THÈSE

Pour obtenir le grade de

Docteur

Délivré par **l'UNIVERSITÉ PAUL-VALÉRY MONTPELLIER 3**

Préparée au sein de l'école doctorale 60
(Territoires, Temps, Sociétés et Développement)

Et de l'unité de recherche CORHIS(EA7400)

Spécialité : **Sciences de gestion**

Présentée par **Jean-Philippe GIL**

MANAGEMENT INNOVANT :

LES PRINCIPES DE L'ÉTHIQUE DU CARE APPLIQUÉS Á LA GESTION D'UN ÉTABLISSMENT MÉDICO-SOCIAL.

UNE RECHERCHE-ACTION EN EHPAD

Soutenue le 11 décembre 2021 devant le jury composé de

M. Jean-Michel PLANE, Professeur des Universités, Université Paul-Valéry Montpellier 3	Directeur de thèse
Mme Laure CHANTREL, Maîtresse de conférences, Université Paul-Valéry Montpellier 3	Co-directrice de thèse
Mme. Florence NOGUERA, Professeur des Universités, Université Paul-Valéry Montpellier 3	Présidente du Jury Examinatrice
M. Marc BIDAN, Professeur des Universités, Université de Nantes	Rapporteur
M. Laurent CAPPELLETTI, Professeur titulaire de chaire, CNAM, Paris	Rapporteur
Mme. Caroline RICHARD, Directrice des établissements Centre Hérault	Examinatrice

“L’université n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse, ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur”

REMERCIEMENTS

Je souhaiterai par ces quelques mots témoigner toute ma gratitude à toutes celles et ceux qui ont joué un rôle dans cette thèse, une aventure humaine, singulière et transformatrice.

Je tiens à adresser toute ma reconnaissance au Professeur Jean-Michel Plane, mon directeur de thèse. Vous avez cru dans mon projet malgré mon profil atypique et m'avez toujours soutenu. Vos mots justes tout au long de cette recherche m'ont permis de conduire mon changement, personnel et académique. La liberté que vous m'avez accordée dans mes travaux m'a permis de dépasser sans cesse les limites et atteindre un objectif insoupçonné.

Je souhaite témoigner tout le respect que je porte à ma co-directrice de thèse Laure Chantrel, Maîtresse de Conférence en économie.

J'exprime mes remerciements aux Professeurs Florence Noguera, Laurent Cappelletti, Marc Bidan et à Caroline Richard Directrice d'Etablissements Centre Hérault qui me font l'honneur d'évaluer ce travail et d'être membre de mon jury de soutenance.

Je tiens à remercier vivement les docteurs de l'Institut Universitaire Catholique Saint Jérôme de Douala, je veux parler de Muriel Joséphine Mouffa Nouassi, Stéphane Kaissou, Cécile Nguedem et Gaëlle Djeugou épouse Ewane. Notre rencontre a été pour moi déterminante car vous m'avez éclairé le chemin quand tout n'était que brouillard.

Je souhaite adresser mes remerciements à Tarik Chakor MCF en sciences de gestion pour sa bienveillance et ses conseils éclairés qui m'ont permis lors d'un atelier doctoral au 28ème congrès de l'AGRH et par la suite lors de correspondances, d'affiner ma pensée.

J'exprime mes remerciements à la Professeure Odile Uzan pour ces questionnements toujours précis et structurant et sa confiance accordée pour les collaborations actuelles et à venir sur les sujets de la RSE.

Je souhaite adresser mes remerciements à la formidable équipe du laboratoire CORHIS : la docteure Laura Flores qui m'a accordé de son temps précieux ; la docteure Faviola Tapoyo pour sa bienveillance et sa disponibilité ; au docteur Serge Ndayirata pour son écoute, son enthousiasme et ses encouragements ; au docteur Dahn Ovono Beyeme pour sa bonne humeur et sa confiance ; Adnane, Camille , Aminata, Eric et Xavier qui ont fait de cette unité de recherche CORHIS un lieu si riche et tellement attachant.

Je remercie Hayat Sbaï pour sa fidélité et sa générosité.

J'exprime mon respect à la docteure Salma Harrami collègue devenue amie avec qui nous avons partagé les doutes, les galères et les rires qui jalonnent le parcours d'un chercheur.

J'adresse mes plus vifs remerciements à David Brissiaud pour son œil aiguisé et son aide inestimable lors des relectures de la présente thèse. Merci mec.

Je remercie vivement Marie Olivia Colombani pour sa confiance.

J'exprime ma reconnaissance à l'ensemble des professionnels de l'EHPAD qui ont fait de cette recherche-action une aventure humaine incomparable.

Je tiens à témoigner ma gratitude à Virginie Clopes, il est des rencontres qui changent le cour d'une vie, tu fais partie de ces gens. Tu as au moment où tout me semblait joué d'avance ouvert la porte qui aujourd'hui me permet d'en arriver là.

J'adresse mes remerciements les plus amicaux à Grace et Eric Nieto, vous mes amis que j'ai tant négligés ces dernières années ; ma belle amie Grace tu as une place particulière, tu fais partie des rares présents depuis le début, l'une des premières personnes à me dire « mais si c'est possible ». Tu as toujours était là et je compte bien que cela continue.

Je souhaiterai enfin adresser mes plus belles pensées à mon épouse Cathy qui contre vents et marées m'a toujours fait confiance et soutenu, qui a tenu bon et qui n'a eu de cesse de me rappeler les fondamentaux de l'existence ; mes enfants Johanna et Hugo qui ont vécu au rythme de mes nombreuses vicissitudes doctorales. Je sais qu'aujourd'hui ils sont tous trois soulagés et heureux de cet aboutissement. La vie va reprendre son cour normal, mais qu'est-ce que le normal dans notre magnifique famille ?!

Une personne n'a pas vécu ce voyage et pourtant sa présence a été tellement vive, mon père Andrés Gil, je suis sûr que de là où tu nous regardes, ce moment est également heureux.

Les projets de transformation n'ont de sens que s'ils sont partagés. S'il ne devait rester qu'une seule raison d'avoir réalisé ce voyage, sans hésiter c'est d'avoir croisé vos chemins. Vous avez toutes et tous fait de ce périple une révélation et une confirmation. Vous avez toutes et tous pris des risques à mes côtés et avez contribué à changer un bout de ce monde. Merci

GLOSSAIRE

AES : accompagnant éducatif et social anciennement AMP

AMP : aide médico psychologique

ANAP : agence nationale d'appui à la performance.

ANESM : agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

ARS : agence régionale de santé.

AS : aide-soignante

ASV : adaptation de la société au vieillissement (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015)

ASG : assistant de soins en gérontologie

ASH : agent de service hospitalier

CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles ; cet acronyme est utilisé par notre terrain de recherche pour désigner l'unité de vies protégées spécifique Alzheimer

CASF : code de l'action sociale et des familles

CD : conseil départemental

CODIR : comité directeur.

COVID 19 : corona virus desease 19

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen.

CNSA : caisse nationale de solidarité et d'autonomie

DACQ : démarche d'amélioration continue de la qualité.

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

ESSMS : établissement et service médico-sociaux

ESUS : entreprise solidaire d'utilité sociale.

ETP : équivalent temps plein

FFAS : faisant fonction aide-soignante

GCSMS : groupement de coopération sociale et médico-social

GIR : groupe iso ressource

GMP : GIR moyen pondéré

HAS : haute autorité de santé.

HPST : hôpital patient santé territoire (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009)

IDE : infirmière diplômée d'état

IDEC : infirmière diplômée d'Etat coordinatrice

NMP : nouveau management public.

Med Co : médecin coordonnateur

PMP : PATHOS moyen pondéré

QVT : qualité de vie au travail.

RA : recherche-action

RSE : responsabilité sociétale des entreprises.

RSO : responsabilité sociétale des organisations.

SEPS : syndrome d'épuisement professionnel des soignants

SCIC : société coopérative d'intérêt collectif

SOMMAIRE

GLOSSAIRE 6
PREMIERE PARTIE : FONDEMENTS INSTITUTIONNELS ET THEORIQUES DE RECHERCHE 29
Introduction du chapitre I 31
I.1 : Les nouveaux principes de gouvernance des EHPAD 31
I.2. Le NMP en action dans les EHPAD 61
I.3. Le NMP modèle de crise ou crise de modèle ? 75
Conclusion chapitre I 82
Introduction chapitre II 87
II.1. Un cadre théorique de recherche ouvert au service de la conduite du changement 87
II.2. Le modèle inter-lié de Lewin pour une application du care en management 101
II.3. Le care comme objectif du changement 121
II.4. Les thèmes émergeants pour un cadre théorique finalisé 143
Conclusion du chapitre II 151
Conclusion et synthèse de la première partie 152
DEUXIÈME PARTIE : LA RECHERCHE-ACTION EN MANAGEMENT : UNE METHODOLOGIE DE RECHERCHE POUR L'INTERVENTION EN ORGANISATION. 155
Chapitre III : Le positionnement épistémologique et les choix méthodologiques mobilisés dans cette recherche-action 155
Introduction chapitre III 157
III.1. L'épistémologie et les sciences de gestion 157
III.2. La stratégie choisie pour cette recherche 165
III.3. La méthodologie de la recherche-action 183
Conclusion chapitre III 219
CHAPITRE IV : ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE-ACTION 221
Introduction chapitre IV 223
IV.1. Diagnostic de l'EHPAD et mise en place du plan d'action N°1 224
IV.2. Plan d'action N°2 et ajustements pour un plan d'action N°3 301
IV.3. Discussions et perspectives de cette recherche-action 347
Conclusion du chapitre IV 377
CONCLUSION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE 379
BIBLIOGRAPHIE 391
ANNEXES 427
Annexe 1 : socle de prestations minimales à fournir (annexe 1) par les différentes structures d'hébergement fixé par décret dont les EHPAD (L342-2 CASF) 427
Annexe 2 : Charte des droits et libertés de la personne âgée été en situation de handicap ou de dépendance 428
Annexe 3 : grille d 'observation de la réciprocité du prendre soin 429
Annexe 4 : guide d'entretien semi-directif 430
Annexe 5 : organigramme officiel, anonymisé et annoté 434
Annexe 6 : procédure transmissions informatique des activités Montessori 435
RESUME 436
ABSTRACT 437

« Le seul véritable voyage, le seul bain de jouvence, ce ne serait pas d'aller vers de nouveaux paysages, mais d'avoir d'autre yeux, de voir l'univers avec les yeux d'un autre, de cent autres, de voir les cent univers que chacun d'eux voit, que chacun d'eux est … ».

Marcel Proust

INTRODUCTION GENERALE

➢ GENESE DE LA RECHERCHE

Aujourd'hui doctorant en sciences de gestion, expert en gérontologie et formateur spécialisé dans la méthode Montessori destinée aux personnes âgées atteintes de troubles du comportement, nous avons été aide-soignant pendant vingt ans en EHPAD.

L'expérience sur le terrain comme soignant puis formateur nous a révélé une inadéquation importante entre le discours et la pratique. En effet si la logique voudrait que l'on retrouve les principes de respect de la dignité humaine déclinés quotidiennement auprès de nos ainés il en est tout autre au quotidien. Ces valeurs chères à l'humanisme, peinent à s'exprimer sans que ce soit de manière volontaire de la part des soignants.

Lorsque les premières questions me sont apparues, j'étais aide-soignant à l'hôpital public. Comment la pratique enseignée à l'école d'aide-soignant pouvait à ce point être éloignée des réalités du terrain ? En effet l'approche centrée sur la réponse à apporter aux besoins du patient et/ou résident prônée dans les instituts de formation se confrontait à la pénurie de personnel et au degré de dépendance sans cesse grandissant (Divay, 2011). Le résultat conduisait inévitablement à répondre aux besoins d'exécutions de tâches calibrées par des indicateurs plutôt qu'aux besoins des usagers !

Ensuite j 'ai effectué des missions en tant qu'évaluateur externe. Nous avons constaté que les recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par l'ANESM et bâties autour du concept de qualité de vie du résident (ANESM, 2010) favorisaient l'instauration d'une démarche qualité. Cette démarche imposée par le législateur n'est pas critiquable en soit mais elle se fonde sur les préceptes d'une vision centrée sur la performance et à sa validation par des agents externes à l'organisation (Hesse et Leconte, 2017).

Enfin c'est en officiant comme formateur en gérontologie que les incohérences sont devenues plus claires. L'approche humaniste pour laquelle j'officiais était la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées. Cette méthode peinait à s'ancrer alors qu'elle répondait à cet étiolement des valeurs cruciales dans le soin : le respect, la dignité et l'égalité. La raison de cela est qu'elle était jugée coûteuse en temps. Un exemple, cette méthode préconise un accompagnement des personnes âgées selon leur rythme qui bien souvent est plus ralenti. Mais cela est incompatible avec une logique qui comptabilise le temps afin d'optimiser l'intervention de chaque agent (Marquier el al,2016). L'optimisation du temps n'est pas contestable sauf quand les valeurs humanistes essentielles au prendre soin se retrouvent éjectées des pratiques professionnelles (Pierron, 2020) parce qu'elles n'entrent pas dans le logiciel gestionnaire.

Les difficultés qui aujourd'hui sont identifiées comme sources de souffrance au travail pour les soignants étaient déjà présentes dans les années 1995. En effet, ce taylorisme qui ne disait pas son nom parce que réservé aux usines était déjà à l'œuvre dans les services de gériatries en hôpital public où j'ai appris le métier comme élève aide-soignant. Les principes chers à Fréderic Winslow Taylor d'organisation scientifique du travail avaient conquis silencieusement et de manière aménagée les organisations publiques des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ce *taylorisme aménagé* présent dans les services pour personnes âgées s'illustrait par le minutage d'un temps théorique pour l'exercice d'une toilette au lit ou au lavabo d'une personne (âgée ou pas d'ailleurs), d'un rôle seulement exécutif des aides-soignantes qui n'étaient jamais consultées pour quoique ce soit. Notons que si le salaire à la pièce n'existait pas, la notation de l'agent qui évalue ses prestations au cours de l'année déterminait une partie de la prime de service.

Le dernier élément du tableau est l'évolution du profil des managers. Au début de ma carrière en EHPAD, j'ai constaté que tous étaient issus du milieu soignant, avec une forte identité médico-sociale, axée sur le bien-être des résidents et des professionnels. Au cours des années l'évolution a peu à peu tendue vers des profils de directeurs et directrices, issus des filières de gestion et/ou du commerce.

Les contraintes budgétaires ont commencé à monter crescendo en parallèle. Le fonctionnement de ces établissements médico-sociaux et la logique curative appliquée à la vieillesse ont conduit à une organisation à *tendance utilitariste*.

C'est sur fond de crise sociale qui touche actuellement les soignants (Pierron, 2020), que nous avons commencé cette thèse. Une période où la logique comptable redessine les métiers du soin. L'époque est toute dévolue à la gouvernance par les chiffres au service de la rentabilité (Pierron, 2020).

Mais on ne peut réduire les EHPAD à des organisations où tout pourrait être comptabilisé sur la base d'indicateurs économiques, ce sont des établissements médico-sociaux où se réalisent des actions sociales et solidaires (Saboune et al, 2018).

Le constat professionnel que je pose est que les EHPAD souffrent d'un management inadapté et je le remettrai donc en question dans ce travail de recherche. Ce que je propose est une réflexion et une application des principes de l'éthique du *care* dans le champ du médico-social, pour une organisation différente ou tout du moins une autre vision managériale en EHPAD.

Notre projet de thèse, nous l'avons construit autour d'une idée : implanter dans un EHPAD une nouvelle norme sociale (le *care*) via une action de formation accompagnée d'une action managériale.

Nous avons contacté quelques responsables d'EHPAD que nous avions dans notre réseau professionnel afin de leur proposer ce projet. Plusieurs sont été séduit, mais seule une directrice a accepté que nous expérimentions un management différent de celui en cours dans son établissement. Cet EHPAD est devenu notre terrain de recherche.

➢ CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Le modèle d'accompagnement des personnes âgées dépendantes n'échappe pas à la crise. L'absentéisme résiduel, le turn-over et le taux d'accidents du travail record[1] en 2017 chez les soignants qui se confirme en 2018[2], traduit bien des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficile par ceux-ci (Marquier et al, 2016). Il n'est pas rare que des familles viennent prescrire le travail des soignants en matière d'habillement ou d'alimentation (Molinier,2010). Bien souvent les proches ignorent le savoir quotidien développé par ces professionnels afin d'atténuer la souffrance des personnes accompagnées. Cette absence de reconnaissance du travail soignant prend parfois même la forme de suspicion alors que les proches ont à apprendre de ces professionnels (Molinier, 2010).

Les conditions de travail et les réformes budgétaires en EHPAD occupent l'actualité depuis au moins une décennie à tel point qu'une « mission flash » a été mandatée par la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale l'été 2017. Cette mission pilotée par la députée de la majorité Monique Iborra[3] a été chargée d'établir un état des lieux en EHPAD. Le diagnostic fit consensus : la population française accueillie en EHPAD est de plus en plus âgée, de plus en plus dépendante et de plus en plus demandeuse de soins. Les conditions d'exercice des aides-soignantes sont difficiles avec un taux d'encadrement de moitié par rapport à nos voisins helvètes (Iborra, 2017). Ce taux d'encadrement qui représente le nombre de personnel rapporté au nombre des personnes âgées accueillies[4] entend tous les professionnels à temps plein (administratif, soins, animation et vie sociale, technique, restauration et hôtellerie).

---

[1] https://www.ameli.fr/herault/employeur/actualites/sante-au-travail-les-derniers-chiffres . 14 septembre 2017

[2] Cette hausse de la sinistralité se confirme +5% dans les métiers de l'action sociale et la santé données fournie par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

[3] Monique Iborra est vice-présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et députée La République En Marche (LREM) de la Haute Garonne.

[4] https://www.lemediasocial-emploi.fr/article/taux-dencadrement-salaires-portrait-des-ehpad-par-la-cnsa-2019-05-21-07-0

Le rapport El Khomri rendu à la ministre de la Santé et des solidarités en 2019 sur l'évolution des métiers en EHPAD vient corroborer ces faits qui traduisent au-delà d'une tension, un profond malaise dans ces métiers de l'accompagnement des personnes âgées au quotidien.

Afin d'illustrer nos propos, prenons trois exemples marquant de ces vingt dernières années, survenus dans le champ médico-social et des personnes âgées en particulier.

La gestion de la canicule de l'été 2003, hormis l'aspect climatique qui déjà s'invitait dans notre quotidien, est intéressante à observer. La chaleur ne suffirait pas à expliquer le nombre si important de décès (Bessemoulin et al, 2004). Cependant *l'absence d'anticipation des risques* (Vassy et al, 2007) pose question. Les autorités n'ont visiblement pas vu venir la surmortalité. Parmi les éléments qui ont participé à ce désastre sanitaire, on peut attribuer à la logique « gestionnaire » déjà présente à l'époque : le cloisonnement des services entre eux, la fermeture de lits (Vassy et al, 2007) et le faible taux d'agent présent en EHPAD auprès des personnes âgées, caractérisant un mode de fonctionnement dégradé devenu désormais la norme (Divay, 2011).

L'un des éléments explicatifs de ce dramatique épisode est la faible prise en compte des besoins des personnes âgées. Depuis des décennies, toutes les décisions ont conduit à financer toujours à la baisse ce secteur ce qui a pour conséquence d'augmenter la fragilité de ce public (Bungener, 2004). *In fine,* cette sous-dotation précarise un peu plus tous les jours le métier de soignant et l'accompagnement humains souhaitable envers les plus fragiles se dégrade.

Même si des enseignements seront tirés de ce dramatique épisode, ils ne pourront éviter début 2017 une autre crise, celle-là sociale, qui va agiter les EHPAD (Baudrier, 2019). Ces mouvements sociaux qui émanent de ces organisations médico-sociales pour personnes âgées concrétisent ce qui est observable depuis des années. La population des personnes âgées entrant en EHPAD est de plus en plus âgée et dépendante ce qui implique des tâches répétitives et engendre une plus grande pénibilité du travail. Cette dégradation des conditions de travail des personnels soignants se trouve accentuée par une absence de reconnaissance et de valorisation salariale. Ainsi les équipes font face à un absentéisme élevé et récurent rendant encore plus difficile leur quotidien de travail (Legros, 2020).

C'est dans ce contexte de grande tension qu'apparaît en France début 2020, la crise sanitaire internationale de la Covid 19. Ce troisième et dernier élément va encore un peu plus déstabiliser le quotidien des EHPAD.

Cette crise sans précédent, la population âgée institutionalisée et les soignants en ont payé le prix fort. En effet, avec 76 057 [5] personnes décédées dont 22 703 en EHPAD et un déconfinement plus dur par rapport au reste de la population, c'est un traitement de *défaveur* auquel nos aînés ont eu droit. Cette crise sanitaire sans commune mesure tant elle a ébranlé le monde, les populations et les organisations de par sa rapidité de propagation et sa virulence a révélé à quel point les organisations étaient incapables de s'adapter. La logique du nouveau management public a déployé les agences régionales de santé, fruit d'un regroupement en vue d'économie d'échelle (Dussuet et al, 2017) ; celles-ci ont démontré leur inaptitude à juguler la crise en France (Thiériot, 2020)[6]. Cette crise a également montré le rôle crucial de ces invisibles dont les soignants incarnent parfaitement le profil ; comment ils ont dû lutter en première ligne sans moyens, privés de l'essentiel suite aux coupes budgétaires (Le Pen, 2020)[7] ;

La performance en EHPAD se construit sur fond d'industrialisation et de rationalisation. Les machines viennent au nom du rendement reléguer le contact humain à des chiffres afin de favoriser l'expression du nouveau management public et de sa logique financière (Chanial, 2010). C'est l'ère du chiffre et tout ce qui n'est pas chiffrable, transformable en données (Pierron et al, 2020), n'existe pas, ce qui rend une part du travail des soignants invisible (Pierron, 2020a).

Les vieilles méthodes industrielles remises au goût du jour (Dromard et Roth, 2019) envahissent les EHPAD : c'est l'aire d'un *taylorisme aménagé*[8]. Le dogme de la rentabilité, du salarié interchangeable et remplaçable à souhait (Calmus, 2010) a gagné les EHPAD où la financiarisation conduit à une rationalisation des tâches digne des principes de Frédéric Taylor (Linhart, 2019). Les professionnels ne peuvent plus assumer tout cela et un signe de plus vient démontrer la mal profond : le métier ne fait plus recette et les organismes de formation se vident (Croguennec, 2019).

La concurrence instaurée entre opérateurs issus de l'économie sociale et solidaire et les établissements commerciaux a conduit à l'élaboration de nouveaux modes de gestion directement issus du secteur lucratif défendu par le nouveau management public. Mais actuellement les offres existantes semblent

[5] Données de santé publique France et ministère de la Santé au 31/ 01/ 2021

[6] Déclaration du député de Seine et Marne Mr. Jean -Louis Thiériot pour le groupe Les Républicains lors de la table ronde de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales le 28 mai 2020. https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/epidemie-de-covid-19-les-agences-regionales-de-sante-n-etaient-pas-faites-pour

[7] Le Pen, Claude. 2020. « Coronavirus : "En 2007, la France avait su mettre au point un dispositif de protection très ambitieux contre des pandémies" ». *Le Monde*, mars.

[8] Nous employons ce terme afin de désigner les principes du taylorisme adaptés en médico-social

inadéquates et c'est une véritable industrie des services à la personne qui s'est développée sous l'effet massif du vieillissement de la population (Duthil, 2007).

Certes, cette émulation entre opérateurs commerciaux et non commerciaux a permis de perfectionner l'action publique (Amar, Berthier, 2007), et il faut reconnaître que les EHPAD ont bien changé depuis les hospices et les maisons de retraite. Mais la gouvernance reste tout de même axée sur la rationalisation qui fait passer la logique comptable avant les besoins individuels et sociaux (Delouette, Nirello, 2016). C'est dorénavant la pensée industrielle et marchande qui prime ; la plus grande production au meilleur coût, la rentabilité financière avant la réduction des inégalités sociales (Delouette, Nirello, 2016). Il devient évident que le management productiviste et essentiellement économique appliqué nie les dimensions sociales et sociétales des EHPAD dans son calcul de la performance.

L'État au fil des lois n'est pas parvenu à structurer une politique publique sur la vieillesse (Frinault, 2013) et semble affirmer une volonté de mise en concurrence des opérateurs du secteurs des EHPAD (Delouette, Nirello, 2017). Il en résulte un accompagnement en EHPAD qui, paradoxalement, ne satisfait personne, personnel soignant en tête.

Le management dans cette situation a sa part de responsabilité car il n'utilise pas le mode participatif selon les soignants (Legros, 2020) et les managers ne parviennent pas à produire des solutions actionnables localement (Detchessahar et al.2012). Tout ceci est le fruit des politiques publiques en matière de vieillesse menées par le législateur depuis des années. Les orientations prises ont été tournées vers la maîtrise de la dette publique, mais avec une trop grande place accordée à la performance économique au détriment de l'aspect social. Il en résulte que les principes déployés dans la cadre du nouveau management public semblent montrer quelques incompatibilités avec le secteur médico-social (Lux, 2016).

Dans ce travail de recherche, nous souhaitons étudier de nouvelles pistes d'organisation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux et plus précisément les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

➢ ENJEUX DE LA RECHERCHE

Même si toutes les recherches menées en science de gestion n'ont pas comme socle commun une vision utilitariste, cette pensée est dominante dans les sciences de gestion (Bessire et Mesure, 2009).

Inspirées, guidées, les sciences de gestion ont donc, au nom du paradigme utilitariste qui voit les êtres humains comme aliénés à la recherche de leur seul intérêt (Bessire et Mesure, 2009), peu investies les autres pistes de réflexion, notamment humanistes, pour s'enfermer finalement dans un système de pensée qui a conduit aujourd'hui à l'édification de ce que Weber [9] appelle « *le temple de l'utilitarisme de Franklin* » (Lamy, 2015).

Une autre voie peu explorée existe et nous proposons une réflexion sur les bases d'un autre modèle, qui apporte d'autre solutions et finalement, offre une alternative. Afin d'initier un changement et apporter au management actuel une assise théorique renouvelée, l'éthique du *care* paraît être une alternative sérieuse.

Adopter les principes de l'éthique du *care,* c'est intégrer qu'il existe une autre manière de penser l'individu en interaction avec son environnement (Petit, 2013). Appliquer au quotidien la théorie du *care* amène à considérer le domaine des affects, du sensible, du rôle des intentions, des attitudes et de la valorisation du contexte de la prise de décision (Petit, 2013). Ainsi lorsqu'on mobilise les principes de l'éthique du *care* dans une organisation, l'intention poursuivie est de créer un lieu aussi démocratique que possible (Tronto in Molinier et al,2009).

Introduire le *care*, le prendre soin dans la management, c'est entrouvrir une nouvelle voie qui si elle porte ses fruits permettra d'engager la discussion et de s'interroger sur la globalité du fonctionnement de ces structures et ainsi réenvisager la logique managériale auquel les EHPAD sont liés. Structuré par le modèle de conduite du changement de Kurt Lewin, ce nouveau cadre théorique est le gage d'une conduite de changement avec des réponses adaptées.

Dans des secteurs comme le sanitaire et/ou le médico-social où la règle est l'adaptation permanente, le nouveau management public ne fournit pas un cadre propice d'exercice de pratiques respectant les missions de tous ces professionnels du soin. Bien sûr, il n'est pas question ni possible de remettre

[9] Weber (1930,53) "sees thou (sic) a man diligent in this business? He shall stand before kings", cité dans Lamy, E. (2015), « Le désir de faire science de gestion », Le Portique [En ligne], 35 | document 2, mis en ligne le 10 mars 2016, consulté le 22 mars 2017. URL : http://leportique.revues.org/2814.

totalement en question ce type de gouvernance en EHPAD. En effet, tous les processus, comme la démarche d'évaluation de la qualité ou les indicateurs GIR, PATHOS, présents en EHPAD qui sont issus de cette pensée, conditionnent leurs autorisations, leurs financements et *in fine* leurs existences. Donc il n'est pas question dans cette recherche-action d'ignorer tous ces processus réglementaires très intriqués et structurant le quotidien de l'EHPAD terrain de recherche. Si remise en question il y avait de la gouvernance des EHPAD, elle devrait être à l'échelle nationale. Toutefois, nous pensons qu'il est possible d'atténuer leurs méfaits localement par l'introduction du *care* au sens du prendre soin dans le management. C'est cette idée que nous souhaitons défendre dans cette thèse. C'est cette possibilité que nous souhaitons expérimenter afin d'étudier une nouvelle piste managériale. Celle-ci pourrait une fois n'est pas coutume dans ce champ médico-social permettre de changer de stratégie, afin de passer d'un *Top down* à un *Bottum up* selon les résultats issus de l'action sur le terrain pour réenvisager la gouvernance des EHPAD.

- **PROBLEMATIQUE**

Le management à l'œuvre dans l'EHPAD terrain de recherche n'utilise pas la coconstruction et ne mobilise pas la réciprocité du prendre soin marque de l'éthique du *care*.

In fine, le management dans cet EHPAD ne joue pas son rôle de mobilisation de solutions actionnables localement et contribue à répercuter les principes du nouveau management public et conduit à une performance limitée en excluant tout ce qui fait sens dans le soin. L'objectif de cette thèse est d'introduire le *care* dans la management en EHPAD afin de proposer une voie managériale différente. Tout ceci nous amène à poser la problématique défendue dans cette thèse qui se formule de la manière suivante :

Comment les principes de l'éthique du care sont mobilisables dans une démarche managériale en EHPAD ?

