



La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

François-Xavier Devetter, Annie Dussuet, Laura Nirello, Emmanuelle Puissant

DANS **MANAGEMENT & AVENIR** 2023/3 (N° 135), PAGES 107 À 129

ÉDITIONS **MANAGEMENT PROSPECTIVE EDITIONS**

ISSN 1768-5958

DOI 10.3917/mav.135.0107

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2023-3-page-107.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Management Prospective Editions.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

François-Xavier DEVETTER¹

Annie DUSSUET²

Laura NIRELLO³

Emmanuelle PUISSANT⁴

Résumé

La relation de service dans les métiers du « prendre soin » est complexe, notamment en raison de la dualité des bénéficiaires : le service s'adresse en effet d'abord aux personnes vulnérables mais également à leur entourage. Cet article vise à questionner, à partir du rôle des « familles » dans les EHPAD, leur impact sur les conditions de travail des intervenantes et les conditions à mettre en place pour que la coopération puisse exister entre proches et professionnelles.

1. **François-Xavier DEVETTER** : Professeur des Universités en économie, Laboratoire CLERSE, IMT Nord Europe, IMT Nord Europe Cité scientifique – francois-xavier.devetter@imt-nord-europe.fr

2. **Annie DUSSUET** : Maitresse de conférences en sociologie, Laboratoire CENS, Université de Nantes – annie.dussuet@univ-nantes.fr

3. **Laura NIRELLO** : Maitre-assistante en économie, Laboratoire CLERSE, IMT Nord Europe – Laura.nirello@imt-nord-europe.fr

4. **Emmanuelle PUISSANT** : Maitresse de conférences en économie, Laboratoire CREG, Université Grenoble Alpes – emmanuelle.puissant@univ-grenoble-alpes.fr

The service relationship in the face of a “double beneficiary”: A reflection of work in nursing homes?

Abstract

The service relationship in the “care” professions is complex, in particular because it involves two beneficiaries: though this service is primarily aimed at those directly receiving care, it is also aimed at their family and friends. This article aims to examine, based on the role of “families” in nursing homes, their impact on the working conditions of caregivers and the conditions that need to be put in place for cooperation to exist between family members and care professionals.

Les conditions de travail dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (et les services à domicile) posent de nombreuses questions que la crise sanitaire a rendues encore plus criantes (Payre *et al.*, 2021 ; Castanet, 2022). Les difficultés de recrutement qu’elles génèrent comme l’importante sinistralité et les coûts sociaux qu’elles entraînent atteignent des niveaux problématiques. La situation est aujourd’hui bien documentée, notamment sous l’angle du manque de ressources qui caractérise les salariées du champ médico-social (Abord de Chatillon *et al.*, 2021). De nombreux travaux portent sur les expérimentations visant à sortir de ces difficultés notamment en insistant sur la reconnaissance de nouvelles compétences (André, 2015 ; Tissioui *et al.*, 2016 ; Payre *et al.*, 2020), la transformation du rôle de l’encadrement ou encore l’inscription des pratiques professionnelles dans une éthique du *care* (Pastier, 2022). Ces analyses et ces expérimentations se concentrent sur le renouvellement des méthodes de management en mettant, notamment, l’accent sur une plus grande autonomie des salariées⁵ ou encore sur une transformation des modes d’organisation du travail *via* une réduction des lignes hiérarchiques (Pastier et Silva, 2020 ; Delassus et Silva, 2016). Elles intègrent également des questionnements sur ce qu’implique la prise en compte des interdépendances et des situations de vulnérabilité dans le cadre d’une relation de service. L’éthique du *care* notamment vient souligner l’importance des interactions et leur dimension potentiellement asymétrique (Dubost, 2019).

Pourtant, si ces travaux s’attachent à articuler qualité de l’emploi et qualité du service en s’intéressant aux bénéficiaires directs du service (les personnes âgées), ils accordent moins de place à une autre partie prenante, à savoir ce que les salariées appellent « les familles ». Ce terme, très présent dans le langage

5. Les femmes représentant 90 % des salariés selon l’enquête Risques psycho-sociaux 2016 de la DARES, nous employons le féminin pour désigner les salariées du secteur.

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

propre aux organisations, renvoie à l'entourage des personnes âgées (l'ensemble des proches, et très souvent, d'abord les enfants⁶). Or ces « familles » sont des parties prenantes des conditions de fonctionnement des établissements et services de prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Elles concourent à la relation de service et interagissent directement et indirectement avec les intervenantes salariées qui peuvent les percevoir de manière ambivalente. Tantôt source de soutien et de reconnaissance, tantôt source de tensions, de surcharge de travail et de stress, les familles sont de fait au cœur du travail alors même que leur rôle sur les conditions de travail demeure peu analysé, en dehors de l'instrumentalisation dont elles peuvent faire l'objet afin d'accroître la pression (morale) pesant sur les travailleurs des services associatifs rendant un service social ou de *care* (Hély, 2009). Comment penser l'interaction entre professionnelles et entourage dans le cadre d'une relation de service où le principal bénéficiaire n'est plus totalement autonome ? Les familles deviennent-elles alors un « second destinataire » de la production du service ? La situation que nous étudions dans cet article s'appuie sur le cas des EHPAD, mais la question posée est bien plus large : elle concerne l'ensemble des services médico-sociaux mais également la santé, les services adressés à la petite enfance ou en encore, en partie, le champ de l'éducation. À chaque fois, le « destinataire » du service n'est plus unique mais double : la personne aidée (soignée, éduquée, formée, accompagnée...) et son entourage. L'existence de ce « double bénéficiaire » interfère avec l'ensemble des étapes de la relation de service : la définition du besoin, la réalisation de la prestation et enfin l'évaluation de la qualité de celle-ci.

Après avoir rappelé le contexte propre aux EHPAD et souligné la complexité de la relation de service (section 1), nous montrons comment les « familles » interviennent concrètement, mais de manière ambiguë, dans la définition, la réalisation et l'évaluation du travail (section 2). Enfin, nous discutons ces résultats en mettant en perspective les conditions nécessaires pour une meilleure articulation entre familles et professionnelles (section 3).

1. Les personnes âgées en EHPAD, leur famille et les professionnelles : une relation de service complexe

Le travail des personnels médico-sociaux est complexe et croise compétences techniques et relationnelles (Dujarier, 2019). Il s'inscrit dans une relation de service marquée par la vulnérabilité du bénéficiaire et implique ainsi de nombreuses spécificités bien étudiées par la littérature sous l'angle du *care* (Molinier, 2013), du travail émotionnel (Hachana *et al.*, 2020) ou encore à travers la notion de « bonne distance » (Demailly, 2022). Ces analyses se concentrent

.....

6. 95 % des « aidants » en établissement sont des membres de la famille des résidents et 75 % sont les enfants (Besnard, Abdoul-Carime, 2020).

sur les enjeux du travail social perçu comme une relation de service entre une professionnelle et une non professionnelle (Boujut, 2005).

