HAD. Et lorsqu'ils n'étaient pas disponibles,
190 lorsque nous étions vraiment en difficulté, nous faisons intervenir le médecin des soins
191 palliatifs. Et ces trois médecins discutaient tout le temps avec la famille, avec le fils de cette
192 dame. Et là, il est vrai que nous sommes souvent en difficulté lorsque les familles deviennent
193 proches.

194 **Étudiante** : Mais du coup, est-ce que ce n'est pas par rapport à ce que les médecins avaient
195 différents discours avec la famille et que du coup, ça engendrait des questionnements
196 importants au niveau de la fin de vie ?

197 **Infirmière** : Les médecins avaient un discours différent, mais la famille changeait
198 régulièrement aussi de comportement. C'était un fils unique qui avait perdu son papa l'an
199 dernier, ou il y a deux ans, dans le secteur des soins palliatifs. Et il aurait voulu que sa maman
200 ait le même accompagnement.

201 **Étudiante** : D'accord.

202 **Infirmière** : Et puis, étant seul, il avait du mal à décider si oui ou non, il choisissait de laisser
203 partir sa maman. Donc, il était seul à décider, ça a été très compliqué. Et il est vrai que les
204 médecins ne tenaient pas le même discours. Donc, voilà, ça a été compliqué. Mais tout allait
205 bien jusqu'à ce que, voilà, elle commence à ne plus manger et ça a basculé. Et en règle
206 générale, ça se passe toujours comme ça.

207 **Étudiante** : C'est vrai.

208 **Infirmière** : Tout va bien jusqu'au jour où ils sont malades et que... Et que leur état... Ils sont
209 complètement en perte d'autonomie, donc là, surtout, nous essayons toutes de tenir le même
210 discours. Voilà, les aides-soignantes, les infirmières, la cadre de santé, nous n'en avons
211 qu'une, c'est facile, mais on fait régulièrement des réunions, on se pose tranquillement et on
212 discute afin d'avoir toutes le même discours.

213 **Étudiante** : Oui.

214 **Infirmière** : Et en cas de...Ce qu'il y a de mieux à faire.

215 **Étudiante** : Oui.

216 **Infirmière** : Et en cas de discordance entre nos discours, eh bien là, on appelle la cadre de
217 santé qui reçoit la famille.

218 **Étudiante** : Oui, vous êtes quand même toujours disponible malgré tout.
219 Voilà, c'est très important dans la prise en charge, autant pour le résident que pour la famille.

220 **Étudiante** : Oui.

221 **Infirmière** : Et même les familles, à ce moment-là, viennent le matin. Ah oui, quand c'est
222 comme ça, elles peuvent venir le matin, elles viennent passer la nuit même. Non, mais là,
223 quand c'est comme ça, on est même très disponible au niveau du téléphone. Et nous-mêmes,
224 les premières, quoi qu'il arrive, on appelle la famille. Voilà, si on trouve qu'elle va un peu
225 moins bien, la personne, là, on appelle la famille pour la tenir informée. – Oui, pour les
226 prévenir. – Oui, ça va moins bien ce jour-ci, vous devriez venir, voilà.

227 **Étudiante** : D'accord, oui, vous êtes vraiment...

228 **Infirmière** : On est tout le temps en lien, tout le temps. Et on les informe de tout pour tout,
229 tout le temps. S'il y a un changement important au niveau d'un traitement, par exemple, peu
230 importe, on prévient. Une chute, on prévient. – Oui. – Voilà. Un rendez-vous, on prévient. On
231 prévient tout le temps la famille.

232 **Étudiante** : Donc la famille fait partie de...Intégrante.

233 **Infirmière** : Oui, intégrante de l'équipe, finalement, auprès du résident, voilà. Elle est
234 toujours prévenue. Et d'autant plus que nous, chez nous, en secteur protégé, les familles se
235 doivent d'être présentes lors des rendez-vous. Parce que les ambulanciers viennent chercher la
236 résidente, mais ne peuvent pas rester avec eux là-bas sur place. Donc c'est la famille qui reste
237 sur place.

238 **Étudiante** : D'accord.

239 **Infirmière** : Voilà. Et quand il n'y a pas de disponibilité de la famille...C'est la famille qui
240 prend le rendez-vous.

241 **Étudiante** : D'accord.

242 **Infirmière** : Alors maintenant, on a trouvé ce moyen-là. Moi, ce matin, j'ai demandé à une
243 famille, justement, de prendre un rendez-vous pour un contrôle post-opératoire. Parce que
244 c'est selon leur disponibilité.

245 **Étudiante** : Tout à fait.

246 **Infirmière** : Voilà. Donc c'est la famille qui va prendre rendez-vous avec le chirurgien. Moi,
247 je vais prendre le rendez-vous avec... Je vais commander le transport. Et à ce moment-là,
248 c'est tellement plus facile pour tout le monde. La famille va accompagner son parent à
249 l'hôpital, va assister à la consultation. Donc elle part ou avec le parent dans l'ambulance, ou
250 elle le suit. Mais au moins, il y a... Et puis alors, il y a encore plus de liens.

251 **Étudiante** : Donc la famille est au courant de tout.

252 **Infirmière** : Oui. Mais je crois que c'est une des choses les plus importantes quand ils
253 rentrent en institut. Ah oui, oui, oui. Complètement. Que la famille soit au courant du moindre
254 changement. Ah oui, oui. Ils sont au courant de tout. Voilà. Donc ce qui fait qu'on est à l'aise.
255 Ça crée quand même une alliance... On est à l'aise. Thèse et puis une confiance. Eh oui, oui.
256 Et puis, nous sommes toutes nettes là-dessus. On leur raconte tout. Ils nous posent des
257 questions. On répond. Ils nous demandent s'il y a eu des changements au niveau des
258 traitements. Nous leur répondons. Il y a vraiment rien de caché. Jamais, jamais.

259 **Étudiante** : Merci. Comment définiriez-vous, du coup, votre rôle de soignante en Ehpad ?
260 Après tout ce que vous m'avez énuméré, je pense que déjà, vous en avez fait...

261 **Infirmière** : Alors l'infirmière, elle fait... Bon, donc, elle est infirmière. Elle fait les soins.
262 Elle peut faire... Voilà. Après tout ce qui est petite technique, parce qu'on n'a pas... En
263 Ehpad, on n'a pas véritablement de gros soins comme il pouvait y avoir à l'époque avec de
264 gros pansements. On a plutôt de la bobologie en Ehpad. Voilà. Toutes nos perfusions sont, en
265 règle générale, en sous-cutanées, parce que ce sont des personnes qui s'arrachent les
266 perfusions. Nous, on a surtout un lien de... Donc déjà, on est un peu coordinatrice au niveau
267 de l'équipe, parce que nous sommes seules infirmières. Voilà. Entre la cadre, les aides-
268 soignantes, les ASH. Et on a un lien de psycho aussi. Voilà. On fait beaucoup de psychologie.
269 On est toujours dans le relationnel. C'est surtout le relationnel, nous. Voilà. On a très peu de
270 technique, mais on a beaucoup de relationnel, que ce soit avec le résident, les équipes ou les
271 familles.

272 Le téléphone sonne...

273 **Infirmière** : Je suis occupée. Je suis avec avec une étudiante pour un entretien. À tout à
274 l'heure.

275 **Étudiante** : Donc, nous allons continuer. En quoi ce rôle vous semble-t-il spécifique par
276 rapport à d'autres secteurs de soins ? Donc là, vous avez fait la part des choses entre la
277 technicité et le relationnel.

278 **Infirmière** : Mais c'est un autre milieu complètement différent. C'est un autre métier. C'est un
279 autre métier. Il y a les infirmières qui travaillent en EHPAD et les infirmières qui travaillent
280 en services connus. Voilà. Moi, je vois mes collègues qui travaillent en soins palliatifs ou en

281 SMR. Ça n'a rien à voir. Elles ont beaucoup, beaucoup de soins techniques. Et elles sont... Ce
 282 sont deux infirmières différentes. Il y a autant de secteurs que d'infirmières, je dirais. Moi, je
 283 suis un pur produit de l'EHPAD, donc je... Complètement. Mais moi, je vois mes collègues
 284 qui sont techniciennes, voilà, n'ont pas la même approche lorsqu'elles sont amenées à venir
 285 remplacer chez nous parce que, voilà, ça les agace et ça ne leur plaît pas. Tout comme moi, si
 286 je devais aller faire un remplacement, ce serait très compliqué, mais vraiment très compliqué,
 287 voire pas du tout. Et voilà, c'est complètement différent. Il faut que ça reste un choix.

288 **Étudiante** : Oui, je suis d'accord avec vous.

289 **Infirmière** : Voilà. L'EHPAD doit rester un choix. Si ça ne l'est pas, ça ne fonctionne pas.
 290 Voilà. C'est pour cette raison que si les jeunes infirmières, en sortant du DE, moi, en règle
 291 générale, je leur conseille les secteurs un peu plus techniques afin de ne pas perdre le geste
 292 qu'elles ont appris, parce que, voilà, nous ne pratiquons pas, voilà. Mais ensuite, il est vrai que
 293 c'est un métier qui est très, très intéressant. Moi, j'ai fait ça toute ma carrière et voilà. Et il y a
 294 beaucoup plus de relationnels, et ça me plaît. Voilà. C'est, pour moi, plus intéressant. On a
 295 plus de temps auprès du résident. Voilà. On a plus de temps pour discuter parce que lorsqu'on
 296 est prise énormément par les soins techniques, voilà. Oui.

297 **Étudiante** : Oui, c'est travailler dans l'humanité complète.

298 **Infirmière** : Oui, oui, oui. C'est tout à fait ça.

299 **Étudiante** : Oui. Comment décririez-vous la relation soignants-résidents en EHPAD ?

300 **Infirmière** : Soignants-résidents, eh bien, voilà. C'est pareil. Il faut qu'il y ait une relation de
 301 confiance. Voilà. Parce que sans savoir qui nous sommes, à force de nous voir, eh bien, ils
 302 connaissent nos visages et nous faisons partie de l'environnement proche. Donc, ils nous
 303 connaissent sans forcément savoir comment nous prénommons. Voilà. Mais, voilà, il y a un
 304 lien par le sourire. Bonjour, comment allez-vous ? Je vous ouvre les volets. Ça commence
 305 comme ça. Avez-vous bien dormi ? Voilà. Nous allons vous servir un petit-déjeuner. Je vais
 306 vous donner les médicaments. Voilà. Mais... Oui, c'est rassurer au quotidien et cette présence-
 307 là auprès d'eux est très importante. Et être, et il est vrai que parfois ce n'est pas facile, être
 308 toujours d'humeur égale.

309 **Étudiante** : Oui.

310 **Infirmière** : Voilà. Être linéaire au niveau du comportement. Il faut que nous, nous soyons si
 311 possible calmes. Voilà. Tout en sachant que si nous sommes en difficulté, on peut appeler moi
 312 en tant qu'infirmière. Je peux appeler une aide-soignante, voilà, pour prendre le relais. Ou les
 313 aides-soignantes entre elles peuvent aussi prendre le relais. Et nous avons aussi, également,
 314 quand même des protocoles médicamenteux. Si véritablement la personne est en difficulté et
 315 agressive, veut partir, ou commence à taper les autres résidents, nous avons des protocoles.
 316 Chaque résident a quasiment un protocole, parce que lorsque nous sommes absentes, voilà, les
 317 aides-soignantes, c'est un soin qui leur est délégué, peuvent administrer, voilà, sous couvert de
 318 la prescription et voilà, de notre... Nous avons notre... Les protocoles de service. Voilà, tous
 319 les protocoles. Et puis nous, voilà. Après, c'est vrai qu'on ne fonctionne pas de la même
 320 manière si c'était un service de médecine ou... Là, c'est... Voilà, exactement. Parce qu'il y a
 321 des moments où l'infirmière est absente. Oui. La soignante reste seule dans le secteur. Donc

322 elle peut administrer les protocoles, voilà, quand elle voit que ça lui échappe et que, voilà, au
323 niveau... Que la personne peut se retrouver angoissée, en souffrance. Oui, oui, oui.

324 **Étudiante** : Pour l'aider à améliorer son état émotionnel. D'accord. Et enfin, quelle place
325 accordez-vous à l'aidant dans cette relation de soins triangulaire résident-aidant-soignant ? La
326 place de l'aidant ?

327 **Infirmière** : Oui, dans cette relation triangulaire, en fait, à trois. Eh bien...

328 **Étudiante** : Tout à l'heure, on en a bien parlé. Pour résumer, en fait, c'est une personne que
329 vous avez décrite qui est intégrante à la prise en charge.

330 **Infirmière** : Complètement. Voilà. Oui, oui, oui. Nous intégrons... En fait, nous formons
331 véritablement un triangle. C'est ça. Oui, oui, oui. Donc, il y a le résident qui est en haut et
332 puis, en plus, l'équipe soignante et la famille de l'autre côté. Voilà. Et nous travaillons... C'est
333 un trio, j'allais dire. Oui, oui, complètement. Nous travaillons en étroite collaboration avec les
334 familles. Oui, oui, oui. Qui sont demandeuses. Et si on leur explique tout, c'est tellement plus
335 facile. Voilà. Si la famille se sent en confiance parce qu'elle sait que nous lui avons tout
336 expliqué, la visite du médecin, la visite de la psychologue, voilà. Si tout a été posé, parce que
337 là où ça peut être compliqué, c'est lorsqu'un changement de service est envisagé, par exemple.
338 Voilà. Donc, alors là, c'est le summum de l'horreur pour ces familles-là parce qu'elles ne
339 comprennent pas. Parce qu'elles ont pris l'habitude. Oui. Parce qu'elles nous connaissent.
340 Parce qu'elles... Voilà. Parce qu'elles savent... Là, c'est encore un changement pour elles.
341 Alors là, c'est encore un changement. Voilà. Parce que là, ce sont des personnes qui se
342 gravatisent et qui ne sont plus du ressort. Voilà. Elles n'ont plus aucune raison de rester dans
343 notre secteur. Donc, à ce moment-là, nous les mutons en EHPAD. Et là, pour la famille, c'est
344 un déchirement. Non pas pour la personne parce que la personne, bon, elle va peut-être se
345 rendre compte, que les visages ont changé. Mais pour les familles, c'est un déchirement. Oui,
346 ça peut se comprendre parce qu'il y a déjà eu le déchirement du placement.

347 **Étudiante** : Après, ils se sont habitués pendant un certain temps à l'unité.