Cela nous amène à la proposition centrale de recherche suivante : ***La dimension du prendre soin mise en place avec l'approche psychosociale de la conduite du changement dans le management local d'un EHPAD produit des améliorations organisationnelles.***

Afin d'affiner cette proposition centrale, nous proposons de la décliner en quatre propositions secondaires.

Proposition 1 : la conduite processuelle du changement rééquilibre le climat organisationnel et facilite la révélation de talents dans l'EHPAD.

Dans cette proposition 1, nous souhaitons étudier notre intuition qui postule que le climat organisationnel influence l'expression des potentialités professionnelles. Pour cela nous nous appuyons sur les articles de Masclet (2010) qui pose comme préalable à la qualité des soins et de service, la qualité du climat organisationnel ou encore Jeannin et Sarré-Charrier, en 2014 qui avancent que veiller à un climat organisationnel équilibré est essentiel à l'innovation sans injonction.

Reconnu comme un élément incontournable, le climat organisationnel doit être identifié dans une phase de diagnostic par le chercheur lorsque l'objectif est de modifier les comportements d'un groupe d'individus au travail (Brunet et Savoie,2016).

Proposition 2 : l'acquisition du principe de coconstruction central dans recherche-action est facilité par l'apprentissage expérientiel

Nous abordons le changement dans ce travail de recherche selon l'approche psychosociale. Cela suppose de considérer le changement de l'organisation sous un angle systémique qui intègre la participation des acteurs (Hadini et al, 2020).

Il est avéré que la durabilité du changement dépend de deux variables incontournables : l'acceptation de tous les acteurs et un management facilitant (Bernoux, 2002). Cela suppose que le changement ne peut que se coconstruire selon une dimension importante de collaboration quotidienne (Bernoux, 2002).

Avec cette proposition 2 nous souhaitons souligner la centralité du principe de coconstruction sans lequel cette conduite du changement ne peut prendre forme. Pour cela nous souhaitons étudier quels sont les facteurs qui conduisent les acteurs agissant et inter agissant à adhérer à cette démarche.

Lorsqu'ils sont confrontés à la réalité concrète, les acteurs peuvent développer des compétences beaucoup plus puissantes (Mandeville, 1998). Cette concrétude de l'expérience (Rogers,1970,2007 ; Kolb, 1984, Lewin, 1949) dans l'apprentissage expérientiel confirme son importance dans le changement. En effet l'apprentissage et la compréhension du processus grâce à la coconstruction en situation réelle conduit les groupes à changer (Lewin, 1946).

Mobiliser ce concept en EHPAD nous semble ouvrir une nouvelle voie induisant un management qui le permet.

Proposition 3 : le management du prendre soin mobilise l'intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle représente un enjeu majeur dans les organisations sanitaires et médico-sociales (Dickason, 2020). Goleman (1998) définit l'intelligence émotionnelle comme l'attitude maîtresse car elle a le pouvoir de stimuler ou d'inhiber toutes les autres facultés. C'est pourquoi nous souhaitons dans cette proposition 3 mettre en lumière le rôle que joue l'intelligence émotionnelle dans le management du prendre soin que nous proposons.

Cette question de l'influence de l'intelligence émotionnelle dans le management déjà traité montre qu'elle surpasse les compétences intellectuelles, qu'elle est déterminante dans la performance et qu'elle modifie les pratiques managériales (El Ghazi et Cherkaoui,2019). De tels changements de paradigmes managériaux dans le secteur des soins ont également été constatés. Au premier niveau de hiérarchie, la direction dont le management sera différent selon qu'elle décide de mobiliser sa sensibilité ou non et donc son intelligence émotionnelle, afin de répondre à ces enjeux de société d'allier le confort de vie des résidents et la qualité d'exercice des professionnels (Montagard,2018). Au niveau du management de proximité, il a été démontré que la capacité des encadrants à mobiliser leurs intelligences émotionnelles améliore la performance sociale et économique (Hergue et al, 2019).

Un autre aspect notable est que le niveau d'intelligence émotionnelle détermine une résistance au changement plus ou moins effective (Di Fabio, 2011).

Proposition 4 : l'intégration de la réciprocité du prendre soin dans la traçabilité rend le travail de *care* visible dans cet EHPAD.

Dans cette ultime proposition, nous postulons que le concept de performance incontournable en sciences de gestion peut être réinterrogé dans ce travail de recherche de la manière suivante : la performance au service de l'humain ou l'humain dévolu à la performance ?

En répondant à cette proposition 4, c'est l'innovation managériale dans le domaine de la performance qui sera questionnée. Lorsque nous parlons d'innovation managériale nous entendons *« l'adoption par une organisation de pratiques ou de méthodes de management nouvelles pour elle, dans l'objectif d'améliorer sa performance globale »* (Le Roy et al, 2013, p.85). Avec l'introduction de la réciprocité du prendre soin dans le management et dans les pratiques quotidiennes, nous serons en mesure d'apprécier comment réagit un outil de contrôle tel que la traçabilité dévolue à la performance économique, lorsqu'il est guidé par un management qui intègre la recherche de la réciprocité du prendre soin.

Annonce du plan général

Cette thèse s'articule en deux parties. La première partie est consacrée aux fondements institutionnels et théoriques de la recherche.

Dans le chapitre I, nous souhaitons donner les éléments de compréhension sur les aspects législatifs et fonctionnels des EHPAD. Dans la section 1, nous réaliserons un retour sur l'origine des EHPAD. Ainsi, nous serons en mesure de présenter les mutations de l'accompagnement institutionnel de la vieillesse à travers des politiques publiques dans le secteur médico-social qui ont conduit à la mise en place d'une logique industrielle et marchande en EHPAD instituant une gouvernance de type gestionnaire matérialisée par le NMP.

Alors, nous pourrons étudier au cours de la section 2 les effets constatés de ce NMP en action au quotidien en EHPAD sur le travail invisible conduisant à une reconnaissance empêchée.

La section 3 clôturera ce chapitre 1 sur la question à élucider : le NMP est-il un modèle de crise ou si au contraire incarne-t-il une crise de modèle ? Cette interrogation se fera au regard de la gestion de la crise de la COVID-19, qui a révélé l'incapacité du modèle gestionnaire à l'anticiper, mais aussi l'importance du travail de *care* dans cette période de *crise totale* (Bauer, 2020) [10]

Pour comprendre une organisation, il faut la changer, disait Kurt Lewin(1947b).

Au cours du chapitre II nous auront la volonté de présenter la conduite du changement en management. Dans la section 1 nous présenterons les éléments du cadre théorique ouvert réalisé à priori dans lequel nous avons souhaité approfondir la définition du management et donner des définitions et revues de littératures du changement, de l'innovation et de l'innovation en management.

Dans la section 2 nous détaillerons le modèle de changement pour lequel nous avons opté qui est celui de Kurt Lewin. Ce modèle composé de la théorie du champ, la dynamique des groupes, la recherche-action et la conduite en trois phases du changement, représente une approche solide du changement (Burnes, 2004). A des fins d'exhaustivités nous feront part des critiques et limites que la théorie de Lewin suscite, mais également de l'actualité de ce modèle de changement. Puis nous présenterons l'objectif de ce changement, nous voulons parler de l'éthique du *care* et plus précisément de

[10] Interview d'Alain Bauer par Jean-Philippe Denis sur Xerfi canal. com le 21/04/2020 : « Les enseignements stratégiques de la première crise totale ».

l'introduction de la réciprocité du prendre soin qui en est l'heureuse conséquence, dans le management de cet EHPAD.

La section 3 clôturera la première partie avec un apport de littérature pour une cadre théorique finalisé à postériori. Le choix de positionner à ce moment précis des thèmes émergés au cours de la recherche-action est motivé par la volonté de donner tous les éléments de compréhension avec un cadre théorique aboutit

La deuxième partie a comme ambition de détailler la recherche-action en management du point de vue de la méthodologie qualitative avec *in fine* l'analyse des résultats.

Ainsi le Chapitre III s'ouvre avec la section 1 sur la question de l'épistémologie en sciences de gestion. Un focus sera fait sur le positionnement épistémologique constructiviste pragmatique adopté au cours de cette recherche.

La section 2 se concentre sur les choix méthodologiques. Seront ainsi traités le raisonnement scientifique par boucle récursive suivi des choix méthodologiques et la collecte de données par la démarche qualitative (études documentaires, entretien semi-directifs, focus groupes formation-action, focus réunion et observation). Afin de garantir la fiabilité de ce recueil de matériaux, nous détaillerons le principe de la triangulation mobilisée. Puis nous réaliserons une présentation de l'analyse thématique stratégie retenue pour le traitement du corpus avec le logiciel NVIVO 12, ainsi que les fonctionnalités de ce dernier (nœuds, construction des différents objets, etc.)

Dans la section 3 il est question des outils utilisés dans la démarche qualitative.

La section 3 conclura le chapitre III par une présentation de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées dépendantes atteintes de troubles cognitifs inspirant la formation action dispensée par nos soins aux professionnels de l'EHPAD.

Le quatrième et dernier chapitre de cette thèse débute par la section 1. Celle-ci s'attachera à livrer les résultats du diagnostic relatif à l'EHPAD terrain de recherche.

Dans la section 2 nous relaterons la mise en place du plan d'action N°1 et pratiquerons à son analyse. Ceci nous conduira à élaborer des correctifs qui donneront lieu au plan d'action N°2 dont les résultats nous permettrons d'acter la finalisation de la conduite du changement dans cet EHPAD.

La section 3 clôturera le chapitre IV et la deuxième partie de ce thèse avec la discussion des résultats autour des propositions de recherche, les limites de cette recherche avec les perspectives et les suites à donner à ce travail., suivi de la mise en forme des implications managériales.

PREMIERE PARTIE : FONDEMENTS INSTITUTIONNELS ET THEORIQUES DE RECHERCHE

Chapitre I. Gouvernance et management en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

I.1 : les nouveaux principes de gouvernance des EHPAD

I.2 : le NMP en action dans les EHPAD

I.3 : le NMP modèle de crise ou crise de modèle ?

Introduction du chapitre I

Depuis les années 1990, les EHPAD, structures financées par l'argent public, ont subi un processus de mutation orchestré par le législateur (Bozio et al, 2016). La gestion de ces établissements médico sociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes s'en est trouvée fortement changée.

Avant d'interroger les principes de la gouvernance qui s'applique aujourd'hui aux EHPAD et le management qui en découle, il apparaît important de présenter toute la complexité de ces organisations médico-sociales.

Après un rapide historique de ces structures, la section 1 s'attachera à présenter les mutations réglementaires des secteurs reliés que sont le sanitaire et le médico-social avec un focus particulier sur ce dernier. Ce panorama législatif permettra d'exposer les conséquences de ces réformes et la logique industrielle et marchande comme principe directeur de la gouvernance par indicateur afin d'améliorer sans cesse la performance des EHPAD, comme l'a voulu le pouvoir public.

Au cours de la section 2, nous traiterons le sujet du NMP en EHPAD. Ce nouveau management public à la française (Bezes, 2009) qui s'illustre entre autres par une démarche combinant planification et mise en concurrence (Coron, 2017) instaure de nouveaux modes de gestion directement issus du secteur lucratif et affiche la concurrence entre opérateurs issus de l'économie sociale et solidaire et les établissements commerciaux. C'est une véritable industrie des services à la personne qui voit le jour sous l'effet massif du vieillissement de la population (Duthil,2007). Une industrie qui consacre le travail invisible (Arborio, 2019. Gomez, 2013 ; Molinier et al, 2009 ; Calmus 2010 ; Bonnet, 2006) et la reconnaissance empêchée (Barel et al,2019 ; Clot, 2010 ; El Akremi et al,2009) des opérateurs.

Enfin dans la section 3, nous nous demanderons si le NMP est un modèle capable de gérer les crises ou si au contraire il a failli face à la crise dans le secteur médico-social ? Pour cela nous confronterons le NMP au COVID 19.

I.1 : Les nouveaux principes de gouvernance des EHPAD

Le rapport de Pierre Laroque en 1962 est considéré comme acte fondateur des politiques de vieillesse en France marquant l'entrée du législateur dans des affaires jusque-là quasi privées. En effet, avant ce rapport, la puissance publique était peu présente dans ce que l'on peut qualifier d'affaire de famille (Feller, 2017), puisque c'était l'obligation morale d'assistance envers ses ascendants qui jouait. De ce rapport Laroque va émaner une réelle réflexion sociale et un changement sociétal. Le troisième âge va émerger comme une nouvelle catégorie sociale envers laquelle les politiques ne devront plus seulement répondre à la question des retraites mais se porter sur les modes de vies (Guillemard, 1986).

Bien plus qu'un rapport, c'est une invitation au changement. La vision que défend Pierre Laroque à propos des personnes âgées est valorisante.

Nous proposons de pratiquer une rapide retour sur l'origine des EHPAD. Une époque où la société était inadaptée à la vieillesse (Argoud, 2010) ; une époque où une image peu valorisée du vieillard était véhiculée dans les hospices et les asiles (Grand, 2016) ; une époque où déjà le management appliquait des principes de rationalisation (Thomas, 2005). Tout ceci ayant pour objectif de mieux appréhender les logiques développées par la puissance publique dans la construction du modèle des EHPAD.

I.1.1. À l'origine des EHPAD

Les hospices sont à l'origine des EHPAD. Les asiles, autre dénomination utilisée, accueillaient les pèlerins, les indigents, les vieillards, les abandonnés ou les incurables (Villez, 2007).

Avec la loi 1905, l'assistance aux vieillards devient obligatoire et les hospices se développent avec l'aide des œuvres religieuses. Ces institutions répondent assez bien aux besoins des vieillards, on parle d'ailleurs d'âge d'or des hospices en 1920 (Bilbaut, 2017).

Puis vient la crise 1929 pendant laquelle le manque de moyens va conduire les hospices à devenir des mouroirs et acquérir auprès des classes populaires une image dégradée (Bilbaut, 2017).

Dans ces lieux, c'est un gardiennage géré par une organisation bureaucratique qui impose aux vieillards une régulation de leurs modes de vie et une prise en charge de leurs besoins. Le traitement y est collectif, pas de place pour l'individu en tant qu'être singulier (Thomas, 2005).

Le rapport qu'entretient la puissance publique dans les hospices envers les vieillards pose question. Jusqu'à l'institutionnalisation de la retraite et finalement l'existence d'un rôle d'agent économique intéressant (Bilbaut,2017), les vieux ont eu le rôle de bouc émissaire : tantôt isolés afin de ne pas être source de contamination de la population car porteurs de germes (Feller,2017), tantôt associés à une image véhiculant la misère et la honte (Feller, 2004).

L'année 1975 marquera une double concrétisation celle des très attendues propositions du rapport Laroque qui ont tardé à être mises en œuvre, mais également l'adoption d'une loi structurante et fondatrice pour le secteur médico-social.

I.1.1.1. Mutations de l'accompagnement institutionnel de la vieillesse à travers des politiques publiques en médico-social

La loi de 1975 [11] *relative aux institutions sociales et médico-sociales* va établir un socle capable d'accueillir toutes les réformes à venir. Cette étape, même s'il faudra attendre trente ans au lieu des dix prévus par le législateur afin qu'elle soit réellement appliquée (Villez,2007), est fondatrice. La Loi 75-535 du 30 juin 1975 fait passer des hospices aux maisons de retraite. Elle crée pour ainsi dire les structures et services sociaux et médico-sociaux et consacre la rupture entre le sanitaire et le médico-social (Saboune et *al*, 2018).

Progressivement ces établissements vont développer l'objectif d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées hébergées. Le mouvement engagé marque une volonté d'inscrire ces structures d'hébergement dans un processus d'humanisation de l'accueil (Rimbert, 2011). Les formes d'hébergements et d'habitats vont considérablement évoluer (Argoud, 2010) et la fin des hospices marquera une amélioration des prestations de soins et d'hébergement (Fourcade, 2005).

Jusque-là, la considération du vieillard comme une personne à part entière, un individu singulier ne semblait pas couler de source puisqu'il a fallu légiférer.

Parallèlement un mouvement de médicalisation de la vieillesse et de contrôle totalitaire va s'opérer. En effet, le premier critère d'entrée dans ces institutions est devenu l'incapacité psychique et/ou physique (Thomas, 2007). Le second est la dangerosité assignée du vieillard pour lui-même et/ou pour la société. Les personnes âgées seront mises à l'écart de la société et subiront un contrôle totalitaire correspondant à la définition de Goffman en 1968, définition pertinente alors que les personnes âgées n'entrent pas dans les publics définis par Goffman (Rimbert, 2005).

A partir de1990, la tendance amorcée va se concrétiser par la création d'un nouveau modèle assistanciel qui va voir le jour en France. A une logique d'*hospicialisation* basée sur l'assistance aux vieillards qui les protègent des agressions de la société s'est ajouté celle d'hospitalisation reposant sur des protocoles de soins standardisés (Thomas,2007).

Les hospices vont peu à peu céder la place aux unités de long séjour hospitalier, maisons de retraite (Villez,2007), puis aux EHPAD créés par la loi de 1997 (Brami, 2013 ; Dussuet et al, 2017 ; Nirello et Delouette, 2016). La dimension médicale va faire apparaître le vieillissement comme pathologique

---

[11] Loi 75-535 du 30 juin 1975, *relative aux institutions sociales et médico-sociales*, règlemente les conditions de création, de financement, de formation, et de statut du personnel des établissements et services du secteur (vie publique.fr)

et problématique. Dès lors, les politiques de lutte contre la dépendance font leur apparition et, avec elles, les personnes âgées dépendantes (Thomas, 2005) et les EHPAD. Cet acronyme vécu comme stigmatisant la dépendance des personnes âgées entraînera un certain rejet auprès des établissements concernés (Brami, 2013).

La loi 2002-2 *rénovant l'action sociale et* médico-sociale va poursuivre et confirmer le changement entamé par la loi du 30 juin 1975. Certains manques dans les législations précédentes vont être comblés, notamment seront précisées la place de l'usager dans l'organisation et la réglementation concernant l'hébergement.

Dans cette loi, le législateur s'est attaché à définir ce qui n'avait pas été fait jusque-là : l'action sociale et médico-sociale (Ispenian, 2005). Dorénavant, la liberté, l'autonomie et la protection de l'usager, affirmées dans la définition, sont des droits que les professionnels se doivent de garantir à l'usager (Ispenian, 2005).

La puissance publique a établi un socle de prestations minimales à fournir (annexe 1) par les différentes structures d'hébergement fixé par décret dont les EHPAD (L342-2 CASF) avec le cadre juridique qui s'y réfère. Ces prestations doivent être incluses dans le tarif présenté aux usagers par les EHPAD ; tarifs qui sont disponibles sur le site officiel du gouvernement[12].

La réforme engagée est bâtie autour de deux principes directeurs : la promotion des droits des usagers et l'instauration du pilotage des dispositifs. La promotion des droits des usagers va se traduire par une diversification de l'offre en lien avec les besoins et attentes de l'usager. La loi affirme que l'usager[13] a des droits et que sa place est désormais au centre de l'offre de service.

La personne accueillie, parce qu'elle est maintenant vue comme singulière, va se voir proposer un projet d'accompagnement individualisé afin de favoriser son autonomie et son inclusion et garantir ainsi ses droits multiples (CASF)[14].

Ce projet personnalisé devra donc :

- démontrer que le consentement éclairé de la personne est systématiquement recherché ;
- favoriser la coconstruction du projet avec la personne intéressée ou avec son représentant légal le cas échéant ;

[12] http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/
[13] Notons que le la loi du 11février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, viendra affirmer les droits des personnes âgées en perte d'autonomie.
[14] Code Action Sociale et de Familles

- maximiser l'expression des besoins et attentes de la personne.

La démarche reste active dans le temps, c'est-à-dire que ce projet doit être régulièrement évalué et ajusté en fonction des changements ou apports de nouvelles informations ou souhaits. Le législateur souhaite sortir de la logique assistancielle et donner les moyens aux usagers d'être acteurs. Avec cette loi 2002-2, à travers la centralité de l'usager affirmée et l'apport de nouveaux outils, c'est une toute nouvelle manière de manager qui va s'illustrer. Parmi les sept outils[15] imposés, voyons comment certains d'entre eux impliquent le management.

Le Projet d'établissement/projet de service est établi pour cinq ans. Il est dans l'idéal coconstruit avec les acteurs et présenté au conseil de la vie sociale[16]. Ce document va déterminer les objectifs au sujet de la coordination, de la collaboration de l'organisation du fonctionnement et de l'évaluation de la qualité des services proposés (CASF). Ce premier outil marque l'ère d'un management renouvelé qui appelle le manager à fédérer tous les acteurs de la vie de la structure afin qu'ils participent à l'élaboration de ce document. Il implique le manager dans la diffusion et l'explication de ce document aux futurs résidents, leurs familles, mais également à tous professionnels actuels et hypothétiques. Ce projet d'établissement engage le manager dans la transparence et la garantie des offres de services proposées.

Grâce à l'organisation du conseil de la vie sociale, le manager concrétise la participation des résidents et/ou représentant à la vie quotidienne de l'EHPAD.

Le livret d'accueil et le Règlement de fonctionnement sont donnés en même temps aux personnes lors de leur entrée dans l'établissement, ces documents ont vocation à rappeler l'exercice des droits de la personnes accueillie et donc de prévenir les actes de maltraitance (CASF). Ils affichent la volonté de transparence entre l'accueilli et l'accueillant dont le manager se doit d'être le représentant.

Enfin en transmettant via le livret d'accueil et en affichant dans la structure la charte de droits et libertés (Annexe 1), le manager informe et garantit les droits fondamentaux des personnes mentionnées dans la charte.

Cette loi 2002-2 marque également l'arrivée du management par la qualité. Cette démarche va se structurer avec la création en 2007 de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Ses missions étaient de promouvoir

[15] Le projet d'établissement, le livret d'accueil, médiateur, le conseil de la vie sociale, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, la charte des droits et liberté.

[16] Le conseil de la vie sociale est une instance qui vise à associer les usagers au fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux. Cette définition est tirée du site iledefrance.ars.sante.fr (Mai 2021) .

la bientraitance dans les établissements et services accueillant des personnes vulnérables. A ce titre, l'agence édite un guide des recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Son rôle consistait également dans l'habilitation des organismes[17] en charge d'évaluer la qualité de service délivrée par les ESSMS dans le cadre des évaluations externes.

La démarche d'amélioration de la qualité fait donc son apparition dans les EHPAD. Cette évaluation de la qualité des services délivrés se décline sous deux formes article L312-8 du CASF :

- l'évaluation interne réalisée par la structure
- l'évaluation externe qui oblige l'EHPAD à contractualiser avec un intervenant habilité et extérieur à l'établissement.

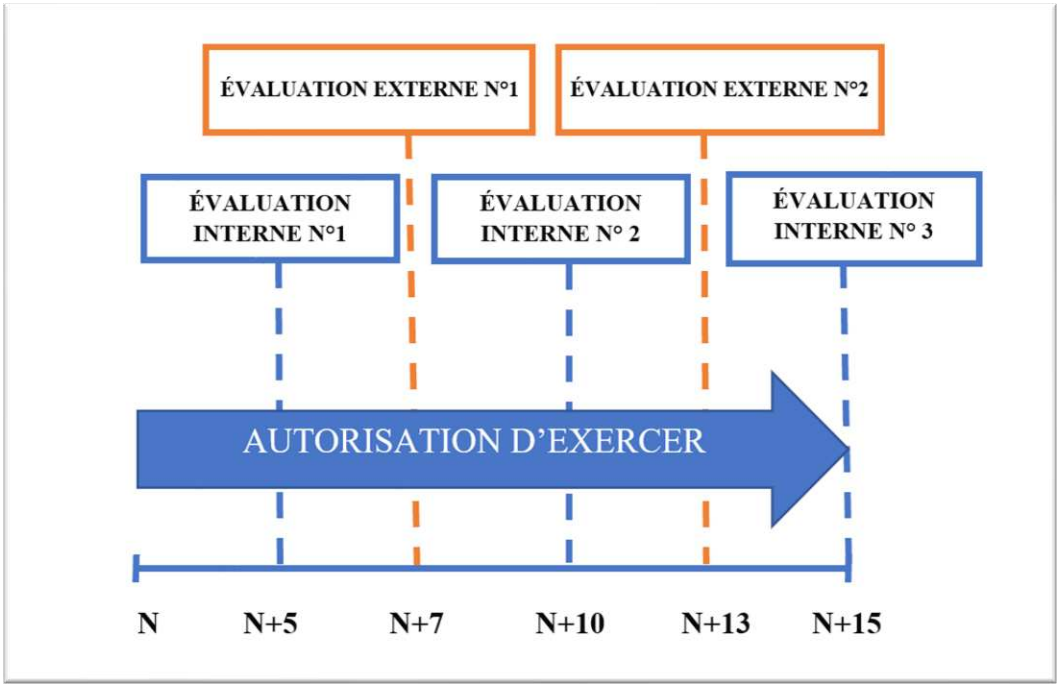


Schéma 1 : calendrier des évaluations selon la circulaire

DGCS/ SD5C/398 du 21 octobre 2011.

Les ESSMS soumis à autorisation d'exercer (Voir encadré 1) sont tenus de transmettre selon un calendrier (voir schéma 1) au Conseil Général et à l'ARS, les résultats de leurs évaluations. Outre l'enjeu de la qualité, ces résultats conditionnent le renouvellement d'autorisation d'exercice des ESSMS article L313- 1 du CASF.

Dans un article de 2016, Gulliver Lux démontre que les directeurs d'ESSMS dans leur grande majorité rejettent clairement l'approche gestionnaire et évaluative (Lux, 2016). Cela se confirme avec

[17] Selon un cahier des charges définit par les décret n°2007-975 du 15 mai 2007.

la notion de performance qu'ils jugent *externe à la culture du secteur* (Lux, 2016, p.63) et, de manière plus large, étrangère à l'action sociale et médico-sociale (Loubat, 2012).

Encadrée par des agences[18], la démarche qualité représente un enjeu majeur tant sur le plan budgétaire qu'humain. Cet accompagnement à l'acquisition de la culture qualité se révèle être un processus connoté par la rentabilité des ressources (efficience, efficacité, référentiel, etc.) désormais à l'œuvre en EHPAD.

En 2018, l'ANESM est intégrée à la haute autorité de santé (HAS). Qu'il s'agisse d'une *fusion*[19] ou d'une *absorption*[20], la démarche interroge et n'est pas dénuée de sens, en effet, on peut y voir une volonté de *sanitarisation* (Coron, 2017) du secteur médico-social. La volonté de revenir sur l'existence, l'autonomie et de la singularité que défend le champ médico-social est remise en question par cette décision de l'État, de même que sont remises en cause les différences de pratiques managériales existantes entre le champ médico-social et le champ sanitaire.

Encadré 1: principes d'autorisations des EHPAD (sources CASF et CNSA)

Tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) tel que l'article L312-1 du CASF pour exercer leurs missions sont soumis à autorisation. Cet accord est délivré par les autorités compétentes : Ministre, préfet de département, Directeur général de l'agence régionale de santé et Président du Conseil Départemental. Toute création, transformation ou extension sont concernées par cette autorisation. Cette obligation qui s'impose aux ESSMS depuis la loi du 30 juin 1975, confirmée par la loi 2002-2 est totalement réformée par la loi de 2009 HPST (UNIOPSS)[21].
Même si l'autorisation reste un préalable pour l'activité d'un ESSMS, il devra désormais se soumettre à la procédure applicable d'appel à projet ou dépôt direct de la demande (article L313-1-1 du CASF). Ce seront dorénavant les Directeurs généraux des agences régionales de santé (DGARS), préfet, Président du Conseil départemental qui valideront la procédure sur la base d'un cahier des charges. Une commission de sélection des appels à projet sous la direction des autorités respectives classe les projets et pratique les arbitrages. La concertation collective s'inscrit dans la logique d'offre en fonction des besoins identifiés et du territoire en question (CNSA)[22].

Accordés pour une période totale de quinze ans[23], les résultats des évaluations externes quinquennales conditionnent le renouvellement de l'autorisation. Le choix a été fait de ne relever que les dispositions relatives aux EHPAD.

18 Agence régionale de santé, agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

19 Point de vue défendue par le groupement national des directeurs généraux d'associations du secteur éducatif social et médico-social (GNDA)

20 https://www.banquedesterritoires.fr/la-disparition-programmee-de-lanesm-pose-question

21 Fiches pratique de gestion. Établissements et services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil. L'autorisation de création, de transformation et d'extension. UNIOPSS/CNAR 2011 www.uniopss.asso.fr,

22 Nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux par appel à projets. CNSA.

23 Décret n° 2017-1620 du28 novembre 2017 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles

I.1.1.2. Modernisation de l'offre en EHPAD

Le législateur avec la loi HPST poursuit l'ambition de moderniser et de réorganiser le système de santé dans lequel est compris le champ médico-social. Pour cela, il a souhaité que les thèmes suivants soient traités : l'hôpital, l'organisation de la médecine de ville sur le territoire pour un accès amélioré, les politiques de prévention en santé publique et la création d'agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner au niveau régional les politiques de santé (IRDES, 2018)[24].

La modernisation des établissements de santé s'entend tout d'abord par le renforcement du rôle du chef d'établissement. Ensuite par la volonté de favoriser les mutualisations avec la création de « communautés hospitalières de territoires ». Ainsi ces mutualisations suivront une organisation allant du centre de proximité jusqu'aux plateaux techniques organisés autour d'un établissement de référence. Enfin, la place des médecins dans la gouvernance est accrue. Ils ne seront plus dorénavant sous l'autorité du chef d'établissement, mais coordonneront ensemble la politique médicale.