Ce travail, notamment dans les EHPAD, prend cependant place dans un contexte relationnel plus riche (Devetter *et al.*, 2020). Ainsi, pendant la crise du Covid, l'impossibilité pour les familles de se rendre dans les EHPAD a mis en lumière l'importance de ces dernières dans l'organisation des structures mais aussi les difficultés qui apparaissent parfois avec les salariées. Le rôle essentiel des proches auprès des personnes âgées a été souligné tant par les recherches (Joël et Martin, 1998 ; Baguelin, 2008 ; Soullier et Weber, 2011), que par les rapports officiels (Gillot, 2018 ; Haut Conseil de la Famille, de l'enfance et de l'âge, 2019). Cependant, la question des relations entre les proches et les professionnelles a été moins étudiée dans le cadre des EHPAD, où la problématique des « aidants » et de leur place semble peu développée, par rapport à l'aide à domicile (Bloch, 2012). Cela peut en partie s'expliquer par le fait que dans les structures d'hébergement, les proches interviennent seulement pour des « visites », alors qu'à domicile, celles qui sont alors désignées comme les « aidantes », sont parfois cohabitantes et bénéficient d'une légitimité à agir, du fait du caractère privé de cet espace. La place des familles ou de l'entourage a été abordée sous l'angle de son apport aux personnes aidées (Keating *et al.*, 2001 ; Déséquelles et Brouard, 2003 ; Jeanneau *et al.*, 2022). En revanche ces acteurs demeurent perçus comme « extérieurs » à la relation de service. Celle-ci, depuis les travaux fondateurs de Jean Gadrey (2000), demeure en effet analysée à travers un triangle mettant en relation un prestataire, un client et une réalité à transformer mais sans intégrer l'idée que le client lui-même puisse être multiple. Comme le rappelle Glinne-Demaret (2019) « que l'on désigne les intervenants de cette relation par les termes de 'client' et de 'prestataire', ou bien par ceux d'usager' et de 'fonctionnaire', il s'agit toujours d'une même forme de travail, dans laquelle *deux parties*⁷ sont mises en relation et doivent collaborer pour élaborer un 'service' ». Pourtant, alors que la représentation traditionnelle de la relation de service renvoie à la situation où un salarié intervient pour un « usager » ou un « client » (Jeantet, 2003 ; Tiffon *et al.*, 2013 ; Emery et Niklaus, 2015), les salariées du « prendre soin » interviennent le plus souvent pour plusieurs destinataires.

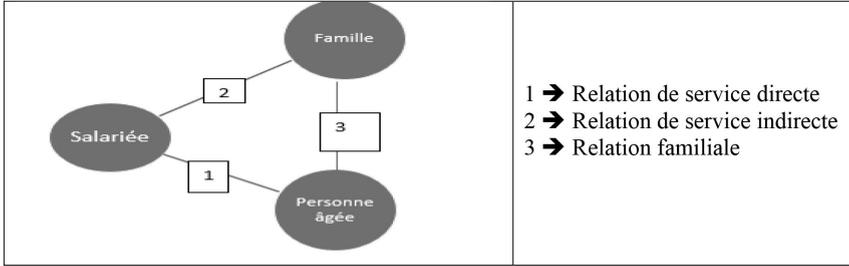
Dans le cas des métiers du vieillissement, le bénéficiaire du service est certes d'abord la personne âgée, mais également l'entourage de cette dernière. Ainsi trois interactions différentes se déroulent conjointement et complexifient le contexte relationnel pour les salariées : la relation de service directe entre la salariée et la personne âgée doit s'articuler avec une relation familiale entre la personne âgée et son entourage, mais également avec une relation de service indirecte entre la salariée et cet entourage, créant ainsi une relation à trois parties prenantes à la fois riche et perturbante, d'autant plus qu'elles interagissent avec les relations faisant intervenir l'employeur (la dimension triangulaire de

7. Souligné par les auteurs.

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

la relation d'emploi étant également une caractéristique de ces emplois, voir par exemple Puissant, 2011).

Schéma 1 – Un système relationnel tripartite



Les salariées sont ainsi inscrites non pas dans une, mais deux relations de services qui, toutes deux, génèrent des exigences et des contraintes propres. Ces relations ne sont cependant pas indépendantes et leur articulation peut alors devenir une ressource y compris pour le travail des professionnelles. Ce sont des articulations que nous détaillons dans la seconde section à partir d'un travail d'observation et d'entretiens au sein de six EHPAD (voir Encadré 1).

Encadré 1 – Méthodologie et présentation des terrains

L'évolution des politiques publiques dans les EHPAD

Le choix des EHPAD pour illustrer cette question du double bénéficiaire nous a semblé intéressant au regard de l'évolution des politiques publiques depuis leur création à la fin des années 1990. Ils sont ainsi marqués par une triple évolution : une médicalisation, une rationalisation des activités, et le développement d'une logique marchande.

En effet, les EHPAD ont été créés en 1997 pour remplacer les maisons de retraite. La différence principale avec les anciennes structures est l'accent mis sur la prise en charge des personnes âgées les plus dépendantes. Ainsi, dès leur création, ces établissements sont à mi-chemin entre un lieu de vie (avec des prestations liées à l'hébergement) et un lieu de soin (avec la présence d'un personnel médical). Les EHPAD sont ainsi d'abord marqués par l'évolution du public accueilli, de plus en plus dépendant, et une médicalisation progressive des infrastructures et du personnel. Des mutations organisationnelles sont aussi en cours, avec une « industrialisation » progressive des activités visant à distinguer les temps productifs des temps improductifs (Dussuet, Nirello, Puissant, 2017). Concrètement, cela se traduit par une charge de travail plus importante et moins de temps disponible pour les tâches plus « relationnelles ». Enfin, l'évolution des financements publics a conduit à l'instauration d'une logique marchande modifiant la position des familles par rapport aux structures.

Méthodologie

Le présent article repose sur une enquête de terrain réalisée au cours de l'année 2019-2020 dans 6 EHPAD, un établissement de soin de suite et de réadaptation

(SSR). 40 entretiens ont été réalisés dans des structures publiques, associatives et lucratives, auprès des directions, de l'encadrement intermédiaire (cadres de santé, chargées de l'organisation du travail de soin dans les EHPAD, infirmières chargées des soins médicaux et responsables du travail des aides-soignantes, assistante administrative) et auprès de salariées au contact direct avec les personnes âgées : aides-soignantes-AS, chargées de la toilette et de l'aide à la prise de nourriture, agentes de services hospitaliers – ASH chargées de l'hôtellerie (nettoyage des locaux et préparation des repas).

Le guide d'entretien contient à la fois des questions portant sur les conditions de travail et d'emploi, et sur les appréciations subjectives quant au travail et à son organisation. Il comprend en particulier des questions sur les relations entre collègues, avec la hiérarchie, et avec les résidents et leurs proches. C'est surtout ce dernier volet que nous mobiliserons ici, en le complétant avec les entretiens menés avec 4 proches de résidents⁸ sur la manière dont ils perçoivent le travail réalisé par les salariés. L'ensemble de ces entretiens ont été transcrits et traités par une analyse thématique, permettant de dégager les éléments essentiels des discours produits et de retracer leur logique interne.

Ce travail a été réalisé dans le cadre du programme de recherche « Relations de travail et relations au travail des travailleurs non qualifiés des services », coordonné par François-Xavier Devetter et financé par la DARES.

2. Entre conflits et coopération : l'intervention des familles dans le travail des professionnelles en EHPAD

Nos observations nous conduisent à distinguer trois fonctions différentes remplies par les familles : elles participent à la (co)détermination des besoins (2.1), elles sont partie intégrante du travail lui-même (2.2), elles jouent enfin un rôle majeur dans l'évaluation du travail (2.3).

2.1. La place des familles dans la co-détermination des besoins

La relation familiale peut venir en soutien ou au contraire entrer en conflit avec la relation de service professionnelle. Cette ambiguïté se retrouve lors de la définition des besoins. Au conflit potentiel entre la légitimité du savoir profane et celle du savoir professionnel (Pennec, 2003 ; Cresson et Gadrey, 2004), s'ajoute un décalage possible entre les attentes de l'entourage et celles des personnes âgées elles-mêmes.

2.1.1. L'augmentation de la dépendance crée des tensions sur la définition du service

8. Notre enquête portant sur les conditions de travail, les familles n'ont pas été interrogées systématiquement, mais à titre de contrepoint aux propos des salariées.

