

La notion d'intimité en institution

l'EHPAD peut-il vraiment être un « chez soi » ?

Réflexion professionnelle (objectif, sans jugement)

Date : 10 décembre 2025

Cadre : situations de terrain vécues ou rapportées

Note de lecture

Ce document propose une réflexion sur la place de l'intimité en EHPAD, entre protection, organisation collective et droits de la personne. L'objectif n'est pas de conclure si l'EHPAD est (ou n'est pas) un domicile, mais d'éclairer les tensions concrètes du terrain : ce qui peut soutenir le sentiment d'être « chez soi », et ce qui, parfois, le fragilise. Les exemples sont volontairement contrastés et ne défendent aucune réponse : ils servent à ouvrir la réflexion et à nourrir le débat professionnel.

1. Clarifier l'intimité : de quoi parle-t-on réellement ?

En institution, le mot « intimité » circule souvent comme une évidence, alors qu'il recouvre plusieurs réalités. Il peut désigner la pudeur corporelle, la confidentialité des informations, le droit au secret, le contrôle de son espace, la liberté de choisir ses relations, son rythme, ses habitudes, et même le droit de ne pas être dérangé. L'EHPAD, lui, est un lieu d'accompagnement et de soins, mais aussi un lieu de vie — ce qui introduit d'emblée une tension : comment protéger l'intime dans un cadre collectif, organisé, réglementé et traversé par des exigences de sécurité ? La question devient encore plus sensible quand la dépendance augmente : plus une personne a besoin d'aide, plus elle est exposée.

1.1. Intimité corporelle : le corps, la pudeur et le regard

L'intimité corporelle est la forme la plus visible : toilette, change, habillage, transferts, soins d'hygiène, aide à l'élimination, prévention cutanée, prise de constantes... Dans ces moments, la personne ne choisit pas toujours ni le moment, ni le lieu, ni le soignant. La pudeur peut être très présente — ou au contraire brouillée par les troubles cognitifs — mais dans les deux cas, elle nécessite une attention précise : ce n'est pas seulement « couvrir », c'est aussi préserver une forme de contrôle et de respect. Ce contrôle passe par des détails : annoncer, demander l'accord, ralentir un geste, expliquer un matériel, et tolérer un refus partiel.

1.2. Intimité psychique et émotionnelle : se sentir en sécurité dans sa tête

L'intime n'est pas uniquement ce qui se voit. C'est aussi ce qui se vit intérieurement : peurs, honte, tristesse, souvenirs, croyances, goûts, attachements, irritations. La relation de soin ouvre parfois des confidences, parfois des résistances. Une parole donnée « au bon moment » peut apaiser ; une parole posée au mauvais endroit peut exposer, ridiculiser, ou faire vivre une intrusion. En institution, les scènes se déroulent dans des lieux traversés (couloirs, salles communes) et sous le regard de multiples acteurs (professionnels, visiteurs, autres résidents). Cela oblige à une vigilance : préserver la dignité psychique, c'est aussi maîtriser le cadre de la parole.

1.3. Intimité sociale : qui entre dans ma vie, et comment ?

L'intimité est également sociale : ce que l'on accepte ou non de partager avec les autres. En EHPAD, la proximité est forte : voisins de table, voisins de couloir, activités communes, espaces de circulation. Certaines personnes apprécient ce collectif, d'autres le subissent. La question est simple en apparence et complexe en pratique : la personne peut-elle choisir ses relations, sa distance, son retrait ? Peut-elle refuser une activité sans être stigmatisée, ou rester au calme sans être suspectée d'isolement pathologique ?

1.4. Intimité domestique : l'espace, les objets, le rythme

Enfin, il y a l'intimité du quotidien : la chambre comme repère, les objets personnels, la possibilité de fermer une porte, le droit d'avoir ses habitudes (heure du lever, de la douche, musique, télévision, nourriture, rituels etc..), le droit de choisir qui entre dans son espace et à quel moment. C'est ici que la question du « *chez soi* » devient centrale : un domicile, c'est souvent la maîtrise relative de son espace et de son temps. En EHPAD, cette maîtrise existe parfois, mais elle est aussi encadrée par des impératifs de service, des contraintes de soins et des règles collectives.

Repère : quatre dimensions complémentaires de l'intimité

- Le corps : pudeur, gestes, exposition, regard des autres.
- La vie intérieure : émotions, secrets, dignité psychique, choix de ce qu'on dit.
- La vie sociale : distance choisie, relations, droit au retrait, place dans le collectif.
- L'espace domestique : chambre, objets, horaires, droit de ne pas être dérangé.