La loi du 28 décembre 2015[25] relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite loi ASV réforme le cadre juridique des établissements sociaux et médico-sociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes. Dans la droite ligne des mesures législatives précédentes, elle affirme et conforte la garantie des droits des personnes accueillies en établissement et services. L'organisation et les principes de tarification sont revus et renouvelés afin de répondre aux évolutions (legifrance.fr).

Cette loi marque un véritable renforcement des droits des usagers, mais également une série de mesures qui se veulent novatrices afin de moderniser et d'engager les EHPAD dans une mutation. Face à un secteur médico-social en situation complexe, cette mesure législative pose comme priorité l'adaptation des réponses gérontologiques. Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qui connaissent des difficultés de tous ordres[26] notamment en RH (Divay, 2018) sont amenés à se transformer (Hentic-Giliberto et Stéphan ,2018).

---

[24] www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf
ISSN 2606-0272 ISBN 978-2-87812-462-0
[25] Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015
[25] Instauration des CPOM, des tableaux de bords de l'ANAP pour ne citer que quelques exemples, ne sont pas traités par les recherches académiques (Hentic-Giliberto, Stéphan, 2018).

Les auteures Michelle Hentic-Giliberto et Sylvie Stéphan ont analysé un corpus de revues et d'articles académiques afin de réaliser un état des lieux du traitement de la vieillesse dans les sciences humaines et sociales depuis la loi ASV. Elles ont remarqué que les contributions académiques sur le vieillissement sont restées stables entre 2015 et 2018. Elles en arrivent à la conclusion que malgré l'importance du vieillissement de la population, un sujet qui porte un enjeu sur l'avenir, les disciplines dans les sciences humaines et sociales, telles que les sciences économiques et de gestion ne se sont pas emparées de la question. Dans ce tour d'horizon, les problématiques de management et de gouvernance sont traitées mais avec une conception *datée du management des organisations* (Hentic-Giliberto, Stéphan, 2018) au vu des changements législatifs et réglementaires vus précédemment. Les auteures s'étonnent de ne pas voir les sciences de gestion plus s'intéresser au management de la dépendance

I.1.2. Les différents statuts d'EHPAD pour différentes logiques

Comme nous l'avons vu précédemment les hospices et autres maisons de retraites ont laissé place en 1997 aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Brami, 2013 ; Dussuet et al, 2017 ; Nirello et Delouette, 2016) définis dans l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles, comme établissements social et médico-social. Sont des établissements et services sociaux et médicosociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : *6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale*.

Les EHPAD peuvent être de plusieurs statuts juridiques, ce qui va jouer un rôle dans l'organisation et dans le management qui porteront le tout dans et hors établissement.

Les EHPAD *publics autonomes,* bien qu'étant créés par arrêté d'un département ou d'une commune, ne sont rattachés ni à un CCAS, ni à un CIAS et pas plus à un établissement de santé public. Ces EHPAD sont dirigés par un directeur général, qui rend compte aux autorités tarifaires et à son conseil d'administration[27].

[27]https://www.labanquepostale.com/content/dam/groupe/actus-pub/pdf/etudes/finances-locales/2018/Acces-Territoire-n5_ehpad_20180201.pdf

Les EHPAD publics communaux ou intercommunaux : ces établissements, qui représentent 43% du nombre des EHPAD en France (CNSA, 2016), sont gérés par un établissement public local ou une collectivité territoriale, communauté d'action sociale (CCAS) ou (CIAS).

« *Un EHPAD territorial est un établissement de proximité permettant à la personne âgée de rester sur son lieu de vie et de conserver son réseau social. Il est un élément structurant du territoire de par son rôle économique et social* »[28].

La présence de ces établissements sur l'ensemble du territoire national résulte d'une volonté politique forte d'élus locaux qui souhaitent mettre en œuvre une politique sociale de territoire, avec des outils adaptés.

Les EHPAD *rattachés à un établissement de santé* : les établissements de santé sont des personnes morales de droit public dotés de l'autonomie administrative et financière soumis au contrôle de l'Etat : ils n'ont ni objectif industriel ni objectif commercial (DREES, 2016). Ces établissements de santé peuvent créer et gérer des EHPAD, ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3). Parce que rattachés à des hôpitaux ou construit par eux ou émanant d'anciens services de gériatrie, ces établissements ont une vision et un management plus axés sur le sanitaire qui applique une prise en charge encore imprégnée d'hygiénisme (Thomas, 2009).

Les EHPAD *privés à but non lucratif associatif* sont gérés par des associations qui sont le fruit de regroupements de personnes réunis autour de projets sans intention de réaliser des bénéfices. Si bénéfices il y a, ils sont consacrés au développement de l'objectif poursuivit initialement et non pour enrichissement personnel[29]. Déclarée en préfecture, l'association acquiert la capacité juridique. Elle a une personnalité juridique propre.

Ces associations sont souvent issues de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes[30] (DREES, 2016). Historiquement, ils émanent des hospices, leurs visions sont donc sociales, tout en assurant une pérennité de l'établissement par un équilibre financier.

Ces EHPAD (publics, hospitalier et privé à but non lucratif), que nous classerons comme *non commerciaux*, ont ceci de commun : leur faible prix de journée et leur mission d'accueillir des personnes à faible revenu (Smida, 2009).

---

[28] La place de l'élu dans la gestion des EHPAD. Commission EHPAD. Rencontre des parlementaire du département sur des thématique liées aux EHPAD. Décembre 2010
[29] https://www.vie-publique.fr/fiches/24076-quest-ce-quune-association
[30] Les établissements de santé. cadre juridique et institutionnel, DREES (2016)

Les EHPAD privés à but lucratif sont des sociétés commerciales qui dispensent des soins. Ces structures ont des missions de service public (les soins médicaux) avec un statut qui diffère des établissements publics de santé (hôpital public) et des établissements privés de type associatif (DREES, 2016). Issus de grands groupes d'industrie (Duthil, 2007), ces acteurs ont financiarisé le secteur des EHPAD en se positionnant sur les marchés boursiers. Dans ces EHPAD, les managers appliquent la logique gestionnaire importée du secteur marchand dont l'objectif est essentiellement à destination d'une performance économique optimale (Delouette, Nirello, 2016).

Tableau 1: pourcentage des places proposées en France par statut d'EHPAD (source CNSA, 2017)

Statut des EHPAD	*Ratio EHPAD par statut*	*Ratio de places proposées*
Privé à but non lucratif	32%	29%
Privé à but lucratif	26%	22%
Public autonome	18%	19%
Public rattaché à un établissement de santé	13%	22%
Public CCAS	11%	08%

Bien qu'ayant une origine et une histoire différente, les opérateurs d'EHPAD partagent la même mission : accompagner les personnes âgées fragiles et vulnérables et préserver leur autonomie par une prise en charge globale (hébergement, restauration, animation et soins)[31]. Cela signifie donc que ce qui va structurer ces établissements, c'est l'autonomie des personnes âgées dans une logique de soins de la dépendance. L'aspect curatif prend donc le dessus dans le cadre de politiques publiques dorénavant centrées sur la lutte contre la dépendance (Thomas, 2005), dans un contexte d'accroissement du nombre des personnes âgées dépendantes.

L'activité des EHPAD règlementée par l'action publique

[31]https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad

Ce changement dans la préhension des politiques de vieillesse, qui se mobilise dans les lois précédemment analysées, va également se manifester dans le nouveau cadre financier qui est né avec les EHPAD. La complexité des EHPAD se traduit d'une part dans les textes de lois qui se succèdent et s'entrecroisent, mais également dans les réformes tarifaires qui, elles aussi, s'enchaînent et se superposent.

Le développement de cette offre auprès des personnes âgées dépendantes a été construite majoritairement sur le territoire français autour d'établissements issus de l'économie sociale et solidaire (ESS) (Delouette, Nirello,2016).

Les EHPAD jusqu'en 2017[32] devaient signer une convention tripartite (CT) pour cinq ans avec le Conseil général et l'Agence Régionale de Santé. Les conventions tripartites dites de première génération ont été mises en place par le décret n° 2001-388 du 04 mai 2001.

En 2008 les conventions de deuxième génération intègrent des éléments permettant de revaloriser la dotation, d'accentuer la démarche qualité, de programmer une stratégie financière avec projection des objectifs et d'un bilan des droits des usagers (EHPAD.fr). Cette convention définissait le mode de tarification qui se décomposait en trois sections (voir schéma 2) : **l'hébergement, les soins et la dépendance**.

La section dépendance peut en partie être prise en charge par l'allocation personnalisée autonomie. La section dite hébergement, qui comprend toutes les prestations d'hôtellerie (restauration, pension complète, mise à disposition d'une chambre, entretien des locaux etc.), est à payer par le résident. Ce reste à charge pour le résident qui se révèle conséquent peut être couvert par l'aide au logement social (ALS) et l'aide personnalisée au logement (APL).

Lors de la signature de la convention tripartite, l'établissement peut choisir entre deux options le forfait soins partiel ou global.

- Forfait partiel : il inclut le salaire du médecin coordonnateur et les actes des infirmiers libéraux ; 70% des EHPAD ont choisi ce tarif (CNSA, 2016)
- Forfait global : assure les mêmes prises en charge que le forfait partiel avec en plus les actes des médecins libéraux, auxiliaires libéraux, actes de pharmacie, certains traitements, certains actes biologiques et d'imagerie. Si l'EHPAD possède une pharmacie à usage intérieur (PUI), les traitements sont inclus.

[32] Publication du décret 10 mars 2017 permet de progressivement remplacer les CT par les CPOM

La tarification du forfait global soin est assuré par le directeur de l'agence régionale de santé en fonction des soins médico-techniques requis par résidents (PATHOS)
La tarification du forfait dépendance globale est réalisée par le président du département en fonction du degré de dépendance moyen de la structure (AGGIR).

Le président du Conseil départemental fixe le tarif hébergement journalier pour les EHPAD habilités à l'aide sociale.
Ces trois sections ont des sources de financement bien distinct.

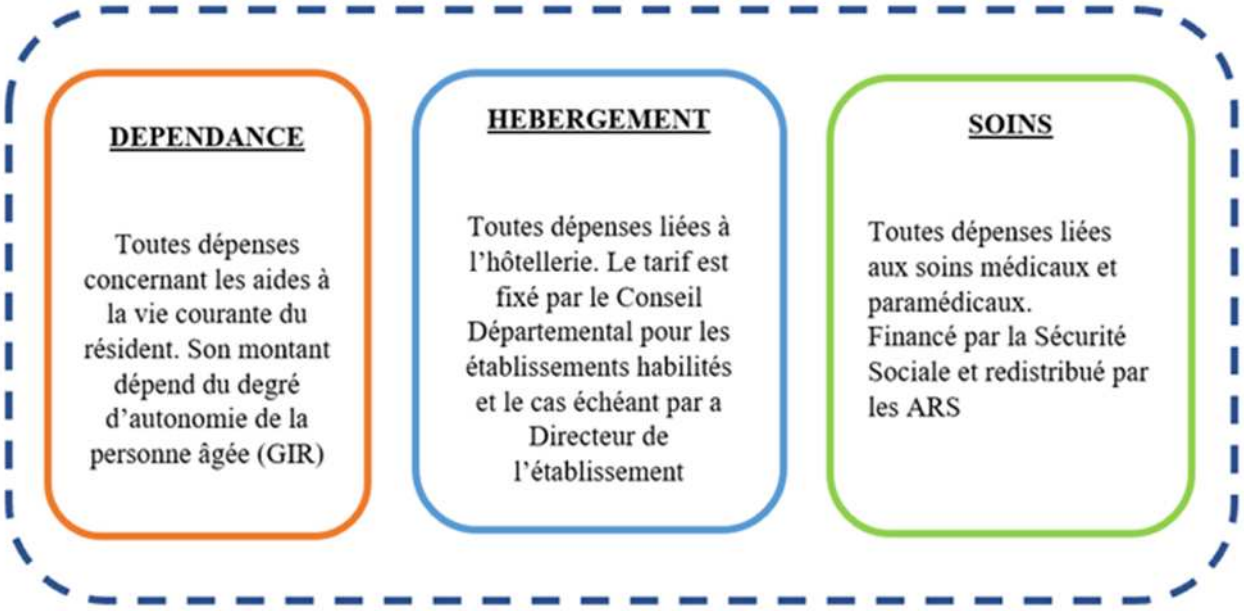


Schéma 2: sections d'un budget en EHPAD avec une convention tripartite.

Cela signifie qu'aucune ressource ne peut intervenir pour une section différente de celle pour laquelle elle est prévue. Chaque dépense est allouée à une section, elle-même rattachée à un financement. Alors même qu'elles constituent le budget de fonctionnement, ces sections restent bien séparées. Le côté hermétique des trois sections tarifaires oblige les directions à un management contraint, c'est-à-dire exempt de possibilités d'adaptation en matière de ressources humaines. Par exemple, une direction ne peut recruter une aide-soignante supplémentaire à la place d'un ergothérapeute car les crédits disponibles sont répartis dans la section soin et dépendance alors que le poste d'ergothérapeute relève de la seule section soin.

Tout cela va progressivement changer avec l'application des *contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens* (CPOM). Mais bien plus que la forme, c'est le fond qui va également changer ainsi que la logique managériale. La loi du 28 décembre 2015 *relative à l'adaptation de la société au vieillissement* vient apporter des changements et notamment en matière de budget pour les EHPAD. La loi ASV l'impose désormais les contrats *pluriannuels d'objectifs et de moyens* (CPOM)[33]. Le calendrier est établi et les EHPAD ont jusqu'en 2021 pour finaliser un CPOM. Contractualisés pour une durée de cinq ans, les CPOM peuvent inclure plusieurs EHPAD d'un même gestionnaire.

Apparus dans la loi 2002-2 *rénovant l'action sociale et médico-sociale*, les CPOM étaient présentés comme des dispositifs de coopération (Poinsot, 2009), ils prennent maintenant la place des conventions tripartites et ne sont plus négociables pendant leur durée de cinq ans.

Toujours dans la droite ligne de simplification, la réforme de contractualisation s'accompagne d'une réforme tarifaire ; l'objectif de la loi ASV est de simplifier l'allocation des ressources aux EHPAD[34].

Les gestionnaires devront à présent évaluer leurs dépenses (EPRD)[35]. La simplification tarifaire entraîne également un changement de logique budgétaire : le pilotage par la ressource et non plus par la dépense et la mise en place de forfait soins et dépendance. Pour le forfait soins, seront pris en compte par rapport aux places d'hébergement le niveau de dépendance et les besoins de soins des résidents, le tout modulé par l'activité réalisée (KPMG, 2017)[36].

Avec les CPOM, c'est une autre logique budgétaire qui va s'appliquer.

Le paradoxe du CPOM est de porter plus sur les moyens que les objectifs (Poinsot, 2009).

Tous les professionnels le savent bien : il n'y a pas une réponse, une technique ou un accompagnement, tout comme il n'y a pas deux structures, deux projets comparables. Si l'on souhaite garantir un accompagnement respectueux, il est incontournable de considérer la diversité (Poinsot, 2009). Or, permettre à un gestionnaire de réaliser un CPOM pour plusieurs de ses EHPAD, c'est au nom de la rationalisation des coûts, renoncer à la spécificité de chaque organisation.

Le CPOM est au service d'une double stratégie : permettre de rechercher l'efficience et optimiser la gestion budgétaire pour les EHPAD. En favorisant la mutualisation, c'est la logique de baisse des

---

33 "CPOM en EHPAD : long is the road !" et "Tarification des EHPAD : le détail des nouvelles modalités" articles gerontonews

34 Source teranga-software.com

35 Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016.

36 CPOM : réussissez votre contractualisation ! - KPMG France (home. KPMG)

coûts qui est recherchée et celle de fluidification du parcours des usagers d'EHPAD qui est avancée (KPMG, 2017)[37].

La logique de mutualisation des moyens, afin de réduire les coûts, instaurée via les CPOM, amène les gestionnaires à étudier d'autres formes de collaboration possibles dans le secteur médico-social.

La logique qui est transversale dans toutes ces nouvelles formes de coopération est d'instaurer de nouvelles gouvernances afin de rationaliser les coûts. Les EHPAD sont incités par les organismes tarificateurs comme l'agence régionale de santé (ARS) à mutualiser leurs moyens. Les regroupements deviennent inéluctables, car ils permettent aux ESSMS non seulement de faire face aux tassements et à la standardisation des financements publics opérés par les organismes tarificateurs, que sont les ARS et CD (Delouette, Nirello,2016).

Désormais en EHPAD est appliqué un référentiel tout comme dans les industries.

Inscrit dans le nouveau management public, tous les managers gestionnaires ont pour mission de mesurer et d'améliorer la performance de leurs établissements médico-sociaux (Lux, 2016). On assiste à la régulation par les pratiques administratives de la productivité, avec le développement à grande échelle d'indicateurs en EHPAD (Delouette et Nirello,2016).

Mais, de quelle performance s'agit-il ? Avec l'apparition d'outils de gestion en EHPAD, les métiers de service et de soins délaissent la dimension sociale et humaine de leurs actions pour passer à une logique industrielle et marchande dont les indicateurs sont désormais les outils d'aide au pilotage de l'activité (Dussuet el al, 2017).

I.1.3. L'organisation du travail par indicateurs

Une volonté à travers ces décisions semble s'affirmer : la logique du résultat. En effet, en s'appuyant sur les recettes, le but recherché par la puissance publique est de maîtriser l'activité donc de renforcer la logique de gestion *in fine* seul le résultat compte (Adrien, 2014). C'est une gouvernance par les nombres (Supiot, 2015) qui semble prédominer.

[37] CPOM : réussissez votre contractualisation ! - KPMG France (home. KPMG)

Afin d'installer cette nouvelle logique gestionnaire, la puissance publique a instauré des outils d'évaluation de la dépendance et des soins officiellement validés : la grille AGGIR et la coupe PATHOS (Dussuet et al, 2017).

Tableau 2: classification des groupes iso ressources dans la grille AGGIR de la dépendance (Glémain et al, 2010)

Groupes Iso Ressource	Caractéristiques
GIR 1 : bénéficie de l'APA	Altération grave des capacités motrices et mentales. Accompagnement lourd.
GIR 2 : bénéficie de l'APA	Altération des capacités locomotrices, mais pas mentales (aide aux activités quotidiennes), ou altération des capacités mentales, mais pas locomotrices.
GIR 3: bénéficie de l'APA	Altération relative des capacités locomotrices, mais pas mentales. Aide aux soins corporels.
GIR 4 : bénéficie de l'APA	Aide au lever, mais capacités locomotrices. Aide aux soins quotidiens, ou capacités locomotrices, mais nécessaire aide à la préparation des repas et aux soins corporels.
GIR 5 : bénéficie de l'Aide sociale départementale ou régime retraite (prestations d'aide-ménagère) sous conditions de ressources	Aide ponctuelle nécessaire à la préparation des repas, du ménage et parfois pour les soins corporels.
GIR 6 : bénéficie de l'Aide sociale départementale ou régime retraite (prestations d'aide-ménagère) sous conditions de ressources	Pas de perte d'autonomie pour les actes de la vie courante.

La grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressource (AGGIR) est un instrument de mesure qui permet d'évaluer le degré d'autonomie ou de dépendance des personnes âgées. Cette mesure permet d'établir le besoin ou pas d'un plan d'aide d'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). Composée de 6 niveaux, cette grille sert à identifier les besoins de recours à un tiers dans la vie courante dans les actes de vie quotidienne ; le degré ou GIR 1 (voir Tableau 2) est le niveau de dépendance le plus élevé et le GIR 6 le plus bas ; seul les GIR de 1 à 4 ouvrent des droits à l'APA (voir encadré 2) (service public.fr). Cette évaluation est réalisée en EHPAD par le médecin coordonnateur. Une moyenne du niveau de dépendance dans un établissement sera alors réalisée grâce à tous les GIR, cela se nomme le GIR moyen pondéré (GMP).

La grille AGGIR est outil de mesure spécifiquement français qui n'est pas utilisé dans les travaux de recherche internationaux (Bozio et al 2016).

Encadré 2 : l'allocation personnalisée d'autonomie en EHPAD

Créée en 2002, cette aide est versée aux personnes à domicile ou en établissement évalués entre les GIR 1 à 4.

L'APA permet à ses bénéficiaires de payer le tarif dépendance. Afin de pouvoir prétendre à cette allocation, le demandeur doit résider dans un établissement social ou médico-social de plus de vingt-cinq places[38] ; l'accueil des personnes âgées dans cet établissement doit être réalisé de manière permanente.

Aux lieux de retrait habituels (pour l'APA à domicile : mairie, Conseil départemental, Centre Communal d'Action Sociale), le dossier d'instruction d'APA en établissement peut délivrer par le responsable de la structure hôte. L'instruction du dossier se fait comme pour l'APA domicile en s'appuyant sur la classification des GIR via la grille AGGIR à la différence que cette évaluation sera faite par le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

En cas d'urgence médicale, le Président du Conseil départemental peut, à titre provisoire, attribuer l'APA à 50% selon le tarif dépendance correspondant au GIR1et 2 de l'EHPAD.

L'APA en établissement peut être soit versée à son bénéficiaire, soit sur délibération du conseil général directement au responsable de l'EHPAD hôte.

En 2015 la loi ASV a réformé l'APA afin de venir en aide aux personnes les plus dépendantes et offrir plus de répit aux proches aidants.

(Source : solidarité.santé.gouv.fr)

La coupe PATHOS est utilisée par les professionnels du soin afin d'identifier les pathologies et d'évaluer les besoins en soins requis à un instant T pour un résident. Cette évaluation permet d'évaluer individuellement les besoins et d'établir un plan de soins ; collectivement cette évaluation consiste à établir la charge médicale. Réalisée par le médecin coordonnateur, cette coupe est utile pour :

- identifier les pathologies dont est atteint chaque résident ;
- définir un plan de soins individualisés par résident ;
- alimenter en données le logiciel de la caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA[39]), afin d'établir les moyens nécessaires dans les huit postes de ressources[40].

Le PMP est un indicateur qui renseigne le poids moyen des soins médicaux dans l'établissement. L'utilité de la coupe PATHOS[41] se situe également dans le fait qu'elle évalue le besoin en personnel.

[38] Dans le cas contraire, le demandeur est considéré comme résident à son domicile et entrera alors dans les conditions relevant de l'APA à domicile.

[39] CNSA : établissement public qui intervient pour la solidarité et l'autonomie des personnes âgées et personnes handicapées. Pour ces publics, cette caisse finance des aides, garanti l'égalité de traitement et assure une mission d'expertise en matière de qualité du service rendu (vie publique.fr)

[40] Ce sont les huit postes parmi lesquels vont être réparti les besoins : Gériatrie, psychiatrie, infirmière, rééducateurs, psychologue, biologie, imagerie et médicaments.

[41] Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS 2 août 2012.

Outre le fait d'évaluer la dépendance et les soins, ces outils matérialisent des scores qui sont traduits en budget financier et qui participeront aux dotations des établissements (CNSA.fr). Cette logique conduit finalement à financer les EHPAD selon le degré de dépendance des résidents.

Cela pose deux questions : parler d'autonomie, alors que ce n'est que la dépendance qui est évaluée, ne conduit-il pas à créer une confusion ?

Pourquoi travailler au maintien de l'autonomie des résidents, alors que c'est la dépendance qui est financée et qui rapporte des budgets et du personnel à l'EHPAD ?

L'historique des hospices et la vision déficitaire et pathologique de la vieillesse semblent transmises aux EHPAD. La dépendance admise lorsqu'il s'agit de la vieillesse semble guider tout le fonctionnement des EHPAD, management inclus. Effectivement, le manager, s'il veut assurer la pérennité de sa structure, doit maintenir ses dotations soins et autonomie. Il pourra donc être amené à maintenir un niveau de dépendance et de soins élevés ce qui lui garantira une dotation stable d'effectifs et de moyens mais qui conduira en parallèle à maintenir des conditions de travail difficiles pour les professionnels (Marquier et al, 2016).

Les lois, et plus précisément, la loi HPST ont engagé les EHPAD dans un mouvement de modernisation de leur offre afin de satisfaire l'usager. Cela passe par plusieurs mécanismes comme la régulation de l'offre sur le territoire national, la mutualisation et la compétition entre établissements (Delouette, Nirello,2017).

Quand on se penche sur le management en EHPAD, on constate qu'il est réparti d'une manière assez identique. Ce qui est demandé aux directeurs et directrices, c'est d'adopter un management gestionnaire dont la polyvalence va de la qualité aux contrôles des budgets (Sibille et Joël, 2016) se traduisant par le renseignement et le suivi des indicateurs qualité et des tableaux de bord de performance. Les pratiques managériales de proximité sont réalisées par les Infirmières coordinatrice qui ne sont pas assez formées en la matière (Petit, Zardet, 2017). Ce management de proximité est très peu valorisé, celui qui s'intéresse aux individus qui au quotidien prennent soin, ce management-là est insuffisamment développé (Petit, Zardet, 2017).

Quant aux professionnels, ils sont également soumis aux référentiels qualité qui quantifient, qualifient et organisent leurs activités. Depuis la loi de 1997 et l'instauration de la mise en concurrence entre acteurs public et non lucratifs et opérateurs privés du secteur marchand, la forte inclinaison pour l'utilisation d'indicateurs issus des référentiels qualité se développe en médico-social et plus fortement en EHPAD (Delouette et Nirello, 2017). Tout comme leurs directeurs ou directrices, les

professionnels sont soumis aux renseignements des indicateurs. (Dussuet et al, 2017). Les transmissions réalisées par les soignants sur informatique entrent dans le droit à l'information voulu par le législateur pour les usagers. Ainsi l'objectif est pour les professionnels de l'EHPAD de pouvoir assurer la transparence en fournissant l'historique de toute actions ou informations concernant le résident sur sa demande ou celle d'un proche. Sauf que ces transmissions informatiques ont remplacées les transmissions orales et qu'elles ne peuvent recueillir ce qui n'est pas cotable et qui est essentiel dans le soin, un sourire (Pierron, 2020) ou du temps passé à discuter avec un résident. Cette traçabilité pour les soignants doit être quotidienne et rendre compte d'actes routiniers et nombreux (la prise des repas, des traitements, la toilette, l'élimination, les activités, l'évaluation de la douleur, les comportements etc..). Cette exigence règlementaire et administrative manifeste les contraintes inconciliables qui pèsent sur les soignants qui doivent délaisser la relation au nom du comptage et de l'évaluation (Pierron et al, 2020)

Alors la portée et l'utilisation de cette traçabilité semblent relever du contrôle et d'une logique d'industrialisation de la relation, éjectant tous ce qui n'est pas productif, tout ce qui ne relève pas du travail, c'est-à-dire la relation humaine et sociale (Dussuet el al, 2017).

Alors, bien-sûr, le droit à l'information ou le libre choix de son lieu de résidence doit pouvoir être garantit. Certes on ne peut que se réjouir que la parole des résidents et leurs proches soit enfin valorisée (Brami, 2013). Mais cette recherche permanente de la qualité et de la libre concurrence semble produire un rationnement de la relation sociale et humaine ou de l'offre et par conséquent de la réduction de ce choix (Delouette, Nirello, 2017) et d'une qualité de service rendu toute relative.

Ce pilotage par indicateurs auquel on assiste dans les EHPAD est digne d'une logique industrielle et marchande (Dussuet et al, 2017) qui semble profiter aux EHPAD commerciaux issus du secteur hôtelier (Villez, 2007). Constitués en grands groupes ils sont rompus à l'application d'une logique de mutualisation des moyens et de standardisation de l'offre afin de maîtriser les coûts (Stanzione, 2009). A contrario des établissements de l'économie sociale et solidaire qui mettent en avant une éthique sociale, les établissements commerciaux, eux, visent le gain financier (Bozio et al, 2016). Cela se caractérise notamment par la faible habilitation des EHPAD commerciaux aux aides sociales et logements. Cela a comme principal effet d'écarter une clientèle peu fortunée. A contrario c'est la valorisation d'un accompagnement et de service à la carte de standing qui s'éloigne d'un modèle qui serait trop social (Smida, 2009).

Tout ne pourrait relever que d'une loi de la libre concurrence, si ce n'est que ces EHPAD commerciaux bénéficient comme leurs homologues non commerciaux, de fonds publics pour fonctionner.

Les EHPAD issus de l'économie sociale et solidaire sont historiques dans le secteur médico-social (Delouette et Nirello, 2016). Qu'ils soient publics (autonome, hospitalier ou communal), ou associatifs (privé à but non lucratif), ils ont créé un fort maillage territorial. Bâtis sur des valeurs de solidarité et de réduction des inégalités, ils ont construit une offre publique d'accueil des personnes âgées qui est accessible au plus grand nombre grâce aux financements publics (Delouette, Nirello 2017). Ce lien privilégie avec les acteurs historiques le législateur l'a remis en question par la création du statut d'EHPAD en 1997 qui marque également l'ouverture à la concurrence (Dussuet et al, 2017). En durcissant l'accès aux autorisations, avec le principe d'appel à projet, l'Etat au travers des ARS semble vouloir gérer le flux de cette offre et par là même gérer les dépenses s'y afférant (Bozio et al, 2016). La puissance publique cherche à réduire les coûts et sa préférence va vers des solutions tournées soit vers la mutualisation d'établissements, soit vers les opérateurs privés détenteurs de capitaux (Bozio et al, 2016).

La puissance publique contraint les EHPAD à se livrer une féroce bataille qui les conduit à appliquer la même logique financière guidée par les indicateurs GIR et PATHOS qui normalisent l'activité (Delouette, Nirello, 2017). Le principe de solidarité est fortement remis en cause par ces logiques de marché qui opposent plus qu'elles ne rapprochent les acteurs des usagers.