348 **Infirmière** : Ah, complètement. Aux soignants. Et là, à nouveau, le parent qui tombe en perte
349 d'autonomie et qui ne peut rester dans ce secteur là. C'est la double peine qu'on a fait, c'est la
350 double peine : perte d'autonomie et en plus la famille est déracinée parce qu'elle changeait de
351 voilà.

352 **Étudiante** : Oui, tout à fait. Oui, ça doit être compliqué.

353 **Infirmière** : À la question de toujours l'impression que la prise en charge se fera moins bien
354 parce que dans les autres secteurs, ils connaissent, ils connaissent. Ils connaissent pas les
355 résidents.

356 **Étudiante** : Donc c'est comme en fait s'ils vivaient comme une un abandon à nouveau ?

357 **Infirmière** : Oui oui, oui oui et là, mais parfois ça, ça se termine même là. La cadre est
358 parfois obligée d'en référer à la directrice des soins parce que les familles sont dans le déni.
359 « Je refuse ». Parfois le changement de secteur sont parfois en difficultés. En règle générale ça
360 se passe jamais, alors donc ça se passe pas bien quand c'est une situation de de d'entrée en
361 urgence. Les situations de genre, de service de service, malgré que la confiance a été établie
362 pendant tout le temps du juste. Bonjour, mais c'est parce qu'ils ont confiance en nous qu'ils ne
363 veulent partir.

364 **Étudiante** : D'accord.

365 **Infirmière** : Alors, ils ont du mal à rentrer dans le secteur parce que c'est justement ils disent
366 c'est un secteur, j'ai sont enfermés, ils peuvent rien faire. Mais comme ça ressemble à une on
367 ne se connaît, nous suivons les uns avec les autres. Donc, il s'habitue au secteur. Il s'habitue à
368 nous. Voilà et sauf que voilà rien. Mais ils sont tellement habitués à jour. Qu'il est compliqué
369 pour elle de partir

370 **Étudiante** : D'accord, pour revenir sur la définition cette définition de l'aidant : A-t-elle
371 évolué avec expérience en EHPAD ?

372 **Infirmière** : Alors complètement. Alors au départ, l'aidant n'était absolument pas bien il y a
373 34 ans que je suis arrivée au départ l'aidant et finalement c'était pour nous plutôt une gêne. Il
374 y a 34 ans, l'aidant nous agaçait donc nous faisait absolument pas partie de l'équipe. On leur
375 signalait les changements, éventuellement s'il y avait une demande qui était faite, mais nous
376 faisons notre travail sans même prendre la peine d'expliquer aux familles. Ça a énormément
377 évolué. Et en lien et en lien. Parce qu'il est vrai qu'à l'époque, à la limite, s'il y avait une fuite,
378 ben parfois il nous arrivait de ne pas prévenir la famille et la famille découvrait la chute. En
379 faisant une visite, et il est vrai que la famille à l'époque aussi. Non, j'ai pas voilà. Une fois que
380 la personne avait été placée, il y avait plus de distance entre le personnel et les familles, alors
381 que maintenant tout a changé. On a donné beaucoup d'importance aux familles et maintenant
382 elles font partie des oui. Au fil de de la vie sociale, voilà donc. Et. Oui, il y a des commissions
383 qui sont créées où ils appellent des familles ressources en fait. Le Conseil de la vie sociale de
384 l'établissement, donc là maintenant ? Ah oui, elles font. Elles font partie intégrante du projet
385 tout autour du du résident et psychologue téléphone régulièrement en famille également, faire
386 le projet de vie également. Et puis même encore mieux que ça lorsqu'il y a 1 décès, la
387 psychologue quelques jours après le décès. Appelle la famille pour voir comment ça va et
388 après plusieurs semaines après et Ben rappelle afin de oui il y a suivi même après l'essai avant
389 de savoir comment va la famille.

390 **Étudiante** : C'est très bien parce que du coup je pense qu'il se sentent pas complètement bien
391 mis de côté et leur émotion est bien pris en compte.

392 **Infirmière** : Oui oui oui donc elle les appelle en règle générale 2 fois, mais c'est très bien.
393 Voilà. Faut après le décès, et puis quelques semaines après, d'accord. Comprends-moi des
394 nouvelles

395 **Étudiante** : Oui j'étais pas au courant de ça après avoir posé les différentes questions avant de
396 conclure, y a-t-il quelque chose que vous aimeriez rajouter ?

397 **Infirmière** : Dès qu'on a fait bien, je pense avoir fait le tour. Voilà donc rajoutez, nous
398 faisons, nous faisons bloc et nous sommes une équipe. Et là ça a toujours été, mais plus ça va,
399 surtout ici dans ces petits secteurs. Voilà, c'est vraiment une équipe et nous avons toutes le
400 même dialogue en règle générale. Et il y en a eu. On, on est au courant de tout, le matin on
401 arrive, les aides-soignantes nous font une relève et puis après nous avons la relève sur Osiris.
402 Mais voilà, nous sommes toujours tout le temps au courant de de de ce qui se passe. Voilà. Et
403 puis les aides-soignantes sont très très près des familles, plus que nous, parce que c'est elles
404 qui relient, reçoivent parce que comme ils se trouvent là. Ça, un lieu de vie. Eh bien, les
405 familles arrivent et s'adressent aussi directement à l'aide-soignante sans passer par l'infirmière.

406 Parce que pas besoin, parce que les aides-soignantes les connaissent aussi bien que nous.
407 Donc souvent même leur répondent au téléphone. Je leur dis, prenez la communication autour
408 des questions, voilà qui ne sont pas d'ordre médical. Voilà, mais sinon, elles les connaissent
409 même mieux que nous, hein ?
410 **Étudiante** : Oui, vous savez qu'elles sont plus proches de leur quotidien ?
411 **Infirmière** : Exactement, elles sont plus proches, elles connaissent parfaitement et surtout que
412 maintenant, les aides-soignantes sont référentes de 3/4 résidents. Voilà donc, elles les
413 connaissent par cœur, elles savaient exactement quelles sont les besoins de la personne.
414 C'était elles qui regardent si y a besoin de vêtements, de produits de toilette, et c'était elles qui
415 voilà qui téléphonent à la famille en qui qui leur envoie un mail si besoin. C'est elles qui
416 voient l'état cutané, qui se disent à ce moment-là : on refait le braden et qui demande à
417 l'infirmière, et il faudra peut-être envisager de commander un matelas. Voilà donc. Donc c'est
418 une équipe qui fait bloc pour conclure à peu complètement une équipe qui fait bloc pour
419 conclure. On est bien d'accord ?
420 **Étudiante** : Très bien, oui et bien en tout cas je vous remercie pour cet échange qui m'a
421 énormément apporté. Et puis je vous souhaite une bonne continuation, bien merci.
422 **Infirmière** : À vous également, merci beaucoup.

Annexe 5 : Entretien soignant n°2

Date : 14/03/2026

Durée : 26 minutes

Profil de la personne interviewée : Infirmière ayant 3 ans d'expérience

Nom : Meg

Service : EHPAD

1 **Étudiante** : Bonjour, je m'appelle Angélique, je suis étudiante en soins infirmiers. Je suis en
2 troisième année et là, je demande cet entretien pour m'accorder des réponses ou des éléments
3 qui vont m'éclairer sur ma question de départ. Quelle place accorder à l'aidant lors d'un
4 placement en EHPAD ? J'ai 43 ans, j'ai repris mes études après avoir été aide-soignante
5 pendant de nombreuses années.

6 **Infirmière** : Moi, je suis Meg, j'ai 33 ans. Je suis infirmière sur l'EHPAD de Pont-Saint-
7 Esprit, au premier étage. Je suis diplômée depuis trois ans, donc c'est encore un peu frais, le
8 mémoire. J'ai exercé avant en tant qu'aide-soignante pendant environ cinq ans en EHPAD et
9 je me dirige toujours vers les EHPAD. Il y a quelque chose.

10 **Étudiante** : Oui, je pense, parce que moi aussi, le fait d'avoir été en EHPAD, mon mémoire
11 se dirige là-dessus.

12 **Infirmière** : Oui, voilà, naturellement, à chaque fois, toujours, je tourne vers cette trajectoire,
13 l'EHPAD. J'y vais, j'écris dessus, j'aime bien l'EHPAD, il faut croire.

14 **Étudiante** : C'est une spécialité qui nous anime.

15 **Infirmière** : Voilà, et il y en faut en même temps, parce que tout le monde n'a pas forcément
16 envie d'aller en EHPAD.

17 **Étudiante** : Tout à fait. Donc, le thème 1 va se positionner sur l'EHPAD. Donc, la
18 représentation de l'EHPAD et accueil du résident. Selon vous, quel est le rôle principal de
19 l'EHPAD aujourd'hui ?

20 **Infirmière** : D'accueillir des personnes âgées qui sont en perte d'autonomie ou qui n'en ont
21 presque plus du tout et dont le maintien à domicile n'est plus possible. Soit parce qu'ils sont
22 trop isolés, parfois loin des familles, ou parce qu'ils se mettent en danger à la maison. De tête,
23 c'est ce qui me vient. C'est la plupart des motifs d'entrée, maintien à domicile difficile. Ou
24 rapprochement familial, c'est ça.

25 **Étudiante** : Oui, c'est vrai, c'est souvent le cas. Que représente pour vous l'EHPAD sur le
26 plan professionnel ?

27 **Infirmière** : La continuité de la vie. Comment expliquer ? Sur le plan professionnel.

28 **Étudiante** : Tout à l'heure, vous disiez que vous étiez toujours attirée par cette spécialité.
29 Donc, c'est que ça vous apporte énormément dans le quotidien, au niveau de vos valeurs, au
30 niveau de...

31 **Infirmière** : Oui, en fait, je trouve que ça fait partie de la continuité de la vie dans le sens où
32 la personne perd en autonomie. Et il faut qu'elle soit accueillie quelque part. Et en général,
33 c'est un public qui intéresse peu. Et pour le coup, je vais à contresens. Et moi, c'est un public
34 qui m'intéresse par rapport au nombre d'histoires de vie, aux antécédents qu'ils peuvent avoir.
35 Il y a des gens qui ont... Comment dire ? Au niveau professionnel, on peut dire qu'on n'est pas
36 dont on s'ennuie. Et moi, je trouve qu'on ne s'ennuie pas du tout, parce qu'il y a tellement de
37 personnes différentes, de cas de figure, le contact avec la famille aussi, justement. C'est un
38 lieu de vie, en fait. Ce n'est pas un lieu de soins... Enfin, on n'est pas vraiment dans le curatif,
39 selon les situations. C'est un lieu de prendre soin, finalement. Et ça m'éloigne du côté un peu
40 sanitaire.

41 **Étudiante** : Merci pour votre réponse. Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors
42 d'un accueil pour le résident, les proches ?

43 **Infirmière** : Alors, les difficultés... C'est difficile déjà quand l'entrée n'est pas... Comment
44 dire ? correctement programmée. Enfin, quand l'entrée se fait un peu en catastrophe, on sent
45 que les familles n'ont pas été préparées et qu'elles subissent, autant bien la famille que le
46 résident, qu'elles subissent l'entrée en EHPAD. Ça, c'est une difficulté, parce que le résident et
47 la famille arrivent avec beaucoup d'angoisse, d'appréhension, de jugement sur le lieu. Et on
48 sent que derrière, il y a un gros travail de confiance qu'on va devoir mettre en place.

49 **Étudiante** : Oui.

50 **Infirmière** : Sinon, les difficultés pour l'entrée à l'EHPAD, c'est ça la question ? Du coup, une
51 entrée mal préparée, ou pas préparée par défaut.

52 **Étudiante** : Tout ce qui est entrée en urgence...

53 **Infirmière** : Oui, en urgence, où la personne qui était tout à fait autonome et qui finalement a
54 chuté à domicile, ça l'a menée à avoir une intervention, à passer en SMR, et d'un coup, elle
55 réalise qu'elle ne pourra plus... qu'elle ne pourra plus retourner à domicile, finalement. Donc,
56 il n'y a pas de retour à domicile, elle passe à l'EHPAD, et ça, c'est un petit peu violent pour la
57 personne. Donc ça, c'est difficile comme...

58 **Étudiante** : Oui, je comprends. Auriez-vous un exemple concret d'une situation d'accueil
59 particulièrement complexe ?

60 **Infirmière** : Oui, oui, oui, oui, oui. On a eu un monsieur plutôt jeune, environ 65 ans, qui
61 vivait à domicile avec son épouse. Il avait la maladie de Parkinson. Ça faisait des années
62 qu'elle s'occupait de lui. Cette dame était complètement épuisée parce que c'était une dame
63 encore très dynamique, qui travaillait encore un petit peu, qui avait des enfants, des petits-
64 enfants, enfin, une dame jeune, qui avait prévu certainement toute autre chose pour sa
65 presque-retraite, que d'avoir un mari malade, parce que 65 ans, ça reste vraiment très jeune.
66 Elle a souhaité mettre son mari, pas en EHPAD, mais en accueil temporaire, pour souffler un
67 temps. Elle a été en grande difficulté parce qu'elle était en conflit avec la belle-famille, donc
68 la famille de ce monsieur, qui était tout à fait contre ce séjour de répit. Au cours du séjour de
69 répit, le monsieur a fait certainement une fausse route silencieuse. Enfin, on ne l'a pas
70 remarqué, la fausse route, et derrière, une infection pulmonaire. Donc, sa situation s'est
71 dégradée. Il a dû être hospitalisé sur le même établissement, dans les grandes lignes, si je m'en
72 souviens bien du déroulé. Et en fait, il n'était plus possible pour madame d'accueillir

73 monsieur, par rapport, déjà elle à son épuisement. Et du coup, tout s'est fait un peu
74 rapidement. Enfin, rapidement. Et surtout, c'était le conflit avec la belle-famille qui nous a mis
75 entre la dame épuisée et la famille extrêmement en colère que leur frère soit placé, déjà, c'est
76 le terme qu'on utilise, placé en institution. Ça, c'était... Il a fallu qu'on... Parce qu'il y avait une
77 histoire d'avocat, enfin, de tribunal. Enfin, c'était vraiment la guerre, et nous, on était au
78 milieu de la guerre. Il fallait éviter...heu

79 **Étudiante** : Mais de prendre parti.

80 **Infirmière** : Ah, bah déjà, on n'a pas à prendre parti. Mais bon, d'un côté, des gens qui
81 essaient d'obtenir des informations qu'on n'a pas le droit de donner. Enfin, vraiment, on était
82 dans le côté judiciaire. Et ça, c'était très dur. Parce qu'on ne peut pas tisser vraiment un lien de
83 confiance avec, en tout cas, la belle famille, puisque, déjà, pour eux, on n'était pas le bon
84 endroit, les bonnes personnes. On était vraiment... heu tout était sujet à être suspicieux sur
85 notre accompagnement. Voilà. Et... heu Et ça, c'était vraiment... Enfin, la situation a duré
86 longtemps. Et le monsieur, au final, a été...heu Il y a eu beaucoup d'épisodes. Il a été sur un
87 autre service, toujours dans l'établissement. Voilà. Mais c'était vraiment... heu chaud !