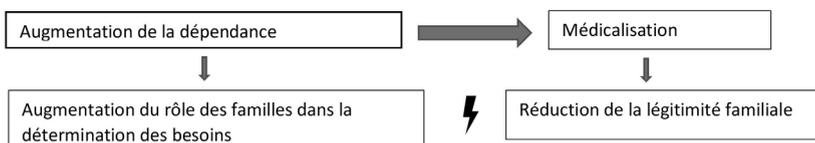
La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

Les EHPAD connaissent une augmentation des niveaux de dépendance des personnes hébergées, qui souffrent de plus en plus de polyopathologies. Les entrées sont plus tardives (autour de 85 ans et 11 mois en 2019, soit 3 mois de plus qu'en 2015) et les durées de séjours sont plus courtes (la moitié des résidents restent moins d'un an et deux mois) (Balavoine, 2022). Les entretiens avec les salariées confirment l'ampleur et la rapidité de cette évolution. Rares sont désormais les personnes encore autonomes au moment de leur entrée dans l'EHPAD qui se réalise de plus en plus dans un contexte d'urgence où l'institution est vue comme le dernier recours. Cette situation est souvent mal vécue par les résidents et par leurs familles. En effet, l'expérience d'entrée dans les EHPAD dépend certes des caractéristiques socio-économiques de la personne âgée, mais aussi de la manière dont cette dernière a été préparée (Mallon, 2007). Ces entrées tardives et rapides favorisent la culpabilité, ressentie par les proches (Badey-Rodriguez, 2008) et peuvent conduire à des tensions entre les familles et les professionnelles.

Dans ce contexte, l'évolution de la place des familles est paradoxale. D'un côté, face à une dépendance croissante, les résidents ont de moins en moins la possibilité d'exprimer leurs besoins, amenant ainsi à réserver une place importante aux familles, ce qui ne semblait pas nécessaire dans les anciennes maisons de retraite. Les familles devraient donc pouvoir se substituer à leurs proches et exprimer leurs souhaits sur l'organisation de la vie quotidienne. *« on est sur des populations de plus en plus dépendantes (...) Elles sont dans la majorité des cas représentées par leur propre famille ou éventuellement par des tuteurs ou des curateurs, alors qu'il y a encore 5-6 ans, vous aviez une part non-négligeable des résidents qui défendaient leurs droits (...). Et du coup, les salariés sont face à des personnes qui ne sont pas les personnes qui directement bénéficient des services... Il y a une communication beaucoup plus complexe pour les salariés avec les familles qu'elle ne l'était auparavant. »* (Directeur).

Si elle complexifie la relation de service, cette substitution des proches à leur parent âgé ne renforce toutefois pas leur légitimité car, de l'autre côté, l'accentuation de la dépendance tend à médicaliser les EHPAD (Villez, 2007) et à renforcer le rôle de « soignant » des professionnelles. Or dans la relation de soin, le poids des savoirs médicaux (Freidson, 1984) tend à discréditer la parole profane des proches (et celle des bénéficiaires).

Figure 2 – Les paradoxes liés à l'augmentation de la dépendance



Dans un tel contexte, la définition du besoin ne peut plus relever d'une logique individuelle reposant sur l'expression du bénéficiaire mais ne peut pas pour autant se réduire à un jugement d'expert. La validation de ce qui doit être fait nécessite alors une délibération autour d'un « bien commun » qui demeure inévitablement l'objet de nombreux conflits potentiels (Müller, 2004 ; Brasseur, 2022).

2.1.2. *Les désaccords sur les besoins et la définition du maintien de l'autonomie*

Dans ce contexte, on observe des désaccords quant aux besoins des personnes âgées, et par conséquent aux services rendus nécessaires. Les interventions des proches révèlent ces conceptions divergentes et sont souvent récusées par les salariées au nom d'une approche plus « professionnelle », donc plus objective car moins entachée d'affectivité. Selon cette directrice, ces divergences proviennent d'un déni des proches face au vieillissement de leurs propres parents : « *Dans la majorité des cas, les enfants, et j'en fais partie, j'ai des parents dépendants, on a une vision des choses, une vision de nos parents, qui selon notre état d'esprit peut être biaisée par un déni du syndrome de glissement que peuvent connaître nos parents, ou par une volonté que tout soit nickel, parfait, alors qu'on ne tient pas compte du fait que quand on vieillit, quand on a un certain nombre de facultés qui ont réduit, on n'a plus autant envie qu'avant de faire certaines choses* ».

Au-delà de ce déni possible, ce sont les normes définissant les « besoins » qui sont conflictuelles. Un exemple impactant directement le volume de travail, renvoie à la toilette des résidents, les proches critiquant la fréquence jugée trop faible des douches qui leur sont données. Cette critique porte alors prioritairement sur les équipements de l'EHPAD, sur la disponibilité des salariées, ou sur les conditions d'organisation du service, mais elle passe généralement sous silence le rôle joué par les résidents eux-mêmes qui peuvent refuser ces soins du corps. Si certaines salariées donnent raison aux proches, d'autres justifient les rythmes des douches en mettant en avant des normes d'hygiène plus anciennes, moins exigeantes. Surtout, elles s'abritent derrière le respect des souhaits des personnes âgées elles-mêmes qui devraient, selon elles, prévaloir sur ceux de leur entourage : « *Il y a une dame... [on lui disait] : « votre maman, elle n'a pas voulu se lever, elle n'a pas voulu faire sa toilette ». (...) Voilà, on n'est pas là non plus pour faire de la maltraitance et pour forcer les gens. Si, ce jour-là, cela n'allait pas. Le lendemain, on lui fait prendre une douche si ça va mieux. (...) Moi, je dis, je pense que le mieux, c'est de prendre l'avis du résident.* » (Aide-soignante).

Loin d'être anecdotiques, ces conflits autour de ce qui doit être fait et comment – qui rejoint la question du travail « bien fait » (Clot, 2013) – s'inscrivent dans un contexte de manque de temps et de ressources. Les priorités affichées tendent à être simplifiées et s'imposent finalement aux bénéficiaires sans permettre aux salariées de construire un éventuel compromis entre les attentes. Des désaccords apparaissent aussi, plus largement, quant aux différentes règles de la vie quotidienne (alimentation, lever/coucher, horaires, circulations et

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

utilisations des espaces communs) appliquées dans ces établissements d'hébergement collectif. Proches et professionnelles les interprètent différemment : alors que ces pratiques sont souvent présentées par le personnel des EHPAD comme des contraintes organisationnelles, mais aussi comme dérivant de considérations médicales destinées à préserver la santé des résidents, les proches démentent cette justification, considérant qu'ils ne visent en fait qu'à simplifier le service. Ainsi cette fille, à propos de la manière dont sa mère est prise en charge, conteste la validité de ces règles : « *Ma mère ça la stresse, mais comme elle a Alzheimer, tout le mois d'août, ils les couchent à 16h30 : c'est de la maltraitance.* » (Fille de résident).

La question de la « réalité des besoins » des personnes âgées et de leur nature, ainsi que de la légitimité des différents protagonistes pour les évaluer est donc au cœur de ces désaccords. Pour les professionnelles rencontrées, il y aurait ainsi des spécificités des besoins liés au vieillissement. À plusieurs reprises dans les entretiens menés avec les salariées, sont pointées les contradictions entre ces besoins exprimés par les personnes âgées elles-mêmes, et ceux exprimés par les proches. Le personnel des EHPAD affronte ainsi ce que le sociologue Everett Hughes nomme des « *divergences de conceptions sur ce qu'est ou devrait être leur travail* ». Hughes rappelle en effet que s'« *il existe au moins un accord général clair dans l'usine sur l'objet à produire, un tel accord est souvent absent des institutions où l'on fait des choses pour, ou aux, personnes* » (Hughes, 1996 [1956], p. 67).