Dans la vision des gestionnaires actuels, il n'est pas question de sauver le service public de santé, mais bien au contraire de le rationner afin d'y étendre un peu plus les logiques de marché ; l'action publique doit se résoudre à la seule assistance (Boursier et Mills, 2019).

Ces pratiques commerciales issues du référentiel marchand (Coron, 2017) utilisent un management par indicateurs et instaurent une concurrence dont les caractéristiques ne sont plus allouées au seul statut d'EHPAD. En effet c'est tout le secteur du médico-social sensé accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie qui est soumis à la rationalisation au nom de la performance (Duthil, 2007).

I.1.4. Concept de performance, de quoi on parle-t-on ?

Pourquoi présenter la performance dans ce travail de recherche ? Parce que l'action qui guidait tout expert dans son art, ce savoir-faire de l'acteur comme une assurance de qualité est désormais remis en cause (Fermon et Grandjean, 2015). Cette performance-là émanant d'une simple action ne suffit

plus et ne peut être centrée sur son auteur mais sur celui qui l'évalue (Fermon et Grandjean,2015). On retrouve cette mutation de philosophie de la puissance publique dans le principe d'appel à projet, des CPOM ou des évaluations internes/externes, passant d'une logique des moyens vers une logique de résultats et de performance (Lemaire et Nobre, 2014).

Alors ne pas parler de performance pourrait apparaître comme une erreur de compréhension ou d'omission des règles du jeu en cours dans un secteur médico-social soumis à la démarche qualité et sommé d'être performant (Laurent,2016). Ce serait prendre le risque d'appliquer une vision unidimensionnelle dont on sait quelle est inopérante en matière de performance (Bocco, 2010). Et puis refuser la gestion sous toutes ses composantes produit l'effet inverse : une rationalisation qui se répand et instrumentalise l'humain (Adrien, 2014). Car les outils de gestion sont déjà à l'œuvre et délivrent une idéologie gestionnaire bien éloignée des valeurs humanistes originelles des ESSMS (Gomez, 2013). Enfin parler de performance, c'est mettre en exergue que rien n'est définitif dans la performance, ce n'est que perpétuel recommencement ou renoncement. L'objectif pour un manager devient alors de la maintenir et de pérenniser cette performance (Legrand, 2015). C'est en cela qu'il nous semble intéressant également d'évoquer le concept de performance, justement parce que la performance est temporaire et dépendante du manager et du management qu'il proposera et qui permettra à cette performance de continuer à exister.

En conséquence puisqu'il ne peut y avoir de performance sans mesure de celle-ci (Lebas ,1995), nous acceptons donc l'évaluation de cette performance, mais selon des critères adaptés et redéfinis. Ainsi l'efficience et l'efficacité seront présentées, mais en prenant en compte une dimension qui correspond à la spécificité du champ médico-social. C'est en prenant connaissance des outils de gestion que l'on peut savoir ce qui est mesuré, comment cela est fait, et apporter des outils de gestions adaptés aux spécificités du champ médico-social (Adrien, 2014). Ce concept qui s'avère incontournable en sciences de gestion est considéré comme le concept constitutif d'un des fondements majeurs dans la recherche en management des organisations (Salgado,2013). La performance d'entreprise occupe une position centrale en sciences de gestion (Dohou et Berland,2007).

Renfermant une pluralité de définitions, la performance est certainement l'une des notions les plus protéiformes (Phanuel et Lemaire, 2015) abstraites et floues de la littérature organisationnelle (Bruna et Chauvet, 2013), ce qui conduit à la quasi-impossibilité de dégager une définition qui fasse consensus chez les auteurs (Dumoulin et Gauzente, 2009).

Les nouvelles pratiques managériales induisent de nouveaux outils de gestion qui engagent le déploiement du concept de performance et de *chalandisation* (Chauvière, 2016).

Habituellement, la notion de performance est utilisée afin d'exercer une comparaison des organisations, des individus entre eux ou d'eux-mêmes (Bruna et Chauvet, 2013). Le résultat chiffré attendu se construit avec une échelle et ou un référentiel (Pesqueux, 2006). Il s'agit d'obtenir une information, un résultat quantifié sous-entendant une valeur positive (Pesqueux, 2006) comme un bon chiffre d'affaires, ou une bonne progression des exportations. On retrouve là l'origine du concept de performance envisagé initialement par les gestionnaires comme un concept unidimensionnel de mesure du profit (Saulquin et Schier 2007).

Mais cette conception de la performance est étrangère à la culture du secteur de l'action sociale et médico-sociale (Loubat, 2012).

Actuellement tout le monde parle de performance en EHPAD et pourtant elle semble en panne malgré une financiarisation accrue qui apporte généralement de la performance (Denglos,2007). L'amélioration que devait apporter la nouvelle gestion publique n'a pas été au rendez-vous (Lux, 2016). Comme le démontre le taux d'accidents du travail record en augmentation depuis trois ans[42], constaté dans les secteurs d'aide à domicile et des EHPAD français, la dimension sociale de la performance n'a pas été prise en compte.

S'appuyer sur une seule dimension peut peut-être suffire dans certaines activités. Mais, dans certains contextes, comme les EHPAD, la seule question économique n'est pas pertinente et il est alors nécessaire d'inclure d'autres critères et dimensions de la performance (Salgado,2013). La performance est alors pensée comme création de valeurs (Marion et al, 2012).

C'est ce qu'il se passe depuis quelques années. La performance est abordée avec une logique qui s'appuie sur une approche plus globale (Legrand,2015). Désormais, envisager la performance sous l'angle unique de la rentabilité pour l'entreprise et l'actionnaire est difficilement envisageable (Bocco, 2010). La performance de l'entreprise ou de l'organisation est dorénavant contextualisée, cela signifie que la compréhension du milieu d'implantation, d'exercice ou professionnel est indispensable pour en connaître, comprendre et maîtriser les règle du jeu (Lux, 2016). Désormais, le constat est partagé : il ne peut y avoir de performance économique sans performance sociale (Saboune et al 2018).

[42] Le site Amélie.fr relève depuis 2017 un taux d'accident du travail en hausse régulière pour les secteurs d'aide à la personne et EHPAD.

I.1.4.1. Le concept de performance sociale

La crise que connaissent les EHPAD est l'objet d'un nombre conséquent de recherches scientifiques. Detchessahar et al en 2012 s'intéressent à la souffrance au travail en EHPAD et notent que c'est plutôt l'absence de management qui met en échec les salariés et non l'inverse ! Petit et Zardet en 2017 s'intéressent à la faible attractivité des EHPAD et en concluent la nécessité de travailler les solutions en local dans l'établissement avec le manager de proximité et la direction. Saboune et al en 2018, quant à eux, étudient la performance sociale en EHPAD. Leur constat est que le management ne joue pas son rôle de source de solutions actionnables en EHPAD.

Ces travaux sont riches d'enseignements, mais envisagent le management dans une certaine continuité, c'est-à-dire qu'ils ne remettent pas en question l'idéologie gestionnaire qui consiste à exclure et invisibiliser, ce qui fait la base de ces métiers du soin : la considération de la relation humaine. Le sujet dont il est question dans ce travail de recherche est justement de redimensionner la démarche managériale en la basant sur l'interdépendance humaine.

Comme il a été dit précédemment, aujourd'hui le secteur médico-social est interrogé sur ses performances. L'évaluation de la qualité des services rendus se fait à l'aune de l'efficacité (Dormont, 2011). Le secteur des EHPAD avec délégation de mission d'intérêt public, administré par la puissance publique, est appréhendé sous le prisme de l'efficience de son action (Boursier et Mills ,2019). Mais, la rationalisation dans l'accompagnement du vieillissement en cours dans notre pays reste essentiellement financière et économique (Baret, 2012).

La performance est la résultante de deux notions qui sont l'efficacité et l'efficience (Phanuel et Lemaire, 2015). L'efficacité est très souvent associée à la gestion d'une entreprise (Gaulejac de,2013) validant implicitement la transposition de ses codes et conduites au secteur médico-social efficace (Adrien, 2014). L'efficacité dans le logiciel gestionnaire, c'est l'atteinte des objectifs, en rapportant les résultats aux objectifs (Salgado, 2013).

L'efficience concerne les moyens utilisés pour obtenir un résultat. Dans une approche économique, c'est l'utilisation minimale des moyens à des fins de résultats quantifiables par indicateurs des capitaux employés (Salgado, 2013).

Le concept de performance sociale est différent en ce sens qu'il est centré sur les dimensions humaines de l'organisation. Les valeurs morales et de cohésion sont alors érigées comme préalables incontournables à la performance (Saboune et al 2018). Il ne peut y avoir de création de richesse

financière ou économique que si les d'objectifs sociaux sont réalisés. La performance est ici envisagée dans une perspective sociale comme génératrice de toute autre performance (Bruna et Chauvet, 2013).

Clarkson (1995) décrit la performance sociale comme la capacité à satisfaire les parties prenantes : employés, actionnaires, consommateurs fournisseurs, concurrents propriétaires (Frimousse et al, 2006).

Résumer la performance à la seule production de résultats, ce serait en donner une définition tronquée. Ce qui fait performance sociale c'est l'intégration des dimensions humaines (Bruna, Chauvet, 2013) ; c'est le processus qui s'engage entre toutes les capacités individuelles qui agissent en interdépendance et qui dépasse la performance individuelle pour devenir une performance collective (Legrand, 2015).

La performance sociale pourrait être définie comme le résultat de l'organisation d'une entreprise dont les processus sociaux lui permettent d'être reliée à la société (Wood, 2004). En d'autres termes, des résultats qui ne considèrent pas en premier lieu l'activité économique.

La performance sociale d'une organisation peut certes s'apprécier à la lumière des deux notions phares des sciences de gestion que sont l'efficacité et l'efficience, à la condition de redéfinir ces notions et de les adapter au contexte médico-social. Par efficacité, on entend le niveau d'atteinte des objectifs et l'efficience qui met en relation le résultat obtenu et les moyens mobilisés pour y parvenir tout cela sur la base d'une approche sociale ; c'est-à-dire qu'aucune valeur économique ne pourra être valable si elle s'est constituée aux dépens des valeurs morales et de cohésion sociale. Ainsi les résultats (l'efficacité médico-sociale) conjugués aux moyens mis en œuvre et leurs impacts (l'efficience médico-sociale) donneront une vision équilibrée et panoramique (Touate et Bennouna 2019).

Les paramètres d'efficience – rapport du coût engagé/réponse qualitative aux besoins des usagers – ne peuvent devenir un repère que si la satisfaction des besoins de l'ensemble des usagers atteint un niveau acceptable. (Samr, 2012)

Une fois dépassée la vision de la mesure ou de l'évaluation comme moyen dévoué seulement au contrôle, un champ s'ouvre au manager, car l'idéologie du contrôle réside plus dans la main de l'utilisateur que dans l'outil lui-même (Adrien, 2014).

L'agence nationale d'appui à la performance a été créé, afin de mesurer la performance en secteur médico-social, par la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, dite loi HPST relative à la modernisation des établissements de santé sociaux et médico-sociaux, à l'accès élargi à des soins de qualité et à une réorganisation territoriale du système de santé

I.1.4.2. La performance appliquée en EHPAD : présentation de l'ANAP

L'agence nationale d'appui à la performance a comme rôle d'aider les ESSMS dépendant des financements de l'assurance-maladie à améliorer le service rendu aux usagers, grâce à l'élaboration d'outils de gestion. Ainsi, en assurant le suivi et la mise en œuvre de ces outils, elle permet aux ESSMS de moderniser leur gestion, de pérenniser et d'accroître leur performance (Anap.fr).

Depuis 2010, l'ANAP expérimente et développe un outil de gestion, le tableau de bord, qui est le fruit d'une commande de l'État. Cet outil de gestion est une innovation managériale (Lemaire et Nobre, 2013) dans le sens où l'organisation adopte des pratiques nouvelles en vue d'améliorer sa performance globale (Le Roy et al,2013).

Les ESSMS et autorités de tarification dans un seul outil vont ainsi avoir accès à une information, harmonisée avec les autres ESSMS et rassemblée dans un même endroit (Lemaire et Nobre, 2013).

Le tableau de bord est devenu un outil de référence pour les agences régionales de santé (ARS), conseils départementaux (CD,) établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et organisme gestionnaire (OG) (ANAP[43]).

Le renseignement du tableau de bord de l'ANAP pendant un temps laissé au volontariat des dirigeants d'EHPAD est devenu désormais obligatoire depuis le 1er janvier 2019[44] (tout comme les CPOM qui avaient bénéficié d'une période de treize ans de participation facultative pour être finalement imposés à compter du 1er janvier 2015).

Voulu et pensé comme un outil accompagnant les évolutions profondes en médico-social, le tableau de bord est facilitant pour le dialogue budgétaire, pour l'aide à la comparaison entre ESSMS et permet de visualiser les axes d'amélioration (Vinquant, 2018[45]).

Ces tableaux de bord officiellement dénommés *tableau de bord de pilotage de la performance des établissements et services sociaux et médico-sociaux* se déclinent en quatre axes[46]

---

43 Tableau de bord de la performance dans les social et médico-social premier enseignement, ANAP, juin 2018
44 Arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social**,** JORF n°0087 du 12 avril 2019
45 Jean-Pierre Vinquant, direction générale de la cohésion sociale (DGCS), « Préface » de *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. Premiers enseignements*, ANAP, juin 2018
46 https://tdb-esms.atih.sante.fr/files/2015/anap_tdbms_support_institutionnels_2015_v0.5.pdf

- **Axe1 : Prestations de soins et d'accompagnement**

Est-ce anodin si ce premier axe est uniquement tourné vers la productivité et les indicateurs GMP et PMP ? En s'intéressant aux taux d'occupation des lits et à la durée moyenne de séjour, ce premier axe montre son intérêt à récolter des données de gestion. Ainsi l'agence nationale d'appui à la performance dispose d'indications utiles pour établir, le moment venu, des statistiques en lien avec les questions financières.

Quant aux indicateurs de soins (PMP) et d'autonomie (GIR), ils délivrent à un moment T une représentation de la structure. On assiste alors à « une *instrumentation de la mesure qui s'appuie sur un ensemble d'outils et dispositifs gestionnaires censés reproduire les bonnes pratiques managériales* de *l'entreprise* » (Naro,2015, p.171). En effet ces indicateurs n'ont pas la faculté de saisir dans leurs grilles de lecture des éléments d'améliorations de prestations et d'accompagnement car ils excluent les cas particuliers (Bechtold-Rognon,2018). Seule la statistique est présente, pas l'analyse. En quoi le taux de GIR et /ou de PMP d'un EHPAD est-il indicateur d'un accompagnement de qualité ? Ces indicateurs ne renseignement pas le travail réalisé, ils établissent une image à un instant T de la dépendance dans l'EHPAD, sans plus de précision.

La performance, dont il est question dans cet axe, est plus centrée sur les pratiques managériales et les principes généraux qui les guident dont le seul dessein est d'instaurer des pratiques globalisantes dénuées de prise en compte de l'individu. Ainsi le GIR et le PMP se transforment d'indicateurs en instruments de contrôle, outils si chers à l'idéologie gestionnaire (Hendrick, 2018).

- **Axe 2 : Ressources humaines**

Consacrée aux ressources humaines, cet axe a le mérite d'arriver en seconde position des préoccupations dans ce tableau de la performance. Il établit des indicateurs qui impactent grandement la qualité de vie au travail des agents. Mais ce recensement n'est pratiqué que d'un point de vue comptable *in fine*. Si l'on recensait parmi les indicateurs la présence de recueil de satisfaction des agents au travail par exemple, cela aurait un double intérêt ; en quoi le taux d'absentéisme permet-il d'anticiper un burn out par exemple. Tout d'abord ce type de données renseignerait sur le climat social et ensuite ils permettraient de prévenir certains risques psychosociaux comme le burn-out par exemple qui impactent l'aspect social d'une organisation. De tel indicateurs auraient facilité l'engagement vers une performance sociale. Or cet axe 2 aborde les ressources humaines d'un point de vue comptable en recensant des données sans donner la capacité d'agir sur les causes.

Il est surprenant que les ressources humaines puissent appréhender les difficultés des agents avec seulement un taux d'absentéisme et de rotation de personnel ! Ce n'est pas de la gestion de ressources humaines mais de la compilation de données. Si par le passé cette vision suffisait, aujourd'hui elle

s'avère inefficace dans la gestion des conflits sociaux aux seins des organisations (Masclet, 2010). Appréhender une organisation sous le seul prisme d'indicateurs partiellement informatifs ne permet pas d'agir positivement sur le climat organisationnel. Cet axe 2 *ressources humaines* n'a comme seul rayon d'action le relevé de statistiques sans donner les moyens à l'organisation de répondre aux problématiques sous-jacentes du *burn out* ou autres risques psychosociaux. La performance dont il est question dans ces tableaux de bords ANAP semble orienté vers la seule question du rendement.

- **Axe 3 : Finances et budget**

Il traite des financements. D'apparence modeste avec seulement 2 items, il n'en est rien, c'est un effet trompeur. En pratiquant une analyse d'ensemble, il apparaît clairement que toutes les données de tous les axes convergent vers lui. Destiné aux finances et au budget, l'axe 3 revêt une importance majeure par son périmètre d'action direct et indirect.

- **Axe 4 : Objectifs et données de caractérisation**

Dans cet ultime axe, il est question d'organisation des procédures et de mutualisation. Là c'est une volonté de régulation par la gestion administrative qui est affichée par la puissance publique (Delouette et Nirello, 2016). Cela se matérialise par un fort recours aux procédures, aux outils et aux regroupements des organisations. L'objectif est de standardiser l'offre par des modes de fonctionnements commun et une mutualisation au nom de la performance (Delouette et Nirello,2016).

L'appui à la performance apporté par l'ANAP aux établissements et services médico-sociaux via ces tableaux de bord est essentiellement tourné vers une performance économique.

La performance dont il est question dans ce tableau de bord ANAP est clairement une performance financière. Ce ne sont que des données comptables qui ne mesurent que l'efficacité et l'efficience économiques.

Le tableau de bord de pilotage de la performance des Établissements et service sociaux et médico-sociaux leur permet grâce à des indicateurs internes d'analyser, de renforcer leur pilotage et se positionner en regard des autres ESSMS similaires en termes de caractéristique (Source ANAP.fr). Ces pratiques rappellent le benchmarking et la mise en compétition caractérisant le NMP dont l'objectif annoncé est l'efficacité budgétaire (Amar et Berthier, 2007). Les acteurs du médico-social, vont dorénavant être appelés à concevoir la performance sous un angle de vue différent, qui induit un

désapprentissage[47] pour passer de la performance centrée sur la qualité à la performance globale, multidimensionnelle avec des objectifs financiers (Lemaire et Nobre, 2013).

Ainsi l'ANAP a organisé un désapprentissage de la notion de performance et les tableaux de bord participent à son remodelage (Lemaire et Nobre, 2014). Le risque réside dans le fait de multiplier les indicateurs (GIR, PMP, tableaux de bord ANAP etc.) pratique qui peut se révéler inefficace, si elle prend l'allure d'une hyperactivité gestionnaire qui finit par masquer pour les cadres la présence du travail réel (Grevin, 2018).

Les tableaux de bords sont avant tout des outils qui émanent du nouveau management public (NMP) ou nouvelle gestion publique (NGP). Les termes changent quelque peu mais la genèse est identique : introduire un marché ou quasi-marché (Merrien, 1999) via la gestion publique, dans les services publics ou de mission d'intérêt public.

[47] Terme utilisé par Lemaire et Nombre en 2014 dans l'article : rôles d'un tableau de bord dit «de pilotage de la performance » dans le secteur médico-social.

Conclusion section 1

Dans cette section 1 nous avons souhaité vous présenter l'évolution de ces établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes en partant de leurs origines qu'étaient les hospices jusqu'à aujourd'hui les EHPAD.

À travers cette évolution, le législateur a peu à peu renforcé sa présence pour finalement en définir totalement les règles de fonctionnement. Ce qui s'en suit est un enchaînement de lois qui placent les EHPAD dans un carcan réglementaire (Villez, 2019) dont la finalité est l'instauration d'une gouvernance introduisant les principes gestionnaires et conduisant à l'instauration des principes de rationalisation chers au nouveau management public (NMP) en EHPAD (Coron, 2017).

Ainsi, les conséquences de cette gouvernance empreinte d'une logique industrielle et marchande (Dussuet et al, 2017) ont été la transformation des EHPAD passés d'une économie sociale et solidaire (Delouette et Nirello, 2017) à une industrie du vieillissement où l'attention des managers est essentiellement tournée vers la performance économique de leurs structures (Tamnine et Atlagh,2020 ; Boursier et Mills, 2019).

I.2. Le NMP en action dans les EHPAD

Introduction section 2

Introduit de manière graduelle en France à partir des années quatre-vingt-dix, le NMP a inspiré un mouvement managérial et par là même des dispositifs de gestion de l'activité publique (Abord de Chatillon et Desmarais,2012). Cette modernisation des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux annoncée dans la loi HPST empreinte d'une rationalisation (Villez, 2007) est menée inlassablement depuis une trentaine d'années (Amar et Berthier,2007). En effet, le NMP a été plébiscité à travers la planète pour améliorer la compétitivité des services publics et les moderniser (Lahjouji et al, 2018).

Le management, qui évolue vers une offre médico-sociale unifiée autour de logiques différentes et d'usagers qui le sont tout autant, s'en trouve complexifié et cela conduit à une insatisfaction des publics (Lemaire et Nobre, 2014).

Le modèle EHPAD *modernisé*[48] peu à peu montre ses limites tant pour les usagers que pour les salariés.

Trois quart des personnes aujourd'hui qui entrent en EHPAD ne le font que parce qu'elles n'ont pas trouvé de solutions satisfaisantes leurs permettant de rester dans leur domicile, entrer en EHPAD n'est donc pas un souhait (Ennuyer,2019).

Quant au personnel des EHPAD, il est extrêmement difficile de le fidéliser (Petit et Zardet, 2017) d'ailleurs certaines formations professionnelles comme les aides-soignantes, peinent à recruter aujourd'hui (Croguennec, 2019).

I.2.1. Les effets constatés au quotidien en EHPAD

L'idée que nos sociétés fonctionnent selon les principes utilitariste (Billé, 2018) ne fait plus aucun doute ! En effet de nos jours, tout se calcule et s'analyse à l'aune de la productivité et de l'efficacité (Billé, 2018). Cette pensée utilitariste et libérale qui conçoit que pour atteindre le bonheur du plus grand nombre il doit y avoir inévitablement dans une société des exclus et des sacrifiés est bien à l'oeuvre actuellement (Martz, 2018). Et bien dans cette société qui prône ces valeurs, alors durer

[48] Nous employons le terme *modernisé* en regard de la volonté affichée du législateur de moderniser l'offre en EHPAD par des réformes précédemment exposées.

devient suspect et de fait la vieillesse fait figure de *contre-valeur* (Billé, 2018) et pose un problème (Martz, 2018). Les effets de tout cela sont quotidiennement constatés, cette pensée telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui en EHPAD, conduit à un mépris de la personne dépendante et à des conditions de travail dégradées pour les professionnels (Dussuet et al, 2017), d'où la question de l'humanité en EHPAD (Martz, 2018).

Il est possible de rendre concret ce mouvement managérial en le partitionnant en trois parties qui sont **le managérialisme**, **la responsabilisation** et **la contractualisation** (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012).

Le managérialisme : est guidé par la recherche de réduction des moyens au service d'une performance sans cesse améliorée ; elle est centrale dans le nouveau management public (Abord de Chatillon et Desmarais,2012). L'instauration des CPOM poursuit cette stratégie de recherche d 'efficience et d'optimisation budgétaire en EHPAD.

La responsabilisation : se traduit par l'obligation pour les gestionnaires du secteur public (ou gérant des budgets publics) d'adopter désormais une attitude de responsabilisation issue de la logique gestionnaire : l'*accountability* terme anglo-saxon qui renvoie à l'obligation de rendre des comptes (Choffel et Aldrin, 2015). Cette responsabilisation nous la retrouvons quand le législateur procède à une convergence tarifaire des établissement sociaux et médico-sociaux et plus particulièrement celle des EHPAD[49] . Celle-ci va nécessiter une harmonisation des coûts impactant plus fortement les EHPAD rattachés aux hôpitaux (FHF, 2008)[50].

Avec cette convergence tarifaire c'est la constitution d'un standard qui s'opère, déterminé par les ressources et non les besoins (Poinsot, 2009). En 2017, les restrictions budgétaires instaurées par ces convergences tarifaires ont abouti à une baisse des recrutements (Hirsch, 2017)[51].

La contractualisation : conduit les organisations à se regrouper afin de mutualiser leurs moyens et surtout réduire leurs coûts remettant ainsi en question les structures à taille humaine (Boyne,2003) pour favoriser les grands ensembles. La mutualisation des moyens, pour une réduction des coûts découle des CPOM qui pousse les gestionnaires à se regrouper sous de nouvelles formes de coopérations.

---

49 Dossier la gazette santé scial.fr : vieillesse, la convergence tarifaire aura-t-elle raison des EHPAD publics ?
50 Fédération hospitalière de France
51 Publié sur le site La Croix le 18 septembre 2017

Ces trois dimensions sont traversées par la recherche accrue de performance (Pollitt, 2002) qui s'illustre par le contrôle des dépenses publiques, l'orientation vers le marché, la privatisation, la mise en concurrence, l'efficacité et l'efficience érigées en valeurs, les objectifs orientés vers les résultats financiers, la gestion par résultats et la diminution des règles bureaucratiques (Marchand et Brunet, 2019).

L'ambition affichée par le NMP est d'instaurer une gestion plus responsable dans le secteur public, via une logique de moyens et la mise en place d'un contrôle organisationnel, qui s'appuie sur le contrôle des résultats (Georgescu et Naro,2012).

L'optimisation au nom de la qualité de service et de la maîtrise des dépenses publiques ne semble pourtant pas atteindre totalement son but : offrir un service de qualité aux usagers /clients (Merrien,1999) tout en mobilisant un minimum d'argent public.

Ce goût prononcé pour les collectifs individualisés, observé bien des années plus tôt dans les hospices on le retrouve dans les principes du nouveau management public. La particularité de cela est que cet ensemble d'individus qui doit se plier aux même règles et contraintes organisationnelles ne se trouve jamais en mesure d'y répondre de manière solidaire et coordonnée (Cultiaux,2012). Cette globalisation de l'individu agit comme une remise en question du lien social et de la solidarité élaboré dans l'ère industrielle (Vendramin, 2004). Ce principe, nous le retrouverons bien dans le management actuellement à l'œuvre en EHPAD !

Focalisé sur la recherche de l'atteinte des objectifs chiffrés le nouveau management public entraîne insidieusement une baisse de la qualité en secteur médico-social car il prive les professionnels de ce secteur, du temps nécessaire et non quantifiable pour prendre soin des usagers (Chanial, 2010). Ce mode de fonctionnement confronte les salariés à des aberrations. Aujourd'hui les règles à l'œuvre instituées par le NMP joignent l'inutile au désagréable (Dujarier, 2015). En effet la question des conditions de travail des soignants semble être en conflit avec la performance économique (Bertézène et Dubrion, 2012) : ce qui prime n'est pas la qualité de la relation soignant/soigné, mais le volume de travail dégagé par les professionnels du soin ! (Dussuet et al 2017).

Alors ces principes d'industrialisation qui constituent le fondement même de ces nouvelles pratiques managériales vont s'installer en EHPAD (Marquier et al, 2016). Les conséquences constatées de ce NMP sont : la pression à la performance financière[52], les injonctions paradoxales (Marquier et al,

[52] Marie-Anne Dujarier, sociologue in Boulet, A M. (2017) Les écueils du NMP, santé &travail

2016), le stress professionnel (Rivière et al, 2019), les risques psychosociaux (Commeiras et al, 2018) et la manipulation des données comme le surcodage (Naro, 2019).

Dans ce mode de pensée, la disponibilité des professionnels doit être totale, il faut être constamment joignable que l'on soit en congés ou en arrêt maladie[53].

Paradoxalement les soignants doivent être attentifs alors qu'eux-mêmes ne sont pas écoutés par leur hiérarchie sur les situations de mal-être quotidien questionnées par l'éthique et l'identité professionnelle (Eloi et Martin,2017). Les soignants se retrouvent face à des dilemmes, délaisser l'accompagnement humain au profit du rendement car les autorités de tarification fixent « *à la minute près le temps que doit passer chaque soignant auprès des patients selon les niveaux de Gir*[54] » (Dussuet et al*,* 2017, p .195). Comment ne pas remettre en question le sens et l'utilité de son rôle quand les valeurs humaines et sociétales sont à ce point bafouées dans l'exercice même de sa profession ?

L'un des risques est que les conditions difficiles de travail amènent à accepter d'une certaine manière l'inacceptable (Piot et Thievenaz, 2017). Car il est reconnu que les actes de maltraitance en EHPAD se constatent lors des périodes estivales où des personnels moins formés assurent les remplacements dans des situations précaires de contrat court. (Piot et Thievenaz, 2017).

Il est commun de ne pas relier les pratiques professionnelles et l'organisation, pourtant les professionnels quand ils sont maltraitants le sont bien souvent malgré eux (Moulias et al, 2020). Bien sûr, il convient de distinguer les actes de maltraitance intentionnels, des actes commis sans intention de nuire (Moulias et al, 2020). Mais, quand le professionnel ne dispose pas pour effectuer ses tâches ni du temps, ni des conditions matérielles et qu'en prime personne ne se soit enquis de ses compétences, le problème est bien organisationnel et la maltraitance qui pourrait en découler également (Moulias et al ,2020). Par conséquent, il est aisé de comprendre que dans ces conditions, au quotidien, la transmission des savoirs n'est plus possible. Les aides-soignantes ne sont pas épargnées et l'on constate alors que le contre-don ne fonctionne plus (Divay,2011).