88 **Étudiante** : Oui. L'équipe, elle était en souffrance par rapport à tous ces événements.

89 **Infirmière** : Alors, l'équipe était en souffrance et la femme de ce monsieur était en
90 souffrance. Le monsieur ressentait aussi la souffrance de sa femme et la souffrance de sa
91 famille. Donc, lui, il était au cœur du conflit également. Ça se ressentait sur son humeur, sur
92 son anxiété, son comportement. On essayait d'aider la dame, mais... Avec, en parallèle, une
93 belle famille, et je dis ça sans jugement, mais c'est ce qu'on ressentait, qui essayait de la
94 noyer, de la culpabiliser de ça, de l'entrée en institution. C'était un peu catastrophique. Alors
95 qu'avec un peu moins de colère, de toute part, l'accueil du monsieur aurait été... beaucoup plus
96 qualitatif.

97 **Étudiante** : D'accord. Merci beaucoup pour ce témoignage. Nous allons parler maintenant de
98 la représentation de l'aidant. C'est comprendre comment les infirmières perçoivent la place et
99 le rôle de l'aidant proche. Comment définiriez-vous le terme aidant ?

100 **Infirmière** : Alors, je vais commencer par comment je définis le terme de l'aidant. Je dirais
101 que c'est quelqu'un en général proche du malade. Pas forcément de la... Enfin, ça peut être de
102 la famille, mais ça peut être aussi parfois un lien amical ou parfois même un voisin. Ça peut
103 arriver. En majorité, c'est la famille. C'est quelqu'un qui a souhaité aider... Comment dire ? La
104 personne en perte... Enfin, je dis malade, mais finalement en perte d'autonomie ou qui ne l'a
105 pas souhaité, à qui ça s'est... Présenté, imposé. Et qui finalement donne... Qui finalement
106 donne de son temps... Enfin, sans mesurer le temps. Être aidant, ça peut être aider tous les
107 jours une personne d'une demi-heure, comme l'aider au quotidien à H24 ou l'aider même aussi
108 un petit peu à distance. L'aidant, il peut être à distance et aider pour des démarches, pour un
109 soutien moral, psychologique. L'aidant, ça peut être ça aussi. C'est pas forcément quelqu'un
110 qui prend son parent chez lui. L'aidant, il est plus... À partir du moment où il aide, il est
111 aidant.

112 **Étudiante** : Tout à fait.

113 **Infirmière** : Voilà.

114 **Étudiante** : Merci. Quelle place occupent selon vous les aidants dans votre établissement ?

115 **Infirmière** : Une place importante. Parce qu'en général, c'est lui... C'est cette personne-là
 116 qu'on rencontre dans les... Dans les premiers avec la personne accueillie. C'est souvent aussi
 117 cette personne qui a, comment dire, passé le pas de la mise en institution. Donc, elle était là
 118 pour l'aider au quotidien. Et elle est là au moment de ce passage. Et ensuite, elle demeure là
 119 dans notre accompagnement par des visites plus ou moins fréquentes. Une fois par semaine,
 120 tous les jours. Enfin, on a tout type d'aidant. Ou par téléphone aussi. Voilà. J'ai oublié une
 121 question.

122 **Étudiante** : Non, non, non.

123 **Infirmière** : J'essaye de répondre. Je me fais des points.

124 **Étudiante** : C'est très bien. Et quel rôle a-t-il auprès du résident, du coup ? Est-ce que le fait
 125 quand ils sont présents, ils vous apportent des réponses ? Est-ce qu'ils sont là aussi pour vous
 126 soutenir, vous, par rapport à si vous rencontrez des soucis avec le résident ? Est-ce que vous
 127 connaissez leur histoire de vie, pour monter un projet de vie ? Une aide-soignante tape à la
 128 porte et entre. Ho pardon ...

129 **Infirmière** : T'es où ? Tu fais quoi ? Tu fais quoi ? Aide-Soignante : Je fais la dotation.

130 **Infirmière** : D'accord. Heu ...

131 **Étudiante** : La place de l'aidant dans l'établissement.

132 Près de ...fin proche du résident. Quelle est sa place auprès du résident ?

133 **Infirmière** : Déjà, il peut avoir... En fait, ça dépend de la relation qu'on a construite aussi
 134 avec l'aidant. À la fois, il peut nous apporter des éléments, justement, sur ses habitudes de vie,
 135 bien sûr. HEU...Je cherche mes mots. Ah non, ça m'a perturbé cette entrée. En fait, il peut à
 136 la fois nous aider à construire avec le résident ou parfois être un peu un obstacle, entre
 137 guillemets, dans la prise en charge, parce qu'il a du mal à décrocher de sa fonction d'aidant. Et
 138 parfois, il y a des aidants qui cherchent... heu, Je n'aime pas le terme empiéter. Ce n'est pas le
 139 bon terme à orienter nos soins, notre prise en charge, alors qu'on pense être sur la bonne
 140 manière de faire, mais après ça tout se discute. Donc, l'aidant, ça peut être quelqu'un qui nous
 141 aide à construire et aussi quelqu'un qui nous met en difficulté parfois. Je ne sais pas si la
 142 réponse est adaptée à la question, mais c'est ce que j'entends.

143 **Étudiante** : Si, si, c'est ce que je voulais entendre. C'est très bien, merci. Pouvez-vous me
 144 décrire une situation dans laquelle la présence ou l'intervention d'un aidant a interféré dans le
 145 soin ?

146 **Infirmière** : Alors, il faut que je réfléchisse. Il me faut un peu de temps puisque j'en ai
 147 certainement beaucoup...(silence) Exemple qu'on peut voir souvent en EHPAD, par exemple,
 148 une personne qui a un risque important de fausse route pour lequel on met en place de
 149 nombreuses mesures pour éviter celle-ci, en adaptant l'alimentation, les textures, etc. Et
 150 derrière, la personne aidante qui arrive avec, comment dire, un produit qui va complètement à
 151 l'envers de notre démarche par rapport aux fausses routes. La personne aidante qui décide que
 152 on ne donne pas ce traitement, qu'elle veut pas que le proche prenne ce traitement. Heu, la
 153 personne aidante qui va à l'encontre, par exemple, des prescriptions médicales aussi. En fait,
 154 c'est plein de petits exemples comme ça qui, bon, après, en général, on arrive à poser les
 155 choses, à discuter, mais ça peut nous mettre en difficulté pour la prise en charge. Heu...
 156 L'aidant qui peut être aussi un peu invasif, envahissant, qui veut venir pendant le temps des

157 toilettes à 8 heures du matin alors que c'est franchement pas le moment. Les soignants sont en
 158 plein dans leurs soins, justement. J'en ai plein.

159 **Étudiante** : Oui, il y en a une multitude, en fait.

160 **Infirmière** : Voilà.

161 **Étudiante** : Merci. Là, on va parler sur le thème 3, la relation et rôle soignant en EHPAD.
 162 Comment définiriez-vous votre rôle de soignant en EHPAD ?

163 **Infirmière** : Profond, ça comme question. Mon rôle de soignant en EHPAD va permettre le
 164 maintien de l'autonomie, être disponible pour les résidents et leurs proches, autant que
 165 possible, sachant que je suis seule pour 60. Ma disponibilité est quand même mince. Mon rôle
 166 de soignant en EHPAD, en tant qu'infirmière, coordonner aussi heu... coordonner les soins
 167 avec les aides-soignantes qui sont mes yeux, mes bras, mes jambes, mes oreilles, vu que je ne
 168 peux pas me multiplier, me diviser. Donc, il y a beaucoup de coordination. Malheureusement,
 169 aussi, beaucoup de secrétariat. C'est une réalité. J'ai moins de temps avec les... Je n'ai pas
 170 autant de temps avec les résidents qu'ils en auraient besoin, ne serait-ce que pour le
 171 relationnel, parce qu'on a aussi une grosse partie de papier en EHPAD, en tout cas ici, les
 172 prises de rendez-vous. On coordonne aussi les soins prévus par le médecin, les rendez-vous,
 173 etc. Donc, je n'ai pas l'impression, en tout cas, dans mon rôle en EHPAD, de faire beaucoup
 174 de relationnel, même si c'est à la base de ce que je cherchais. Je m'aperçois que le temps que
 175 j'ai pour chacun est vraiment très, très... très très mince. Mon rôle, le maintien de l'autonomie,
 176 accompagner les personnes, même si ce n'est pas un mouvoir. Ça, je le dis à tout le monde,
 177 l'EHPAD n'est pas un mouvoir, mais les accompagner quand même dans cette suite de la vie
 178 où il est vrai que à terme, il se peut qu'on décède. Mais j'ai vu des gens rentrer chez eux aussi.

179 **Étudiante** : Ah...

180 **Infirmière** : Voilà.

181 **Étudiante** : C'est bien que ça puisse arriver. En quoi ce rôle vous semble-t-il spécifique par
 182 rapport à d'autres secteurs de soins ?

183 **Infirmière** : Oui, hum hum. Après, je vais répondre à côté de la question. Spécifique en
 184 EHPAD par rapport aux autres secteurs. Déjà, on est particulier, ne serait-ce que le ratio
 185 d'infirmiers par rapport au nombre de patients, ça, c'est quand même particulier. On le voit
 186 essentiellement, enfin, je dis infirmiers, mais ça vaut aussi pour les aides-soignantes. Cette
 187 situation-là, on le voit essentiellement en EHPAD. J'ai pas parlé des familles, mais on a
 188 quand même un rôle important auprès des familles. On discute plutôt beaucoup au regard du
 189 temps qu'on a avec eux. Parfois même plus avec eux qu'avec les résidents. Je pars un peu dans
 190 tous les sens.

191 **Étudiante** : Mais il n'y a pas de souci.

192 **Infirmière** : On est sur un lieu de vie.

193 **Étudiante** : Après, la prochaine question, c'est comment décrivez-vous la relation soignant-
 194 résident en EHPAD ? Ça peut aussi prendre des éléments sur la question du dessus.

195 **Infirmière** : Ben, alors, je prends le soignant, l'infirmier, ou l'AS. Je vais répondre à titre
 196 personnel. Moi, je trouve que ce rôle d'infirmière en EHPAD, au regard du nombre de patients
 197 que j'ai, ça me permet de me tenir à distance un peu. Alors, ce n'est pas une excuse, mais
 198 finalement, je vois tout le monde un petit peu sans rentrer à fond dans la relation. Ce que je

199 faisais avant quand j'étais aide-soignante, on est vraiment au contact, vraiment physique. Ça
200 me permet de me distancer un petit peu. J'accorde à tout le monde 10-15 minutes, 20 minutes,
201 une heure parfois si vraiment c'est nécessaire, mais je garde une distance qui me protège un
202 petit peu, quelque part. Je suis un peu en retrait par rapport aux aides-soignantes qui, elles,
203 sont vraiment presque des membres. Je pense que les aides-soignantes sont plus presque
204 comme des membres de la famille, entre guillemets. Même l'infirmière fait partie, bien sûr, du
205 paysage. Et en général, ils nous considèrent presque comme leurs sauveurs. À chaque fois
206 qu'il y a quelque chose, il faut appeler l'infirmière. Ils savent que c'est moi qui vais régler, pas
207 régler le problème, mais participer. Apporter une solution, mais souvent sous le point de vue
208 médical. Je triche un petit peu parce que devenir infirmière en EHPAD, ça m'a permis de me
209 distancer, de moins me blesser au contact des résidents et de trop m'attacher parce que j'adore
210 les personnes âgées, mais des fois, on peut avoir tendance à oublier que ce n'est pas nos
211 grands-parents, que il faut se protéger aussi de cette relation-là. Je ne sais pas si je suis dans la
212 question ou pas.

213 **Étudiante** : Oui, tout à fait. Ça répond un petit peu à ma question.

214 **Infirmière** : Ça dévie aussi un peu.

215 **Étudiante** : Mais ce n'est pas grave. L'entretien, c'est fait pour ça. Quelle place accordez-
216 vous à l'aidant dans cette relation de soins triangulaires ? Résidents, soignants, familles.

217 **Infirmière** : Là, on revient un petit peu à la question d'avant.

218 **Étudiante** : oui

219 **Infirmière** : Je dirais même qu'on finit toujours par construire quelque chose de chouette, mais
220 il y a toujours des épreuves et des étapes à passer pour lier la confiance et si on arrive à bien
221 communiquer avec l'aidant et le résident, et le résident et l'aidant entre eux aussi, puisqu'ils
222 peuvent aussi avoir des conflits entre l'aidant et le résident, on peut créer un projet et en tout
223 cas un accompagnement qui est plutôt chouette. Après, le triangle, ça reste une relation où on
224 est tout le temps en train d'évoluer dans cette relation. Il y a des jours avec, il y a des jours
225 sans. Il y a parfois la confiance qui est au top et des fois qui l'est moins. En fait, on est un peu
226 des partenaires. Voilà. Et on est indissociables. C'est comme ça que je le vois.

227 **Étudiante** : Merci. Après avoir posé les différentes questions, avant de conclure, y a-t-il
228 quelque chose que vous aimeriez rajouter ?

229 **Infirmière** : Est-ce qu'il y a quelque chose que j'aimerais rajouter ? Le mot qui me vient le
230 plus quand je pense à la relation avec les aidants et le résident, c'est la confiance. Tout se
231 construit en fait, on peut partir très très mal avec une famille en se disant oulalala, ça va être
232 compliqué, la personne n'arrive pas du tout à lâcher ? Et finalement, avec le temps, avec les
233 actes aussi, parce qu'ils ont besoin de voir qu'ils sont dans un lieu de confiance, on arrive
234 vraiment à les détendre sur l'accompagnement, ils arrivent à lâcher un petit peu. Parfois, ils
235 lâchent pas du tout pendant toute la relation. Ça peut durer un an, deux ans, ils sont vraiment
236 sur notre dos. Pour au final, quand la personne, on l'accompagne jusqu'au bout alors, c'est
237 rarement des retours à domicile, mais si on l'accompagne jusqu'au bout de sa vie, et ben on est
238 surpris de voir ces aidants qui viennent vers nous et nous disent merci en fait pour tout alors
239 qu'en fait, ça n'a été que conflictuel, enfin souvent conflictuel avec la personne. Et au bout,

240 elle reconnaît ces années d'accompagnement et de travail. Tu sais, c'est un petit peu magique
 241 quand même.