2. « Chez soi » en EHPAD : une notion qui fait travailler

Dire qu'un EHPAD est un « lieu de vie » n'est pas un slogan : c'est à la fois une intention et fait par obligation, par nécessité. Mais la notion « **chez soi** » n'a pas le même poids selon qu'on la prononce du côté du résident, de la famille, du soignant, ou de l'institution. Pour certains, le « *chez soi* » se construit à partir d'une chambre personnalisée, d'un sentiment de sécurité, d'habitudes retrouvées même partielle, d'une équipe connue, d'un lien social. Pour d'autres, il reste difficile parce que l'entrée en institution est associée à une rupture : perte d'un logement, de voisins, de repères, de liberté de circulation, parfois d'un conjoint ou d'un rôle familial. Dans les deux cas, la question de l'intimité sert de révélateur : plus une personne se sent respectée dans son intimité, plus elle peut se sentir légitime dans ce lieu où elle/il mènera comme une seconde vie.

2.1. Les marqueurs qui peuvent soutenir l'idée de « chez soi »

Certains éléments du quotidien favorisent ce sentiment : la possibilité de choisir et de décorer sa chambre, d'y garder des photos, des meubles, une couverture, une odeur familière ; la possibilité d'organiser des visites, de conserver un animal *selon les conditions*, de participer à des activités qui font sens, ou simplement de pouvoir dire : « je veux rester dans ma chambre » sans que cela soit immédiatement interprété comme un problème. Le « chez soi » peut aussi se construire à travers la routine : les mêmes soignants, les mêmes repères, les mêmes petits rendez-vous.

Rappel des marqueurs

- La personnalisation de l'espace : objets, photos, meubles, lumières, repères visuels.
- La continuité des habitudes : horaires, rituels, goûts alimentaires, musique, lectures.
- La stabilité relationnelle : équipes connues, confiance, repères dans les interlocuteurs.
- Le respect de la porte : frapper, attendre, demander l'accord, préserver le calme.
- La possibilité de choisir (même partiellement) : douche aujourd'hui ou demain, habillage, coiffure, activités.

2.2. Les marqueurs qui peuvent fragiliser l'idée de « chez soi »

À l'inverse, certains marqueurs rappellent que l'EHPAD reste un lieu collectif et institutionnel : horaires de soins, tournées, contraintes d'effectif, passages répétés, règles de sécurité, protocoles d'hygiène, impératifs de prévention (chutes, dénutrition, escarres), contrôles et évaluations, traçabilité, gestion des risques. Même quand l'intention est bienveillante, le vécu peut être celui d'une intrusion : une porte ouverte par habitude, une toilette imposée « parce que c'est l'heure », une discussion intime entendue dans le couloir, ou le sentiment que l'on doit demander la permission pour des gestes ordinaires. Parfois même l'interdiction de parcourir les couloirs au motif que l'heure du repas approche, ou simplement si un léger trouble cognitif est présent, la crainte du soignant de "perdre" le/la résident(e). Deux très court exemples basé sur **ET** le respect des horaires d'organisations imposées par l'insitution, **ET** sur la responsabilité que le soignant à vis-à-vis du/de la Résident(e).

Rappel des marqueurs

- L'entrée et les passages : chambre traversée, intervenants multiples, changements d'équipe.
- Les horaires : rythmes de service qui pèsent sur le rythme personnel, parfois au détriment du sommeil.
- Les règles : sécurité, hygiène, organisation, qui limitent certains choix domestiques.
- La visibilité : espaces communs, couloirs, regards, bruit, absence de retrait complet.
- La dépendance : exposition accrue du corps et du quotidien, sentiment de perdre le contrôle.
- La responsabilité du soignant vis-à-vis du/de la résident(e).

2.3. Entrer en EHPAD : rupture, adaptation, reconstruction

Le « chez soi » est aussi une histoire de temps. Au début, l'EHPAD peut être vécu comme un lieu étranger : on ne connaît pas les codes, les horaires, les voix, les bruits et le lieu. Puis une forme d'appropriation peut apparaître, ou au contraire une résistance persister. Certaines personnes investissent la chambre, d'autres la vivent comme une chambre d'hôpital prolongée. Les réactions peuvent dépendre de la manière dont l'entrée a eu lieu (anticipée, choisie, subie), du niveau d'autonomie, de la qualité du lien avec la famille, et de l'expérience relationnelle avec l'équipe.