Il reste que la souffrance de ces situations pour les soignants et les personnes âgées est bien réelle : subie d'abord par les soignants et une organisation de travail inadaptée, subie ensuite par les personnes âgées à qui l'on promet une amélioration de la qualité de vie et qui voit au contraire leur

---

[53] Estelle Piernas in Boulet, A M. (2017) Les écueils du NMP, santé &travail.

[54] Le GIR est le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/quest-ce-que-le-gir

mortalité et morbidité augmentées (Moulias et al,2020). Comme un cercle vicieux, la souffrance semble relier malgré eux les couples soignant/soigné, accompagnant/ accompagné.

Les professionnels du soin disent combien il est difficile de travailler en EHPAD tant physiquement que psychiquement et combien la charge mentale y est importante (Marquier et al, 2016). Certes le niveau de dépendance des personnes en EHPAD s'est alourdi (CNSA, 2017). En retardant leur entrée qui, soit dit en passant, est plus une résignation, qu'un choix (Marquier et al, 2016), les personnes qui ont recours aux services d'un EHPAD sont très âgées et plus dépendantes[55]. Il est vrai qu'entrer en EHPAD est souvent vue comme la marque du temps, signe d'une grande vieillesse qui ne peut qu'aller mal (Mallon, 2007). Ce public âgé et fragile demande plus de soins donc plus de temps et de mobilisation au détriment de l'accompagnement basé sur le relationnel humain et le maintien des capacités (Marquier et al, 2016). C'est cela que les soignants disent épuisant : le soin hospitalier qui prime sur l'accompagnement médicosocial (Marquier et al, 2016).

A cela vient s'ajouter une organisation du travail qui s'est introduite dans les structures médico-sociales et qui s'apparente à une organisation scientifique du travail. Car oui le taylorisme existe toujours, il a pris des allures différentes, mais son esprit est toujours présent ; il ne s'impose plus autoritairement désormais, il recherche la complicité des agents avec la volonté de les convaincre et d'en faire des relais efficaces (Linhart,2019).

Le taylorisme d'hier se traduit en *taylorisme aménagé* aujourd'hui en EHPAD. Cette forme de management conduit les salariés des EHPAD à investir tous les attributs d'une usine décrivant même leur travail comme celui d'une machine (Marquier et al, 2016).

La division horizontale du travail consiste à établir la meilleure façon de faire. Cette recherche conduit à la spécialisation et à la fragmentation du travail (Plane, 2017). L'étude du temps d'exécution fait partie des moyens mis en place. En secteur médico-social, cela se traduit par le minutage des tâches des actes de la vie quotidienne. Comparable au minutage modélisé du temps théorique des tournées des facteurs pour la Poste, il est établi un temps de réalisation de la tâche (Jounin, 2019).

La division verticale du travail peut se résumer par la séparation entre les exécutants et les concepteurs dans le but d'identifier la meilleure personne à la meilleure place.

[55] Rapport Monique Iborra est vice-présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et député La République En Marche (LREM) de la Haute Garonne.

Dans les EHPAD, cela s'illustre par une organisation hiérarchique où seule une minorité de décideurs a accès aux décisions. Les soignants-exécutants se retrouvent exclus de toutes réflexions, propositions ou décisions : ils exécutent ! La conception est alors dévolue aux seuls décideurs (Wallon, 2012), les cadres passés de soignant à gestionnaire de l'activité incarnent ces décideurs. Mais de manière plus large, par les politiques publiques et l'imposition d'un rendement, la puissance publique et toutes personnes appliquant cette logique entrent dans cette catégorie de concepteurs- décideurs.

Le salaire à la pièce (ou au mérite). Officiellement le salaire au mérite n'existe pas en EHPAD. Même si cela n'est pas effectivement en place, on peut légitimement se demander si le principe n'est pas déjà à l'œuvre :

Est-ce que la prime de fin d'année en place dans les EHPAD publics qui prend en compte l'absentéisme, n'est pas une manière, d'évaluer un certain rendement ? Une sorte de prime au mérite d'être là ?

L'idée que le salaire augmente la motivation est l'objectif dans cette mesure. Pourtant, dans de nombreuses études, il a été démontré que la motivation était multifactorielle. « *On constate que 53% des salariés interrogés considèrent que l'intérêt de leurs missions, le sens de leur action par rapport à l'entreprise, l'utilité de leur rôle ou bien la qualité de la relation de travail avec leur équipe priment largement sur les autres critères pour leur motivation au travail*[56] ».

D'où la tombée en désuétude de ce principe de salaire ou prime au mérite, hormis dans la fonction publique où il est arrivé récemment.

Le contrôle scientifique du travail c'est le classement et l'analyse des faits par l'observation pour en tirer des principes généraux de savoir-faire ouvrier.

La recherche d'amélioration du travail notamment en évitant le gaspillage de temps a finalement conduit à une rationalisation du temps et à une comptabilisation de l'exécution des tâches (Meier, 2017). Cette organisation scientifique rigoureuse fait penser aux principes de la démarche continue d'amélioration de la qualité.

On retrouve cette idée de chasse au gaspi et de transfert du travail humain en travail machine dans l'apparition des outils tels que par exemple les rails de transfert au plafond pour mobiliser les résidents (Baronian, 2013) à faible mobilité.

[56] Étude 2014 "Diagnostic de la motivation dans les entreprises françaises" - le Cercle pour la Motivation

Frédéric Winslow Taylor pensait qu'il obtiendrait la rationalisation du travail en supprimant l'initiative ; il a commis l'erreur d'opérer une dichotomie stricte entre la main et le cerveau (Plane, 2017). L'objectif poursuivi par Taylor était d'optimiser la production et de faire disparaître l'expertise des exécutants et pour ainsi dire invisibiliser leur savoir-faire.

Parmi ces professionnels, auteurs d'actes invisibles dans le travail, les aides-soignantes et ou faisant fonction[57] font partie des soignants qui sont au plus proches des personnes âgées en EHPAD, c'est pour cela que le choix a été fait de traiter plus précisément ce corps de professionnel.

I.2.2. Les invisibles : aide-soignante et faisant fonction

Nous avons fait le choix donc de parler au féminin de ce corps professionnel essentiellement féminin[58] . Peu reconnue, peu rémunérée[59],cette profession d'aide-soignante en EHPAD souffre en silence et si depuis peu, elle se fait entendre, cela fait des années que les conditions de travail en gériatrie sont difficiles (Marquier et al, 2016).

Il existe une particularité dans le corps des aides-soignantes, c'est celui des « faisant fonction ». Bien que l'exercice de cette profession réglementée soit soumis à la détention d'un diplôme, il est « *autorisé d'enfreindre une règle* » (Arborio, 2019, p.2) et d'exercer la profession sans posséder le diplôme. Toutefois, les professionnelles qui n'obtiennent pas leur diplôme d'aide-soignante risquent de voir perdurer leur situation précaire (Arborio, 2019).

Dévolues aux actes qui s'apparentent aux tâches ménagères, les aide soignantes ne peuvent s'attendre à des gratifications d'autres professionnels au sein de l'hôpital (Divay, 2011). Elles sont souvent considérées plus comme des domestiques que des personnels du soin par les aidants (Molinier, 2010).

Ce sont des subalternes, tout comme les tâches auxquelles elles sont cantonnées et dont elles ont hérité parce que jugées ingrates par les infirmières (Arborio, 1995). Leur quotidien est d'effectuer ce que l'on nomme le *dirty work* (Huges,1997) traduit par *le sale boulot* (Lhuillier, 2005), celui que personne ne veut faire, qui est délégué[60] (Causse, 2006), que personne ne veut voir (Arborio, 2012),

---

[57] Le terme faisant fonction est ici employé afin de caractériser tout professionnel occupant le poste d'Aide Soignantes (AS), sans que la considération de diplôme n'entre en jeux. Les Aides Médico-Psychologiques (AMP), nouvellement Accompagnant Educatif et Social (AES) partagent les missions essentielles détaillées sur les fiches de postes des AS et entre par conséquent dans ce cas de figure et donc de la description qui sera réalisé.

[58] La part des femmes dans la profession d'aides-soignantes est de 90,4% selon l'observatoire des inégalités Source : Insee - © Observatoire des inégalités

[59] Source : Dares, d'après Insee - Données 2011

[60] « Le travail des aides-soignantes s'est inscrit dans un processus de délégation en chaîne des tâches les moins nobles et les plus routinières des médecins aux infirmières puis des infirmières aux aides-soignantes » (Causse, 2006)

pas même les familles ; les aidants attendent des aides-soignantes qu'elles leur présentent leurs proches conformes à l'idée qu'elles s'en font – sous-estimant la souffrance que cela peut représenter pour les soignantes mais aussi pour l'être aimé – et non comme ils sont en réalité, en perte d'autonomie, entretenant ainsi « *un simulacre de normalité »* (Molinier, 2010, p.135).

Leur quotidien de travail est fait d'arrangements et de *bricolages*[61] informels afin de garantir la continuité du service (Billaud et Xing,2016). Les aides-soignantes restent peu considérées, elles ont hérité de la partie la moins noble du soin, celle de la manipulation des corps et de ses excrétions (Lhuillier,2005). Elles sont l'autre face, celle que l'on cache, demeurant ainsi dans une relative invisibilité (Arborio,2012). Et si elles reconnaissent que, en gériatrie, leur souffrance est en partie due à l'hyper-contrôle de familles angoissées, elles avouent à demi-mots que personne, pas même un soutien institutionnel, n'est là pour vanter leurs expertises (Molinier, 2010). D'ailleurs personne n'admet avoir appris de ces travailleuses invisibles qui exécutent des tâches en gériatrie que tout un chacun croit pouvoir réaliser (Molinier, 2010).

Positionnées en bas de la hiérarchie des professions paramédicales (Lhuillier, 2005), elles représentent le plus grand nombre d'agents dans la plus petite catégorie[62] de la fonction publique hospitalière. Peu considérées, ces professionnelles n'ont même pas un rôle propre reconnu[63], ce sont des actrices de second plan derrière les infirmières et les médecins (Arborio, 2012) ayant le sentiment de ne pas être entendues par les autorités (Billaud et Xing,2016).

Ce manque de reconnaissance s'accompagne d'une diminution du nombre de leurs emplois aggravant leurs conditions de travail. Cela se passe dans le silence, les aides-soignantes semblent définitivement invisibles.

En définitive si les aides-soignantes sont invisibles en gériatrie, c'est soit parce que personne ne souhaite voir leur travail qui dérange, soit parce qu'il est jugé de manière péjorative et donc dévalorisé. Invisibles également parce qu'elles ont subi de plein fouet les baisses de budget et par conséquent les baisses d'effectifs (Billaud et Xing,2016).

---

[61] Ce bricolage avec les règles qui rendent leur tâches réalisable et supportable au quotidien (Billaud et Xing, 2016)

[62] La fonction publique hospitalière est composé de trois catégories de personnels : Catégorie A (les directeurs, cadre, infirmières.) la catégorie B (préparateurs en pharmacie, animateurs, ergothérapeutes…) et la catégorie C (ouvriers, AMP, aide-soignante…). La catégorie A représenté 16%, la catégorie B 36% et la catégorie C 48% des effectifs de la fonction publiques hospitalières. Source rapport de la Cours des Comptes sur les effectifs de l'Etat publié en 2009

[63] https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/190208-aides-soignants-la-crise-des-vocations-prend-une-ampleur-inquietante.html

Pourtant le travail de ces soignantes est essentiel. En effet à travers leurs tâches quotidiennes, les aides-soignantes maintiennent les capacités ou compensent les incapacités de la personne (Bonnet, 2006) et cela n'est pas anodin dans l'accompagnement au maintien de l'autonomie et au maintien du lien.

Cette invisibilité se révèle préjudiciable, en premier lieu aux personnes accompagnées qui se trouvent niées dans ce qu'elles vivent et privées d'une réelle réponse à leurs besoins. Ensuite l'invisibilité est doublement coûteuse :

- pour les agents qui s'épuisent à donner et ne rien recevoir, si ce n'est de l'indifférence ;
- pour la collectivité et les dégâts humains que l'on mesure[64] aujourd'hui et les impacts hors travail (Clot, 2012) que l'on peut quantifier sont encore plus élevés.

Enfin pour les managers qui se privent des richesses humaines parmi leurs collaborateurs car ne pas voir ces trésors d'inventivités déployés au quotidien par les aides-soignantes et faisant fonction, c'est ignorer toutes ces capacités humaines hors normes qui font qu'une organisation acquière sa réputation dans la qualité du service rendu.

Le choix de mettre en lumière le quotidien de travail des aides-soignantes dans ce travail de recherche a été fait car il semble illustrer la souffrance (Safy-Godineau,2013) que vivent les professionnels en EHPAD dont l'action quotidienne est guidée par le prendre soin.

La condition des aides-soignantes expose au grand jour comment leurs missions au quotidien sont compliquées et complexes tant l'environnement et la pression financière est importante (Piot et Thievenaz ,2017). Elles n'ont statutairement pas d'autonomie reconnue, leurs tâches sont centrées sur l'accompagnement et l'aide des personnes : un travail de *care* (Molinier, 2013), de prendre soin (Causse, 2006).

Certes les aides-soignantes ne sont pas les seules à effectuer un travail peu reconnue, mais il nous apparaît illustrer parfaitement le management à l'œuvre actuellement dans les EHPAD. En effet ces professionnels quel que soit leurs genres reste une profession féminine, effectuent au quotidien un travail essentiel dans le maintien du lien entre les personnes âgées et la société ; pourtant ces professionnels du soins sont frappés d'invisibilité. La situation de ces aides-soignantes vient plus

[64] Les arrêts de travail dans les métiers de services auprès des personnes âgées qui pour les années 2017& 2018 sont en tête devant tous les autres secteurs et en hausse (Amélie. fr, 2018)

largement poser la question du travail de *care* (Molinier, 2009) et de son assignation à être un travail invisible.

Le travail invisible

Marie-Claire Calmus en 2010 montre comment la rationalisation lorsqu'elle est employée en management produit les effets contraires recherchés. Au lieu de produire de la richesse, ce sont des dépenses de santé et des journées de travail perdues qui sont récoltées. Principales perdantes : les femmes qui subissent une exploitation invisible.

Florence Gallois et Amandine Rauly dans un article paru en 2019 expliquent comment l'acte de télémédecine dont le développement est en progression en EHPAD[65] repose sur le travail invisible des soignants et accompagnants. Les auteurs mettent en lumière que l'efficience attribuée à cette pratique n'est dû qu'à l'implication des patients, leur famille et les professionnels du soin non rémunérés pour l'acte.

Lucie Lebrun, Marc Dumas et Florence Douguet exposent dans une étude parue en 2018 les écarts existant entre le travail prescrit et le travail réel des aides-soignantes dans l'accompagnement de personnes âgées désorientée en EHPAD. Les auteurs mettent en évidence l'absence de reconnaissance voulue de cet écart de travail par les encadrants. Il devient alors clair qu'en niant leurs savoir-faire, l'encadrement utilise les principes du taylorisme et fait entrer ces femmes et ces hommes encore plus dans l'invisible en dénigrant ce travail de *care*.

Ces auteurs démontrent l'impact majeur de l'idéologie managériale qui prônent la rationalisation sur les plus faibles, ceux et celles qui par leur travail contribuent au prendre-soin et subissent finalement l'invisibilité.

Tout concept contient une part d'invisible et celui du travail n'échappe pas à la règle (Schwartz,2004). D'ailleurs et de façon générale de dit-on pas que « *le travail se caractérise par son invisibilité du fait de l'engagement subjectif qu'il suppose* » (Dejours et Gernet, 2012, p.84).

Mais, lorsqu'on parle de travail invisible c'est majoritairement pour faire référence au travail des femmes et plus précisément aux tâches ménagères non rémunérées (Schwartz,2004).

Scindé en deux classes, le travail peut être marchand ou non marchand, rémunéré ou non rémunéré, visible ou invisible (Schwartz, 2004). En relation avec des actes de la vie quotidienne ce sont ces

[65] https://telemedecine.sante-aquitaine.fr/page/projets/telemedecine-en-ehpad

tâches dites invisibles qui se situent à la frontière du bénévolat et du travail non rémunéré (Bonnet, 2006).

Le travail invisible et quotidien réalisé auprès des personnes âgées en EHPAD n'est pas le seul apanage des soignants. Les agents d'entretien, les professionnels techniques, les agents de restauration, les agents administratifs, bref tous les professionnels sans distinction qui travaillent quotidiennement en EHPAD sont concernés par le travail invisible. En effet, discuter avec une personne âgée en attendant que le sol fraîchement lavé de sa chambre sèche, régler une antenne de télévision afin de lui permettre de suivre son programme préféré, mettre en place un cadre au mur, aider à remplir des documents administratifs, confectionner des repas avec le soucis de répondre aux goûts des personnes accueillies etc. sont autant d'actes qui améliorent le quotidien des personnes âgées, autant d'actes passés sous silence et non valorisés. Toutes ces attentions que l'on qualifie souvent de « petites » qui demandent du temps et des ressources passent pour un non-travail et en deviennent invisibles (Bonnet, 2006).

Finalement, le travail au fil des ans a été rationalisé grâce à un management au service de la modernisation et sans que personne ne le voit, le travail est donc devenu invisible (Gomez, 2013) !

I.2.3. La reconnaissance empêchée

Assâad El Akremi, Narjes Sassi et Sihem Bouzidi, en 2009 dans leur article *Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail*, apportent la confirmation que la reconnaissance c'est identifier l'individus, son travail et ensuite de valoriser et de gratifier l'ensemble. Ainsi lorsque cela est réalisé, les effets positifs de la reconnaissance au travail se traduisent par plus de productivité et des comportements prosociaux.

Yvan Barel, Sandrine Frémaux et Pierre Mathieu en 2019 démontrent que l'insécurité vécue au travail peut être réduite par la reconnaissance au travail et la possibilité donnée de bien réaliser ses tâches professionnelles.

Même si notre axe de recherche n'est pas la souffrance au travail en tant que tel, intégrer la reconnaissance dans le management peut produire, on le voit, des effets positifs et des améliorations notables au quotidien pour les salariés. Toutefois, ces articles traitent de reconnaissance comme axe principal de recherche, alors que dans nos travaux le concept n'est pas central ; il sera associé à d'autres concepts et évoluera dans un cadre théorique qui devrait lui apporter une dimension désintéressée. Il nous apparaît indispensable de penser différemment en excluant toutes contributions

comme nécessairement productive pour l'intérêt individuel, mais comme contributive à un équilibre d'ensemble.

Comme il vient d'être vu, le quotidien des aides-soignantes est en grande partie constitué d'une absence qu'elles subissent : l'invisibilité. Cet empêchement dans leurs pratiques professionnelles, entrave la pleine expression de leurs compétences ce qui vient se répercuter sur leur santé (Petit et Dugué,2013).

La qualité de service s'en trouve affectée également, cela est d'autant plus impactant dans les métiers de services que la proximité avec le client est réelle (Petit et Dugué,2013). Ces professions ont ceci de particulier que l'opérateur ne trouve de sens dans ses actions professionnelles qu'avec la satisfaction du client, des collègues et de lui-même (Petit et Dugué,2013).

Dans les EHPAD, la réalisation des soins de nursing[66], qui est une activité centrale des aides-soignantes, est confrontée à des injonctions paradoxales représentatives des tensions que connaît le métier de nos jours : faire au mieux dans un temps restreint (Piot et Thievenaz, 2017).

On assiste à un court-termisme chronique qui rythme le quotidien de travail et dont la manifestation est une désorganisation qui épuise les salariés (Clot, 2012). A cela vient s'ajouter la perte de reconnaissance de son travail et la perte de la santé car faire un travail qui n'est plus défendable à ses yeux, c'est perdre son identité. Quant à la reconnaissance hiérarchique, elle est belle et bien devenue exceptionnelle (Clot, 2012).

Le management devient celui de la souffrance de plus s'y reconnaître et de ne plus y être reconnu (Clot, 2010). Un management qui prend la forme d'un *taylorisme aménagé* où la préoccupation n'est absolument pas centrée sur la logique de prendre-soin (Linhart,2017).

Masclet en 2010 fait une synthèse sur le NMP : « *le Nouveau Management Public que sous-tend, le néo-libéralisme, est en fait un retour à la chrématistique (conception du marché) que dénonçait Aristote. Masclet (2004) pense que cette forme d'économie met l'individu au centre du dispositif comme le souhaite la position humaniste, mais les motifs ne sont toutefois pas ici les mêmes. Il ne s'agit plus ici cette fois de mobiliser chez l'homme des dimensions psychologiques qui lui permettraient de s'épanouir, mais plutôt de solliciter celles qui le rendront plus performant à la tâche* » Masclet (2010, p.405).

[66] « Les soins de nursing regroupent l'ensemble des soins d'hygiène et de confort aux personnes dépendantes » (Etienne, 2016)

Le nouveau management public qui est à l'œuvre en EHPAD depuis l'ouverture à la concurrence du secteur (Coron,2017) conduit à une standardisation de l'offre (Delouette et Nirello, 2017). La performance technique est mise en avant par la recherche de régulation, de contrôle administratif des pratiques et de mesure de la productivité des tâches en EHPAD (Dussuet et al 2017). Quel que soit le service dans lesquels sera appliqué le NMP, C'est une logique industrielle qui va primer sur les valeurs civiques faisant de l'efficacité, l'efficience et la performance économiques des valeurs centrales (Cultiaux,2012).

Ainsi les professionnels soignants sont contraints de délaisser l'accompagnement humain et adapté des personnes âgées pour servir le rendement et l'exécution de tâches dans les meilleurs délais (Marquier et al, 2016). Concrètement, en EHPAD, les effets de ce nouveau management public se caractérise par sa capacité à rendre le travail invisible (Arborio, 2019. Gomez, 2013 ; Molinier et al, 2009 ; Calmus, 2010 ; Bonnet, 2006) et participe à la reconnaissance empêchée des professionnels de ce secteur (Barel et al, 2019 ; Clot, 2010 ; El Akremi et al, 2009).

La question qui se pose maintenant et à laquelle il est important de répondre ou tout du moins d'apporter des éléments de réflexion est : quel rôle joue le NMP en situation de crise, et finalement quelle est la part de management dans le NMP ?

Conclusion section 2

Les nouvelles pratiques managériales plébiscitant la rationalisation qui a cours en EHPAD (Marquier et al, 2016) affectent les conditions de travail des soignants qui ne disposent plus du temps nécessaire pour prendre soin des usagers (Chanial, 2010). Les soignants semblent être en conflit car ils sont contraints de délaisser l'accompagnement humain afin de satisfaire le rendement (Dussuet et *al,* 2017).

Le travail en EHPAD est difficile pour les soignants aussi bien physiquement que psychiquement car la charge mentale est conséquente (Marquier et *al*, 2016). Cela demande du temps afin de conserver un relationnel humain et de maintenir les capacités d'un public âgé et fragile (Marquier et *al*, 2016).

Alors, quand l'organisation du travail dans les structures médicosociales s'apparente à une organisation scientifique du travail, quand aujourd'hui en EHPAD, c'est un *taylorisme aménagé* qui guide le management, l'on constate alors que le contre-don ne fonctionne plus et que la transmission des savoirs n'est plus possible. (Divay,2011).

Cette organisation de travail inadaptée, les personnes âgées la subissent par une qualité de vie amoindrie (Moulias et al ,2020) car les soignants ne disposent plus des conditions minimales d'exercice pour les accompagner dignement.

Alors lorsque l'on évoque la problématique de la maltraitance dans les EHPAD il convient de prendre en compte l'aspect organisationnel tributaire de l'idéologie managériale gestionnaire qui provoque en premier lieu la souffrance chez les soignants (Moulias et al, 2020).

I. 3. Le NMP modèle de crise ou crise de modèle ?

Introduction section 3

Rappelons-nous que le NMP a vu le jour afin de mettre fin à des errances de gestion dans les administrations publiques qui généraient des effets anti-économiques (Merrien, 1999). Le NMP était donc annoncé comme **LA** solution garantissant le meilleur pour tous. L'expérience démontre que les effets que l'on mesure aujourd'hui restent mitigés et loin d'être salvateurs (Merrien, 1999).

C'est donc comme un modèle capable de faire face à la crise des administrations qu'apparaît le NMP. Si par le passé récent une tout autre lecture des capacités réelles du NMP était envisageable, la crise sanitaire de la COVID 19 pourrait bien nous apporter des réponses plus concrètes sur la capacité effective du NMP face à une crise.

Aujourd'hui après quelques mois de recul, il nous semble possible de poser un bilan et de tirer quelques enseignements.

I.3.1. La part de management dans le NMP en EHPAD

Le NMP par sa quête refreinée de rationalisation des coûts a conduit les plus hautes autorités à supprimer les dotations pour les stocks d'équipement de protection individuelle (EPI) tels que masque, surblouse et gants qui ont cruellement fait défaut aux soignants. Ces stocks, qui avaient été constitués (Le Pen, 2020) afin de faire face à toute éventualité d'épidémie virale, ont peu à peu disparu des structures sanitaires et médico-sociales.

La centralisation des décisions dans des agences prônée par la logique NMP a montré ses faiblesses. Ces transferts de compétences n'ont pas permis la réactivité adaptée à la situation. Les agences régionales de santé sensées gérer la logistique des masques ont été débordées. La capacité d'initiative, jusque-là dévolue aux acteurs de terrain et élus locaux et désormais champ de compétences des ARS, n'a pas permis la prise de décision adéquate. Le 28 mai 2020 lors d'une table ronde au Sénat[67], le député présent Jean -Louis Thiériot souligne que « *les ARS étaient peu adaptées à la gestion de l'urgence* » et celui-ci de rajouter au sujet du drame vécu dans les EHPAD « *il a fallu que ce soit le département de Seine-et-Marne qui fasse remonter les informations à l'État sur les EHPAD »*[68].

[67] Table ronde de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales
[68] Table ronde de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales

Nous le voyons, le nouveau management public s'appuie sur une logique qui peut apparaître parfois contradictoire. En effet, tous ces outils importés du secteur privé afin d'améliorer le service de l'usager tout en dépensant moins, se traduit par l'expression faire mieux avec moins (Noblet et Rodwell, 2009). La volonté de ce nouveau management public n'est autre que de réduire les moyens pour augmenter les résultats financiers (Sebai, 2015). Tout ce qui ne peut être performant d'un point de vue économique est exclu des pratiques professionnelles.

Les ESSMS de l'économie sociale et solidaire ont ceci de particulier que ce sont les normes sociales qui édictent leurs missions (Adrien, 2014), et ces organisations sont reconnues pour appliquer un management à fortes valeurs humanistes (Gomez, 2013). Plus largement, les organisations de l'économie sociale et solidaire pratiquent un management informel (Davidster, 2006). Alors par crainte de renoncer à leurs valeurs et à leurs identités, l'utilisation d'outils de gestion n'est pas effective (Davister, 2006).

Certes, bon nombre de gains ont pu être réalisés grâce au principe d'efficience dans le secteur médico-social. Par exemple, des économies substantielles ont été réalisées en EHPAD en reconsidérant les dépenses médicales à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La suppression de traitements médicamenteux inefficaces voire dangereux (HAS, 2011) est un exemple très positif. Pour ces patients, les solutions pertinentes n'étaient pas pharmacologiques, mais environnementales, car les problématiques sont d'ordre comportementales (Adrien, 2014).

Toutefois, de l'avis des soignants, les conditions de travail induites par ces règles conduisent à des injonctions paradoxales ; la centralité du résident dans l'offre promise comme gage de qualité s'en trouve malmenée puisque c'est lui qui finalement s'adapte (Marquier et al, 2016). Le recensement des tâches, issu d'un mode de travail procédural induit par le NMP, amène à négliger voir invisibiliser « *ce qui se donne dans le soin[.] ce qui du soin ne peut être mesuré, pour des raisons de faisabilité technique, mais aussi d'impossibilité anthropologique et éthique* » (Pierron, 2020, p.42).

Alors la simplification des formalités se met en action et s'illustre selon le principe : une règle abolie, pour chaque création de nouvelle règles (Achtnicht et *al*, 2009 ; Radaelli et Meuwese, 2009). Cette simplification excessive conduit à la disparition de ce qui fait sens. Le NMP en chassant tout ce qui ne peut être comptabilisé, tout ce qui n'est pas *codable*, purge ce qui est essentiel au soin, ce qui le personnalise, tout ce qui donne de la consistance à la relation entre les professionnels qui donnent le soin et les personnes qui le reçoivent (Pierron,2020).

Finalement, cela produit de la souffrance chez les soignants (Abord de Chatillon et al, 2016) et un service qui ne satisfait pas le public ciblé (Lemaire et Nobre, 2014). Les professionnels du soin

n'aspirent qu'à une chose, qu'on ne les prive pas de l'envie de bien effectuer leur travail, que leur travail ne soit pas entravé, empêché et qu'ils soient reconnus dans cet exercice (Clot, 2012). La place de l'homme qui se voulait centrale dans l'organisation d'après la loi 2002-2 est remise en question. Ainsi les relations entre l'institution et l'usager sont appelées à se modifier (Ménissier et *al* 2017).