242 **Étudiante** : oui

243 **Infirmière** : On se dit que à chaque fois, on se croyait en échec par rapport à la construction
 244 de ces relations et finalement, on était dans le bon. Et je dirais aussi que dans la relation avec
 245 l'aidant, il ne faut rien prendre personnellement. On représente un peu l'institution et la
 246 personne, elle est juste dans une culpabilité et en fait, il faut qu'elle s'en décharge de la
 247 culpabilité. Elle perd quelque part un peu le contrôle et donc, s'il y a de la colère, il faut se
 248 dire qu'elle est envers, par exemple, les équipes soignantes, mais ce n'est pas dirigé vraiment
 249 en fait.

250 **Étudiante** : C'est contre le système en fait ?

251 **Infirmière** : C'est contre son impuissance, contre la situation, le fait que les choses n'aillent
 252 pas assez vite, pas assez bien, mais au final, ce n'est pas personnel contre le soignant. Si on
 253 arrive à entendre la détresse des gens dans leur colère de placer leurs parents en institution, on
 254 discute mieux avec eux par la suite. Ce n'est pas une attaque.

255 **Étudiante** : Merci.

256 **Infirmière** : C'est tout.

257 **Étudiante** : Juste une petite dernière chose que je voulais rajouter et voir un peu votre avis
 258 par rapport à votre expérience anciennement Aide-Soignante, maintenant infirmière depuis
 259 trois ans. Est-ce que vous avez vu que la représentation de l'aidant a changé tout le long de
 260 votre carrière ? Est-ce que vous avez l'impression qu'avant, elles étaient mises de côté et
 261 maintenant, elles sont mieux inclus dans le projet de vie du résident lorsque le résident rentre
 262 en institution ?

263 **Infirmière** : Du coup, je ne suis pas très âgée, donc c'est vrai que déjà quand j'étais aide-
 264 soignante, pendant mes études, on mettait déjà l'aidant dans la place. Ils avaient déjà leur
 265 place. En tout cas, quand j'ai commencé à faire Aide-Soignante, je ne peux pas dire qu'il y a
 266 eu un changement, mais je sais qu'il y a eu un changement. Avant, c'était spontané d'être
 267 aidant et ça faisait partie du paysage. Il n'y avait pas beaucoup de choses pour eux, pour les
 268 aider. Maintenant, il existe beaucoup des associations, des structures. Ils sont pris en
 269 considération. Ça peut être des aides financières, des aides pour souffler, pour pouvoir aller en
 270 vacances.

271 **Étudiante** : Oui, là, vous partez du principe qu'ils sont reconnus alors qu'aujourd'hui, ils ne
 272 sont pas du tout mis de côté.

273 **Infirmière** : Ils sont reconnus, mais vu que je ne suis pas très âgée et qu'ils étaient déjà
 274 reconnus quand j'ai pris mes études d'Aide-Soignante, je n'ai pas de point de comparaison. Je
 275 sais qu'avant, pour avoir un peu étudié les aidants, je sais qu'avant, ils n'étaient pas reconnus.
 276 Déjà, il n'y avait même pas ce terme, je pense, d'aidant.

277 **Étudiante** : Merci beaucoup pour ce moment que vous m'avez accordé pour cet entretien. Je
 278 vous souhaite une bonne continuation.

279 **Infirmière** : Merci à vous aussi

280 **Étudiante** : Merci beaucoup. Au revoir.

Annexe 6 : Entretien soignant n°3

Date : 20/03/2026

Durée : 20 minutes

Profil de la personne interviewée : Infirmière ayant 6 ans d'expérience dont 2 ans en EHPAD

Nom : Jo

Service : EHPAD

1 **Étudiante** : Bonjour, je m'appelle Angélique, j'ai 43 ans et je suis étudiante en soins
2 infirmiers. Et dans le cadre de mon travail de fin d'études, je me rapproche vers vous pour
3 vous poser des questions par rapport à ma question de départ, quelle place accorder à l'aidant
4 lors d'une institutionnalisation d'un proche. Donc, c'est pour un peu découvrir votre
5 expérience et votre point de vue sur ce sujet, auparavant, j'étais aide-soignante aussi.
6 D'accord. Voilà.

7 **Infirmière** : Une jolie progression.

8 **Étudiante** : Merci. Alors, bien j'attends que vous vous présentiez.

9 **Infirmière** : Pardon oui, c'est vrai. (rire), Jo, infirmière plutôt récente, 2020. Je suis ici depuis
10 début 2024, donc un peu plus de deux ans. Une petite expérience.

11 **Étudiante** : D'accord, merci beaucoup. Avez-vous poursuivi des formations qui sont en lien
12 avec la personne âgée ? Formation interne ?

13 **Infirmière** : En parallèle, en plus, heu ... Non, on avait fait les jolies conventions l'année
14 dernière, le CPEG, qui sont des conventions tournées vers la gériatrie. On a parlé des
15 dernières évolutions en médecine, etc. En paramédicale aussi, c'était très intéressant. Et si
16 plais et cicatrisation aussi, quand même. On est quand même sur l'escarre souvent c'est par
17 exemple, c'est des pathologies plutôt gériatriques.

18 **Étudiante** : Tout à fait. Merci beaucoup. Par rapport à mon premier thème qui concerne
19 l'EHPAD, selon vous, quel est le rôle principal de l'EHPAD aujourd'hui ?

20 **Infirmière** : hum hum, je dirais que ça serait de prendre le relais quand le maintien à domicile
21 n'est plus possible. Parce que c'est quelque chose qui s'est beaucoup développé, mais qui
22 forcément, à un moment donné, atteint ses limites aussi. Soit parce que les familles ne sont
23 plus en capacité physique ou psychologique de suivre le mouvement de la personne.
24 Soit parce que l'habitation n'est pas adaptée aussi. Ça peut arriver. Donc, ça va être cette prise
25 de relais quand le maintien à domicile n'est plus possible.

26 **Étudiante** : Merci beaucoup. Que représente pour vous l'EHPAD sur le plan professionnel ?

27 **Infirmière** : Le premier mot qui me vient, c'est une grande famille. C'est un peu ça. En fait,
28 on prend le relais des familles et puis c'est leur nouvel espace de vie. C'est une nouvelle
29 famille pour les résidents. Oui, ben c'est ça, famille.

30 **Étudiante** : Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors d'un accueil pour le
31 résident et les proches ?

32 **Infirmière** : Pour le résident ou même pour les proches, en fait, ça va être... On est là, mais
33 on n'a pas envie. Donc, ça va être un peu compliqué parce que ça va être toute la thématique
34 du deuil, en fait. Ça va être un gros deuil, que ce soit pour le résident comme pour la famille.

35 Et ça peut arriver un peu moins sur les résidents, mais beaucoup sur les familles. La
 36 culpabilité va devenir un peu... Je ne sais pas comment l'expliquer.

37 **Étudiante** : Envahissante ?

38 **Infirmière** : Oui, parce que du coup, ça va être tourné beaucoup en colère, en fait.
 39 Parce qu'ils vont être en colère après eux. Et ça va ressurgir sur nous, parce qu'on ne fera
 40 jamais assez. Voilà, on ne fera jamais assez bien. Alors qu'en fait, c'est à eux qu'ils en veulent.
 41 Donc, c'est aussi le travail de nous prendre le temps de les rassurer, de trouver...

42 **Étudiante** : D'avoir une écoute attentive

43 **Infirmière** : oui c'est ça

44 **Étudiante** : pour les rassurer en quelque sorte au quotidien. Auriez-vous un exemple concret
 45 d'une situation d'accueil particulièrement complexe ?

46 **Infirmière** : Pour une résidente qui a eu il n'y a pas très longtemps. Et qui est resté quoi ? 10
 47 jours ? Du coup, elle est repartie.

48 **Étudiante** : A domicile ?

49 **Infirmière** : Je crois, il me semble, dans un premier temps qu'elle est repartie à domicile. Je
 50 ne sais plus. Il me semble qu'elle a transité par le domicile en attendant une place ailleurs. Je
 51 ne suis plus très sûre si elle n'avait pas trouvé une place directement ailleurs. Elle avait été en
 52 chambre double, etc. Et ça n'allait pas du tout. Il n'y avait vraiment rien qui allait. Et même en
 53 essayant de trouver des solutions, ça n'allait pas avec elle. Du coup, ça n'allait pas non plus
 54 avec la famille. Et puis, du jour au lendemain, ils ont dit : c'est bon, je récupère ma maman. Et
 55 ça étais Branle-bas de combat pour, enfin ça a été un échec pour nous. Et puis, de se dire, zut,
 56 elle ne va peut-être pas retourner dans les conditions idéales non plus.

57 **Étudiante** : C'était un choix de leur part, ce placement ?

58 **Infirmière** : Oui, mais du coup, ça n'a pas tenu quand même.

59 **Étudiante** : C'était le fait par rapport à ce qu'elle était en chambre double dans un premier
 60 temps ?

61 **Infirmière** : Oui, le problème, c'est que du coup, on n'avait pas de chambre simple
 62 disponible.

63 **Étudiante** : D'accord.

64 **Infirmière** : On ne pouvait pas accéder à la demande dans l'immédiat.

65 **Étudiante** : Et oui, tout à fait.

66 **Infirmière** : Et même en le sachant, une fois dedans, c'était plus aussi envisageable d'attendre
 67 qu'il y ait une place qui se libère que dans la théorie.

68 **Étudiante** : D'accord.

69 **Infirmière** : Ça a été un peu compliqué. Un départ précipité. Et on n'est pas du tout habitués.
 70 Au contraire, ici, les gens, ils ont envie de rester avec le bouche à oreille. On a une bonne
 71 réputation aussi, donc ça pique.

72 **Étudiante** : Et oui, ce n'est pas des situations que vous rencontrez régulièrement. Et là, le fait
 73 qu'elle soit partie en dix jours, ça peut poser questionnement et se dire, qu'est-ce qu'on n'a pas
 74 fait de correct ? Qu'est-ce qu'on a manqué ?

75 **Infirmière** : On s'est tous remis en question pendant qu'elle était là. Pour essayer justement de
 76 trouver des compromis, des arrangements, etc...

77 **Étudiante** : En tout cas, vous pouvez vous dire que vous avez fait tout votre possible.

78 **Infirmière** : Exactement.

79 **Étudiante** : Et que bon ben c'était leur décision à eux, et puis c'est à respecter.

80 **Infirmière** : C'est ça.

81 **Étudiante** : Merci. On va parler un petit peu de la représentation de l'aidant. Comment
 82 définiriez-vous le terme aidant ?

83 **Infirmière** : On va sortir le petit Robert. Non, ça va être un membre ou plusieurs de
84 l'entourage de la personne qui va venir l'aider au quotidien pour faire ce qu'elle ne peut plus
85 faire seule. Préparer les repas, aider pour les toilettes, distribuer les médicaments, faire tous
86 les soins que la personne ne peut plus faire elle-même. Peu importe le type de soins qu'il va y
87 avoir.

88 **Étudiante** : Merci, Quelle place occupent selon vous les aidants dans votre établissement ?

89 **Infirmière** : Je ne saurais pas trop définir. Ils ont leur place. On les écoute quand il y a les
90 entrées, on les écoute tout le temps en fait. On essaie un maximum de les entendre quand ils
91 ont des choses à nous dire. Ça nous permet nous aussi des fois de se réajuster parce qu'il y a
92 des choses qu'on ne va pas forcément savoir, qui seront mieux que nous. Parce que la
93 personne ne va pas forcément oser nous le dire, ou qu'elle n'a plus la parole et qu'elle ne peut
94 pas nous le dire, donc et quand on a des doutes, c'est vrai que ça arrive que, fin moi en tout
95 cas, que je les consulte quand je les croise ou que j'ai besoin de les appeler. Donc, ils ont
96 toujours leur place. Ils ne sont pas lâchés du jour au lendemain. Et puis même eux, ils en ont
97 besoin. On a des aidants qui, malgré le placement, sont là tous les jours. Donc ils conservent
98 quand même leur place avec moins de charge mentale du coup et moins de charge physique
99 aussi donc ils ont toujours leur place.

100 **Étudiante** : Pour vous, c'est une personne ressource en quelque sorte complètement par
101 rapport à l'histoire de vie du résident, de la résidente. Donc c'est vraiment quelqu'un à qui
102 vous allez aller à son encontre pour connaître le maximum.

103 **Infirmière** : Oui.

104 **Étudiante** : D'accord.

105 **Infirmière** : Oui, quand on bute sur quelque chose, ne pas hésiter à appeler parce que des fois
106 ils ont des petites astuces qu'on n'aura pas encore essayées. Et ça fonctionne bien.

107 **Étudiante** : Oui, j'imagine. En général, ça doit bien fonctionner.

108 Auriez-vous un exemple concret d'une situation d'accueil particulièrement complexe ?

109 **Infirmière** : Ce n'est pas la question que j'avais dit tout à l'heure.

110 **Étudiante** : Ben ça ressemble par rapport au placement de la dizaine de jours que vous avez
111 rencontré. Donc, est-ce qu'on pourrait repartir sur cette situation-là ? Ça rejoint un peu ce que
112 vous m'avez décrit tout à l'heure.

113 **Infirmière** : Oui, très très compliqué. Très compliqué et très compliqué pour la voisine de
114 chambre aussi, pour le coup. Parce que même elle avait été mise à contribution malgré elle.
115 On avait switché les deux places, etc. pour essayer que chacun ait son espace correctement.
116 On avait vraiment tout tenté.

117 **Étudiante** : Vous avez directement pensé à l'aménagement de la chambre pour essayer de
118 leur créer un lieu un peu plus privé. Même le fait qu'elle soit dans une chambre à deux lits.

119 **Infirmière** : Oui, parce que la configuration de la chambre telle qu'elle était, on ne permettait
120 pas tous les aménagements dans la disposition qu'il y avait déjà comme ça. C'était très
121 particulier, effectivement.

122 **Étudiante** : Oui, je comprends. On va parler un petit peu de la relation et rôle en EHPAD du
123 soignant. Comment définiriez-vous votre rôle de soignant en EHPAD ?

124 **Infirmière** : Un soutien. Oui, c'est ça, un soutien. On prend le relais de l'aidant en fait.
125 On les aide dans ce qu'ils ne peuvent plus faire, en essayant de maintenir leur autonomie au
126 maximum, en essayant de faire comme s'ils aimeraient, essayer de trouver des compromis
127 pour rester au plus près de ce qu'ils veulent. On est la béquille en fait.

128 **Étudiante** : En quoi ce rôle vous semble-t-il spécifique par rapport à d'autres secteurs de
129 soins ?