Le fond du désaccord porte ainsi sur la définition même du travail de maintien de l'autonomie et sur une idée souvent exprimée par les salariées : selon elles, leur mission consiste à maintenir l'autonomie des personnes âgées dont elles s'occupent. Il faudrait donc limiter l'aide apportée en évitant de « faire à la place de » la personne, à chaque fois qu'elle est capable d'exécuter la tâche elle-même, au risque de mécontenter cette personne, ainsi que ses proches. Or, selon les salariées, les proches veulent avant tout que les actes, notamment les toilettes, soient réalisées, et de préférence par les professionnelles.

Pour les salariées, un « travail bien fait » de maintien de l'autonomie consisterait plutôt à s'abstenir qu'à intervenir d'une façon qu'elles jugent intempestive : « *Des fois, ils nous demandent de leur donner à manger alors que la personne sait très bien manger seule. En fait, ils ne comprennent pas aussi, même les personnes elles-mêmes, elles ne comprennent pas quand on leur dit : 'garder son autonomie'. Pour eux, cela ne veut rien dire. Pour les familles, cela veut dire, en gros : 'on ne les aide pas'. Ils interprètent comme : on veut les laisser se démerder, s'ils ne mangent pas, ils ne mangent pas. Ce qui est totalement faux. S'il y a des gens qui ont des difficultés, c'est tout, on passe les voir. Mais on ne fait pas à leur place.'* » (Aide-soignante). Mais dans ce cas, le travail du personnel devient invisible, puisque consistant en une présence, en une observation et en une attention portée à l'activité effectuée par la personne elle-même. Les salariées courent alors le risque que ce travail d'accompagnement et de veille soit assimilé à une absence de travail, voire à de l'indifférence vis-à-vis des résidents. Cette

ambivalence dans la définition de « ce qui doit être fait » renvoie également à la difficulté de penser la production du service comme un « bien commun » dans un contexte d'intérêts et de valeurs potentiellement en conflit. La codétermination des besoins (tout comme la co-production du service) doit ainsi s'appuyer, au moins partiellement, sur une communauté qui ne pré-existe pas (Guéry, 2018) et que certains modes de gestion peuvent même fragiliser (à l'image du *New Public Management* par exemple).

2.2. La place des familles dans la co-production de la relation de service

Parfois perçue comme une perte de temps, parfois comme importante voire irremplaçable, l'intervention des familles agit directement sur le processus de production.

2.2.1. Des familles perturbatrices d'un travail rationalisé ?

Dans le contexte d'une organisation du travail de plus en plus rationalisée, où le temps des professionnelles est compté, les familles sont difficilement intégrées à l'organisation. En effet, les EHPAD comme l'ensemble du secteur médico-social font face à des mutations organisationnelles importantes. Les contraintes sur les financements publics ont conduit à une progressive industrialisation du secteur et à une rationalisation des activités (voir Encadré 1). Cette rationalisation a un impact sur la charge de travail, et sur l'augmentation des cadences. Les salariées interrogées soulignent le manque de temps. Plus encore, la rationalisation provoque l'invisibilisation d'une partie des activités (Bied et Metzger, 2011). Ainsi, le travail relationnel n'est plus « inclus » dans l'organisation du travail. Les professionnelles dénoncent la perte de ces échanges qui sont pourtant essentiels à leur conception d'un travail « bien fait » : « *Bah déjà le fait qu'on n'ait plus le temps de parler avec les résidents. Le matin, on est au taquet. On n'a pas le temps.* » (Aide-soignante).

Dans ce contexte, la relation aux familles constitue un travail relationnel ou émotionnel supplémentaire à effectuer pour les salariées, alors même que la compression des temps à consacrer aux diverses tâches, et tout particulièrement aux tâches relationnelles à destination des personnes âgées, les contraint à des choix drastiques (Dickason, 2020). Les relations avec les familles, surtout lorsqu'elles sont conflictuelles, apparaissent alors comme une charge indue, s'ajoutant à celles qui constituent le cœur du métier. Les critiques des familles se traduisent en effet parfois par des interventions qui perturbent le travail : « *Le personnel passe un temps fou, est pollué par cela, parce qu'ils veulent, tout, tout, savoir.* » (Directrice).

Au-delà de la perte de temps avec les familles, certaines tâches qui ne sont pas formalisées entraînent un accroissement du travail fourni par les salariées sans que celui-ci soit réellement reconnu. Se substituant à des gestes attendus de la part de l'entourage familial, ce travail semble alors justifier, en suivant Honneth

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

(2002 [1992]), une forme de reconnaissance de l'ordre de l'« amour ». Mais, de façon plus complexe, c'est pourtant aussi une part d'« estime sociale » qui est espérée pour tous les gestes effectués par différentes catégories de travailleurs de l'EHPAD. Les exemples de ce travail supplémentaire abondent : « *Ce n'est pas possible qu'on soit considérés comme ça, avec tout ce qu'on a fait... Je vois mon collègue technicien, il y a des choses à débarrasser chez les résidents, donc ce n'est même pas nos familles n'est-ce pas, ce sont nos résidents, eh bien il va les prendre, il va les prendre dans sa voiture, les mettre à la déchetterie.* » (assistante administrative).

2.2.2. Mais également des familles associées à la production du service

Lors de nos entretiens, les salariées témoignent très peu des tâches réalisées par les familles, pourtant des enquêtes menées auprès des aidants et aidantes montrent qu'ils déclarent réaliser des tâches complémentaires à celles des professionnelles : accompagnement aux sorties, aide administrative, entretien du linge, prises de rendez-vous médicaux (Besnard, Abdoul-Carime, 2020). Ils rendent ainsi à leurs proches de multiples services qui peuvent apparaître comme des compléments ou des substituts au travail fourni par les salariées. Plus de 80 % des résidents reçoivent ainsi une aide informelle (Jeanneau *et al.*, 2022). Cependant, il est difficile de faire une liste de ces tâches car elles ne sont pas réellement définies et varient selon les établissements. Les familles rencontrées évoquent spontanément ce qu'elles réalisent, en signalant à la fois l'importance de ces tâches (faire boire...), les efforts que cela représente (les déplacements vers l'EHPAD parfois éloigné), et la mobilisation des différents membres du groupe familial que cela nécessite : « *...Combien de fois, les enfants... venaient tous les deux pour lever mon mari. Ma sœur elle venait aussi* » (Conjointe d'un résident) ou encore « *J'habite à 40 km et j'essaie de venir tous les jours pour être sûr que ma maman boive vraiment.* » (Fille d'un résident). Quelques salariées lors de nos entretiens témoignent aussi de l'aide apportée par les familles. Celle-ci leur permet d'avoir plus de temps à consacrer à d'autres tâches, ou à d'autres résidents, comme donner le repas par exemple : « *Il y a une femme, un exemple, qui vient donner à manger à son mari tous les jours. Tous les soirs à 18 h, elle est là. Et elle lui donne à manger. Si nous, on a trois ou quatre personnes à nous aider à donner à manger, c'est vraiment une aide précieuse* » (Aide-soignant). Cet aide-soignant souligne aussi la qualité supérieure des gestes effectués par les proches, dans la mesure où, à la différence des salariées, ils et elles peuvent « prendre leur temps », et enrichir les moments passés d'échanges de toute sorte : « *Elle va donner mieux que nous. Peut-être que nous on va rester dix, quinze minutes, mais elle, elle reste une heure, elle lui donne à manger, (...). Elle prend le temps de lui donner l'entrée, le plat, de discuter avec lui, le dessert et tout* » (Aide-soignant). Même si les familles n'ont pas un rôle bien défini dans les établissements, elles apparaissent parfois indispensables, au point de faire apparaître des manques, lorsqu'elles sont absentes. Certains besoins ne sont pas véritablement prévus par l'organisation et la plupart du temps, les

familles les comblent de façon spontanée, ce qui a pour effet de les cantonner dans l'invisibilité. Ainsi, lorsque les résidents sont isolés, démunis d'un réseau familial ou amical mobilisable, ce sont souvent les salariées qui réalisent des tâches habituellement dévolues à la famille, parfois même en dehors de leur temps de travail, comme l'atteste l'exemple suivant à propos de la lessive : *« Il y a une dame... Son fils ne venait pas souvent, et ses affaires étaient souvent sales. Je prenais ses affaires en cachette, parce que s'ils m'attrapent... Je lavais ses affaires et je lui rendais le lendemain, propres. (...) »*. (stagiaire infirmier).