Même si parmi les diverses formes de NMP plutôt radicale existantes, la France dans le domaine de la santé a appliqué une version adaptée et donc moins rigoureuse (Simonet, 2018), il n'en reste pas moins que les relations humaines sont absentes de cette vision purement gestionnaire car non traduisibles en chiffres. Cette conception purement comptable ne permet pas de répondre aux difficultés quotidiennes et multiples que rencontre un dirigeant d'EHPAD. Même si le NMP peut apporter des améliorations, le management en EHPAD a besoin d'être réenvisagé afin de répondre aux évolutions de la vieillesse, et des professionnels qui l'accompagnent. Et si manager, c'est l'art d'adapter sa méthode en fonction de l'activité retenue (Thiétart, 2017), la préoccupation de l'humain doit être centrale dans le management en EHPAD, préoccupation dont est dépourvu le NMP !

Alors agir devient primordial, tant la crise que connaissent les EHPAD est profonde et ces établissements sont des organisations fragilisées par les effets induits de l'application des principes d'une gouvernance acquise à la cause de la rationalisation.

C'est dans un contexte de crise sociale qu'apparaît début 2020 dans les EHPAD français et par tout sur le territoire cette crise sanitaire COVID-19 définit comme une *crise totale* par Alain Bauer.

I.3.2. COVID-19, le virus de la révélation !

Après que la pandémie qui a fait des ravages et plongé l'humanité dans une crise sans précédent, cède du terrain, l'heure est venue de tirer quelques enseignements de tout cela. En effet il est question de sortir des confrontations pour aller vers la réparation. Se positionner parmi ceux qui souhaitent retirer de cette expérience des enseignements afin de les appliquer à la reconstruction à venir avec en arrière-plan une vision renouvelée du management dans les EHPAD.

Le premier enseignement est qu'il ne fait plus aucun doute que nous sommes tous reliés sur cette Terre (Wormser, 2020). En effet, la diffusion à l'échelle planétaire de cette infection virale, montre bien qu'un virus, un organisme si petit soit-il, peut franchir toutes les barrières et semer le chaos dans le collectif (les pays, les organisations, les institutions) et l'individuel (les défenses immunitaires). Ce virus a recalibré la planète à une taille humaine. A quelques exceptions près, nul ne peut se prétendre hors d'atteinte. Il devient un fait acquis que nous sommes des êtres vivants tous vulnérables ce qui nous rend interdépendants et qui finalement crée ce monde.

Le second point concerne les systèmes d'alerte qui, dans leur grande majorité se sont montrés complétement défaillant dans cette pandémie (Wormser, 2020). L'improvisation qui caractérise les pays gravement touchés a démontré toute la négligence dont ils ont fait preuve, en supprimant les budgets alloués à leur système de santé et à la veille épidémique (Wormser, 2020). Selon Claude Le Pen, la France possédait « *un système de protection bien pensé en 2007* » (Le Pen, 2020). Peu à peu cet arsenal a été défait par les responsables politiques successifs. Toujours au sujet de la France, le Directeur général de la santé reconnaissait en 2017 que l'hôpital était en crise et en grande tension car il était dans l'incapacité d'absorber toute variation d'activité (Wormser, 2020). Nous mesurons aujourd'hui l'effet délétère de cette gestion des lits d'hôpitaux qui s'apparente à la gestion de stock à flux tendu de l'industrie. Tout ceci vient accabler une gestion administrative des hôpitaux et plus largement de la santé et du médico-social placée sous le contrôle de l'idéologie gestionnaire chère au NMP (Coron, 2017).

Le troisième point concerne la révélation de l'impossibilité d'un monde sans le travail des invisibles. L'immense majorité des peuples vient de se rendre compte que dans cette société orientée vers l'hyperconsommation, des femmes et des hommes quotidiennement contribuent au bien-être de tous dans la plus grande ignorance. Les acclamations populaires quotidiennes à destination de ces professions peu reconnues, voire méprisées (Pache,2020), témoignent de la reconnaissance du plus grand nombre. Grâce à leur abnégation, ces professionnels de l'ombre ont contribué à maintenir une humanité dans un monde en plein chaos.

Enfin et c'est peut-être le dernier enseignement qui est le plus révélateur, le moins évident et finalement celui qui appelle à se mobiliser : cette crise COVID -19 permet le *care* !

Ce n'est pourtant pas évident, dans un monde ou le social est vu comme un coût et non comme un objectif (Wormser, 2020), pour le *care* de se faire une place. La non prise en compte par les politiques publiques en France de la précarité des métiers du soins ont contribué depuis des années à la sous-attractivité de ces secteurs (Bozio et al,2016). La revalorisation salariale en cours ne règlera pas tout. Tout d'abord parce que cette petite reconnaissance salariale crée la division puisque les agents des services à domicile qui pourtant ont pendant cette crise agit tout autant auprès des personnes âgées à domicile ont été oubliés. Puis parce qu'elle ne remet en question ni l 'organisation, ni le management que s'est montré défaillant dans le secteur de la santé et du médico-social et qui était déjà la cause de la fatigue et de l'épuisement des professionnels du soin (Fiat, 2018) bien avant la COVID-19.

Toute cette crise qui conduit à des mesures d'isolement, de distanciation sociale et de contrôles digne de l'idéologie chinoise (Remon, 2020) instaure en définitive la méfiance envers l'autre (Wormser,

2020). Force est de constater que les valeurs de *care* souvent évoquées, plébiscitées n'ont pas ou peu été utilisées, pourtant elles sont là. A l'heure où le monde entier appelle à reconnaître les invisibles, jamais une catégorie comme les professionnels du soin ne s'était retrouvée en première ligne du front avec aussi peu de moyens (Wormser, 2020). Dans cette société ou « *le travail de care, de la main tendue, l'attention portée à la détresse et l'angoisse d'autrui, est sacrifiée* » (Molinier et Paperman,2020, p.4), dans une telle société, le *care* serait-il possible ?

Les manifestations vues précédemment le montrent, au détriment de leur propre santé, les travailleurs du *care* ont assumé leur rôle. Les soignants au péril de leur vies et en dépit de faibles protections ont poursuivi leurs missions de soigner, les agents de ménage également exposés ont continuer à assurer l'hygiène des locaux, les restaurateurs au bord de la faillite ont fait don de repas, les éboueurs souvent cités comme une *profession punition*[69] ont continué le ramassage des détritus (Pache, 2020) etc. Bref tous ces subalternes étaient à leurs postes pour assurer la continuité de la vie ordinaire (Molinier et Paperman, 2020). Le fait nouveau, tout cela n'est pas passé inaperçu ! Les gens qui ont bénéficié de ce travail de *care* en ont pris conscience et l'ont saluée et reconnu (Pache, 2020). C'est bien le signe que malgré tout, le *care* est là, même négligé et ou caché, le *care* existe envers et contre tout. Peut-être tout simplement parce le *care* permet à l'*homo œconomicus* de céder la place à « *l'homo vulnerabilis très éloigné de la conception de parfaite autonomie et d'égoïsme universel sur laquelle repose la théorie économique standard »* (Petit,2013, p.47).

Une sacré révélation cette COVID-19. En effet, elle a permis de mettre en évidence les limites d'une logique gestionnaire qui cherche à balayer de nos sociétés les principes de l'éthique du *care* au nom de la performance économique. Pourtant ce qui nous apparaît le plus révélateur dans cette crise totale (Bauer, 2020) est que malgré tout, les principes du *care* ne disparaissent jamais vraiment.

Une part de *care* dans l'idéologie gestionnaire serait-elle possible alors ?

Le constat s'impose de lui-même, la COVID 19 a mis en lumière que le NMP était un modèle en crise inadapté aux situations vécues dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Si le NMP était annoncé comme un modèle capable de mettre fin aux dysfonctionnements des administrations publiques (Lahjouji et al, 2018), il apparaît aujourd'hui qu'il a failli à sa tâche (Marquier et al, 2016 ; Commeiras et al, 2018 ; Rivière et al, 2019 ; Naro et Travaillé, 2019) !

[69] Par profession punition, nous faisons référence à une pratique qui consiste à brandir comme une sanction le métier d'éboueurs comme matérialisant l'absence d'investissement dans les études.

Quoiqu'il en soit il semble que le doute ne soit plus permis ce qui fait humanité dans nos sociétés, c'est notre vulnérabilité qui matérialise notre interdépendance. Cette vision que porte l'éthique du *care* n'est en rien antinomique avec la vision d'une performance à la différence que celle-ci sera sociale et responsable.

Alors si cette crise de la COVID -19 nous a révélée l'existence du *care* et de sa nécessité, il nous reste juste désormais à libérer ce *care* (Molinier et Paperman, 2020) afin que l'émergence de ce management par le *care* (Bidan,2021) puisse se développer et s'ancrer dans les organisations en commençant par les EHPAD.

Conclusion section 3

La crise sanitaire de la COVID -19 semble être un élément de plus qui marque la défaillance de cette gouvernance seulement tournée vers la performance économique. Ce système néolibéral ne peut pas anticiper les crises et les risques tout simplement parce que la rationalisation va à l'encontre de la prévision et de l'anticipation car elle s'appuie sur une vision à court terme (Tamnine et Atlagh, 2020 ; Boursier et Mills, 2019). Le dogme qui guide ce système néglige les relations humaines (Wormser, 2020) ainsi que le travail devenu invisible (Arborio, 2019. Gomez, 2013 ; Molinier et al, 2009 ; Calmus 2010 ; Bonnet, 2006) et la reconnaissance empêchée (Barel et al,2019 ; Clot, 2010 ; El Akremi et al, 2009).

Contre toute attente, la crise sanitaire de la COVID -19 nous a révélé que le *care* pouvait exister dans un monde qui détruit plus qu'il ne répare (Molinier et Paperman, 2020) !

Toute la question va donc maintenant résider dans le fait de permettre l'émergence de ce qui fait sens dans le soin au niveau du management.

Conclusion chapitre I

Tous les principes scientifiques élaborés dans l'industrie apparaissent comme préparatoires des principes actuels de management en EHPAD. En effet, les termes d'optimisation, d'efficience et de performance raisonnent comme un NMP dont la traduction actuelle est un taylorisme aménagé en EHPAD, qui affiche une volonté de moderniser les services aux publics. La mise en place de ces outils par le législateur, conduit à organiser le contrôle interne de ces structures tout comme au temps des hospices (Thomas, 2007).

La puissance publique a engagé ces organisations dans une modernisation de l'offre et une rationalisation des coûts. Le législateur organise donc, au nom de la proposition de choix de l'usager, une concurrence entre EHPAD commerciaux et EHPAD issus de l'économie sociale et solidaire. Mais cette concurrence semble avantager les EHPAD commerciaux qui ont la préférence des autorités lors des attributions de marché car jugés plus solides financièrement (Bozio et al, 2016). On assiste donc à une réduction de l'offre et à une standardisation qui réduit les choix de l'usager consommateur confronté à une baisse de la qualité et à des prix peu attrayants (Bozio et al, 2016) !

Pour les soignants cette rationalisation de l'activité entraîne une intensification massive de leur travail en EHPAD (Saboune et al, 2018). Une crise s'est installée dans ces organisations et se matérialise par un taux d'accidents du travail des soignants historiquement élevé. Dans la description du réel des aides-soignantes en gériatrie, il est mis en évidence que le prendre soin dans le management n'est pas réciproque et que cette absence de réciprocité est préjudiciable à tous, professionnels, résidents et familles.

Force est de constater que la performance dans le médico-social est un échec (Simonet, 2013), qui se matérialise par un rejet du langage managérial NMP qui l'accompagne (Mellmvik et Pettersen,1998). La désorganisation constatée depuis deux décennies en EHPAD est bien l'œuvre des principes prôné par le NMP. On ne peut réduire les disparus de cette crise sanitaire à un nombre, comme on ne peut pas réduire les EHPAD à des organisations où tout pourrait être comptabilisé sur la base d'indicateurs économiques. Les EHPAD sont des établissements médico-sociaux où se réalisent des actions sociales et solidaires (Saboune et al, 2018).

La crise sanitaire de la COVID -19 a mis en lumière toutes les errances d'un système de santé comprenant les EHPAD, acquis à la cause d'une gouvernance dont la plus grande des préoccupations est le court terme et la performance économique (Tamnine et Atlagh, 2020 ; Boursier et Mills, 2019).

Tout l'enjeu va donc maintenant résider dans le fait de favoriser les relations humaines absentes de ce dogme (Wormser, 2020), faire que le travail ne soit pas assigné à l'invisibilité (Arborio, 2019. Gomez, 2013 ; Molinier et al, 2009 ; Calmus, 2010 ; Bonnet, 2006) et à la reconnaissance d'être empêchée (Barel et al, 2019 ; Clot, 2010 ; El Akremi et al, 2009) pour édifier un management du prendre-soin.

Pour toutes ces raisons, il semble que le nouveau management public doit évoluer, car il est inadapté avec l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD et les pratiques quotidiennes des professionnels qui y travaillent. Le management à créer doit conserver les principes de modernisation et de performance, mais en introduisant la centralité de l'humain comme base de construction. Plutôt que de parler de la notion de soin qui renvoie à la pathologie, il semble intéressant de se recentrer sur l'étude du prendre-soin que l'on retrouve dans l'éthique du care, prendre-soin qui est le principe directeur de ce management innovant que nous proposons. L'objectif est désormais d'appliquer une approche inclusive, qui se construise en se nourrissant du meilleur de chaque idée, plutôt que d'appliquer un système de pensée exclusif.

Afin de permettre l'instauration des principes de l'éthique du care au sein du NMP, nous proposons de nous appuyer sur une conduite du changement qui s'inspire des travaux de Kurt Lewin, mais pour cela nous devons élaborer un cadre théorique adapté à cette démarche.

Chapitre II. De la conduite du changement au *care* en management : cadres théoriques, définitions, concepts et dimensions

II.1. Un cadre théorique de recherche ouvert au service de la conduite du changement

II.2. Le modèle inter-lié de Lewin pour une application du *care* en management

II.3. Le *care* comme objectif de changement

II.4. Les thèmes émergeants pour un cadre théorique finalisé

Introduction chapitre II

Ce cadre théorique que nous le qualifions d'innovant parce qu'il utilise des concepts et théories qui n'ont pas encore étaient mobilisés conjointement en sciences de gestion, va être décliné en deux parties : le cadre théorique ouvert réalisé a priori et le cadre théorique finalisé constitué a postériori.

Dans la section 1, seront présentées tout d'abord les définitions du management, de l'innovation et du changement. L'objectif est d'éclairer le lecteur sur la vision du management, de l'innovation et du changement que nous souhaitons porter dans cette thèse. Ces définitions seront complétées par des revues de littérature afin de permettre de situer la recherche que nous proposons de mener.

La section 2 sera consacrée aux travaux de Kurt Lewin que nous exposerons sous toutes leurs facettes afin d'en apprécier l'utilisation qui leur sera réservée dans cette thèse.

Puis nous vous détaillerons l'objectif de cette conduite du changement : l'éthique du *care* et ses diverses dimensions qui la traversent comme les notions de don, contredon, gratuité et réciprocité. Essentiel dans nos travaux, la réciprocité sera rapprochée du prendre soin dont la manifestation sera le gage d'application des principes de l'éthique du *care* dans ce management renouvelé. Nous terminerons la présentation de ce cadre théorique ouvert constitué a priori par la proposition d'une définition sur la réciprocité du prendre soin.

Nous avons choisi de présenter dans la section 3 le cadre théorique finalisé. Même s'il résulte d'un processus de construction abouti dans la partie des résultats, il nous est apparu plus pertinent de le présenter à ce moment de l'écrit.
Le premier thème émergeant qui participe à la structuration de ce cadre théorique est le concept de climat social ou organisationnel et dont la nécessité est apparue lors de l'analyse des données issues des entretiens semi-directifs. Puis l'apprentissage expérientiel un thème qui s'est avéré crucial lors de la formation action et les focus réunions et tout au long de cette recherche. Enfin l'intelligence émotionnelle a révélé son importance dans le management du prendre soin.

II.1. Un cadre théorique de recherche ouvert au service de la conduite du changement

Introduction section 1

Si nous avons opté pour un cadre théorique ouvert c'est afin de faciliter la coconstruction (Roy et Prévost, 2013). En effet la production de solutions actionnables que propose l'approche constructiviste (Chanal et al, 1997) ne peut s'appuyer sur un modèle théorique préétabli et rigide. Cela reviendrait à exclure toutes possibilités d'utiliser la visée transformative de la recherche-action

et d'hypothéquer *in fine* la création de connaissances scientifiques (Jouisson-Laffitte, 2009). Il nous apparaît nécessaire d'autoriser toute éventualité afin de faciliter l'innovation et la créativité des coacteurs agissant afin de répondre aux problématiques contextualisées d'une organisation.

Dans ce cas de figure, seul un cadre théorique ouvert et flexible (Robson, 2011) peut nous assurer d'aborder le terrain avec une approche renouvelée (Mermet, 2005). Ainsi la conduite du changement peut avancer dans une coconstruction de solutions actionnables et adaptées à chaque particularité organisationnelle.

Ce cadre théorique ouvert s'enrichira donc tout au long du cheminement pour s'affiner au cours de l'analyse des résultats.

Au cours de cette section 1 nous donnerons la définition du management que nous souhaitons défendre dans cette thèse. Ensuite nous aborderons l'innovation et le changement et les diverses approches de celui-ci appuyés sur une revue de la littérature.

II.1.1. Définitions et revues de littérature du management de l'innovation et du changement

Afin de définir les concepts et théories qui vont constituer le cadre théorique ouvert structurant le cheminement tout au long de ce travail de recherche, il nous semble fondamental d'en éclaircir certains composants.

II.1.1.1. Le management

Parmi tous les concepts qu'il convient de traiter, il en est un qui arrive en première ligne à nos yeux, nous voulons parler du management. La centralité que cette théorie occupe dans ce travail de recherche va être déclinée selon le point suivant : sortir de la polysémie du terme management.

Quel (s) sens attribuer au (x) management(s) ? Outre l'enjeu de la réponse, il est question de ne pas tomber dans des banalités tant la discipline a été traitée et re-traitée.

L'étymologie communément admise du mot management est transalpine : *maneggiare* qui signifie « contrôler, manier, avoir en main » (Thévenet, 2014, p.31). Au-delà de donner un sens, cette définition met en exergue une filiation et crée la relation avec la main (*manu*s en latin) qui existe entre celle-ci et le management.

Les mains symbolisent l'action, la création et l'entreprise. Lorsqu'elles se meuvent c'est pour bâtir ou détruire. Sans dispositions particulières, elles sont le reflet des pensées qui les mettent en mouvement, multiples et riches, capables du pire, mais du meilleur aussi.

Quel outil extraordinaire ! On ne saurait trouver d'ustensile plus précis que la main. Cette précision qui s'incarne à travers elle n'a d'égale que l'intelligence qui la guide. Une association qui, lorsqu'elle est bien menée, fait des merveilles. Les mains qui se tendent sont autant de liens qui se tissent entre les individus quel que soit leur statut.

Mais les mains sont généralement silencieuses et lorsqu'elles se mettent en action c'est pour taire des mots en se posant sur la bouche à moins qu'elles ne se libèrent et s'agitent lors d'une conversation sans un mot et pourtant bien comprises.

Des mains réparatrices, qui comme des agents de soin viennent réparer les corps, ou prendre soin des âmes en délivrant toute l'affection contenue dans une caresse. Ces mains sont capables tout à la fois de contenir le feu ou la glace, la force ou la fragilité, de délivrer la haine ou l'amour, d'activer le mouvement comme provoquer l'inertie, bref des mains qui nous renvoient sans conteste à l'activité humaine (Thévenet, 2014) dans toutes ses dimensions et cette racine commune avec le management ne peut et ne doit être ignorée.

Dans toutes organisations, la tentation de séparer dans le travail, la tête et les mains est grande (Mintzberg, 2016). En effet, force est de constater que cette vision persiste dans les organisations, comme un résidu de la pensée taylorienne qui opère « une dichotomie stricte entre le cerveau et les mains humaines » (Plane, 2019, p.13).

L'erreur serait de croire que seule la tête intervient dans l'apprentissage ou l'élaboration ! Karen J. Pine, Tracy Knott et Ben C. Fletcher dans une étude sur les enfants relèvent que les gestes qu'effectuent les mains font partie intégrante du processus de réflexion (Pine et alii, 2010). D'ailleurs Maria Montessori avait en son temps déjà établi la relation entre la tête et les mains. Elle faisait de nos mains le moteur de l'être humain, des mains qui incarnent ainsi l'organe qui sert par excellence l'intelligence dans le travail (Montessori, 1936, 2018).

In fine prétendre que seul l'intellect, permet d'intervenir et donner forme à un projet, conduit à établir une direction et une voie empreinte de sophisme (Mintzberg, 2016).

Lorsque l'on observe les tâches des différents intervenants en EHPAD, voici ce que l'on perçoit : l'activité humaine de l'agent de service hospitalier qui assure l'hygiène des locaux en essuyant, frottant, balayant etc. ; l'aide-soignante lors des soins de confort qui met ses mains en action pour

porter, soutenir... ; l'infirmière qui statutairement parlant est chef d'équipe qui prends en main l'organisation de la pratique les soins dit « techniques »; la psychologue qui main dans la main accompagne équipes et résidents afin de faciliter le quotidien ; le kinésithérapeute qui rééduque et pratique le massage des corps douloureux ;le cadre de service qui maintien et coordonne l'activité des soins et des protocoles dans la structure ; le personnel technique qui dépanne et fait fonctionner la machinerie ; le personnel administratif qui donne un coup de main aux résidents et familles sur le plan administratif. ; le personnel de restauration qui au-delà de confectionner de ses mains les repas, participe au maintien de la convivialité ; enfin le(a) directeur (rice) qui en tant que garant de la sécurité et de la qualité de service des agents et des usagers va gérer et prendre en main l'établissement en ce sens.

Toutes ses situations sont reliées à l'action humaine et au(x) management(s). L'action humaine entendue comme « la capacité d'action et des interactions des acteurs » (Bernoux, 2002, p.85) et le management qui se caractérise comme l'art d'accorder les personnes afin de réaliser une œuvre commune (Mieg ,2017). Pourtant ces situations sont bien toutes différentes, tant par leur portée que par leur mise en œuvre ! Pourtant sauf erreur de notre part, les seuls professionnels dont les attributions aux fonctions de management sont reconnues institutionnellement sont les cadres et la direction !

Trois voies sont possibles dès lors, soit penser que la référence à la main est une allégorie de la manipulation dont l'activité est uniquement dévolue aux puissants ; soit qu'elle traduit l'humanité indissociable à l'homme, quel que soit son positionnement hiérarchique et social, soit que le management renferme les deux idées ?

Il n'est pas rare de constater qu'au nom de l'efficacité, le manager est tenté d'utiliser des actes ou paroles dont la nature influence ses collaborateurs (Alexis,2008). La culture d'entreprise en est un des exemples parmi tant d'autres. Certains dirigeants l'emploient dans l'unique but de servir leurs seuls intérêts (Alexis, 2008). Cette culture d'entreprise par la symbolique qu'elle transmet peut agir comme une emprise que vont utiliser les managers sur les salariés. Alors érigées en dogme, les valeurs « *deviennent des instruments au service de la rentabilité économique et du profit* » (Alexis,2008, p.103) une performance économique dont on sait qu'elle se réalise au détriment de l'individu (Saboune et al, 2018).

Dans le même esprit, la division du travail conduit à une fragmentation des relations humaines (Dussuet et al, 2017). Cette manière de pratiquer le management à la recherche du rendement provoque un mode de fonctionnement individualiste chez les salariés au détriment du groupe et de la

solidarité qui s'y exerce (Cultiaux,2012). Force et de constater qu'aujourd'hui ces positionnements sont plutôt majoritaires avec le NMP. La financiarisation entrepreneuriale unanimement reconnue a conduit le management à se modifier (Plane, 2019). Les directeurs de ressources humaines par exemple sont désormais plus attendus sur leur capacité à gérer le changement tout en fédérant autour d'un projet, que sur la gestion du personnel (Plane, 2019).

Mais à l'ère des réseaux sociaux, des Twitter ou Linkedin, les personnes ne veulent plus de ce management qui les éloignent des orientations qui les concernent ; les individus regroupés en communauté s'expriment (Fréry, 2010). Le temps du mutisme des exécutants cher au taylorisme (Plane 2019) est terminé et le management qui allait avec également ! Aujourd'hui c'est l'ère des digital native qui arrivent sur le marché du travail et avec eux de nouvelles pratiques (Le Roux et al, 2015). Une chose est sûre, le management comme nous le connaissons depuis plus d'un siècle n'a pas beaucoup évolué (Fréry, 2010), mais là ça va changer ! Les managers vont devoir adapter leurs approches face à toutes ces générations qui coexistent au travail (Le Roux et al, 2015).

Ces pratiques teintées de taylorisme dépeignent une frange du management qui se veut décomplexée face à l'emploi de la manipulation, de la division du travail, car le but poursuivi, c'est le rendement économique qui est le résultat d'une conjugaison entre l'efficacité et l'efficience. Nous sommes face à un type de gestion autocentrée dont les pouvoirs ne sont pas partagés. Le dirigeant dirige, l'employé exécute, sans qu'il n'y ait une collaboration autre que la mise en pratique des concepts et protocoles. Cette idéologie gestionnaire qui a été introduite par les pouvoirs publics français (Rivière et al, 2019), nous la connaissons sous le nom de nouveau management public. Mais, ces pratiques ne peuvent pas être considérées comme du management mais plutôt comme l'expression d'un système autocratique. Les éléments récents qui se sont déroulés en EHPAD (Baudier, 2019) montrent bien, qu'avant ces révoltes violentes, une inertie masquée par une obéissance passive des agents s'exerçait. Ces signes d'une autocratie (Anzieu et Martin,1968, 2017) mettent en lumière des manques qui ont déjà été médiatisés comme de la maltraitance (Moulias et al, 2020) ou de la souffrance des soignants en EHPAD (Zawieja et Benattar, 2019). Nous suggérons donc désormais pour ce genre de gestion d'employer le terme d'autocratie managériale dont nous vous proposons la définition suivante en nous inspirant de Kurt Lewin : « L'autocratie managériale est un mode de gestion des entreprises et/ou organisations et/ou groupes dont la recherche de performance met au second plan l'individu et ses relations au monde. L'autocratie managériale concentre les pouvoirs au sein d'un groupe restreint de personnes qui décident unilatéralement. L'application de cette gestion conduit les collaborateurs à des réactions violentes qui sont de deux ordres : les premières sont visibles, il s'agit des mouvements

agressifs, manifestations, les secondes sont invisibles et se manifestent sous forme d'inertie et de blocages ».

Il est aisé de comprendre à ce moment de l'argumentation qu'en disqualifiant cette voie possible managériale utilisant la main comme allégorie de la manipulation uniquement dévolue aux puissants, la thèse qui consisterait à définir le management comme un entre deux, tombe également.

Alors, certes, tout est question de point de vue et voici celui qui sera défendu dans ce travail. Nous partageons les regrets de Maurice Thévenet qui, en 2014, déplore la simplification de la langue qui amène à considérer « *le management comme une technique qui enferme plutôt qu'un art qui ouvre* » (Thévenet,2014, p.32). Dans le champ du médicosocial qui nous intéresse et plus particulièrement les EHPAD ainsi que dans toute autre organisation, il nous apparaît invraisemblable de pratiquer une autocratie managériale. Cela revient à réduire l'humain dans une organisation à une entité négligeable comme le confirme l'absence de reconnaissance sociale qui sévit trop dans le milieu de la gérontologie (Liffraud ,2013).

Le management nous le voyons comme un art qui consiste à traiter avec bienveillance les individus. Il apparaît alors urgent de sortir de cette approche instrumentaliste des êtres humains dans le travail qui amène les Directions à les considérer comme une ressource quelconque (Mieg, 2017). Le management, c'est l'accompagnement et la conduite des femmes et des hommes dans un environnement de travail respectueux. L'objectif de tout cela : redonner sa place à l'expérience humaine et au métier afin de favoriser la créativité et l'intelligence constituant ainsi une valeur ajoutée dans une organisation (Mieg, 2017).

En ce sens, sortir de la polysémie et rendre identifiable ce qu'est véritablement le management, voilà nous semble-t-il l'enjeu des sciences de gestion. La raison de cette clarification est de donner à comprendre que le management ou activité humaine consiste alors à accompagner les femmes et les hommes en situation de travail (Plane, 2019) afin que les managers et les managés agissent « *ensemble au service du bien commun* » (Lecomte, 2016, p.446).

Voilà le sens que nous souhaitons plébisciter pour le management dans ce travail de recherche.

Mais comment envisageons-nous l'innovation et pourquoi caractérisons-nous le management développé dans cette thèse comme innovant ?

II.1.1.2. L'innovation

L'innovation est définie par Schumpeter en 1942[70] comme une destruction créatrice (Schumpeter, 1979 ,1942). Étrange concept qui peut être vu par la double focale de la création et de la destruction !

Appréhendée comme une idée provoquant la création, l'innovation génère de nouvelles pratiques, de nouveaux emplois, de nouvelles normes, bref de nouvelles perspectives qui sont autant d'atouts positifs en termes économiques et sociaux (Atamer et al, 2005). Ces améliorations ne sont pas sans effet, car s'il y a nouveauté, cela sous-entend que les pratiques en cours jusqu'ici se retrouvent mises au rebus et, avec elles, les modèles s'y afférant. Finalement c'est une redistribution des cartes qui s'opère (Atamer et al., 2005).

Une fois réalisée cette première approche, on peut considérer, après avoir mesuré les divers impacts de l'innovation, que le solde est positif. L'innovation crée plus qu'elle ne détruit et elle génère des valeurs de progrès économiques et sociaux (Atamer et al, 2005).