130 **Infirmière** : C'est une relation complètement différente. Dans un hôpital, dans les services, ça
131 tourne. Les gens sont là pour soigner une pathologie. J'ai fait un peu de médecine
132 polyvalente. Ça n'a rien à voir. Ils entraient, on les soignait, ils repartaient. On ne savait
133 presque rien d'eux en fait, à part leur pathologie. Alors que là, ce qui est bien, c'est que plus
134 longtemps ils sont là, et plus on va remarquer quand il y a un petit changement, on va se dire,
135 tiens, il y a quelque chose qui couve. Il y a un petit quelque chose à aller chercher.
136 Quelqu'un frappe à la porte, Mme la Directrice Adjointe : Rebonjour. En partant, n'hésitez
137 pas à vous arrêter au secrétariat.
138 On vous donnera les contacts de Madame B, qui est la représentante des familles chez nous,
139 qui nous a dit avec grand plaisir, elle s'entretiendra avec vous sans souci.
140 **Étudiante** : D'accord, merci beaucoup. Au plaisir, au revoir.
141 **Infirmière** : J'ai perdu le fil. Oui, par rapport aux autres secteurs.
142 **Étudiante** : Oui, c'est ça.
143 **Infirmière** : Oui, vraiment, on les voit évoluer, et dans le positif comme dans le négatif, en
144 fonction de leur période de vie. Et ça nous aide vraiment à prendre soin d'eux, je dirais, entre
145 guillemets mieux, parce que, à mon sens, parce que justement, comme on les connaît bien, le
146 moindre changement, on va le repérer tout de suite.
147 **Étudiante** : Oui, parce que vous connaissez leurs habitudes, comment ils réagissent à
148 certaines difficultés, donc en fait, vous englobez tout ce sens-là, et après, vous connaissez la
149 personne sur le bout des doigts.
150 **Infirmière** : C'est ça, et on a nos petits yeux et nos petites oreilles, parce que nous, c'est vrai
151 qu'on passe rapidement quand on donne les médicaments, quand on fait un pansement, mais
152 côté infirmier, c'est quand même pas mal la course, donc l'écho des aides-soignantes est hyper
153 important, même les collègues qui font ASH, qui font les petits-déjeuners, en cuisine, tous en
154 fait...
155 **Étudiante** : On a tous un rôle autour d'eux...
156 **Infirmière** : C'est ça et qui évoque plus longtemps que nous, donc vraiment, prendre le temps
157 de les écouter.
158 **Étudiante** : C'est très important.
159 **Infirmière** : Très
160 **Étudiante** : Quelle place accordez-vous à l'aidant dans cette relation de soins triangulaires,
161 résidents, aidants soignants ?
162 **Infirmière** : La place qu'on leur donne. Celles qui veulent avoir déjà, parce qu'il peut aussi y
163 en avoir qui ont besoin de couper net et de se reprendre, eux, en main. Ça peut arriver, on a
164 des résidents, on voit très rarement les familles, et comme d'autres, elles sont très présentes,
165 donc les accueils, il n'y a pas de souci. Mais et on essaie de garder aussi une certaine place
166 pour qu'ils puissent prendre ce recul-là du fait qu'on est là, qu'ils n'essaient pas non plus
167 d'empiéter sur le travail de soignant qu'on va mettre en place. Donc ça arrive, des fois, qu'on
168 dise aux familles, ne vous inquiétez pas, on gère...
169 **Étudiante** : Eh oui, vous définissez un certain cadre auprès des familles pour...
170 **Infirmière** : il peut avoir besoin, mais c'est très rare. Et au contraire, quand on voit les
171 familles qui viennent, je le prends pour la journée, mais allez-y, promenez, super.
172 Et au contraire, il y a des fois où j'aimerais bien prendre ma maman pour la nuit, mais on va
173 organiser ça, il n'y a pas de souci. Les médicaments, les changes, tout est prévu, tout est calé,
174 et ça se passe super bien.
175 **Étudiante** : Et là, les familles, elles doivent être rassurées parce qu'elles voient que l'EHPAD,
176 c'est comme une continuité de vie, et vous êtes là pour œuvrer à leur bien-être, et vous faites
177 tout en sorte que les familles soient autant rassurées que les résidents, et vous accordez donc

178 une place importante à l'EHPAD parce qu'il sera, malgré tout, toujours présent pour les
 179 familles qui sont là et qui ont été là auparavant.

180 **Infirmière** : C'est ça. Ils ont leur place. Et ce n'est pas parce que la personne vient ici que ça
 181 leur fait perdre leur place à eux. On garde ce lien.

182 **Étudiante** : Il n'y a pas eu des fois, des périodes où, par exemple, des familles ont été prises
 183 de jalousie par rapport à votre proximité avec certains résidents ? Parce que, enfin, quand on
 184 est dans un lieu de vie qu'on côtoie au quotidien, cette population-là, il y a ce relationnel qui
 185 se crée, et ça peut être compliqué par rapport à certaines familles.

186 **Infirmière** : Il y a des petits pics, c'est vrai, c'est rare, ça peut arriver, mais c'est normalement
 187 un petit peu de colère. Ça, ce n'est pas assez bien fait, tout ça... Mais ça les rassure, en fait, de
 188 se dire, non, moi, je ne l'aurais pas fait comme ça, mais c'est bien aussi. Voilà, ça passe, on
 189 essaie de garder justement cette la distance professionnelle, surtout quand il y a les familles,
 190 pour ne pas qu'ils aient l'impression qu'on les remplace. Parce qu'il y a des résidents qui sont
 191 tactiles, qui ont besoin de petits calinours. Je ne peux pas les en priver, les pauvres. Mais
 192 forcément, quand il y a les familles, on ne peut pas y aller....

193 **Étudiante** : Oui, on est un peu dans la retenue.

194 **Infirmière** : Voilà, forcément. Ils savent qu'ils ont leur dose avec la famille.

195 **Étudiante** : C'est des émotions qui sont complètement normales, on travaille dans l'humain
 196 donc heu ...

197 **Infirmière** : Ah oui moi, c'est impensable de ne pas être humaine en travaillant dans ce
 198 milieu-là.

199 **Étudiante** : Ah oui

200 **Infirmière** : C'est quelque chose que j'avais dit quand j'avais fait mon concours infirmier. Si
 201 un jour, je perds ça, j'espère que j'aurai la présence d'esprit de me rendre compte et de partir
 202 parce que ce n'est pas moi.

203 **Étudiante** : Je rejoins un peu votre réflexion. Donc, avant de conclure, y a-t-il quelque chose
 204 que vous aimeriez ou souhaiteriez rajouter sur point qui vous semble essentiel dans le thème
 205 de mon sujet ?

206 **Infirmière** : Comme vous l'avez dit, ce sont des personnes ressources et il ne faut pas
 207 l'oublier. C'est le package, en fait. C'est ça. C'est le package. Il y a le résident et la famille.
 208 Donc, on ne peut pas séparer les deux et on ne les oublie pas.

209 **Étudiante** : Merci. Moi, je voulais juste un petit peu insister sur la définition de l'aidant.
 210 Par rapport à votre expérience en EHPAD, avez-vous vu quand même une évolution de la
 211 place de l'aidant au sein des EHPAD ? Vous avez une expérience qui n'est pas très lointaine,
 212 mais est-ce que vous avez vu, depuis que vous avez commencé votre métier d'infirmière, est-
 213 ce que vous avez vu une évolution sur la place de l'Aidant ?

214 **Infirmière** : Justement, en un peu plus de deux ans, je n'ai pas beaucoup, beaucoup vu. Mais
 215 ce que je peux dire, c'est qu'il y a des personnes, des aidants, de résidents qu'on a eu ici qui,
 216 malgré le décès de leurs parents, continuent d'être présents et de s'investir au sein de
 217 l'EHPAD. Et je trouve ça formidable.

218 **Étudiante** : Ah oui, dit dont, je ne pensais pas à ce point.

219 **Infirmière** : Si on en a un qui, de temps en temps, continue de venir jouer de la guitare pour
 220 les résidents. Il faisait ça quand il y avait sa maman. Il continue de venir. On en a un qui fait
 221 partie du conseil de vie... Conseil de vie sociale. Voilà, c'est ça. J'avais peur de l'estropier.
 222 Conseil de vie social pour la vie des résidents, etc. Il est toujours là alors que sa maman n'est
 223 plus là. Donc c'est que il y a quand même enfin, c'est que l'on doit partager quelque chose de
 224 suffisamment agréable pour qu'ils aient envie de rester quand même.

225 **Étudiante** : Ah oui, j'imagine qu'il y a une relation de confiance qui se crée tout au long du
226 séjour de chaque résident ou résidente.
227 **Infirmière** : Et même encore après, du coup on le voit, c'est...
228 **Étudiante** : C'est beau, c'est une belle preuve de reconnaissance, en tout cas. Je trouve ça
229 magnifique. Merci beaucoup.
230 **Infirmière** : C'est ça. Mais on partira le jour où on aura une chambre (rire).
231 **Étudiante** : Je tenais à vous remercier de m'avoir accordé ce petit moment pour réaliser cet
232 entretien. Je vous souhaite une bonne continuation et au plaisir.
233 **Infirmière** : Et bonne fin d'année et au plaisir d'avoir une future infirmière.
234 **Étudiante** : Merci

Annexe 7 : Entretien soignant n°4

Date : 26/03/26

Durée : 26 minutes

Profil de la personne interviewée : Infirmière ayant 15 ans d'expérience

Nom: Amy

Service : EHPAD

Formations : Spécifique à la prise en soins de la personne âgée.

- 1 **Étudiante** : Bonjour, je m'appelle Angélique, j'ai 43 ans, je suis une ancienne aide-soignante
2 et j'ai décidé de reprendre mes études. Là actuellement, je suis en troisième année et dans le
3 thème de mon mémoire, Quelle place accorder à l'aidant lors d'un placement en EHPAD ?
4 Cette question-là est centrale au niveau de mon mémoire et donc je voulais un peu avoir votre
5 ressenti et votre expérience, recueillir vos connaissances.
- 6 **Infirmière** : Ok, donc moi je m'appelle Amy, je suis infirmière depuis 2011, j'ai fait du
7 libéral, j'ai fait beaucoup d'EHPAD, plusieurs EHPAD, donc pour moi la personne âgée, c'est
8 vraiment mon public favori, voilà et je trouve que c'est un très beau sujet en fait à aborder
9 parce que les aidants, on les oublie souvent, voilà, ils ont eux aussi besoin de soutien. Ils ont
10 leur place, je pense, mais vraiment une place importante au sein des établissements.
- 11 **Étudiante** : Donc, pour le thème 1 la représentation de l'EHPAD et accueil du résident, selon
12 vous, quel est le rôle principal de l'EHPAD aujourd'hui ?
- 13 **Infirmière** : Tu peux redire la question ?
- 14 **Étudiante** : Oui, bien sûr. Selon vous, quel est le rôle principal de l'EHPAD aujourd'hui ?
- 15 **Infirmière** : Accompagner les personnes âgées dans le maintien de leur autonomie et dans,
16 évidemment, les soins qu'ils ne sont pas capables de faire eux-mêmes. Avoir un lien
17 privilégié avec la famille, ou les aidants en tout cas. Nous, ici, c'est comme ça que ça se
18 passe, voilà. Ok.
- 19 **Étudiante** : Que représentent pour vous les EHPAD sur le plan professionnel ? Donc, vous
20 avez dit que la personne âgée prenait une place importante par rapport à votre métier et du
21 coup, pour vous, au plan professionnel, c'est ?
- 22 **Infirmière** : Alors, je ne comprends pas tout à fait la question. Que représentent pour vous
23 les EHPAD sur le plan professionnel ?
- 24 **Étudiante** : C'est-à-dire, est-ce que vous avez choisi de venir travailler ici ?
- 25 **Infirmière** : Moi, j'ai toujours choisi l'EHPAD.
- 26 **Étudiante** : D'accord.
- 27 **Infirmière** : Parce que, voilà, comme je vous dis, le public âgé, c'est un public vulnérable.
28 Donc, forcément, pour moi, au niveau de mes émotions, c'est un public que j'affectionne,
29 avec qui on peut avoir de magnifiques échanges. Donc, voilà, pour moi, ça représente
30 beaucoup l'EHPAD et puis, c'est une grande partie de ma carrière.
- 31 **Étudiante** : Merci. Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors d'un accueil pour
32 le résident, les proches ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?
- 33 **Infirmière** : Alors, le résident, la première difficulté, c'est qu'il a toujours beaucoup de mal à
34 accepter la mise en institution. Il est très souvent dans le refus. Voilà, maintenant, une fois
35 qu'on a l'habitude, on le sait, donc on patiente, on accompagne ce refus. Et pour les familles,

36 ce qui est difficile, déjà, c'est de prendre la décision de te mettre en institution. Et puis après,
 37 il y a tout le travail de déculpabilisation qu'il faut faire derrière avec la famille.

38 Parce que pour eux, c'est aussi compliqué de mettre leurs parents. Ils ont ce sentiment
 39 d'abandon. Donc, parfois, ils sont un petit peu virulents parce qu'ils sont très exigeants, mais
 40 c'est parce qu'ils sont dans la peine aussi de faire ça.

41 Ils se culpabilisent, donc du coup, ils reportent sur nous. Et puis après, une fois qu'on a bien
 42 installé une relation de confiance, en même temps avec la personne et en même temps avec la
 43 famille, ça va très bien.

44 **Étudiante :** Oui, j'imagine. Auriez-vous un exemple concret d'une situation d'accueil
 45 particulièrement complexe ?

46 **Infirmière :** Particulièrement complexe ? J'en ai beaucoup.

47 **Étudiante :** Oui, j'imagine.

48 **Infirmière :** Je vais en choisir une particulièrement complexe. Une aidante qui avait sa
 49 maman à domicile. Donc, c'est une dame qui rentre en institution, polypathologie, bien sûr,
 50 comme beaucoup de personnes âgées, avec quand même une espérance de vie très limitée à
 51 cause d'un cancer.

52 **Étudiante :** D'accord.

53 **Infirmière :** Et cette dame avait beaucoup, beaucoup de mal à mettre sa maman en
 54 institution, ce qui fait qu'en fait, elle était là du matin au soir. Et il a fallu beaucoup de temps
 55 parce qu'elle ne nous faisait absolument pas confiance. Et elle était dans l'exigence de tout et
 56 de n'importe quoi. Alors, on a l'habitude, dans un premier temps. Sauf que là, ça a duré, duré,
 57 duré, duré. En fait, ça ne s'est jamais arrêté. Jusqu'à ce que sa maman décède. Ça a été comme
 58 ça. Ça a été vraiment le seul cas très compliqué où on n'a pas réussi. Alors, je pense que la
 59 dame avait des troubles. Elle était très attachée à sa maman, mais vraiment très, très attachée.
 60 Et elle n'avait pas réglé cet attachement.