2.4. Intimité et droits : une question de cadre, mais aussi de culture

L'intimité n'est pas uniquement une question de « bonne volonté ». Elle s'inscrit dans des droits : respect de la dignité, confidentialité, consentement, respect de la vie privée. Mais un droit n'est réellement vécu que s'il devient une culture de service : des habitudes d'équipe, des façons de faire, des rappels, une organisation qui rend possible le respect. Là où le cadre est clair et partagé, l'intimité est moins dépendante de l'individu et plus stable pour le résident.

Point clé

La question n'est pas seulement « est-ce un domicile ? », mais aussi : « quels éléments du quotidien donnent — ou retirent — à une personne le sentiment d'avoir un espace à elle, une vie à elle, et une marge de choix sur sa vie ? »

3. Exemple 1 : la toilette en chambre, entre préservation de la pudeur et logique de tournée (ou organisation des soins)

Situation : matin en EHPAD. Les toilettes s'enchaînent. Un résident exprime le besoin d'être lavé et coiffé « comme à la maison », avec un temps calme, la porte fermée, une musique douce. Dans une autre chambre, une résidente accepte la toilette mais refuse que la porte reste ouverte « pour que ça aille plus vite ». L'équipe, elle, doit gérer l'urgence d'élimination d'un troisième résident, un appel famille, un transfert à deux, et des horaires de repas. Les interruptions s'enchaînent et le soin intime devient un moment fragile. Le soignant eu égard du rythme institutionnelle requis de manière implicite ne pourra pour ce premier résident effectué tel que souhaité par ce dernier le soin demandé dans son intégralité, quant au second résident, et il est fort possible que la porte eu été à moitié fermée trouvant ainsi un compromis entre choix du résident et nécessité de rapidité, là aussi implicitement imposée par l'institution et l'obligation non dite envers les collègues.

3.1. Ce que l'on voit quand l'intimité est soutenue

Quand la toilette est préparée comme un moment reconnu (dans la mesure du possible), l'effet est souvent immédiat : la personne se détend, reprend une part de contrôle, se sent respectée. Le soin devient plus fluide parce que la confiance augmente. Une porte fermée, un paravent, des explications, le fait de demander « vous préférez commencer par quoi ? » : ces micro-gestes peuvent ressembler à des détails, mais ils créent un climat. Dans certains cas, ce climat permet à la personne de retrouver un rapport plus familier à son corps : on n'est pas seulement « soigné », on est aussi « accompagné » et écouté.

Ndlr : demander par quoi le résident préfère débiter ne doit déroger en rien à l'obligation de respect des règles d'hygiènes.

3.2. Ce que l'on voit quand l'intimité est fragilisée (même sans intention)

Dans les journées sous tension, la logique de tournée peut transformer la chambre en « poste de travail ». La porte reste entrouverte pour entendre les appels, une collègue entre pour demander un matériel, le résident est dénudé au moment où quelqu'un passe, ou la toilette est écourtée sans explication. Le soignant peut avoir le sentiment d'avoir été efficace, tandis que la personne peut vivre une exposition. L'écart ne tient pas forcément à la volonté de respecter ou non, mais au contexte: interruptions, urgence, effectif, pression d'horaires, problématique d'organisation du service. Parfois, c'est le résident lui-même qui accélère le soin (« allez vite ») : la question devient alors de savoir si cette accélération est un choix, ou une adaptation à ce qu'il perçoit comme une norme institutionnelle.

3.3. Une tension typique : pudeur intacte vs troubles cognitifs

Le terrain confronte aussi à des situations contrastées : certains résidents gardent une pudeur très forte ; d'autres, avec des troubles cognitifs, peuvent se dénuder sans percevoir l'exposition, ou refuser toute aide. Dans les deux cas, la protection de l'intimité ne se fait pas de la même manière. Elle demande de s'ajuster à la personne, pas à une règle unique : couvrir pour l'un, sécuriser l'environnement pour l'autre, et toujours préserver une forme de dignité dans le regard et la posture.

Repère de terrain : gestes simples qui changent beaucoup

- Frapper avant d'entrer, même si la porte est déjà ouverte.
- Expliquer les étapes (et annoncer les gestes intimes) pour redonner du contrôle.
- Protéger le corps en continu (serviette, drap, peignoir), pas seulement « à la fin ».
- Transformer une interruption inévitable en acte respectueux : s'excuser, couvrir, sécuriser, reprendre.
- Si le rythme est imposé: le dire, mais ne jamais proposer de retour (« je reviens après le petit-déjeuner pour finir tranquillement »). On finit toujours son soin par respect et dignité pour le résident.