Traditionnellement, lorsque l'on parle d'innovation, il s'agit d'évolution technologique, le management et l'aspect organisationnel n'étant souvent que peu concernés (Dubouloz et Bosquet, 2013). Le champ du médicosocial n'échappe pas à la règle ; lorsqu'il est question d'innovation, les projecteurs sont braqués sur l'aspect technologique et non sur le social (Polard, 2018b). Il apparaît comme une évidence que l'innovation dans le secteur médico-social et du prendre soin n'est pas aisée, tout simplement parce qu'elle vient poser les questions du retentissement sur l'humain (Polard, 2018b). Alors afin d'éviter les quiproquos, l'innovation dont nous parlerons sera qualifiée de sociale, dont voici une définition plus adéquate au champ du prendre soin que nous livre Julie Cloutier :

« *L'innovation sociale se définit principalement par l'objectif qu'elle poursuit, à savoir favoriser le mieux-être des individus et des collectivités. Ainsi, l'innovation sociale est tantôt destinée à résoudre des problèmes sociaux, tantôt mise en œuvre pour répondre à une aspiration d'ordre social* » (Cloutier, 2003, 2003, p.37)

Innover en gérontologie c'est faire un pas de côté, sortir du cadre, non pas pour le seul acte de rébellion, mais pour défendre une idée de partage qui donne « *le sens et le goût de la rencontre […] avec un exigence humaniste* » (Polard, 2018b, p.300).

[70] Atamer et al (2005) dans « développer l'innovation »

II.1.1.3. L'innovation en management

En plus d'être structurante, une revue de littérature des études scientifiques sur l'innovation en EHPAD dans la discipline des sciences de gestion permet de préciser un peu plus le cadre théorique de ce travail de recherche. En effet afin de pouvoir qualifier le management proposé d'innovant, encore faut-il savoir ce qui a été fait auparavant dans le domaine et ce qu'apporte de nouveau le management proposé (Berland et al, 2013).

Lorsqu'il est question d'innovation en EHPAD, celle-ci est majoritairement tournée vers la technologie. D'ailleurs, dans son article, Gérald Brami en 2019 traite cette question en premier lieu. Il met en avant que chaque tentative d'insertion de l'innovation technologique en EHPAD semble donner lieu à d'indispensables précisions afin que cette innovation ne se pratique pas au détriment de l'humain (Brami, 2019).

Ces solutions techniques ont comme objet d'apporter une facilitation du quotidien aux personnes âgées, c'est l'exemple des boitiers de téléalarme, classé dans la nouvelle discipline appelée *gérontechnologies*. Toutefois, ces solutions innovantes, bien qu'utiles, peuvent se révéler stigmatisantes (Ben Hamed, 2012).

En 2006, dans une communication réalisée au cours d'un congrès international, Christine Michel, Marc-Éric Bobillier-Chaumon, Véronique Cohen Montandreau et Franck Tarpin-Bernard étudient le rapport entre technologies de l'information et de la communication (TIC) et relations sociales en EHPAD. S'appuyant sur une méthodologie mixte, ils arrivent à la conclusion selon laquelle l'utilisation des TIC est plutôt positive dans la mesure où elle offre aux personnes âgées une reconstruction identitaire grâce à des séances informatiques notamment (Michel et al, 2006).

Une autre innovation technique en EHPAD est l'introduction de la logique de marché dans le secteur social et médico-social (Villez, 2019). Car, bien que peu souvent reconnue comme innovante, elle introduit pourtant une nouvelle logique visant à rendre payant des services qui, jadis, étaient gratuits (Villez,2019).

Une chose étonnante est que l'innovation ne contient pas l'idée d'actions essentiellement vertueuses (Polard, 2018b). Certes, les effets de ce management qui conduit notamment les EHPAD à la standardisation de leur offre obtient des résultats contestables (Delouette et Nirello ,2017). Cela n'empêche pas les outils issus de cette vison gestionnaire comme les tableaux de bords de la

performance de l'ANAP de continuer de faire partie du paysage et d'être même présentés comme des outils de référence (ANAP ,2018)[71].

Mais, comme le note Gérald Brami, dans la seconde partie de son article, les innovations ne sont pas que technologiques, en EHPAD, elles sont aussi d'ordre organisationnel. L'auteur aborde cette question et cite comme exemple la mise en place de pratiques facilitant la prise en charge des personnes âgées et cite notamment la méthode Montessori sans en dire plus sur le sujet.

Anne Saint-Laurent et Jean-Paul Deremble en 2013 relèvent deux formes d'innovations sociales en EHPAD. La première est la réalisation de traces écrites du travail en réseau induit par la pluridisciplinarité. La seconde concerne la place cruciale de l'animation et des professionnels qui la pratique. En effet, développer des activités pour un plus grand nombre de personnes âgées afin de réduire l'isolement est un enjeu majeur d'innovation à venir (Saint-Laurent et Deremble, 2013).

Alain Villez en 2019 nous éclaire et établit quatre domaines d'innovations en gérontologie : « *les services à la personne, les personnes atteintes de pathologies démentielles, les nouvelles technologie - la domotique – silver Economy et l'habitat et les établissements d'hébergement* ». A l'exception des nouvelles technologiques, selon l'auteur, tous les autres domaines connaissent une crise liée à la conjonction de l'inadéquation des moyens publics pour répondre au vieillissement de la population et aux demandes qui découlent de ce vieillissement (Villez, 2019).

Au vu des tous ces articles sur le sujet, il semble que l'innovation en gérontologie soit multiple mais freinée, contrôlée comme prescrite dans son évolution « *Les pouvoirs publics eux-mêmes préconisent l'innovation : ils renouvellent les directives, recommandations, instructions. Ils rénovent, transforment les modalités de financement des établissements, services et prestations de tout sorte. De même, transforment-ils les conditions d'autorisation ou de transformations des structures diverses, proposent de nouveaux métiers sanctionnés ou non par de nouvelles conditions de reconnaissance des compétences. La poursuite de l'innovation peut cependant, si elle est trop encadrée aboutir à de nouvelles scléroses* » (Laroque, 2008, p.09).

L'innovation en gérontologie a besoin d'être pensée du point de vue de ses impacts humains, d'autant que, dans ce secteur du prendre soin, la question est primordiale (Polard, 2018b). L'innovation éthique qu'il va en résulter (Polard, 2018b) permettra un management du prendre soin.

[71] Tableau de bord de la performance dans le médico-social, premiers enseignements, juin 2018

In fine l'innovation sociale managériale en médico-social dans les EHPAD en particulier reste confidentielle, voire rare (Polard, 2018b). Comme une invitation à questionner l'organisation dans ces structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, nos travaux s'inscrivent dans une volonté de recherche académique pour de nouvelles voies managériales. L'innovation sociale contient en elle une idée de transformation de l'existant, de modifications des pratiques pour un mieux-être social de l'individu et de son environnement (Polard, 2018a). Ces modifications engagées, qui visent la création d'un nouveau modèle (Cloutier, 2003), impliquent un processus de changement, une autre notion dont il est utile d'étudier les contours pour en donner une description permettant de connaître véritablement sa portée.

II.1.1.4. Le changement

L'objectif de cette recherche est d'étudier un management qui, parce qu'il utilise de nouvelles bases théoriques pour le secteur des EHPAD, sera générateur de changements dans l'organisation qui est le terrain d'expérimentation. Dans ces conditions, il nous apparaît indispensable d'établir une revue de littérature sur le changement organisationnel ce qui nous permettra de bien ancrer notre cadre théorique dans cette direction de recherche.

Le changement fait partie intégrante de la société (Bernoux, 2002) et par conséquent des organisations et entreprises (Thévenet, 2014). Dans les organisations, le changement, né du résultat des interactions et des ajustements entre les individus eux-mêmes (comprenant la hiérarchie), conduit aux fonctionnements des lieux de production. Ce qui caractérise ces actions est qu'elles sont en permanence en déconstruction et en reconstruction.

Mais le changement semble étroitement lié au sens. En effet il ne peut y avoir d'actions de changement sans que les acteurs ne puissent leur donner un sens (Bernoux, 2002). C'est pour cela que le changement ne peut s'appliquer de manière permanente qu'à la condition d'être accepté durablement par les acteurs et que ceux-ci n'y soient pas contraints par le management (Bernoux, 2002). Il apparaît comme une évidence que le changement ne peut être envisagé sans une dimension importante de collaboration quotidienne (Bernoux, 2002).

Afin de proposer un management conforme à la définition donnée précédemment, il va être nécessaire d'apporter des messages différents aux collaborateurs. Ces changements quelle que soit leur envergure font partie intégrante de la vie des organisations et/ ou entreprises (Thévenet, 2014).

L'un des premiers scientifiques à s'intéresser au changement est Kurt Lewin. Il est pour cela l'un des chercheurs cités en référence (Walsh et Renaud, 2010). Bien sûr d'autres auteurs ont depuis travaillé sur la question. Poole et Van de Ven (2004) ont défini le changement organisationnel, Grimand et Vandangeon-Desrumez (2001) ont déterminé deux formes de ce changement, l'un prescrit par l'organisation et l'autre construit par les individus.

Moisdon, en 2010, étudie dans le cadre d'une recherche intervention réalisée pour la DREES, les effets de la tarification à l'activité (T2A)[72], sur le changement organisationnel en Hôpital. Même s'il relève une série d'évolutions comme l'instauration d'un dialogue entre médecins et gestionnaires, la T2A ne permet pas d'agir efficacement sur « l*es problèmes organisationnels du secteur* » et n'atteint que partiellement l'effet escompté (Moisdon, 2010). Moisdon conclut sur la nécessité d'engager le mouvement à partir de la base de la pyramide organisationnelle plutôt que du sommet.

II.1.1.5. Les différentes approches du changement

La grille de lecture que l'on utilisera pour appréhender le changement aura une incidence sur son interprétation. Selon Hadini et al., le processus de changement peut être vu à partir de trois types d'approches différentes : « *l'approche cognitive et sociale, l'approche managériale et l'approche temporelle* » (Hadini et al., 2020).

L'approche cognitive considère que le changement organisationnel résulte d'une modification des schémas qui représentent les croyances dans une organisation. Ainsi le changement organisationnel va s'opérer grâce à la coconstruction par les acteurs de nouvelles représentations partagées (Dumez, 2016). L'interprétation du contexte par le manager sera déterminante dans ce type d'approche pour la suite du changement ou la continuité de la stabilité (Hadini et al, 2020).

Dans le courant de l'approche psychosociale, le changement est abordé sous un angle systémique de l'organisation en incluant la participation des acteurs (Bernoux, 2002). Les chercheurs évoluant dans cette logique, utilisent les travaux de Kurt Lewin, sur le champ des forces car ils reconnaissent un *jeu de force* (Allard -Poesi, 2009) dont la compréhension et l'utilisation vont être déterminantes dans le changement organisationnel.

[72] « La tarification à l'activité est une méthode de financement des établissements de santé mise en place à partir de 2004dans e cade du pan hôpital 2007. Elle repose sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements qui détermine les ressources allouées » (viepublique.fr)

Les approches cognitives et psychosociales considèrent l'existence de deux types de changement (voir schéma 3). Le changement de type 1 ne produit que des transformations incrémentales limitées permettant au système de rester invariant ; quant au changement de type 2, il est radical et discontinu sur l'ensemble du système ce qui conduit à une modification de tous les repères cognitifs et culturels (Hadini et al, 2020). Grâce à la classification du changement il devient possible de comprendre la portée et l'ampleur des transformations.

Ce qui caractérise l'approche managériale, c'est la considération des actions et l'utilisation des outils par les acteurs afin de produire le changement. Cette approche est amendée de deux types de changement : « *le changement incrémental ou par amélioration continue où seuls des éléments de l'organisation changent ; le changement révolutionnaire ou radical où toute l'organisation est changée* » (Hadini et al, 2020, p.700).

Dans cette approche vient s'insérer le contextualisme défendu par Pettigrew qui intègre dans l'analyse du changement, l'individu, le groupe et l'organisation (Michaux, 2016). Les tenants de cette approche refusent que le changement soit décrit comme une suite d'évènements se déroulant dans un temps imparti.

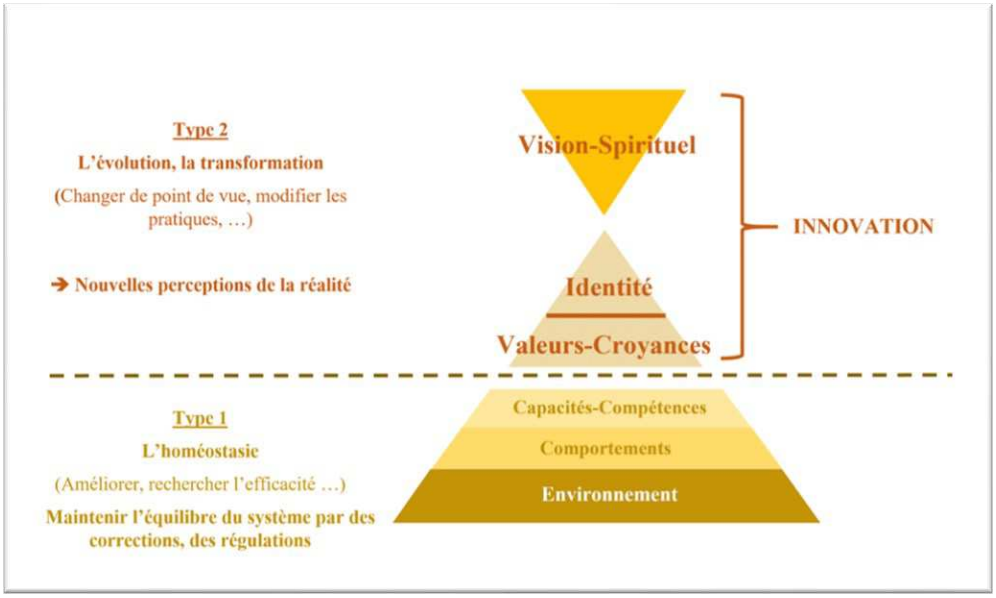


Schéma 3: les niveaux de changement d'après (Hadini, 2020 ; Watzlawick, 1975

Toujours dans cette approche managériale, Crozier et Friedberg viennent nous éclairer en précisant que le changement dépend de la répartition des pouvoirs que possèdent dans une organisation, de sorte que de cet équilibre émergera ou pas le changement (Crozier et Friedberg,1977).

L'approche temporelle, quant à elle, établit une temporalité dans le changement de telle sorte qu'il a un début et une fin sans pour autant que cela soit posé au départ du processus. Au-delà de l'architecture ternaire du changement que l'on retrouve tel qu'initié par Kurt Lewin c'est un « *changement par phases* » (Hadini et al, 2020, p.700) qui illustre le mieux cette approche.

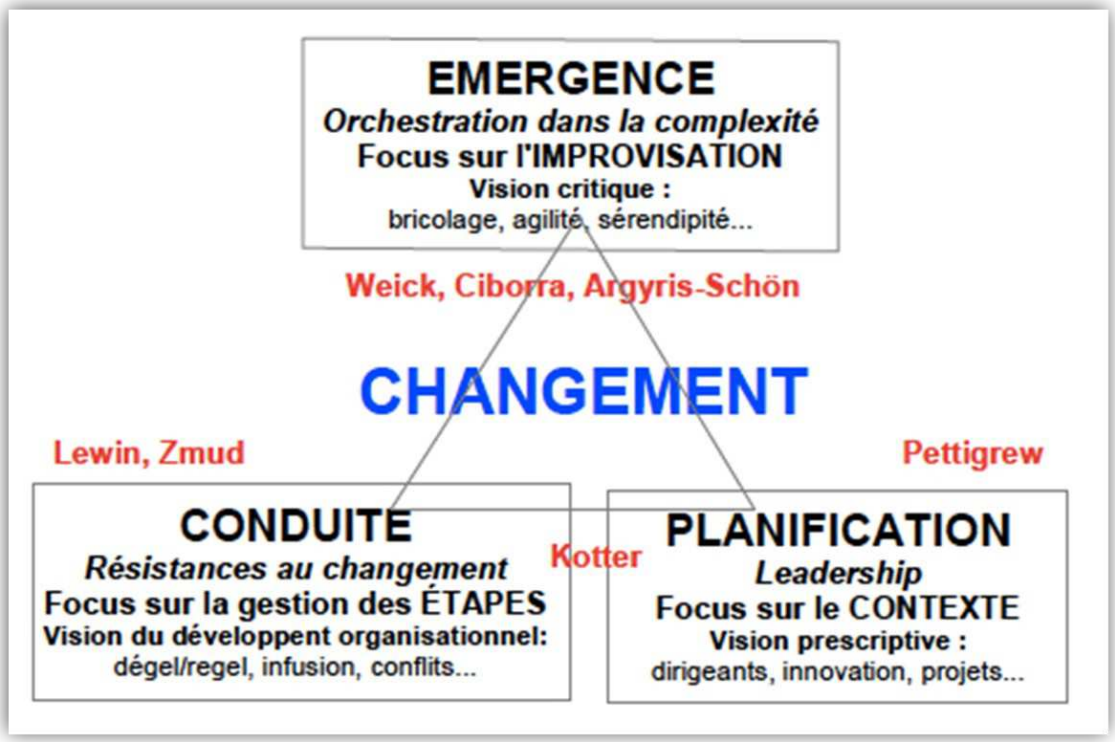


Schéma 4 : les trois axes de recherche en changement organisationnel(sietmanagement.fr)

Conclusion section 1

Dans cette section, nous avons souhaité livrer la vision du management que nous allions défendre dans cette thèse. Bien souvent appréhendé comme un ensemble de techniques, notre positionnement va plutôt vers un management qui s'apparente à un art (Thévenet,2014) sans cesse en mouvement parce qu'à destination des humains ce qui nécessite de la part de son pratiquant de l'ouverture.

Alors bien sûr pas plus dans le secteur médico-social que dans un autre champ, il nous apparaît impossible de pratiquer l'autoritarisme, voire l'autocratie managériale qui privent de reconnaissance sociale les professionnels dans le milieu de la gérontologie (Liffraud, 2013).

C'est en ce sens que nous questionnons l'organisation dans ces structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, tant il apparaît que l'innovation sociale managériale dans les EHPAD reste confidentielle (Polard, 2018b). L'idée de transformer l'existant par la modification des pratiques pour un mieux-être social de l'individu et de son environnement (Polard, 2018a) introduit l'innovation sociale au service de la création d'un nouveau modèle (Cloutier,2003).

Mais innover implique un processus de changement et parmi les nombreuses possibilités : *l'approche cognitive et sociale, l'approche managériale et l'approche temporelle* (Hadini et al, 2020), nous avons choisi l'approche psychosociale. Les raisons tiennent au fait que dans cette approche psychosociale, le changement de l'organisation est envisagé de manière systémique en incluant la participation des acteurs (Bernoux, 2002). De plus, nous nous inscrivons dans cette logique en utilisant les travaux de Kurt Lewin, car nous reconnaissons que la compréhension et l'utilisation du *jeu des forces* (Allard -Poesi, 2009) sont prépondérantes dans le changement organisationnel.

II.2. Le modèle inter-lié de Lewin pour une application du *care* en management

Introduction section 2

Choisir en 2021 de s'appuyer sur les travaux de Kurt Lewin afin d'établir un cadre théorique innovant de conduite du changement en management peut paraitre suranné voir inopportun et pourtant …

L'objet de cette section est d'acquérir la compréhension du modèle de changement de Kurt Lewin afin de pouvoir le mobiliser.

L'étude de la théorie du champ permet de prendre conscience de l'intrication de la personne avec son environnement. En effet, afin de comprendre les réactions d'une personne et de pouvoir les anticiper, il est fondamental de savoir lire le jeu des forces afin de les utiliser.

Une fois cela fait, le travail sur la dynamique des groupes peut suivre. Cette forme de regroupement de personnes révèle un fonctionnement qui lui est propre afin de se protéger de tout élément venant de l'extérieur (Mucchielli, 1967, 2017). Alors l'étudier en vue de développer des actions spécifiques sur le groupe devient incontournable pour mener à bien ce projet de transformation. Mais, comme l'avait constaté Kurt Lewin, afin de conduire un changement réussi, comprendre la dynamique interne d'un groupe n'est pas suffisant (Lewin, 1946). Il est nécessaire d'y adjoindre des processus favorisant l'engagement des agents dans le changement de leurs comportements. Lewin crée alors la recherche-action, véritable démarche de recherche itérative, collaborative et apprenante qui pose un cadre adapté au changement. Puis la conduite du changement en trois phases vient compléter cette démarche lewinienne qui constitue un système bien intégré (Alport, 1948).

Parce que toutes ces connaissances seront acquises et mises en pratique, la conduite du changement en management pourra être engagée.

La finalité de cette recherche rappelons-le est d'introduire le *care* / le prendre soin dans le management à l'œuvre en EHPAD afin d'en améliorer le fonctionnement.

Ainsi constitué des travaux sur le champ de forces et les groupes de Kurt Lewin auquel sera adjoint l'éthique du *care*, ce cadre théorique doit permettre un management innovant.

II.2.1. La théorie du champ

La théorie du champ, la dynamique des groupes, la recherche-action et le modèle du changement en trois étapes forment un tout, « *une approche inter-liée, élaborée et robuste au changement prévu »* (Burnes, 2004, p.3.). La réussite de l'expérimentation que nous avons menée

repose sur la compréhension de ces quatre composantes et de leur articulation. Dans la chronologie des travaux que nous privilégions de Kurt Lewin, la théorie du champ est le premier de ces éléments.

Au-delà d'un projet scientifique, la quête que poursuit Lewin est l'amélioration de la condition humaine par la résolution des conflits sociaux quel que soit la sphère dans laquelle ils se trouvent. L'expression démocratique est seule capable selon lui de lutter contre l'autoritarisme et le despotisme (Lewin, 1943b).

L'assimilation des travaux de Kurt Lewin sur la théorie du champ va être fondamentale dans ce travail. Comprendre le jeu d'équilibre que sont les *forces motrices et contraignantes* (Allard-Poesi, 2009) dans le changement et comment agir ou les anticiper conditionne toute la réussite de notre projet.

Avant de s'intéresser à la dynamique des groupes, Lewin travaille sur la dynamique de l'individu et élabore une théorie de la personnalité qui va lui apporter une notoriété outre atlantique (Beauduin, 2000).

Quand il crée sa théorie du champ, Lewin s'appuie sur des principes mécaniques déjà existants. Il va les transposer à l'étude des personnes et groupes de personnes. Cette théorie de la personnalité qui s'organise autour d'un jeu d'équilibre entre force et tension résume la théorie du champ. Plus encore qu'une théorie, c'est une forte contribution à la compréhension de l'humain que nous livre Lewin (Beauduin, 2000).

Dans son étude, Lewin fait le choix de traiter les comportements d'une personne en lien avec son contexte, pas question d'isoler l'individu de son environnement si l'on souhaite comprendre ses réactions (Bengouffa, 2005).

Lewin conçoit les relations entre les personnes et leur environnement comme un champ de forces et de tension (Lewin, 1947a) sous l'influence du besoin. Ces éléments constituants de la théorie du champ peuvent être rassemblés sous la dénomination de variables pertinentes dans la dynamique.

La force se trouve à l'origine d'une action**,** quand il y a existence d'un besoin ou quasi-besoin. Ainsi créé, ce champ de force va orienter l'individu vers un but ou une éventualité de possibilités de vie du sujet (Lewin et Faucheux,1967). Les directions seront soit de valences positives amenant vers une région du champ, soit négatives, c'est-à-dire l'en éloignant.

La notion de **tension** dont il est question dans la théorie du champ se définit comme la source d'énergie interne à un système. Elle est générée par la différence entre les objectifs proposés et ceux

réalisables par la personne à un instant *t*. La tension va pousser l'individu à concrétiser une intention (Lewin, 1947a). Une fois l'objectif atteint, la tension va se relâcher (Lewin, 1947a).

Quant au besoin, il est à l'origine de l'état de tension interne qui amène un système en l'occurrence l'individu à modifier son comportement afin de satisfaire ce besoin et ramener le système à un état stationnaire (Allard-Poesi, 2009).

Maintenant exposées, ces variables incontournables amènent à la compréhension des trois grands principes de la théorie du champ.

a) **Le comportement d'une personne provient de son champ psychologique dans son intégralité.**

Lewin appréhende le comportement (C) comme une fonction (F) de la personne (P) et de son environnement (E) donnant l'équation **C = F (P, E)** (Allard-Poesi, 2009).

Ainsi, Lewin met en évidence que la personne et son environnement interagissent l'un sur l'autre. Dans ce premier point, il est indispensable de considérer que la personne et son environnement sont interdépendants. L'environnement est déterminé par la vision qu'en a la personne et de cette perception va dépendre la réaction de la personne. Tous ces facteurs interdépendants pour Lewin matérialisent *l'espace de vie* de l'individu (Lewin et Faucheux,1967).

b) **Le champ psychologique se caractérise par la situation vécue à un moment *t* par la personne dans un environnement selon sa propre perception** (Anzieu et Martin, 1968,2017).

Ce qui caractérise le champ psychologique d'une personne, c'est avant tout une structure ou une organisation particulière (Lewin, 1947a). La perception qu'a la personne d'une situation à un instant *t* dépend de deux éléments :

- Le degré de connaissance que la personne a de la situation
- Le stade de développement de la personne.

Un enfant par exemple au fur et à mesure de son développement va distinguer le réel de l'irréel, le présent, du passé et du futur et des possibilités qu'il perçoit selon son état.

Passer d'une zone à l'autre, de l'impossible au possible, c'est ce que Lewin nomme fluidité/rigidité du champ, c'est la capacité de modifier son champ (Lewin ,1951).

Selon Lewin, pour avoir accès à la compréhension du comportement d'une personne, il est nécessaire de localiser la personne et la structure du champ dans laquelle elle se trouve (Lewin, 1947a).

Ainsi le comportement d'une personne est le résultat de la perception du stade auquel elle se trouve dans le champ parmi les possibilités qui s'offrent à elle. La théorie du champ est pour Kurt Lewin « *une méthode d'analyse des relations causales et une méthode de construction des concepts scientifiques* » (Lewin ,1951, p.45)

En résumé la dynamique du champ est un ensemble de forces motrices ou contraignantes qui s'exercent sur les différentes strates du champ (Allard-Poesi, 2009).

c) Le champ psychologique est défini en un ensemble de forces motrices ou contraignantes (Allard-Poesi, 2009)

Le champ psychologique d'une personne est la manière dont elle organise la signification des choses, personnes, lieux et situations (Mucchielli, 1967,2017).

La force dans un champ est établie comme une inclinaison de changement vers une direction entre deux zones du champ (Allard-Poesi, 2009). Les forces motrices sont celles qui conduisent l'individu vers une zone en particulier et les forces résistantes vont au contraire l'en éloigner (Voir figure 1).

Le comportement d'une personne à un instant *t* va donc provenir de la force résultante du champ, autrement dit de l'association des forces agissantes sur lui en fonction de sa position dans la zone du champ à un instant *t* (Lewin, 1947a).

Lewin établit que l'intensité de ces forces est générée par les besoins de la personne combinés à ses intentions. Ainsi leur intensité d'influence sur le champ psychologique varie en fonction de la fluidité de la structure du champ. La tension disparaît avec la satisfaction du besoin.

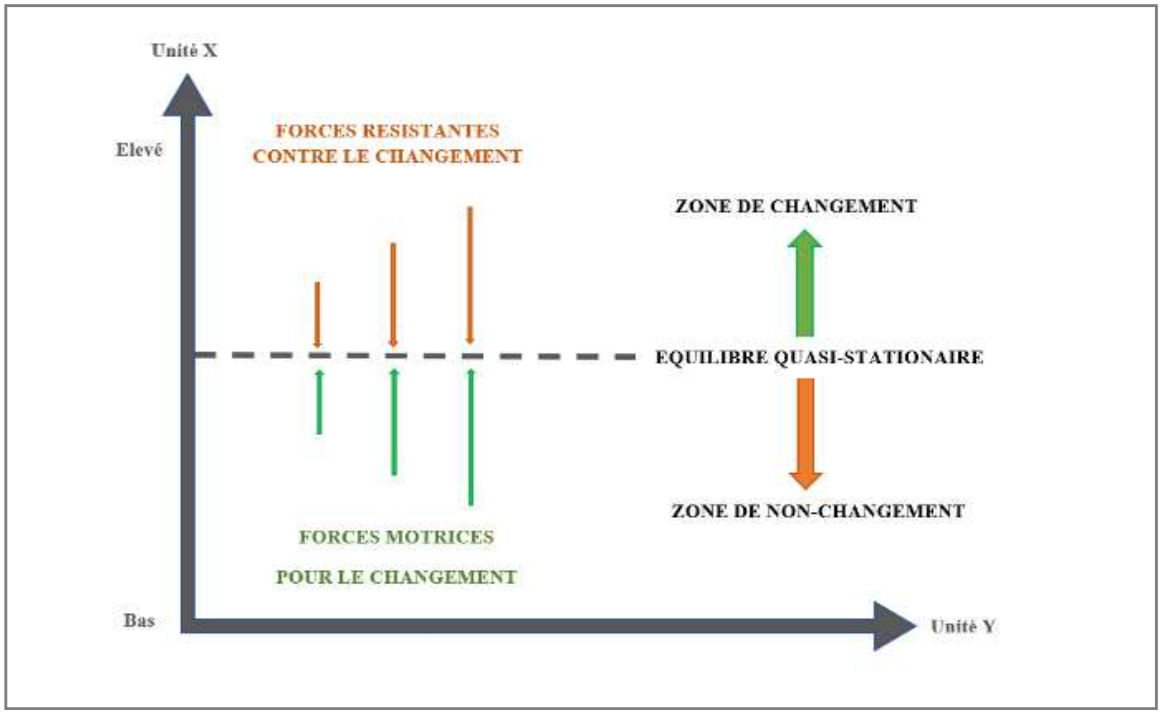


Figure 1: champ de forces motrices et forces résistantes

d'après Mc Grath et Bates (2014-2016) et Lewin (1943a)

Kurt Lewin donne cette définition du champ : « *le champ est une totalité de faits coexistant qui sont conçus comme mutuellement interdépendants* » (Lewin, 1946, p .240). La dynamique du champ est le résultat de la structure ou organisation particulière du champ psychologique de la personne à un instant *t* ou dit autrement « *la dynamique du champ résulte ainsi des besoins ou quasi-besoins de l'individu et de la situation dans laquelle il se trouve* » (Allard-Poesi, 2009, p.150). Pour comprendre une situation selon Lewin, « *il est nécessaire* de *considérer la situation actuelle comme étant maintenue par certaines conditions ou forces* » (Lewin,1943a, p.172).