61 Et pourtant, elle avait quasiment 60 ans, cette fille. Et là, ça a été très compliqué parce qu'elle
 62 n'a jamais lâché. Pour l'équipe entière, au niveau de tout le professionnel qui intervenait
 63 auprès de la maman. Oui, toujours en train de dire. Et ça, vous n'avez pas fait. Et ça, et ça,
 64 c'est quoi. Et ça. Non, mais là, il faut lui faire ça. Non, mais on ne va pas lui faire ça.
 65 Elle était en train de mourir, votre maman. Si, si, si, il faut lui faire. Donc, elle nous a mis
 66 dans des situations assez cocasses. Parce que quand on a une personne qui est en fin de vie,
 67 on fait vraiment des soins de confort. Des soins de confort. La qualité de vie.

68 Et moi, je veux dire, cette dame. Alors, elle n'était pas encore étiquetée en fin de vie. Mais
 69 voilà, on était dans des soins de confort. Et elle a tenu absolument à ce que je l'envoie aux
 70 urgences parce qu'elle n'avait plus d'urine. Mais on savait que c'était son néo qui gagnait. Et
 71 moi, j'ai été tenue de le faire. Donc ça, ça a été très difficile pour moi à vivre. Parce que je
 72 savais que c'était maltraitant pour sa maman. J'y ai dit, mais elle ne voulait pas entendre.

73 **Étudiante :** D'accord.

74 **Infirmière :** Donc, j'ai été tenue de le faire. Oui, voilà.

75 **Étudiante :** Merci pour ce témoignage. Auriez-vous... Non, excusez-moi. On part sur le
 76 thème 2 : Comprendre comment les infirmières perçoivent la place et le rôle de l'aidant
 77 proche.

78 Comment définiriez-vous le terme aidant ?

79 **Infirmière :** Alors, le terme aidant. Alors après, moi, je trouve que ça dépend. Parce qu'il y a
 80 aidant naturel. Et puis, il y a aidant professionnel. Donc, l'aidant naturel, ça va être dans la
 81 famille. C'est une personne qui va aider du mieux qu'il peut avec ses connaissances. Avec ses
 82 liens aussi émotionnels et affectifs avec la personne. Ce qui fait que ça crée parfois des
 83 entraves. Et puis, ça le met dans une position qui n'est pas toujours confortable non plus.
 84 Puis, il n'a pas toujours les connaissances, ni d'appui. Alors que les aidants professionnels, on
 85 est une équipe. On peut s'appuyer les uns sur les autres. On a des avis différents. On a aussi

86 beaucoup de compétences. Et c'est ça qui fait la différence. Et eux, les aidants naturels, ils
87 vont arriver relativement rapidement à un épuisement professionnel. S'ils ne sont pas, eux,
88 professionnels, personnels. S'ils ne sont pas soutenus par des professionnels, justement.
89 Alors que nous, même si ça arrive, quand on puisse arriver à un épuisement professionnel, on
90 partage cette charge, à la fois la charge émotionnelle, la charge des responsabilités. Et puis,
91 on n'a pas cette relation d'affect.

92 **Étudiante** : Tout à fait.

93 **Infirmière** : C'est vrai. Voilà. J'espère avoir répondu.

94 **Étudiante** : Oui, merci beaucoup. Quel rôle a-t-il auprès du résident ? Donc là, on parle
95 vraiment de l'aidant naturel.

96 **Infirmière** : De l'aidant naturel. Oui. Quel rôle l'aidant naturel ? Déjà, c'est son lien avec sa
97 vie qu'il avait à l'extérieur. C'est aussi sa famille. Donc, on a vraiment une grosse relation, que
98 de l'émotionnel. En général, quand les familles arrivent, c'est le moment où ils sont dans la
99 plainte de tout. Parce qu'eux aussi sentent la culpabilité. Selon l'état de conscience dans lequel
100 ils sont, ils vont aussi en jouer. Mais ils leur font beaucoup porter de choses aux aidants
101 naturels. Après, pour nous, c'est un soutien. Parce qu'ils voient, ils les connaissent très bien.
102 Donc, c'est vrai que nous, quand ils nous disent « Ah, vous savez, j'ai vu ça » et tout, on dit «
103 Ah, nous, peut-être qu'on était passés à côté ». Donc, c'est vraiment pour nous des appuis
104 importants. Bon, parfois, ils ont des exigences qui sont non justifiées, on va dire.
105 Ils demandent des choses. En fait, ils n'y comprennent rien. Donc, en fait, ils s'inquiètent pour
106 des choses. C'est pour ça qu'il faut vraiment beaucoup leur expliquer aux aidants. Nous, on
107 les appelle énormément. La famille, on les appelle énormément. Pour leur expliquer, pour ne
108 pas qu'ils se fassent du souci. Et du coup, pour ne pas qu'ils nous fassent des demandes qui
109 n'ont ni queue ni tête. Mais en tout cas, il faut s'appuyer sur eux.

110 Ils sont importants. Oui, il faut être au clair avec eux. C'est ça.

111 **Étudiante** : Avoir une écoute active.

112 **Infirmière** : C'est ça. Mais vraiment, c'est des personnes ressources, en quelque sorte.
113 Exactement. Donc, en gros, c'est bien qu'ils soient au courant de tout ce qui se passe autour
114 de leurs proches. Oui, c'est ça. Et du coup, ça réduit un peu l'anxiété, je pense. Ça réduit leur
115 anxiété. Et puis, après, le fait que leur anxiété soit réduite, ils réduisent celle du résident.
116 Voilà. Donc, c'est vraiment un travail de collaboration qui est important. Et c'est vrai que
117 quand il y a une entrée, ils disent beaucoup de choses, mais ils ne peuvent pas tout nous dire.
118 Donc, c'est vrai que ces moments-là, c'est aussi des moments importants.

119 **Étudiante** : Eh oui, tout à fait. Merci. Pouvez-vous me décrire une situation dans laquelle la
120 présence ou l'intervention d'un aidant a interféré dans le soin ?

121 **Infirmière** : Eh bien, je vais reprendre le même... Voilà. Parce que cette dame, on était dans
122 un soin qui devait être uniquement de confort puisqu'on savait très bien qu'elle avait un
123 cancer incurable. Il fallait qu'elle soit juste dans le confort. On savait que ça n'évoluerait pas
124 de façon favorable et que c'était même... Elle était en train de vraiment décliner avec une
125 grande fatigue. Et voilà. Donc, elle a poussé au soin. Seulement, effectivement, moi, en tant
126 qu'infirmière, je vois quelqu'un qui n'a plus d'urine, mais je savais pourquoi elle n'en avait
127 plus et qu'elle était en train, en fait, de décliner. Mais, vu que c'était sa représentante légale et
128 qu'elle l'a demandé, je suis tenue de le faire.

129 **Étudiante** : Eh oui.

130 **Infirmière** : Donc, oui, elle a interféré. J'ai essayé de négocier. Mais ce n'était pas possible.
131 Elle n'entendait rien de personne. Même le médecin. Elle était dans le déni. Non, non. Le
132 psychologue lui a parlé. La cadre lui a parlé. Moi, je lui ai parlé. Suite à ça, d'ailleurs, la cadre
133 et le psychologue sont réintervenues. Et en fait, c'est une dame qui disait oui, oui, mais elle ne
134 voulait pas entendre. Elle était dans le déni, en fait. Vraiment. Elle ne voulait pas perdre sa
135 maman.

136 Ça peut arriver. Bien sûr. Ça arrive même très souvent.
 137 On est confrontés à ça. Donc, c'est vraiment le moment de les amener doucement. Mais elle,
 138 jusqu'à la fin, elle était dans le déni.
 139 Jusqu'à ce que sa maman décède. Ça a été très compliqué. Même de mettre la chaleur en
 140 place. Elle refusait. Elle refusait que sa maman ait des traitements antalgiques.
 141 **Étudiante** : Ah oui, c'est dur.
 142 **Infirmière** : Non, mais ça a été dur. Moi, c'est une prise en charge qui m'a vraiment... Qui a
 143 laissé des traces. Oui, ça m'a affectée. Mais pour cette dame, il fallait qu'elle soit dans le
 144 confort. Bien sûr. Il a fallu qu'on négocie pendant je ne sais combien de temps pour que
 145 finalement, elle accepte la morphine. Mais ça a duré peut-être deux semaines. Et elle refusait
 146 l'Hypnovel. Elle ne voulait pas que sa maman soit endormie. Alors qu'elle souffrait. Elle était
 147 hyper anxieuse. On n'a pas mis de... Enfin, voilà. Ça a été une prise en charge très difficile. Et
 148 là, oui, sa présence permanente a fait qu'effectivement, on n'a pas pu mettre tout ça en place.
 149 C'était son choix. Et c'était difficile parce que c'était nous qui assumions aussi derrière ses
 150 choix.
 151 **Étudiante** : Eh oui. Oui, ça a dû être très dur et pénible à vivre une expérience comme celle-
 152 ci pour tous les personnels. Merci. Nous sommes donc sur le thème 3. Comprendre comment
 153 les infirmières en EHPAD définissent leur rôle et construisent la relation de soins entre les
 154 résidents en tenant compte de la place de l'aidant.
 155 Donc ça, c'est le thème. Comment définiriez-vous votre rôle de soignant en EHPAD ?
 156 **Infirmière** : Mon rôle de soignant ? Alors déjà, je suis garante de tout ce qui est santé. Mais
 157 le rôle principal d'une infirmière en EHPAD, c'est vraiment l'écoute. Avoir un bon relationnel
 158 en même temps avec les familles, en même temps avec les résidents. Parce qu'il faut être à
 159 leur écoute. Il faut savoir aussi jauger en fonction de leur état. Déjà mental. De leur état
 160 anxieux aussi. Parce qu'on a des résidents qui se plaignent du matin au soir. Et non, mais c'est
 161 pas évident. On en a qui se plaignent du matin au soir. Et on leur dit, on leur dit attention.
 162 Parce que le jour où il y aura quelque chose, ça va être difficile. Mais à force de discuter avec
 163 eux. Voilà, on sait...
 164 **Étudiante** : Oui, vous avez appris à les connaître.
 165 **Infirmière** : Voilà, c'est ça. À déceler le moindre changement d'état de leur santé. La
 166 relation, la connaissance des patients, l'habitude, la connaissance des familles. C'est ça notre
 167 rôle. C'est vraiment la relation avec tout le monde. Alors c'est sûr qu'on a les médicaments.
 168 Parce que quand on est infirmière en EHPAD, c'est une grosse partie de notre travail de gérer
 169 les médicaments. On est aussi garante de ça. Mais voilà, pour moi la priorité c'est le soin
 170 relationnel.
 171 **Étudiante** : Merci. Comment décririez-vous la relation soignant-résident en EHPAD ? Donc
 172 une relation de confiance, d'aide ?
 173 **Infirmière** : Oui, une relation de confiance, de respect. Parce que c'est vrai qu'on voit, on
 174 arrive parfois à voir des gens qui sont tutoyés. Moi, ça m'est déjà arrivé de tutoyer un résident
 175 quand il est très dément. Et où en fait, j'arrive pas à avoir une accroche de confiance avec la
 176 personne. Où il faut l'appeler par son prénom et le tutoyer pour capter son attention. Mais
 177 sinon, il faut garder ce respect de vouvoiement. Et on peut être très proche tout en vous
 178 voyant.
 179 **Étudiante** : Oui, tout à fait.
 180 **Infirmière** : Les personnes, je veux dire, il n'y a aucun souci. Et c'est une relation... Alors,
 181 c'est vrai qu'on nous parle souvent de relations professionnelles, de mise de distance. Moi, je
 182 n'ai jamais été d'accord avec ça. Alors, je vais dire ce qui est important. On dit qu'il faut
 183 mettre la distance. Mais en fait, ce n'est pas la relation qui met la distance.
 184 Je pense que c'est un travail qu'on fait sur nous-mêmes. D'acceptation aussi de la finitude de
 185 la personne. D'accepter et de savoir que, nous, notre rôle, c'est d'accompagner dans le confort

186 jusqu'à la fin. Voilà. Je ne vous dis pas que ça ne m'est jamais arrivé de pleurer quand j'ai vu
 187 un résident qui partait. Parce que, voilà, un lien particulier.

188 Une situation de ma vie particulière, je ne sais pas. Mais ça m'est déjà arrivé. Bon, je l'ai
 189 accepté. Mais, effectivement, je ne pleure pas à chaque fois que j'ai un résident qui s'en va.
 190 Voilà. C'est ça, je pense, la distance professionnelle qu'on demande.

191 C'est que, nous, émotionnellement, on a notre travail à faire pour avoir cette distance
 192 suffisante. Mais pas trop grande pour, justement, garder cette relation. Voilà.

193 Moi, je le gère en disant, quand je suis là, je suis très proche d'eux. Je les accompagne. J'y
 194 mets mon cœur. Je me fixe quand même des limites. Et par contre, quand c'est la fin, je les
 195 accompagne au mieux. Et je n'ai aucun regret. Et voilà, je suis heureuse pour eux aussi qu'ils
 196 puissent finir dans de bonnes conditions.

197 **Étudiante :** C'est beau. Merci.

198 Quelle place accordez-vous à l'aidant dans cette relation de soins triangulaires, résidents,
 199 aidants et soignants ?

200 **Infirmière :** Là, c'est tous les trois, même dans la main. Là, en fait, c'est vraiment un triangle
 201 ou un cercle vertueux, je ne sais pas. Mais il faut qu'on travaille tous ensemble. Alors, parfois,
 202 ce n'est pas évident. Parfois, c'est la personne elle-même qui est dans le déni de sa finitude.
 203 Parfois, c'est la famille. Et en fait, en travaillant ensemble et en y allant petit à petit, mis à part
 204 ce cas vraiment exceptionnel, voilà, chacun avance quand même. Ensemble. Oui, oui. Il y a
 205 des familles qui sont très aidantes aussi. Moi, j'ai un exemple à contrario d'un médecin. Il n'y
 206 a pas très longtemps, un fils médecin d'une de nos résidentes et qui, en fait, nous a facilité
 207 l'accompagnement de fin de vie pour sa maman, a soulagé ses douleurs.

208 On a pu vraiment... Enfin, ça a été génial. Une autre qui était infirmière, on l'a remerciée pour
 209 l'accompagnement de fin de vie de sa maman. Elle était merveilleuse. Elle a aidé sa maman.
 210 Elle nous a aidé, nous. Nous, on l'a soutenue, elle...