Cette frontière floue entre les activités prévues dans l'organisation du travail des professionnelles et celles réalisées par les familles se répercute enfin sur l'évaluation par ces dernières du travail effectué par les professionnelles.

2.3. Les familles, observatrices externes critiques

À travers les visites rendues à leurs proches, les familles constituent les principaux observateurs externes du travail effectué, souvent critiques de la qualité du service. Si ce rôle est perçu par les salariées comme une critique « insupportable » lorsqu'il témoigne d'une méconnaissance du travail, il peut aussi apparaître comme un support à certaines revendications en faveur d'un « bon travail ».

2.3.1. Des critiques perçues comme « insupportables » par les salariées car témoignant d'une méconnaissance du travail ?

L'importance du dialogue avec les familles est régulièrement affirmée par les salariées et les directions. Mais le regard porté par les familles peut parfois déboucher sur des critiques qui apparaissent aux salariées totalement déplacées tant elles semblent déconnectées des réalités de l'EHPAD. Elles sont souvent plus agaçantes que réellement perturbantes : *« il y a 10 jours, une famille qui vient invectiver méchamment la fille de l'accueil : 'C'est inadmissible, je vous préviens, cela ne se reproduira pas !' ... parce qu'il manque les pages centrales du programme télé de papa, comme si le personnel allait prendre les pages centrales du programme télé de papa ! »* (Directrice).

La récurrence de telles attitudes peut entraîner la lassitude des salariées qui citent de nombreux exemples où la critique se manifeste par de multiples questions sur les détails de la vie quotidienne des résidents, qui marquent, selon elles, une volonté de contrôle quant aux services dont bénéficie leur parent : *« Alors, on en a certaines qui ne sont pas trop tatillonnes (...) mais d'autres, qui sont là vraiment, j'ai l'impression, pour chercher la petite bête »* (Aide-soignant). Ces formes larvées de critique, au-delà de l'agacement qu'elles produisent, constituent une réelle pénibilité lorsqu'elles se répètent. Les salariées ressentent alors la simple présence des proches comme une intrusion dans l'établissement et une manière de se substituer à leur hiérarchie. Cela peut être également très mal perçu par les cadres et directions : *« On a des familles, même si elles ne sont pas désagréables, qui sont en permanence en salle de soin. (...) Enfin, il les personnels] sont traqués en permanence. »* (Directrice).

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

Ce risque est d'autant plus important que les familles ne sont pas présentes de façon continue. Elles n'ont donc pas accès à la temporalité des diverses tâches effectuées et ne peuvent baser leur jugement que sur des indices matériels visibles lors de leurs visites : *« Par exemple, il n'y a pas longtemps, un de nos résidents avait un pansement à faire... Le pansement était un tout petit peu souillé, mais elle a fait un scandale, 'ça fait une éternité que le pansement n'a pas été changé, on ne s'occupe pas de mon...' . Mais je pense que le pansement était fait depuis le matin. »* (Aide-soignant).

Cette recherche de traces du travail se traduit par une attitude suspicieuse, mal vécue par les professionnelles, en ce qu'elle leur semble manifester une absence de confiance et une remise en cause de leur professionnalité. Parfois, les familles menacent même de porter plainte auprès des autorités de tarification.

2.3.2. Un soutien potentiel de certaines familles

Cependant, la position critique des proches semble plutôt bien acceptée de façon générale par les salariées, pour peu qu'elle rejoigne leur propre avis, lui-même souvent distancié, sur leur activité et l'organisation des services.

La perception des mauvaises conditions de travail, de la pression temporelle en particulier, peut amener des familles à modérer leurs réclamations et critiques à l'égard des EHPAD. C'est particulièrement le cas lorsqu'elles ont elles-mêmes une expérience de conditions de travail dégradées. Certaines de celles que nous avons rencontrées ont pleinement conscience des difficultés auxquelles font face les salariées : *« Oui. Très dur. De travailler dans un EHPAD, ça doit être très dur. »* (Conjointe de résident) ou encore *« Les salariées n'ont pas du tout le temps... Elles font ce qu'elles peuvent, mais elles sont bousculées. Elles sont 4 pour 45 à l'étage. Elles font ce qu'elles peuvent avec leurs moyens... On sent les salariées fatiguées »* (Fille de résident). Ainsi, pour les salariées, de nombreuses familles perçoivent leurs difficultés et peuvent les comprendre : *« Les familles se rendent compte d'années en années que cela se dégrade »*. (Aide-soignante).

Certaines salariées soulignent aussi que les familles font d'autant plus preuve de compréhension qu'elles ont elles-mêmes fait l'expérience de la difficulté de la prise en charge de leur proche : *« Moi j'ai beaucoup de familles qui viennent me dire 'vous avez du courage, maman, elle perd la boule'. (...) Elles sont conscientes du travail. »* (Salariée administration). Les familles témoignent aussi parfois de leur satisfaction et leur reconnaissance pour la qualité du travail accompli : *« Il y en a une, c'était une magicienne. Elle arrivait, elle se mettait à côté de son lit, elle lui parlait, elle... Ah. C'est un vrai sacerdoce, ça. »* (Conjointe de résident). Cela a conduit certaines familles à manifester leur soutien lors des mouvements sociaux récents, d'autant qu'il s'agissait d'une « grève » sans arrêt de travail. *« L'an passé, quand tous les EHPAD faisaient grève, on a fait un mouvement. Nous on avait un autocollant qu'on était grévistes et qu'on travaillait, on est tous allés dehors à la pause avec les résidents pour dire notre mal-être (...). »* (Aide-soignante). La perception des contraintes économiques que supportent

les services, et par ricochet les salariées, peut ainsi conduire les familles à estomper leurs critiques.

Ces résultats du travail empirique mettent en évidence le rôle à la fois crucial et ambivalent des familles dans le fonctionnement des EHPAD. Ils interrogent alors sur ce qui permet ou non de créer une coopération entre les proches et les professionnelles.

3. Les conditions nécessaires à la mise en place d'une logique de coopération

Cette dernière section esquisse les conditions organisationnelles et matérielles qui doivent être réunies pour permettre la coopération (3.1) avant de discuter les dangers qu'implique une logique consumériste portée par la mise en concurrence des structures médico-sociales (3.2).

3.1. Les conditions organisationnelles et matérielles de la coopération

L'intégration des familles dans l'organisation du travail est un impensé, ce qui est source de difficultés dans les EHPAD. Chaque système de relations est évidemment singulier, mais plusieurs éléments ressortent comme des facteurs nécessaires à la mise en place d'une réelle logique coopérative entre salariées et familles : le rôle clé des formations, l'importance des outils organisationnels ou institutionnels et plus encore l'importance du temps et des fonctions supports disponibles (notamment l'encadrement intermédiaire).

La formation des professionnelles est un enjeu majeur dans les EHPAD (Sanisidro, 2008). Les directions rencontrées insistent beaucoup sur la nécessité d'améliorer l'analyse des pratiques à l'aide de psychologues afin de dénouer ce qui appartient aux familles et ce qui est d'ordre professionnel. Dans les formations envisagées, de nombreux acteurs soulignent l'importance de la communication envers les familles : il s'agit alors d'apprendre à choisir les mots de son expression orale, afin de ne pas être mal compris. Sur le long terme, cette communication permettrait une meilleure intégration du regard extérieur des familles dans l'analyse des pratiques de travail : « *Pour les salariés, la présence plus importante des familles, ce n'est pas forcément positif. Pour moi, cela peut l'être (...) il ne faut pas s'arrêter à la propre vision de que l'on a de notre métier, de nos missions, de notre fonction. Il faut aussi avoir une ouverture d'esprit telle qu'un témoin extérieur qui nous regarde travailler va peut-être être choqué par telle ou telle chose.* » (directeur).