4. Exemple 2 : personnaliser sa chambre... jusqu'où, dans un lieu soumis à des règles ?

Situation : un résident souhaite aménager sa chambre avec des meubles de son ancienne maison, des rideaux, une lampe, un tapis qu'il aime, et un petit réchaud pour « se faire un café quand il veut ». Une autre résidente garde une grande armoire, des bibelots et des cadres. L'équipe constate que certains éléments rendent les déplacements plus difficiles, augmentent le risque de chute, ou posent des questions de sécurité incendie et d'hygiène. La demande est compréhensible : elle touche à l'autonomie et à la continuité de vie. La réponse est délicate : elle touche à la responsabilité collective.

4.1. Quand la chambre devient un repère de vie

La personnalisation peut jouer un rôle majeur : elle redonne une continuité (« ce sont mes affaires »), elle stimule la mémoire, elle soutient l'identité. Pour certains résidents, retrouver une couverture, une commode, un parfum, une place précise pour les objets, c'est retrouver une forme de stabilité. Cela peut aussi faciliter le soin : un résident plus apaisé coopère mieux, dort mieux, s'alimente mieux. Dans ce sens, l'espace domestique agit parfois comme un soin indirect : il diminue l'anxiété et renforce le sentiment d'être chez soi.

4.2. Quand les règles institutionnelles rappellent le collectif

En parallèle, une chambre d'EHPAD n'est pas un logement ordinaire : il existe des obligations de sécurité, des contraintes d'entretien, des normes (incendie, circulation, matériel médical). Un tapis peut rassurer une personne (« chez moi j'en ai toujours eu ») et, en même temps, augmenter un risque de chute. Un réchaud peut symboliser l'autonomie, et, en même temps, représenter un risque majeur. Là encore, la question n'est pas de trancher en théorie, mais de voir comment l'équilibre se construit : qu'est-ce qui est possible, dans quelles conditions, avec quelles alternatives ?

4.3. Le vécu dépend souvent de la façon dont on négocie

Sur le terrain, une même règle peut être vécue de deux façons opposées. Si elle est posée brutalement (« c'est interdit, point »), elle peut renforcer l'idée d'un lieu non-domestique, où la personne subit. Si elle est expliquée et accompagnée (« on cherche un moyen sûr de faire au plus proche de vos habitudes »), elle peut être perçue comme une protection. La frontière entre contrainte et sécurité passe souvent par la relation : qui parle, comment, et avec quelle marge de compromis.

Point clé : « permettre » n'est pas forcément « tout autoriser »

La personnalisation peut soutenir l'intimité domestique, tandis que les règles peuvent protéger. Le vécu dépend souvent de la manière dont ces règles sont expliquées et négociées : interdiction sèche, ou recherche de compromis réaliste (réorganisation de l'espace, solutions alternatives, accompagnement).

5. Exemple 3 : visites, couloirs, chambres... l'intimité à l'épreuve des frontières floues

Situation : une famille vient visiter un proche en fin d'après-midi. Elle souhaite rester longtemps, parler de sujets intimes, pleurer, se réconcilier, parfois se disputer. Le résident demande que certaines informations ne soient pas répétées. Dans le même temps, l'équipe doit passer pour les soins, la distribution, et les surveillances. Dans les espaces communs, d'autres résidents circulent, entendent, commentent. Dans la chambre, la porte est parfois ouverte par habitude du résident. La frontière entre espace privé, espace de soins et espace collectif devient floue.

5.1. Quand l'institution devient un refuge

Dans certaines situations, l'EHPAD peut apparaître comme un lieu protecteur : la famille sait où venir, un professionnel peut contenir une angoisse, une douleur est prise en charge, une fin de vie est accompagnée, et la chambre peut devenir un espace de recueillement. Le fait que l'équipe soit proche, connue, présente, peut soutenir la confiance et permettre des moments très personnels. Paradoxalement, certains résidents vivent alors l'institution comme un « chez soi sécurisé », parce qu'elle offre une continuité de présence et une stabilité.