211 Enfin, c'était vraiment un magnifique échange. Donc, il y a vraiment aussi des familles...

212 Voilà, on parle du pire, mais on peut parler du meilleur aussi. Oui, oui, oui, aussi. Il ne faut
 213 pas l'oublier.

214 **Étudiante :** Oui. Après vous avoir posé ces différentes questions, avant de conclure, y a-t-il
 215 quelque chose que vous aimeriez rajouter ? Quelque chose qu'on n'aurait pas abordé ou que
 216 vous pensez important ? Quelque chose qu'on n'aurait pas abordé avec les aidants ?

217 **Infirmière :** Alors juste, c'est un petit trait d'humour peut-être, mais on dit souvent... Les
 218 aidants, ils sont chiants. Il faut le dire. Ils disent oui, ils nous demandent ça, ils nous
 219 demandent si, ils sont toujours en train d'agir. Oui, d'une part.

220 Effectivement. Mais quand ils ont des demandes, il faut toujours écouter ce qu'il y a à dire.
 221 Parce que oui, des fois, ils sont chiants, c'est vrai.

222 Des fois, on a tellement de choses à gérer que leurs demandes, elles peuvent paraître vraiment
 223 anodines et on se dit mince quand même, on a autre chose à gérer que ça. Et en même temps,
 224 il faut écouter. Même si on n'a pas le temps de le traiter maintenant, on l'écoute. Et peut-être
 225 ça nous... Voilà, on le garde. Et peut-être que ça nous indiquera quelque chose aussi. Mais
 226 pas les rejeter, pas leur dire qu'on ne sait pas dire.

227 Écoutez, je m'en occupe, je me renseigne, je reviens vers vous. Ou si on n'a pas le temps de
 228 rappeler, parce que ça arrive souvent que nous... Rappelez-nous. Rappelez-nous demain ou
 229 rappelez la semaine prochaine, j'aurai le temps d'avoir l'info.

230 Voilà, toujours les rassurer sur le fait qu'on est là. On est là. Alors oui, et que des fois, on fait
 231 des erreurs aussi, on peut se tromper.

232 Et ça, c'est humain. Donc, voilà. Et ne pas aller les prendre de front là-dessus, dire, je suis
 233 désolée, ça c'est moi, j'ai oublié.

234 Je vous avoue, voilà, c'est moi. Et assumer, assumer qui on est. Assumer que oui,
 235 effectivement, on a beaucoup de travail et qu'à un moment donné, on peut... Et ils acceptent

236 très bien, ils disent, mais je comprends. Voilà, j'ai dit, mais là, je le note, je m'en occupe.
237 Voilà. Et oui, l'honnêteté, tout simplement, prime sur tout ce que vous avez dit. Oui. Voilà.
238 **Étudiante :** Merci beaucoup pour vous m'avoir accordé du temps pour cet entretien. Je vous
239 souhaite une très bonne continuation.
240 **Infirmière :** À vous aussi. Je vous souhaite une belle réussite. Voilà. Merci beaucoup.
241 **Étudiante :** Et je vous souhaite aussi une bonne fin de journée. Merci. Au revoir.

Annexe 8 Grille d'Analyse des questions thème 1 :

THEME 1 : Ehpad : Représentation de l'Ephad et accueil du résident

	Entretien N° 1	Entretien N° 2	Entretien N° 3	Entretien N° 4
Rôle principale de l'Ehpad	« Accueillir des personnes en difficulté d'autonomie » (VI ligne 15) « ne peuvent rester à domicile » (p VI ligne 16) troubles cognitifs / perte de mobilité Personnes vivant seules ou en difficulté à domicile Risque de fugue → besoin de sécurité	« Accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie » (p XVII ligne 20) Maintien à domicile impossible Isolement des personnes âgées Éloignement de la famille Mise en danger à domicile Rapprochement familial comme motif d'entrée	« Prendre le relais quand le maintien à domicile n'est plus possible » (p XXIV ligne 20) Limites du maintien à domicile « Les familles ne sont plus en capacité physique ou psychologique » ligne 20-21 Épuisement ou incapacité des proches Logement inadapté « L'habitation n'est pas adaptée » ligne 24	Accompagnement de l'autonomie « accompagner les personnes âgées dans le maintien de leur autonomie » (p XXVIII ligne 15) aide dans les soins non réalisables seuls « les soins qu'ils ne sont pas capables de faire eux-mêmes » ligne 16 Importance du lien avec les proches « avoir un lien privilégié avec la famille ou les aidant » ligne 17 Place centrale des aidants
Représentation de l'Ehpad sur le plan professionnel	34 ans en Ehpad : « je suis un pur produit de l'Ehpad (p VI ligne 7)	« La continuité de la vie » p XVII ligne 27 Perte d'autonomie nécessitant un accueil	« Une grande famille » p XXIV ligne 27 « On prend le relais des familles » ligne 28 « Nouvel espace de vie » ligne 28	Public vulnérable « le public âgé, c'est un public vulnérable » (p XXVIII ligne 27) Attachement au public âgé

		Public peu valorisé / peu attirant pour certains professionnels Intérêt professionnel pour les histoires de vie Diversité des situations / richesse des prises en charge « Lieu de vie » (p XVIII ligne 38) « Pas vraiment un lieu de soins [...] pas dans le curatif » (ligne 38) p XVIII « Lieu de prendre soin » (ligne 39) p XVIII Importance du relationnel (résident + famille)	« Une nouvelle famille pour les résidents » ligne 27 à 29 Grande famille Relais des proches Lieu de vie Continuité du lien	« C'est un public que j'affectonne » ligne 28 Richesse relationnelle « Avec qui on peut avoir de magnifiques échanges » ligne 29 Dimension humaine du travail Investissement personnel « ça représente beaucoup [...] une grande partie de ma carrière » ligne 29-30
Difficultés rencontrées lors de l'accueil (résidents proches)	« Importance que la demande vienne du résident » ligne 24 p VI « La contrainte, c'est pire que tout » ligne 31 p	Entrée non préparée Entrée vécue comme subie (résident + famille) « Entrée en catastrophe » ligne 44 p XVIII	Entrée non désirée « On est là, mais on n'a pas envie » p XXIV ligne 32-33	Coté résident : Difficulté d'acceptation de l'entrée « beaucoup de mal à accepter la mise en

	VI « La non-préparation, c'est pire que tout » ligne 32 p VII Admission non choisie difficulté d'adaptation Adaptation plus facile si entrée anticipée et volontaire Visite préalable facilite l'entrée	Manque de préparation des familles "Angoisse et appréhension à l'arrivée Jugement négatif sur l'EHPAD" ligne 47 Nécessité de créer une relation de confiance Entrée en urgence (chute, hospitalisation...) Rupture brutale avec le domicile Passage rapide domicile → hôpital → EHPAD Absence de retour à domicile « Situation vécue comme violente » pour le résident ligne 56	Vécu de deuil (résident + famille) « Un gros deuil » ligne 34 Culpabilité importante des familles « La culpabilité [...] envahissante » p XXV ligne 36 Émotions exprimées par la colère « Ça va être tourné beaucoup en colère » ligne 38 Projection sur les soignants « On ne fera jamais assez » ligne 40 Difficulté relationnelle avec les familles Nécessité d'un accompagnement « Prendre le temps de les rassurer » ligne 41 « Une écoute attentive » ligne 42-43	institution » (p XXVIII ligne 33) Refus fréquent « très souvent dans le refus » ligne 34 Nécessité d'accompagnement « on patiente, on accompagne ce refus » ligne 35 Coté famille/aidants difficulté à prendre la décision « c'est difficile de prendre la décision » (p XXIX ligne 36) culpabilité importante « travail de déculpabilisation » ligne 37 sentiment d'abandon « ils ont ce sentiment d'abandon » ligne 38-39 Répercussions sur les soignants : exigence importante des familles « ils sont un petit peu virulents » ligne 39 projection des émotions
--	---	--	--	--

				« ils reportent sur nous » ligne 41 Evolution possible : refus du résident difficulté d'acceptation culpabilité famille sentiment d'abandon exigences / tensions importance de la relation de confiance
Exemple concret situation d'accueil situation complexe	Résidente avec troubles cognitifs (type Alzheimer) Maintien à domicile impossible (errance, fugue) Entrée en EHPAD préparée mais non choisie Refus du placement / volonté de rentrer à domicile « Elle ne comprenait pas pour quelle raison elle était ici » p VII ligne 47 Adaptation difficile malgré accompagnement (équipe + famille)	Données générales Patient jeune (≈ 65 ans) avec maladie de Parkinson « Une dame complètement épuisée » (aidante) p XVIII ligne 62 Demande initiale d'accueil temporaire pour répit ligne 66 Dégradation de l'état de santé → hospitalisation Impossibilité de retour à domicile ligne 69 p. XVIII et p. XIX ligne 71 Entrée rapide en institution ligne 74 p. XIX	Données générales Séjour très court (≈ 10 jours) Difficultés d'adaptation du résident « Il n'y avait vraiment rien qui allait » p XXV ligne 52 Inadéquation avec les conditions d'accueil Chambre double non acceptée Impossibilité de répondre aux attentes Impact sur la famille « Ça n'allait pas non plus avec la famille » ligne 54 Départ précipité	Contexte : Aidante très présente « elle était là du matin au soir » p XXIX ligne 54 Patiente polypathologique en fin de vie « espérance de vie très limitée à cause d'un cancer » ligne 50-51 Difficultés avec l'aidante : Manque de confiance envers les soignants « elle ne nous faisait absolument pas confiance » ligne 55 Exigences importantes et permanentes

	Troubles évolutifs compliquant la prise en charge « Elle parle encore de sa maison et elle veut partir » (p VII) ligne 54) Situation restant difficile dans le temps	Conflits familiaux Opposition de la belle-famille au placement « Conflit avec la belle-famille » ligne 74 « C'était vraiment la guerre » ligne 77 Contexte judiciaire / tensions importantes « On était au milieu de la guerre » ligne 77 Difficulté à garder une position neutre « On ne peut pas tisser vraiment un lien de confiance » ligne 82 Conséquences sur la prise en charge Climat de méfiance envers les soignants « Tout était sujet à être suspicieux » ligne 84 Souffrance de l'équipe et de la famille « L'équipe était en souffrance » ligne 89 « La femme de ce monsieur était en souffrance » ligne 89	« Du jour au lendemain [...] je récupère ma maman » ligne 54 Vécu d'échec pour l'équipe « Ça a été un échec pour nous » ligne 55 Remise en question des soignants « On s'est tous remis en question » ligne 75	« elle était dans l'exigence de tout et de n'importe quoi » ligne 55 Situation qui dure dans le temps « ça a duré [...] ça ne s'est jamais arrêté » ligne 62 Relation affective/attachement : Attachement très fort « très attachée à sa maman » ligne 59 Difficulté à se détacher « elle n'avait pas réglé cet attachement » ligne 60 Impact sur l'équipe : Pression constante sur les soignants « toujours en train de dire : ça vous n'avez pas fait » ligne 63 Situation difficile pour toute l'équipe « très compliqué [...] pour l'équipe entière » ligne 62 Conflit autour de la prise en charge : Opposition entre logique médicale et demandes de l'aidante
--	---	---	---	--

		Impact sur le résident « Lui, il était au cœur du conflit » ligne 91 « Ça se ressentait sur son anxiété, son comportement » ligne 91 Qualité de l'accueil altérée « C'était un peu catastrophique » ligne 94		« on était dans des soins de confort » ligne 67 Refus de la réalité de la fin de vie « elle ne voulait pas entendre » ligne 72 Dilemme éthique : Décision vécue comme maltraitante « je savais que c'était maltraitant pour sa maman » ligne 72 obligation d'agir contre son jugement «j'ai été tenue de le faire» ligne 71
--	--	---	--	--

Annexe 9 : Grille d'Analyse des questions thème 2

Thème 2 : La représentation de l'aidant :

Comprendre comment les infirmières perçoivent la place et le rôle de l'aidant proche

	Entretien N°1	Entretien N°2	Entretien N°3	Entretien N°4
Définition du terme Aidant	« l'aidant est la personne responsable pour accompagner un membre de sa famille pour les actes quotidiens de la vie les courses la préparation des repas » P VIII ligne 100- 102 Aide concrète dans le quotidien Rôle pratique et accompagnement	« quelqu'un proche pas forcément de la famille P XIX ligne 101 qui donne de son temps sans mesurer le temps » p XIX ligne 105-106 Pas forcément famille Engagement fort Aide même à distance possible	« un membre de l'entourage qui va venir aider au quotidien ce qu'elle ne peut plus faire seule » p XXVI lignes 83-85 Aide au quotidien Perte d'autonomie centrale	« aidant naturel dans la famille P XXIX ligne 80 avec des liens émotionnels peut entraîner un épuisement » lignes 86-87 Dimension affective importante Risque d'épuisement Différence aidant pro / aidant familial
Quel place il occupe dans l'établissement	« pour nous, l'aidant est un référent c'est la personne auprès de laquelle nous allons chercher toutes les informations p IX ligne 127 l'aidant va être capital dans la prise en charge » P IX ligne 130 Référent principal Source d'informations	« une place importante c'est souvent cette personne qui a passé le pas de la mise en institution » p XX lignes 115-117 « elle demeure là dans notre accompagnement » p XX lignes 118-119 Présent dès l'entrée en institution	« ils ont leur place on les écoute tout le temps ça nous permet de se réajuster ils ne sont pas lâchés du jour au lendemain » p XXIV lignes 89-96 Écoute permanente Aide à ajuster la prise en charge Maintien du lien malgré l'institutionnalisation	« c'est son lien avec sa vie à l'extérieur ligne 97 c'est un soutien ligne 101 il faut s'appuyer sur eux ligne 104 ils sont importants » P ligne 109 P XXX Lien avec l'extérieur et la vie antérieure Soutien pour les soignants Connaissance fine du résident