L'évolution des outils organisationnels ou institutionnels permettrait également une intégration des familles. Il existe aujourd'hui des réunions

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

d'instances prévues par la loi, telles que le Conseil de Vie Sociale⁹ (CVS), qui permet aux familles un meilleur accès à l'information sur la vie quotidienne dans l'établissement, d'aplanir les difficultés et de rétablir la communication. Cependant, beaucoup de CVS rencontrent des difficultés de fonctionnement concernant aussi bien la représentation des résidents, qui souffrent de plus en plus de nombreuses pathologies et peinent à s'investir pleinement dans ce type d'instances, que celle des familles qui pose également problème : les familles se désinvestissent souvent lors du décès de leur proche et le raccourcissement des durées de séjour entraîne une rotation importante de ces représentants. Ainsi, les outils existants ne semblent pas permettre aux familles d'avoir une réelle place dans les organisations. Certains établissements mettent alors en place des enquêtes de satisfaction, des boîtes à idées. Plus généralement, l'enjeu majeur est d'ouvrir les établissements sur l'extérieur pour mieux intégrer les proches dans les activités quotidiennes (cf. par exemple les expérimentations d'EHPAD « hors les murs »), élément essentiel qui a souvent été considéré comme faisant défaut durant la crise du Covid. Il pourrait ici être intéressant de regarder ce qui est mis en place du côté des proches à domicile (Campéon *et al.*, 2012 ; Charazac, 2013) et les modalités de répit qui leur sont proposées (Le Bihan-Youinou *et al.*, 2014) pourraient être sources d'inspiration pour les EHPAD.

La présence de l'encadrement intermédiaire en nombre suffisant est importante pour les salariées (Petit, Zardet, 2017). Il a un rôle médiateur en recueillant à la fois les plaintes et critiques des familles et celles provenant du personnel et considère que cela est inhérent à son travail. Ainsi parmi les encadrantes interrogées, la plupart encouragent les salariées à leur faire remonter toutes les critiques venant des familles : « *Nous, en tant que cadre aussi, on leur dit aussi de nous passer le relais. Parce qu'elles ne sont pas là, déjà pour se mettre en difficulté. Donc, c'est vrai que nous, au niveau des cadres, on reçoit aussi les familles pour essayer de trouver ce qu'il ne va pas, pour expliquer aussi les choses.* » (Directrice).

Le temps et les moyens mis à disposition dans les EHPAD sont au cœur de la question des améliorations possibles pour l'intégration des familles dans les EHPAD. L'étude de la relation aux familles et de son poids pour les salariées nous amène à souligner la nécessaire reconnaissance du temps relationnel comme un temps de travail, qui dans une logique de rationalisation est perçu actuellement comme du temps improductif. L'intégration des proches dans les EHPAD nécessite en effet des ressources conséquentes. Grâce à des taux d'encadrement plus élevés, les professionnelles disposeraient du temps nécessaire pour intégrer les proches dans leur activité. En nous rendant dans des accueils de jour, nous avons par exemple pu constater que les relations avec les familles étaient simplifiées. Cette meilleure relation aux familles est

9. Instance créée suite à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et dans laquelle on trouve des représentants des salariées, mais aussi des personnes âgées et de leurs familles.

à relier à différents facteurs qu'il serait intéressant d'approfondir tels que les taux d'encadrement supérieurs à ceux proposés dans un EHPAD, et la différence de prise en charge lorsque les groupes de bénéficiaires sont plus restreints et accueillis dans des espaces plus petits. Le modèle des EHPAD est ainsi plus largement à interroger ici.

Au-delà de ces ressources nouvelles, il semble en effet que c'est bien le modèle organisationnel des EHPAD (et plus largement des organisations médicales et médico-sociales) qui doit être repensé pour permettre une plus grande intégration de bénéficiaires multiples. Les éléments mis en avant sont d'ailleurs très convergents avec ceux que la littérature sur la possibilité d'une gouvernance plus collégiale (Pastier, 2022 ; Silva et Lacan, 2020) considère comme nécessaire.

3.2. Les risques de la concurrence et les dangers d'une logique consumériste

La présence des familles sur le mode de la surveillance semble en effet accrue par les difficultés rencontrées pour trouver une place d'hébergement et par le niveau parfois très élevé des prix de journée. Dans la logique de mouvements institutionnels déjà étudiés de financiarisation du secteur et d'instauration progressive d'une logique marchande depuis la fin des années 90 (Delouette, Nirello, 2016), les EHPAD sont aujourd'hui dans l'obligation de signer des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux. Dans le cadre de ces conventions, sont déterminés les montants des financements publics pour les volets soins et dépendance. Au-delà de ce financement public, le reste à charge des personnes âgées et de leurs familles correspond au ticket modérateur APA (sur le tarif dépendance) et surtout à ce qui est appelé le « prix de journée ». Ce dernier englobe tous les services liés à l'hébergement (restauration, hôtellerie, animation, etc.). Quand il n'y a pas d'habilitation à l'aide sociale, les EHPAD ont une totale liberté tarifaire. Ainsi, selon la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA, 2019), les écarts sont parfois importants entre les établissements, selon leur statut juridique notamment. Le prix médian d'une chambre individuelle est de 1 977 euros en 2018, à comparer avec le revenu médian mensuel des plus de 75 ans qui est, selon l'enquête revenus fiscaux et sociaux de l'INSEE, de 1 746 euros environ en 2018¹⁰.

Toutes ces évolutions peuvent conduire à l'instauration d'une logique marchande, transformant les résidents en « clients », selon un processus déjà étudié dans le cadre de l'hôpital (Méhaut *et al.*, 2009 ; Batifoulier, 2014). Selon les salariées, la relation marchande instaurée avec le personnel de l'EHPAD par le paiement du prix de journée débouche parfois même sur une quasi subordination, comme si, en payant, les familles devenaient leur employeur : « *Il y en a qui sont très, très, très exigeantes, (...) Il y en a qui n'hésitent pas à dire 'non, je*

10. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416878>

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

paie', pour elles directement, c'est eux qui nous rémunèrent. » (Aide-soignante). La différence apparaît nette pour cette cadre de santé, entre le type de relation établi dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), où les frais sont réglés par l'assurance maladie et où les personnes prises en charge sont des « ayants droit », et les EHPAD, où l'exigence des proches porte sur le service, puisque les personnes en supportent au moins en partie le coût : « *Aujourd'hui, les familles sont exigeantes. Et je m'en rends compte d'autant plus en EHPAD, où maintenant, les gens paient, donc l'exigence est clairement exprimée. Mais pour autant, quand je suis au SSR, les gens ne me disent pas 'je paie', les gens me disent 'j'y ai droit'.* » (Cadre de santé, SSR).

Le niveau élevé du prix de journée peut renforcer ce sentiment de relation marchande entre les familles et les salariées. Dans un établissement enquêté où le séjour revient à plus de 3 500 euros par mois, les salariées témoignent de l'impact de ce prix sur les attentes des familles : « *C'est la question qui revient tout le temps, 'on paie cher'. Et c'est vrai, ils paient cher... 3 500 € par mois, à peu près... C'est un service. Donc moi, j'ai l'impression que... la plupart, ils achètent un service, pas une relation d'aide.* » (Aide-soignante).