5.2. Quand l'intime est exposé malgré tout

À l'inverse, il arrive que l'institution rende l'intime plus visible : les émotions débordent dans les couloirs, les discussions se font à voix haute, les portes laissent passer les sons, les passages sont fréquents, et la personne peut avoir le sentiment de ne jamais être seule. Pour les soignants, la difficulté est double : respecter l'espace familial tout en maintenant les soins et la sécurité, et protéger la confidentialité sans rompre la relation. Quand les locaux manquent d'espaces de retrait (salon calme, pièce famille), l'intimité relationnelle devient plus difficile à protéger.

5.3. Un enjeu discret : la confidentialité « involontaire »

La confidentialité peut être mise en difficulté sans intention : transmissions entendues, propos échangés entre professionnels devant des tiers, informations affichées de façon trop visible, ou discussions familiales

perçues par d'autres. Dans un lieu de vie collectif, l'intimité se défend aussi par une "hygiène" de la parole: **parler au bon endroit, avec les bonnes personnes, au bon moment.**

Repère : protéger l'intimité relationnelle sans « couper » le lien

- Demander au résident (quand c'est possible) ce qu'il souhaite partager ou non.
- Proposer un cadre : porte fermée, moment de calme, limiter les passages non indispensables.
- Utiliser des phrases neutres pour poser une limite : « je repasse dans 10 minutes », « je frappe avant d'entrer ».
- Préserver la confidentialité dans les transmissions : faits utiles, sans détails inutiles.
- Quand c'est possible: orienter vers un espace plus discret (salon calme, coin isolé) plutôt que laisser le couloir devenir « lieu intime ».
- Ne pas parler d'un(e) résident(e) dans les couloirs mais privilégier le bon endroit et avec les bonnes personnes au bon moment.

6. Les dilemmes du quotidien : l'intimité comme équilibre instable

Sur le terrain, l'intimité ne se joue pas seulement dans les principes, mais dans des arbitrages répétitifs : ouvrir ou fermer une porte, entrer ou attendre, parler maintenant ou plus tard, expliquer ou faire vite, imposer une mesure de sécurité ou accepter un risque raisonnable. Ces choix sont rarement « propres » : ils se font au milieu d'interruptions, de contraintes d'effectif, de consignes, de risques, de demandes simultanées. C'est précisément ce caractère quotidien qui rend la question sensible : l'intimité se gagne et se perd par accumulation de micro-situations.

6.1. Le paradoxe de la protection

Beaucoup de règles institutionnelles existent pour protéger : prévenir les chutes, les escarres, les décompensations, les erreurs, les infections. Mais la protection peut parfois être vécue comme une perte de liberté : surveillance accrue, vérifications fréquentes, horaires cadrés, restrictions d'objets. L'intimité, elle, suppose souvent une marge d'imprévu et de choix. Entre les deux, le terrain cherche un compromis, pas une formule. La protection sans dialogue peut ressembler à une confiscation ; le choix sans sécurité peut exposer. **L'équilibre se construit au cas par cas.**

6.2. Le paradoxe de la standardisation

L'institution a besoin de routines (tournées, horaires, procédures), car elles sécurisent le collectif. Pourtant, la vie quotidienne ne se réduit pas à une routine : chaque personne a son histoire, son corps, sa pudeur, ses repères. Quand le standard l'emporte, l'intimité peut se réduire ; quand l'individualisation l'emporte sans cadre, l'organisation peut devenir fragile. Le « chez soi » en EHPAD se construit souvent dans cet espace entre standard et l'ajustement: des repères stables, mais suffisamment souples pour respecter les singularités.

6.3. Les situations limites : chambre partagée, dépendance lourde, troubles du comportement

Certaines situations mettent l'intimité sous pression de façon structurelle. Une chambre partagée réduit mécaniquement le retrait possible. Une dépendance lourde augmente le nombre d'actes intimes et le nombre d'intervenants. Les troubles du comportement peuvent exposer la personne et les autres (déshabillage, cris, intrusions chez le voisin). Dans ces contextes, l'intimité devient parfois un objectif « à protéger au mieux », plus qu'un état pleinement atteignable. Cela ne signifie pas qu'elle disparaît, mais qu'elle exige davantage d'ajustements et de créativité.

Point clé

L'intimité en EHPAD n'est pas un état acquis : c'est une pratique quotidienne. Elle dépend des gestes professionnels, mais aussi de l'organisation, des effectifs, des locaux, et de la culture d'équipe.

7. Pistes concrètes : préserver l'intimité sans nier la réalité institutionnelle

Sans prétendre résoudre la tension, certaines pratiques peuvent réduire les intrusions et renforcer le sentiment de respect. Elles ne demandent pas toujours du temps supplémentaire : elles demandent surtout de rendre visibles les frontières (porte, parole, rythme) et de les poser de façon cohérente. L'idée n'est pas de promettre un « chez soi parfait », mais d'augmenter la part de choix, de contrôle et de sécurité psychique là où c'est possible.