	essentielles (histoire de vie) Acteur central de la prise en charge Toujours impliqué (visites, rendez-vous, accompagnement)	Continuité du rôle après le placement Présence variable (visites, téléphone)	Moins de charge mais toujours présents	Nécessité de communication (explications fréquentes)
Quel rôle auprès du résident	« elle continue à l'être, malgré tout, chez nous ce sont des personnes qui viennent les voir régulièrement, qui s'investissent énormément qui les sortent qui apportent du linge c'est cette personne-là qui va accompagner le résident dans sa vie chez nous » P IX lignes 132-135 Continuité du rôle après l'entrée en EHPAD Accompagnement au quotidien Implication concrète (visites, sorties, linge) Référent pour les démarches importantes	« elle était là pour l'aider au quotidien elle est là au moment de ce passage elle demeure là dans notre accompagnement » P XX Lignes 117-119 Présence avant, pendant et après l'entrée Continuité du lien Soutien régulier (visites, téléphone)	« on les écoute tout le temps ligne 90 ça nous permet de se réajuster ligne 91 la personne ne va pas forcément oser nous le dire ligne 93 ils ont toujours leur place » ligne 96 p XXVI Porte-parole du résident Aide à ajuster la prise en charge Relais d'informations quand le résident ne peut plus s'exprimer Maintien du lien affectif	« c'est son lien avec sa vie à l'extérieur lignes 96-97 c'est un soutien ligne 101 ils les connaissent très bien ligne 101 il faut s'appuyer sur eux » ligne 109 P XXX Lien avec la vie antérieure Soutien pour le résident et les soignants Connaissance fine des habitudes Nécessité d'accompagnement et d'explication

	essentielles (histoire de vie) Acteur central de la prise en charge Toujours impliqué (visites, rendez-vous, accompagnement)	Continuité du rôle après le placement Présence variable (visites, téléphone)	Moins de charge mais toujours présents	Nécessité de communication (explications fréquentes)
Quel rôle auprès du résident	« elle continue à l'être, malgré tout, chez nous ce sont des personnes qui viennent les voir régulièrement, qui s'investissent énormément qui les sortent qui apportent du linge c'est cette personne-là qui va accompagner le résident dans sa vie chez nous » P IX lignes 132-135 Continuité du rôle après l'entrée en EHPAD Accompagnement au quotidien Implication concrète (visites, sorties, linge) Réfèrent pour les démarches importantes	« elle était là pour l'aider au quotidien elle est là au moment de ce passage elle demeure là dans notre accompagnement » P XX Lignes 117-119 Présence avant, pendant et après l'entrée Continuité du lien Soutien régulier (visites, téléphone)	« on les écoute tout le temps ligne 90 ça nous permet de se réajuster ligne 91 la personne ne va pas forcément oser nous le dire ligne 93 ils ont toujours leur place » ligne 96 p XXVI Porte-parole du résident Aide à ajuster la prise en charge Relais d'informations quand le résident ne peut plus s'exprimer Maintien du lien affectif	« c'est son lien avec sa vie à l'extérieur lignes 96-97 c'est un soutien ligne 101 ils les connaissent très bien ligne 101 il faut s'appuyer sur eux » ligne 109 P XXX Lien avec la vie antérieure Soutien pour le résident et les soignants Connaissance fine des habitudes Nécessité d'accompagnement et d'explication

Annexe 10 : Grille d'Analyse des questions thème 3

Thème 3 : Relation et rôle soignant en Ehpad :

Comprendre comment les infirmières définissent leur rôle et construisent la relation de soin entre le résident, en tenant compte de la place de l'aidant

	Entretien N° 1	Entretien N°2	Entretien N°3	Entretien N°4
Définition du rôle de soignant en Ehpad	« Il faut qu'il y ait une relation de confiance. » P XIII ligne 298-299 « Il y a un lien par le sourire. Bonjour, comment allez-vous ? » Ligne 301-302 « C'est rassurer au quotidien et cette présence-là auprès d'eux est très importante. » Ligne 304-305 « Être toujours d'humeur égale. Ligne 306 Importance de la relation de confiance Rôle relationnel basé sur les interactions quotidiennes Présence rassurante auprès du résident Importance de l'attitude professionnelle (humeur, constance)	« Mon rôle de soignant en Ehpad va permettre le maintien de l'autonomie. » P XXI Ligne 163 « Être disponible pour les résidents et leurs proches. » Ligne 163 « Coordonner les soins avec les aides-soignantes. » Ligne 165 « Il y a beaucoup de coordination. » Ligne 167 « Je n'ai pas autant de temps avec les résidents qu'ils en auraient besoin. » Ligne 168-169 « Mon rôle, c'est accompagner les personnes dans cette suite de la vie. » Ligne 176	« Un soutien. » P XXVI ligne 124 « On prend le relais de l'aidant. » Ligne 124 « On les aide dans ce qu'ils ne peuvent plus faire. » Ligne 125 « On est la béquille. » Ligne 127 Rôle de soutien auprès du résident Continuité de l'accompagnement de l'aidant Aide dans les actes de la vie quotidienne Maintien de l'autonomie Position de « relais » et d'accompagnement	« Je suis garante de tout ce qui est santé. » p XXXI ligne 156 « Le rôle principal, c'est vraiment l'écoute. » Ligne 157 « Avoir un bon relationnel avec les familles et les résidents. » Lignes 157-158 « Il faut être à leur écoute. » Ligne 159 « Il faut savoir jauger en fonction de leur état. » Ligne 159 Rôle de garant de la santé Importance centrale de l'écoute Double relation : résident et famille Adaptation à l'état physique et psychique du résident

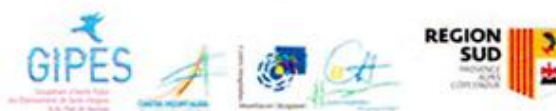
		« L'Ehpad n'est pas un mouvoir. » Ligne 176 Maintien de l'autonomie Disponibilité envers résidents et familles Rôle central de coordination des soins Charge de travail importante (administratif, organisation) Manque de temps pour le relationnel Accompagnement global de la fin de vie Vision positive de l'Ehpad (lieu de vie)		Compétences relationnelles essentielle
Rôle spécifique par rapport à d'autre secteur de soins	« C'est un autre milieu complètement différent. » P XII Ligne 276 « C'est un autre métier. » ligne 276 « Ça n'a rien à voir. » ligne 279 P XII « Elles ont beaucoup de soins techniques. » Ligne 279	« Le ratio d'infirmiers par rapport au nombre de patients [...] c'est particulier. » p XXI L 184-185 « On a quand même un rôle important auprès des familles. » ligne 188 « Parfois même plus	« C'est une relation complètement différente. » p XXVII ligne 130 « Dans les hôpitaux, les gens sont là pour soigner une pathologie [...] ils repartaient. » 130-132 « On ne savait presque rien d'eux à part leur	« Apprendre à les connaître. » p XXXI ligne 164 « Déceler le moindre changement d'état de leur santé. » ligne 165 « La relation, la connaissance des patients [...] des familles. » ligne 166

	« Il y a beaucoup plus de relationnel. » Ligne 292 P XIII « On a plus de temps auprès du résident. » Ligne 293 « L'Ehpad doit rester un choix. » Ligne 287 P XIII Spécificité du secteur EHPAD par rapport aux autres services Différence avec les soins techniques hospitaliers Importance du relationnel dans la pratique Nécessité d'une appétence pour ce secteur (choix professionnel) Moins de technicité mais plus de présence auprès du résident	avec eux qu'avec les résidents. » ligne 189 « On est sur un lieu de vie. » ligne 192 Ratio soignant/résidents spécifique à l'EHPAD Place importante des familles dans la prise en charge Temps relationnel parfois plus important avec les familles EHPAD perçu comme un lieu de vie et non uniquement de soins	pathologie. » 132-133 « Plus longtemps ils sont là, plus on va remarquer un petit changement. » 133-134 « On les connaît bien. » ligne 145 Différence avec l'hôpital centré sur la pathologie Relation inscrite dans la durée Connaissance approfondie du résident Capacité à repérer précocement les changements Approche globale et individualisée du soin	« La priorité, c'est le soin relationnel. » 169 Importance de la connaissance du résident et de son entourage Surveillance fine de l'état de santé Place centrale de la relation dans le soin Priorité donnée au relationnel malgré les tâches techniques (médicaments)
Description de la relation soignant résidents familles	« Il faut qu'il y ait une relation de confiance. » P XII Lignes 298-299 « Ils connaissent nos visages et nous faisons partie de l'environnement proche. » Ligne 300 « Il y a un lien par le	« Ça me permet de me tenir à distance un peu. » P XXII Ligne 197 « Je vois tout le monde un petit peu sans rentrer à fond dans la relation. » Ligne 198 « Je garde une distance	« Il y a des résidents qui sont tactiles, qui ont besoin de petits câlins. » P XXVIII Ligne 190-191 « C'est impensable de ne pas être humaine dans ce milieu-là. » Ligne 197	« Une relation de confiance, de respect. » P XXXI Ligne 173 « On peut être très proche tout en vouvoyant. » Ligne 177-178 « Ce n'est pas la relation qui met la distance. »

	sourire. » Ligne 302 « C'est rassurer au quotidien et cette présence-là auprès d'eux est très importante. » Ligne 304 « Être toujours d'humeur égale. » Ligne 306 « Être linéaire au niveau du comportement. Ligne 308 Relation basée sur la confiance Importance de la présence quotidienne Création du lien par les interactions simples Rôle rassurant du soignant Importance de la posture professionnelle (calme, stabilité émotionnelle) Travail en équipe et relais entre soignants	qui me protège. » Ligne 201 « Les aides-soignantes sont presque comme des membres de la famille. » Ligne 203 « Ils nous considèrent presque comme leurs sauveurs. » Ligne 205 Mise à distance dans la relation pour se protéger Relation moins fusionnelle que celle des aides-soignants Importance de la juste distance professionnelle Risque d'attachement émotionnel Image du soignant comme figure rassurante	Relation marquée par la proximité et le contact Importance de l'humanité dans le soin Réponse aux besoins affectifs des résidents Adaptation selon le contexte (famille présente ou non)	Ligne 183 « C'est un travail sur nous-mêmes. » Ligne 184 « J'y mets mon cœur mais je me fixe des limites. » P XXXII Lignes 194-195 Relation fondée sur le respect et la confiance Importance du juste équilibre proximité/distance Distance professionnelle comme travail personnel Engagement émotionnel du soignant Accompagnement jusqu'à la fin de vie Gestion des émotions dans la relation de soin
Place accordé à l'aidant dans cette relation de soin triangulaire(résidents soignants famille)	« nous formons véritablement un triangle » P XIV Ligne 329 « nous travaillons en étroite collaboration avec les familles » Ligne 331	« on finit toujours par construire quelque chose de chouette » P XXII Ligne 219 « il y a toujours des étapes à passer pour	« la place qu'on leur donne » P XXVII Ligne 162 « certaines familles ont besoin de couper » Ligne 163	« c'est tous les trois, main dans la main » P XXXII Ligne 200 « C'est vraiment un triangle il faut qu'on travaille tous ensemble » Ligne 200-201

	« si on leur explique tout, c'est tellement plus facile » Ligne 332 « c'est un déchirement un changement de secteur » Ligne 343 Relation triangulaire résident-soignant-famille Collaboration étroite avec les aidants Importance de la communication et de la transparence Difficultés lors des transitions (changement de service) Vécu de "double peine" pour les familles (placement + perte d'autonomie)	lier la confiance » Ligne 220 « on est un peu des partenaires » Lignes 225-226 « on est indissociables » Ligne 226 Construction progressive de la relation de confiance Relation évolutive avec des hauts et des bas Notion de partenariat entre soignants et aidants Interdépendance dans la prise en charge Importance de la communication entre tous les acteurs	« ne vous inquiétez pas, on gère » Ligne 168 « ils ont leur place » P XXVIII Ligne 180 Place modulable selon l'implication de l'aidant Respect du besoin de distance de certaines familles Nécessité de poser un cadre professionnel Maintien du lien malgré l'institutionnalisation Accompagnement des familles dans leur rôle	« en travaillant ensemble et en y allant petit à petit chacun avance » Ligne 203 « il y a des familles qui sont très aidantes aussi » Ligne 205 « ça a été un magnifique échange » Ligne 211 Relation de soins triangulaire basée sur la collaboration (résident / aidant / soignant) Nécessité d'un travail conjoint pour accompagner la personne Évolution progressive vers une compréhension et une acceptation (dénier possible) Rôle positif et facilitateur de certains aidants dans la prise en charge Possibilité d'une alliance thérapeutique bénéfique pour tous (résident, famille, équipe)
--	---	---	---	--

Annexe 11 : Autorisation de diffusion de travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée : Le-Ny Angélique

Promotion : 2023-2026

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) La relation triangulaire en Ehpad : « Soignant , Résident , Famille , une alliance au service du soin »

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 13/05/2026

Signature :

Résumé /Abstract

La relation triangulaire en EHPAD : « Soignant, Résident, Famille, une alliance au service du soin »

Ce travail de recherche s'intéresse à la question suivante :

Quelle place accorder à l'aidant lors d'un placement d'un proche en EHPAD ?

Dans le cadre de cette recherche, un cadre de référence a permis de poser les bases d'une réflexion autour de l'accompagnement, de la relation de confiance, de l'empathie et de la communication entre les soignants, le résident et son aidant. Pour ce faire, une enquête exploratoire a été réalisée auprès de quatre infirmières exerçant en EHPAD à l'aide d'entretiens semi-directifs.

L'analyse des données met en évidence l'importance du savoir-être, de la gestion des émotions ainsi que de l'engagement professionnel au sein de l'équipe soignante. Les résultats montrent que les infirmières accordent une place essentielle à l'aidant dans la relation de soin triangulaire résident-aidant-soignant.

Cette relation repose sur l'écoute, une posture prévenante, la communication et l'adaptation des pratiques professionnelles afin de favoriser une prise en soin plus humaine et individualisée.

Ce travail vise à proposer une réflexion sur la place de l'aidant lors du placement en institution et permet d'élargir la réflexion concernant l'accompagnement des familles en EHPAD.

Mots-clés :

Aidant – EHPAD – Relation de soin – Accompagnement – Relation de confiance

Nombre de mots : 182 mots

The triangle of care in nursing home for seniors : « Carer, Resident, Family, an alliance for care services »

The research work deals with the following question:

What role is given to the carer when a relative is put in a nursing home for seniors ?

In this research, a reference framework laid the foundations for a reflection on support, trusting relationship, empathy and the communication between the carers, the resident and his/her personal caregiver. To do so, an exploratory study was conducted with the semi-structured interviews of four nurses working in a nursing home.

The analysis of the data brings out the importance of soft skills, the management of emotions and the professional commitment within the health care team. The results show that the nurses see as crucial the role of the caregiver within the resident – carer – caregiver triangle of care relationship.

This relationship is based on listening, a thoughtful attitude, communication and the adaptation to professional practises to foster more individualised and more humane care-giving.

This piece of work has for goal to offer a reflection on the role of the caregiver when someone is put in an institution and to broaden the reflection on how to support families when a member is put in a nursing home.

Key-words : Caregiver – nursing home for seniors – care relationship – support – trusting relationship

Number of words : 193 words