Les salariées perçoivent les différences dans les attitudes et positionnement des familles comme une conséquence de leur position sociale : celles disposant de revenus importants seraient en quelque sorte surtout des « clients », plus exigeants et moins attentifs aux conditions de travail, tandis que les familles des milieux populaires endosseraient plus facilement le rôle de « patient », supportant les contraintes d'établissements d'hébergement collectif. Face à ces familles dans lesquelles le « service » s'entend comme subordination directe aux besoins ressentis, il est difficile pour les salariées de faire accepter la distinction entre un travail de soignant et un travail de « domestique » : « *Ce sont des familles aisées. Donc, ils ont l'habitude d'avoir des gens à leur service et tout. Et du coup... En fait, moi j'ai l'impression qu'on ne nous prend pas comme des soignantes en fait. Voilà, 'on est des soignants, on n'est pas à votre service'.* » (Aide-soignante).

Cette relation marchande semble dépendre très largement de l'offre d'hébergement disponible au niveau local, souvent désignée comme « marché ». Ainsi, dans des établissements moins onéreux, au contraire, le prix de journée peut être un argument avancé auprès des familles pour justifier le niveau plus faible des services proposés : « *Moi je leur ai dit au dernier CVS. Je leur ai dit 'notre prix de journée c'est 70,50 € par jour. Quand on divise par 24 h, ça fait 2 € et quelques. Allez trouver du personnel qui irait à domicile pour 2 € de l'heure'.* » (salariée administrative). Mais quoi qu'il en soit, cette relation marchande semble de plus en plus omniprésente, ce qui constitue, pour l'encadrement comme pour les salariées, une menace de dégradation des relations avec les familles : « *Je plains les jeunes qui commencent.(...) Avant on avait l'impression de faire plaisir aux gens, alors que maintenant on a l'impression que c'est un dû. Ce sont des assistés. Les gens ne veulent plus attendre, ils veulent des solutions à leurs demandes tout de suite, des menaces sans arrêt.* » (Cadre de santé, SSR). Cette

posture de « client exigeant » pèse sur les conditions de travail quotidiennes. Ainsi, les évolutions des politiques publiques entraînant une rationalisation et une marchandisation des activités semblent contradictoires avec une meilleure intégration des familles.

Conclusion

La place des familles dans les EHPAD illustre la tension présente dans ces institutions entre deux conceptions opposées du service. D'une part, celle de l'EHPAD comme « lieu de vie », où les relations pourraient s'établir « comme à la maison », où les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches auraient toute latitude de décision sur les modalités d'organisation de leur vie quotidienne, qu'il s'agisse d'horaire, d'activités, de gestes à effectuer ou non, de paroles à prononcer ou pas... bref, d'un lieu régi par des normes « domestiques ». D'autre part, celle de l'EHPAD comme « lieu d'hébergement et de prise en charge rationalisée », où l'ensemble des règles seraient déduites d'un objectif de performance, et les places des uns et des autres réduites à celles de producteur ou de consommateur. Il faut souligner que, tant du point de vue des personnes âgées et de leurs proches, que de celui des salariées, aucune de ces deux conceptions ne représente un idéal. Si les normes du monde industriel ne semblent pas en mesure d'organiser pour les personnes âgées dépendantes et leur entourage un lieu de vie à la fois sécurisé et attentif à leurs besoins singuliers, les normes domestiques, même si elles supposent la bienveillance, ne sont pas exemptes de rapports de domination (de classe et de genre en particulier), et elles ne permettent pas d'éviter l'excès dans l'expression des besoins des unes conduisant à l'assujettissement des autres. Un modèle reste sans doute à inventer prenant en compte à la fois les singularités familiales et la nécessité de règles communes. Mais quelle que soit l'option privilégiée, nos données montrent l'importance cruciale du travail relationnel, à la fois pour intégrer l'activité des proches dans l'organisation du service auprès des personnes âgées, et pour faire valoir auprès des familles l'ensemble des gestes effectués par les professionnelles, quel que soit leur niveau de qualification. Cela suppose du temps dédié aux échanges, aussi bien entre les salariées, qu'entre celles-ci et les proches des résidents ; cela suppose donc de desserrer les contraintes actuellement liées au financement. Cette condition apparaît indispensable à la construction de processus de reconnaissance du travail effectué par les unes et les autres. La crise sanitaire (Pastier, 2022 ; Libault, 2020), comme les scandales récents liés aux maltraitements observés dans certains EHPAD (Castanet, 2022), rendent la prise en compte de ces enjeux encore plus cruciaux et urgents. Ces deux événements majeurs soulignent, à nouveau, le rôle majeur des « familles » dans la co-construction, co-production et la co-évaluation du service.

Plus encore, le cas spécifique des EHPAD constitue une illustration d'une problématique bien plus large. En effet, les situations de travail où le destinataire du service n'est pas unique, mais renvoie au contraire à plusieurs personnes ou parties prenantes, sont très fréquentes dans l'ensemble du champ médico-social

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

mais également dans l'éducation, la formation, la santé, voire la sécurité, ou encore certains services aux entreprises comme la propreté ou la restauration collective. Les modèles théoriques d'analyse des emplois de service, de la relation qui les sous-tend et des organisations managériales qui les caractérisent, pourraient être enrichis par la prise en compte plus systématique de cet enjeu. L'exemple que nous avons ici traité est certes un cas particulier mais il ouvre des pistes de réflexions plus générales notamment sur la définition du sens du travail réalisé non seulement pour les professionnelles mais également pour les bénéficiaires, multiples, de la production de service. En ce sens les éléments apportés s'inscrivent dans des objectifs d'une meilleure prise en compte de la santé, celle des personnes âgées et celle des salariées qui en prennent soin. En effet, le résultat d'une activité de service est un bien commun à plusieurs parties prenantes, dont la définition et la mesure complexifient, mais devraient également enrichir les conditions de production.

Bibliographie

ABORD DE CHATILLON E., CHAKOR T. et COMMEIRAS N. (2022), « Santé au travail dans les métiers du soin. Panorama de la recherche francophone sur la santé au travail dans les métiers du soin », @GRH, Vol. 42, n°1, p. 13-33.

ANDRÉ K. (2015), « La professionnalisation des relations de care : Le cas des référents de parcours de santé à l'Association Française contre les Myopathies », *Management & Avenir*, n°80, p. 53-67.

BADEY-RODRIGUEZ C. (2008), « Familles et professionnels en gériologie : quelles difficultés ? Quelle place pour chacun ? », *Recherche en soins infirmiers*, n°94, p. 70-79.

BAGUELIN O. (2008), « Aides professionnelles et mobilisation familiale : la prise en charge des personnes démentes », *Retraite et société*, Vol. 53, n°1, p. 11345.

BALAVOINE A. (2022), « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019 », *Etudes et résultats*, n°1237.

BRASSEUR M. (2022), « Ce qui nous est commun nous désunit-il forcément ? Les conflits interpersonnels au travail sous le prisme de l'école de Palo Alto », *Revue française de gestion*, Vol. 302, no. 1, pp. 15-32.

BESNARD X., ABDOUL-CARIME S. (2020), « L'entourage des personnes âgées en établissement : relations familiales et sociales, aides reçues » (2016) », *Dossiers de la DREES*, no 71.

BIED M. et METZGER J.-L. (2011), « Comment les logiques de rationalisation du secteur médico-social peuvent-elles soutenir les pratiques collectives des professionnels ? », *Management & Avenir*, Vol. 47, n°7, p. 165-183.

BLOCH M.-A. (2012), « Les aidants et l'émergence d'un nouveau champ de recherche interdisciplinaire », *Vie sociale*, Vol. 4, n° 4, p. 11-29.

BOUJUT S. (2005), « Le travail social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle », *Déviance et Société*, Vol. 29, n° 2, p. 141-153.

CAMPÉON A., LEBIHAN B. et MARTIN C. (2012), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe : le vécu des aidants familiaux », *Vie sociale*, Vol. 4, n° 4, p. 111-127.

CASTANET V. (2022), *Les fossoyeurs*, Fayard, Paris.