7.1. Micro-gestes du quotidien (réalistes)

- Frapper, se présenter, demander l'accord avant d'entrer — y compris quand on « connaît » bien la personne.
- Nommer l'acte avant de le faire : « je vais vous aider à... », « je couvre ici », « je ferme la porte ».
- Réduire l'exposition: drap de bain, peignoir, couverture, paravent et circulation minimale pendant les soins intimes.
- Éviter les discussions sur la personne devant la personne, ou devant d'autres (couloir, salle à manger).
- Créer un réflexe d'équipe: porte fermée pendant les soins intimes*.
- Quand on ne peut pas respecter pleinement: le dire, s'excuser, expliquer, et proposer un retour.

*Ndlr : le point marqué d'un * est généralement très bien respecté, mais il arrive que des portes parfois se ferment mal et se réouvrent à l'insu du soignant, ou lors de "l'irruption" d'un(e) collègue celui/celle-ci ne referme pas correctement la porte dans sa précipitation.*

7.2. Rendre le choix possible, même partiellement

Le « chez soi » n'exige pas un choix total ; il peut naître d'un choix partiel mais réel. Proposer deux options simples (« plutôt maintenant ou après le petit-déjeuner ? », « plutôt lavabo ou douche aujourd'hui ? ») peut déjà changer le vécu. Quand le choix n'est pas possible, le fait de l'énoncer clairement, **sans infantiliser**, évite de transformer une contrainte en humiliation. L'enjeu est d'éviter le « on fait comme ça » au profit du « voilà pourquoi, voilà comment ». Même une explication courte peut préserver la dignité et de facto l'intimité dans sa généralité.

7.3. L'équipe comme garantie d'intimité

L'intimité ne tient pas seulement à un soignant « très respectueux ». Elle tient à une cohérence : si une personne a besoin d'un temps calme, il faut que l'équipe le sache ; si une personne refuse certains soins avec certains intervenants, cela doit pouvoir se discuter (dans le respect des moyens). Quand l'équipe partage une culture de la porte, de la parole et du rythme, l'intimité devient plus stable. À l'inverse, si chacun fait « à sa façon », le résident vit des variations : un jour on frappe, un jour non ; un jour on explique, un jour non. Ces variations peuvent fragiliser le sentiment de sécurité.

7.4. Organisation et environnement : rendre l'intimité possible

Certaines améliorations relèvent moins du geste individuel que du cadre : signalétique « ne pas déranger », paravents disponibles et accessibles, espaces calmes pour les familles, planning plus souple quand c'est faisable, temps dédié à la transmission au calme, et règles d'équipe explicites (par exemple : frapper systématiquement, ne pas transmettre dans le couloir, éviter les informations sensibles en salle à manger ou dans les couloirs). Quand l'environnement soutient l'intimité, le soignant n'a pas à « lutter » seul contre l'organisation.

Repère d'équipe : questions utiles en relève

- Qu'est-ce qui, cette semaine, a soutenu ou fragilisé l'intimité des résidents ?
- Y a-t-il des situations où la porte, la parole ou le rythme ont été difficiles à respecter ? Pourquoi ?
- Quelles adaptations réalistes peut-on tenter (organisation, binômes, horaires, matériel, signalétique) ?
- Quelles situations demandent un consensus d'équipe (chambre partagée, refus de soin, visites compliquées) ?

Conclusion

En EHPAD, l'intimité se construit dans un endroit particulier : un lieu collectif qui accompagne des vies singulières. Par moments, la chambre, les habitudes, la relation de confiance et la personnalisation peuvent rapprocher du sentiment d'être « chez soi ». À d'autres moments, les passages, les règles, les horaires, la visibilité et la logique de service rappellent qu'il s'agit aussi d'une institution. La question n'est donc peut-être pas de décider une fois pour toutes si l'EHPAD est un « domicile » ou non, mais de se demander,

concrètement, jour après jour: quels actes, quelles organisations, quelles limites et quels choix permettent à une personne de se sentir respectée, protégée, et reconnue dans son intimité? Et à partir de quel seuil d'intrusion (même involontaire) le sentiment de « chez soi » se fissure-t-il — pour le résident, pour la famille, et pour les professionnels ?

regards soignants - copies interdites