CHARAZAC P.-M. (2013), « Apprendre aux aidants (ce) qu'ils savent faire. Réflexions sur la formation des aidants », *Gérontologie et société*, Vol. 36, n°147, p. 135-146.

CLOT Y. (2013), « L'aspiration au travail bien fait », *Le journal de l'école de Paris du management*, Vol. 99, n°1, pp. 23-28.

CNSA (2019), « Analyse des tarifs des EHPAD en 2018 », *Analyse statistique*, n°8.

CRESSON G., GADREY N. (2004), « Entre famille et métier : le travail du care », *Nouvelles questions féministes*, Vol. 23, n°3, p. 264-1.

DELASSUS E. et SILVA F. (2016), « Émergence de nouvelles pratiques managériales et vulnérabilité », *Management international*, Vol. 4, n°20 p. 59-74.

DELOUETTE I., NIRELLO L. (2016), « Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 34, n°7, p. 387-408.

DEMAILLY L. (2022), « Significations plurielles de la norme de « bonne distance » dans le travail d'accompagnement », *Vie sociale*, Vol. 39, n°3, p. 19-31.

DÉSESQUELLES A., BROUARD N. (2003), « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population*, Vol. 58, n° 2, p. 201-227.

DEVETTER F.-X. *et al.* (2020), « Relations au travail et travail relationnel : situation des travailleurs peu et non qualifiés », *Rapport d'études pour la DARES*, n°34.

DICKASON R. (2020), « L'émotionnel aux confins de la vie : une approche prospective des compétences en gériatrie hospitalière », *Management & Avenir Santé*, Vol. 6, n°1, p. 39-61.

DUJARIER M.-A. (2019), « Rapport social et relations sociales », dans : Agnès Vandeveldé-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique*, Érès, p. 522-523.

DUSSUET A., NIRELLO L., PUISSANT E. (2017), « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », *Revue de l'IRES*, n°91-92, pp. 35-61.

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

EMERY Y., NIKLAUS J. (2015), « La co-production dans les prestations relevant de la puissance publique. L'exemple de la police de proximité en Suisse », *Management & Avenir*, Vol. 76, n°2, p. 37-55.

FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*, Payot, Paris.

GADREY J. (2000), "The characterization of goods and services: an alternative approach", *Review of income and wealth*, 46(3), 369-387.

GILLOT D. (2018), « Tome 2 : Proches aidants : 'préservier nos aidants, une responsabilité nationale' », *Rapport à la Ministre des Solidarités et de la Santé*, juin.

GLINNE-DEMARET H. (2019), « Relation de service », dans : Agnès Vandavelde-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique*. Érès, p. 542-545.

GUÉRY B. (2018), « Le bien commun, finalité de l'entreprise : analyse des notions de communauté et de finalité ». M. Boyancé, B. Guéry. *Le bien commun à la croisée des disciplines : Philosophie, droit, économie, sciences de gestion*, Presses universitaires de l'IPC, pp. 105-122, 2018.

HACHANA R., GHARBI S., CHICHTI F. (2020), « De l'éthique du *care* et du travail émotionnel : quelle réalité dans les EHPAD français installés en Tunisie ? », *Management & Avenir Santé*, Vol. 7, n°2, p. 77-97.

HONNETH A. (2002), *La lutte pour la reconnaissance*, Cerf, Paris.

HUGHES E.-C. (1996), *Le regard sociologique*, Editions de l'EHESS, Paris.

JOËL M.-E., MARTIN C. (1998), *Aider les personnes âgées dépendantes – Arbitrages économiques et familiaux*, Editions de l'ENSP.

HCFEA (2019), « Femmes seniors – Chapitre 2 : aidantes », mars.

JEANNEAU L., ROQUEBERT Q. et TENAND M. (2022), « L'aide informelle en maison de retraite avant la pandémie de Covid-19 », *Gérontologie et société*, Vol. 44, n°2, p. 35-61.

JEANTET A. (2003), « 'A votre service !' la relation de service comme rapport social », *Sociologie du travail*, no 45, p. 191209.

KEATING N., FAST J., DOSMAN D., EALES J. (2001), "Services Provided by Informal and Formal Caregivers to Seniors in Residential Continuing Care", *Canadian Journal on Aging*, Vol. 20, n°1, p. 23-46.

LIBAULT D. (2020), « La crise sanitaire montre qu'on ne peut plus attendre : une loi sur le grand âge s'impose », *Le Monde*, 13/04/2020.

LE BIHAN-YOUIYOU B., MALLON I., SOPADZHIYAN A. (2014), « Entre relais et soutien : les expériences différenciées du répit des aidants face aux démences », *Retraite et société*, n° 69, no 3, p. 7798.

MALLON I. (2007), « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et société*, Vol. 30, n°12, p. 251-264.

MÉHAUT P., ARBORIO A.-M, BOUTEILLER J., CAUSSE L. et MOSSÉ P. (2009), « De bons emplois, un travail rude : quel modèle d'emploi pour les aides-soignantes et les femmes de chambres de hôpitaux ? », in Caroli et Gautié (dir.), *Bas salaires et qualité de l'emploi : l'exception française ?*, ed. ENS rue d'ulm, coll. Du CERPREMAP.

MOLINIER P. (2013), *Le travail du care*, La Dispute, coll. « Le genre du monde », Paris.

MÜLLER D. (2004), « Bien commun, conflits d'intérêts et délibération éthique », *Éthique publique*, Montréal, printemps 2004, Vol. 6, n°1, p. 100-104.

PASTIER K. (2022), « La Covid-19 : un basculement vers une organisation par le care », *Management & Avenir*, Vol. 127, n°1, 2022, p. 155-178.

PASTIER K., SILVA F. (2020), « Manager le care ou manager par le care. Et si on changeait de logiciel organisationnel ? », *Management & Avenir Santé*, Vol. 7, n°2, 2020, p. 7-11.

PAYRE S., TISSIOU M. et JOFFRE C. (2021), « De l'attractivité des métiers à une interrogation sur les organisations et pratiques de gestion ? », *Management & Avenir*, Vol. 8, n°1, p. 7-10.

PAYRE S., TISSIOU M. et JOFFRE C. (2020), « Éditorial. Quels enseignements tirer de la crise du covid-19 que rencontre le système de Santé en termes d'organisation, de compétences et de métiers ? », *Management & Avenir Santé*, Vol. 6, n° 1, 2020, p. 7-13.

PENNEC S. (2003) « L'institutionnalisation du salaire filial », *Gérontologie et société*, Vol. 26, n°104, p. 213-230.

PETIT R., ZARDET V. (2017), « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », *@GRH*, Vol. 22, n°1, p. 31-54.

PUISSANT E. (2011), « Le rôle ambivalent des associations d'aide à domicile dans la professionnalisation des emplois et des salariées », *Formation emploi*, n°115, p. 37-50.

SANISIDRO M. (2008), *La place des familles et des proches des résidents en EHPAD : à la recherche d'une intégration réussie*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

SILVA F. & LACAN A. (2020), *Repenser le management : Pour une régulation collégiale des communautés de travail*, Management Prospective Editions.

SOULLIER N. et WEBER A. (2011), « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Études et résultats*, DREES, no 771.

La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ?

TIFFON G., UGHETTO P. et ZARIFIAN PH. (2013), « Relation de service, rapport social de service : Quelle grille d'analyse ? Débat avec la rédaction de la Nouvelle Revue du Travail », *La nouvelle revue du travail*, no 2.

TISSIOUI M., SCOUARNEC A., JOFFRE C. (2016), « L'innovation au cœur de la dynamique des métiers : application au secteur de la santé », *Revue de gestion des ressources humaines*, Vol. 100, n°2, p. 21-40.

VILLEZ A. (2007), « EHPAD. La crise des modèles », *Gérontologie et société*, n°123, p. 169-184.