Cette approche du champ développée par Kurt Lewin permet la compréhension et l'appréhension des comportements des individus dans les meilleures conditions. Elle offre aussi comme avantage la possibilité d'anticiper les changements qui interviennent dans la structure cognitive et la dynamique du champ. Enfin cette théorie du champ et son principe de forces motrices ou résistantes appliqué au groupe donne des outils de conduite du changement en management.

II.2.2. La dynamique des groupes et des groupes restreints

La dynamique des groupes, puis des groupes restreints constitue le second élément des travaux emprunté à Kurt Lewin dans notre recherche. L'assimilation de cette théorie pour ce projet de recherche est essentielle. En effet le travail de conduite du changement va s'effectuer par groupes de professionnels, sans distinction de spécialité, de métier ou de position hiérarchique excepté pour le groupe direction où la position hiérarchique sera un critère de participation aux entretiens du groupe Direction.

Tableau 3: classification des groupes d'individus d'après Anzieu et Martin (1968,2017)

	Structuration (degré d'organisation interne et différenciation des rôles)	*Durée*	*Nb de indiv.*	*Relations entre individus*	*Effet sur les croyances*	*Conscience des buts*	*Actions communes*
Foule	Très faible	Quelques minutes à quelques jours	50+	Contagion des émotions	Irruption des croyances latentes	Faible	Apathie ou actions paroxystiques
Bande	Faible	Quelques minutes à quelques mois	6 à 13	Recherche du semblable	Renforcement	Moyenne	Spontanées mais peu importantes pour le groupe
Groupement	Moyenne	Plusieurs semaine à plusieurs mois	6 à 50+	Relations humaines superficielles	Maintien	Faible à moyenne	Résistance passive ou actions limitées
Groupe primaire ou restreint	Elevée	Trois jours à dix ans	6 à 13	Relations humaines riches	Changement	Elevée	Importantes spontanées voire novatrices
Groupe secondaire ou organisation	Très élevée	Plusieurs mois à plusieurs décennies	14 à 50+	Relations fonctionnelles	Inductions par pression	Faible à élevée	Importantes habituelles et planifiées

La dynamique des groupes a été unanimement reliée à Kurt Lewin depuis 1944 (Mucchielli, 1967, 2017). La spécificité de la dynamique des groupes est qu'elle concerne uniquement l'étude des petits groupes (Mucchielli, 1967, 2017). Parmi toutes les différentes formes de groupes, seul le groupe restreint (ou primaire) est propice au changement (Anzieu et Martin 1968 ,2017) (cf. Tableau 3).

Dans les années 1930, l'expérience de l'usine de Hawthorne[73] a fourni une quantité de matériaux riches en enseignement notamment dans l'étude des relations interhumaines et plus spécifiquement des groupes. C'est là que pour la première fois, il est observé qu'il existe au sein d'un groupe une

[73] Usine de Western Electric Company proche de Chicago

organisation informelle destinée à protéger ses membres du monde extérieur et des changements notamment (Mucchielli, 1967, 2017).

Même si la composition et la nature des groupes qui nous entourent est infinie (club de foot, jury de diplôme, organisation délictueuse, organisation religieuse, école, association, entreprise…), il réside trois caractéristiques communes à tous ces ensembles entrant dans la dynamique des groupes (Mucchielli, 1967,2017) :

- Ils ne sont pas répartis selon une catégorie abstraite qui classifierait arbitrairement ses membres par attribut (les brunes, les sportifs…),
- Ils ne sont pas répartis d'après une catégorie démographique telle que les vieux, les femmes…,
- Ils ne sont pas répartis suivant une catégorie économique ou socio-économique comme les cadres, les ouvriers …,
- Ils ne sont pas répartis d'après des critères socioculturels comme les Espagnols, les Parisiens …

Maintenant que nous avons vu ce qu'ils ne sont pas, voyons ce qu'ils sont :

- Ce sont des groupes limités en nombre de personnes,
- Chacun se connaît et a une relation personnelle avec les autres membres. Dès que la relation directe, le face à face entre membres ne sera plus possible, le groupe sortira du champ de la dynamique des groupes (Mucchielli, 1967,2017).

Ainsi décrit, ces groupes qui seront qualifiés de *primaire* (Cooley,2002) correspondent à la définition suivante « *ensemble humain, caractérisé par une association ou une coopération de face à fac*e » (Mucchielli,1967,2017, p.22).

Sans en préciser la nature, voici la définition que donne Kurt Lewin du groupe :

« ... L'essence du groupe n'est pas la similarité, ni la dissimilarité de ses membres, mais leurs interdépendances » (Lewin et al,1939, p.165)

A contrario des groupes restreints, les groupes secondaires sont assimilés à des organisations. Ce qui les caractérisent, ce sont les relations indirectes et l'appartenance à un groupe de manière globale ce qui est différent des groupes restreints ou l'appartenance est affective et quotidienne. (Mucchielli, 1967, 2017, p.22).

Tout l'intérêt des travaux initiés par Lewin réside dans la volonté d'étudier scientifiquement des problèmes sociaux rencontrés concrètement dans la vie quotidienne (De Visscher, 2012). On perçoit un intérêt scientifique certain de Lewin dans ses recherches, pour l'expression démocratique (De Visscher, 2012). En effet Lewin établit une pédagogie qui a comme objectif de permettre à chaque membre d'un groupe restreint l'expression des problématiques que vit ce groupe en vue de les comprendre et de les résoudre ensemble. L'intérêt de la parole d'autrui est valorisée de telle sorte que chacun puisse être entendu et reconnu. Cette pédagogie démontre sa portée sociétale dans l'ambition de répandre ces pratiques démocratiques et solidaires au quotidien (De Visscher, 2012).

Cette pédagogie lewinienne est définie par Anzieu et al comme *« l'une des meilleures qu'ils connaissaient* » (Anzieu et al, 1972)

Kurt Lewin reconnaît que la seule compréhension de la théorie du champ et de la dynamique d'un groupe sont insuffisantes à l'instauration du changement. Il lui apparaît indispensable de proposer un processus afin de permettre aux agents de s'engager dans le changement. Ceci va le conduire à développer la recherche-action puis à la conduite du changement en trois phases (Burnes, 2004).

II.2.3. La recherche-action

C'est à Kurt Lewin que l'on doit le terme d'*Action Research*[74] . Il a développé ce processus afin de venir en aide aux organisations qui le sollicitaient sur la question des relations de groupe (Burnes, 2004). Lewin a conçu ce processus de recherche-action afin de répondre à trois types de questions que se posaient fréquemment les organisations faisant face à des problèmes :

« *...Quelle est la situation actuelle ? Quels sont les dangers ? Que pouvons -nous faire* ? » (Lewin, 1946, p.201). Lewin a organisé la recherche-action comme un processus qui intègre deux dimensions :

- La nécessité d'engager des mesures afin de parvenir au changement ;
- La réussite de l'action de changement s'appuie sur une analyse de la situation avec l'indentification de toutes les alternatives adaptées à la situation.

Selon Kurt Lewin : « La recherche-action se déroule comme une spirale d'étapes dont chacune est composée d'un cercle de planification, d'actions et d'établissement des faits sur les résultats de

[74] Lewin, K. (1946). "Action Research and Minority Problems." In Lewin, G. W. (Ed.), *Resolving Social Conflict*. London : Harper & Row.

l'action » (Lewin, 1946, p.206). La recherche-action du point de vue de Lewin ne peut qu'aider les agents à réfléchir à des solutions nouvelles répondant à leurs situations. En effet, Lewin souligne que le changement doit être a minima consenti par les organisations ou les groupes sous peine d'être problématique (Lewin, 1946).

Ainsi la recherche-action utilise les travaux de Kurt Lewin de la manière suivante : la théorie du champ met en lumière les jeux de forces à l'œuvre dans un groupe qui agissent sur l'individu ; la dynamique de groupe permet de saisir les comportements individuels soumis à ces forces (Burnes, 2004).

Lewin pensait que pour comprendre une organisation, il était nécessaire de la changer (Lewin, 1947b) et qu'un changement réussi prenait naissance dans le groupe par un processus participatif de toutes les parties concernées. D'ailleurs, l'aspect d'apprentissage et de compréhension du processus qui amène les groupes à changer dans la recherche-action est plus important que le changement qui en résulte (Lewin, 1946)

Mais les nombreuses expérimentations pratiquées par Kurt Lewin ont démontré qu'« *un changement vers un niveau plus élevée de performance du groupe est souvent de courte durée, conduisant la vie de groupe à revenir bientôt au niveau précédent* » (Lewin, 1947a, p.228). Lewin en déduit que la seule définition d'un changement planifié d'un groupe ne suffisant pas à atteindre un niveau différent, il est nécessaire d'inclure « *la permanence au nouveau niveau, ou permanence pour une période souhaitée »* (Lewin, 1947a, p.228) dans l'objectif.

D'où la création par Kurt Lewin du modèle en trois phases : *unfreeze, change et refreeze*.

II.2.4. La théorie du changement de Kurt Lewin (Unfreeze, change, refreeze)

Lorsqu'on souhaite modifier un équilibre quasi-stationnaire en vue d'initier et de conduire le changement deux possibilités s'offrent à nous. Soit on augmente les forces qui sont supposées aller dans le sens désiré, soit on cherche à réduire les forces opposées. L'augmentation des forces instaure « *un état de tension élevée avec agressivité accrue, réactions émotives, baisse de l'action constructive* » dans le groupe (Anzieu et Martin, 1968 ,2017, p. 87). Cette manière de procéder obéit au principe de conduite autocratique (Anzieu et Martin,1968, 2017). En revanche la seconde pratique qui consiste à réduire les forces opposées abaisse les tensions internes et facilite le changement. C'est le principe utilisé dans le modèle en trois phases de Lewin pour conduire le changement. Ensuite, afin de finaliser le processus, il s'agira de provoquer une *catharsis* qui va venir déloger les habitudes, les

préjugés et *in fine* déranger la conformité du groupe (Anzieu et Martin, 1968, 2017). Cette démarche de changement se décline en trois temps (figure 2) qui sont *Unfreeze* ou **le dégel** matérialisant la conscientisation (Autissier et al, 2018), il va en découler le *Change* qui est **le mouvemen**t, le changement pour l'organisation afin d'atteindre un nouvel équilibre et enfin le *Refreeze* qui est **la stabilisation** de ce nouvel état (Autissier et al, 2018).

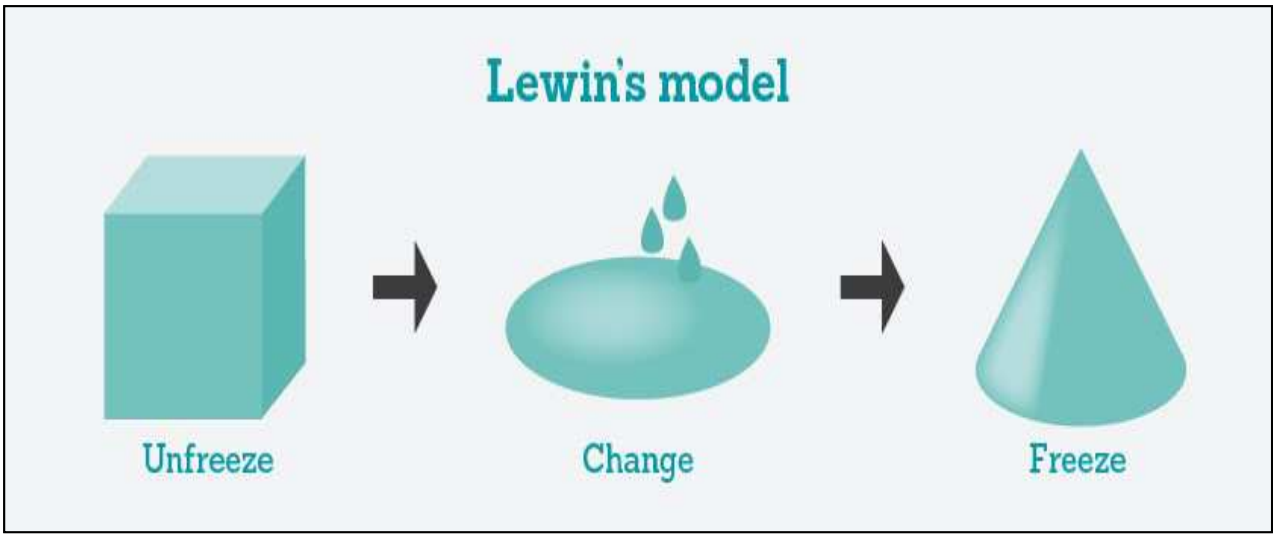


Figure 2 : modèle de conduite du changement en trois phases (Lewin, 1949)

a) *Unfreeze*

Lewin pensait que la stabilité du comportement humain dont le résultat était un équilibre quasi stationnaire était soumise à des forces motrices ou résistantes. Afin d'instaurer un changement, il va être nécessaire de modifier cet équilibre en le *dégelant* (*unfreeze*) et ainsi permettre aux comportements anciens de se révéler pour être écartés (Burnes, 2004) pour l'adoption réussie de nouveaux comportements. Il sera dans certaines situations nécessaire de provoquer un émoi émotionnel (Lewin, 1947a) afin de dégeler le niveau actuel. Toutefois, les personnes impliquées par le changement ne doivent en aucun cas se sentir exposées, ou humiliées afin de s'engager dans l'abandon de leurs anciens comportements et accepter les nouvelles informations (Schein, 1996).

b) *Change*

Lewin était sceptique quant à la possibilité de prédire les résultats d'un changement dans les organisations ou groupes au vu de la complexité des forces qui s'y exercent. Plutôt que de prédire, il est préférable de prendre la mesure de toutes les forces en actions, les identifier et de les évaluer afin

d'expérimenter toutes les solutions possibles (Lewin, 1947 a). Ainsi la fonction d'apprentissage portée par la recherche-action sous sa forme itérative de la recherche, de l'action et de la recherche (Burnes, 2004) permet aux agents d'évoluer vers un comportement acceptable.

c) *Refreeze*

Cette ultime étape vise à stabiliser un nouvel équilibre quasi stationnaire afin d'éviter tout retour en arrière. Pour ce faire les nouveaux comportements doivent être compatible avec la personnalité et l'environnement de l'individu. C'est en cela que Lewin conditionne la réussite du changement a une activité de groupe car si les changements sont effectifs au niveau du groupe alors ils le seront également pour les individus le composant (Lewin,1947a).

Dans la conduite du changement que propose Kurt Lewin, l'objectif est de lever les résistances qui constituent un frein aux changements. Pour cela, il amène les individus à prendre conscience de l'intérêt du changement (Autissier et al, 2018). La démarche lewinienne (figure3) consiste à convaincre les personnes, on parlera donc d'une démarche persuasive (Autissier et al, 2018). L'accompagnement et les actions mises en place ont comme finalité de se focaliser sur les résistances des partie prenantes sans toutefois être dans une quelconque contrainte. Le processus de changement dans l'approche lewinienne est toujours « *expliqué, expérimenté et partagé ente les personnes avec l'aide d'agents du changement* » (Autissier et al, 2018, p.48-49).

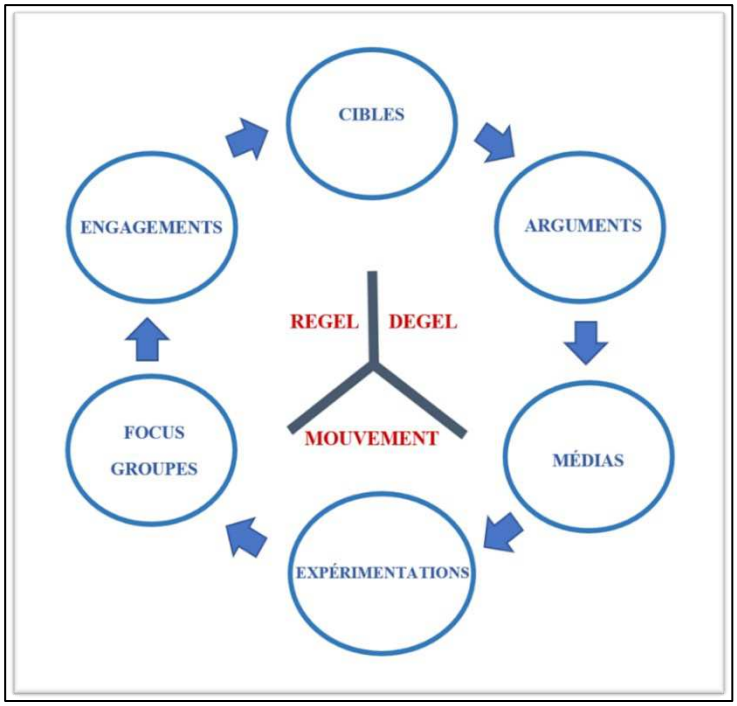


Figure 3 : la démarche lewinienne
(Autissier, Johnson et Metais-Wiersch, 2018, p.47)

II.2.4.1. Les critiques de la théorie de Lewin et leurs limites

Les critiques sur l'approche du changement de Lewin ont connu une forte croissance dans les années 1980. Jugée trop simpliste cette approche lewinienne du changement ne semblait plus correspondre aux réalités des organisations à cette époque (Burnes, 2004).

Andrew Pettigrew et les chercheurs qui se réclament de son influence rejettent l'approche normative et prescriptive défendue par Lewin (Michaux, 2016). Selon ces chercheurs, le changement est trop complexe pour le réduire à trois phases linéaires qu'ils jugent prescriptives. Pettigrew critique également la vision micro du changement de l'approche de Lewin qu'il estime trop centré sur l'individu et le groupe (Pettigrew, 1997). Pettigrew défend l'idée que les changements radicaux et profonds sont issus de plusieurs effets combinés entre individus, organisations, environnement et groupes. Finalement Pettigrew et ses partisans rejettent la vision lewinienne d'un changement qu'ils jugent linéaire, stable et unidimensionnel (Burnes, 2004).

Les différences qui opposent Lewin à Pettigrew au premier abord semblent pertinentes. Toutefois la lecture des travaux de Lewin par ses opposants est le fruit d'une interprétation erronée.

Concernant la critique du modèle du changement en trois étapes, l'argumentaire ne tient pas puisque cet aspect méthodologique est utilisé par Pettigrew. Celui-ci porte l'idée d'un processus de changement par étapes.

Sur la critique au sujet de l'aspect trop micro du changement centré sur les individus et les groupes, cette critique ne vaut pas lorsqu'on veut initier un changement dans une organisation de taille réduite, comme c'est le cas dans l'expérimentation que nous avons menée.

Et puis la notion d'interdépendance centrale dans l'approche de Lewin prend en compte non seulement l'individu dans le groupe, mais également l'organisation et la dimension politique de sa structure. Par interdépendance, Lewin entend un système qui est propre au groupe certes, mais qui renseigne sur *« le fonctionnement du groupe aussi bien en interne, que l'action sur la réalité extérieure* » (Anzieu et Martin, 2017, p.85).

Les chercheurs comme Andrew Pettigrew (1997) qui abordent le changement d'un point de vue analytique se sont opposés à l'approche psychosociale ; ils reprochent à ce processus de changement proposé par Lewin d'être trop superficiel alors qu'il se veut systémique (Hadini et *al*, 2020) . Toutes les théories qui s'en inspirent, selon Pettigrew, envisagent le changement comme un fait unique et isolé. Or d'après ce dernier la transformation est liée au contexte, à l'histoire et au processus d'une organisation et l'approche cognitive et psychosociale n'intègre pas ces éléments (Bensebaa, 2017).

Ce n'est pourtant pas le cas. Quand Lewin travaille à saisir la totalité d'une personne ou de la dynamique d'un groupe, c'est une entreprise d'envergure qu'il engage avec comme objectif d'appréhender le complexe (Beaudouin, 2000), Peut-on exclure l'individu de son environnement pour comprendre son comportement ? Non d'ailleurs Lewin ne le fait pas puisqu'il établit que pour comprendre ou anticiper un comportement, il est indispensable d'apprécier la personne et son environnement « *comme une constellation de facteurs interdépendants dont la totalité est la notion d'espace de vie de l'individu* » (Allard-Poesi, 2007, p.93).

De plus son intérêt pour le groupe et son comportement l'amène à étudier l'environnement psychologique des groupes et à développer l'étude du champ social et la psychologie écologique (Lewin et Faucheux,1967).

Les critiques qui s'appuient sur le désintérêt de Lewin pour l'historique d'un comportement démontre que ses opposants n'ont pas totalement investi la théorie du champ. En réalité lorsque Kurt Lewin lie le changement dans un champ psychologique à un instant *t*, il ne nie pas l'impact des expériences antérieures sur le comportement ; la prise en compte de ces évènements antérieurs dépend du lien fonctionnel et dynamique établi dans le champ psychologique actuel.

Le comportement B (à l'instant *t*) est fonction de l'espace de vie L*sp* (*à* l'instant *t*) qui inclut la personne P et son environnement E (Lewin et Faucheux, 1967), d'où la formulation suivante :

$$Bt = F\ (P, E) = F(Lsp)$$

Quant à attaquer Lewin sur la lenteur de son processus pour la qualifier d'inadaptée aux changements profond et radicaux, c'est nier que le changement nécessite du temps. En effet les tenants de Pettigrew omettent de dire que les changements radicaux se montrent inopérants (Kanter et al, 1992) lorsque le changement de culture et de comportement est nécessaire, alors que le modèle de Lewin lui propose un changement agissant sur ces facteurs qui demandent du temps.

Bien sûr, sa méthodologie génère des griefs, ses processus étant jugés lents (Walsh et Renaud, 2010). Sans aller vers un éloge de la lenteur (Honoré, 2013), il est peut-être intéressant dans une société où tout s'accélère, où les personnes se plaignent de ne plus avoir de temps (de Gaulejac,2011, p.101) de laisser le temps commettre ses effets, qui plus est lors d'un processus de recherche qui se veut lent (Roqueplo, 1997). De plus il n'y a pas de moyens rapides ou faciles de réaliser de tels changements,

et l'approche de Lewin est clairement toujours précieuse et influente dans ces domaines (Cummings et Worley, 1997).

Il est compréhensible que la méthodologie de Lewin puisse inquiéter par sa temporalité. Pour des personnes qui sont en quête de rapidité, de raccourcis, de réponses brèves ou de simplification à l'extrême, l'approche lewinienne n'est pas de nature à les rassurer. Mais la démarche phénoménale qu'il a entrepris de saisir, le complexe et l'insaisissable résidant dans les personnes ou la dynamique d'un groupe (Beauduin, 2000, p.89) demande cette lenteur toute relative.

Crozier et Friedberg rejettent également la linéarité de l'approche cognitive et psychosociale qui voudrait que les actions suivies de réactions soient prévisibles (Crozier et Friedberg, 1977). Les critiques de ces deux auteurs portent plus précisément sur le postulat de *« cohérence organisationnelle qui suppose une interdépendance entre les différents sous-systèmes de l'organisation* » (Hadini, 2020, p. 700).

Pour répondre à ces critiques formulées par Pettigrew, Crozier et Friedberg sur l'aspect prescriptif des recherches de Kurt Lewin, celui-ci reconnaissait lui-même le changement comme instable et imprévisible. Il considérait le changement comme « *un processus complexe d'apprentissage et itératif, où le voyage était plus important que la destination, où la stabilité était au mieux quasi stationnaire et toujours fluide compte tenu des forces complexes impliquées* » (Burnes, p.31, 2004) et dont les résultats imprévisibles ne sont que le fruit d'essais et d'erreurs (Lewin,1947a).

Toutes ces critiques sur les travaux de Kurt Lewin montrent leurs limites. D'ailleurs comme le relève Chris Hendry (1996), la plupart des auteurs qui critiquent l'œuvre de Lewin, appuient leurs propres travaux de changement sur la théorie du champ de ce dernier.

L'approche planifiée du changement portée par Kurt Lewin s'appuie sur la combinaison de quatre concepts : la théorie du champ, la dynamique des groupes, la recherche-action et le modèle de changement en trois phases afin de conduire à un changement réussi. Tous les détracteurs de Lewin ont considéré ses quatre éléments de façon séparé et se sont concentrés sur la critique de son modèle en trois phases (Burnes, 2004). Certes pris séparément ce modèle en trois phases peut être réduit à un processus simpliste, mais adjoint aux trois autres concepts « *il devient une approche beaucoup plus robuste du changement* » (Burnes, 2004).

Pour Lewin et ses héritiers, engager le changement, c'est avant tout considérer que l'équilibre dans un institution résulte d'un champ de forces. C'est par l'identification de ces forces qui agissent pour

ou contre le changement, que se concentrera l'objet de l'intervention du chercheur dans le modèle de conduite du changement en trois phases de *Unfreeze, change et refreeze*.

L'influence de Kurt Lewin est toujours présente, à tel point que l'on retrouve encore aujourd'hui ce séquençage chez plusieurs auteurs qui traitent de la conduite du changement, pour exemple Kotter et ses huit étapes (Voir schéma 5).

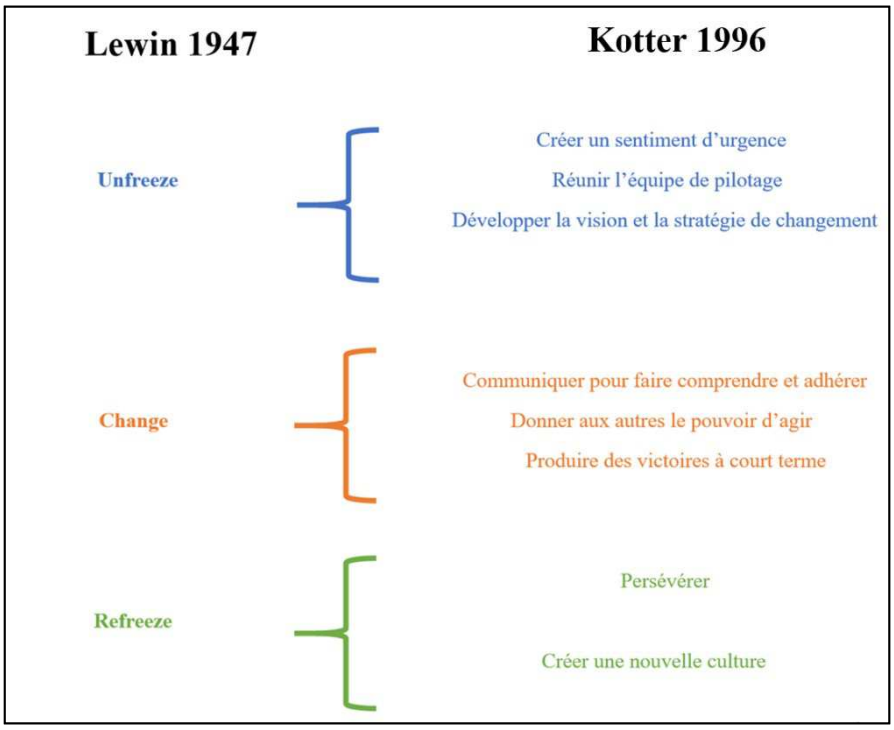


Schéma 5 : Lewin (1947) et Kotter (1996) d'après Michaux (2016)

II.2.4.2. L'actualité du modèle de changement de Lewin

Le changement organisationnel a suscité beaucoup d'intérêt, de questionnements divers et de recherches (Walsh et Renaud, 2013). Les recherches sur le changement organisationnel et le management dans le champ médicosocial diffèrent des logiques gestionnaires traditionnellement utilisées.

Michel Foudriat en 2013 nous indique dans son livre au titre évocateur « *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et en médico-sociaux* » que le changement dans le champ social et médico-social n'est possible qu'à la condition de réenvisager le management. Selon l'auteur, le management gestionnaire importé des grandes entreprises industrielles n'est pas opérant

dans ce secteur social et médico-social. Michel Foudriat nous permet ainsi de confirmer de la nécessité d'un management différent, si le changement est souhaité en EHPAD.

Lucie Lebrun, Marc Dumas et Florence Douguet en 2018, dans le cadre d'une recherche intervention, ont voulu étudier les effets de la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sur le travail des aides-soignantes en EHPAD. Pour cela les chercheurs ont utilisé le cadre d'analyse de la théorie de la régulation sociale. De toutes évidence, les points essentiels sont là : l'utilisation d'une théorie qui n'est pas gestionnaire sur l'activité des travailleurs du *care* et l'EHPAD. L'étude du changement organisationnel est présente et met en lumière la différence qu'il existe entre le travail prescrit et le travail réel.

Cette étude exploratoire avait comme ambition de comprendre un processus ; nos travaux eux contiennent une phase exploratoire suivie d'une mise en action managériale coconstruite et c'est là que nous apportons une autre dimension : nous proposons un modèle de management coconstruit sur le terrain, adapté et donc possible.

Julien Maisonnasse, Francesca Petrella et Nadine Richez-Battesti en 2019 se sont intéressés aux outils de gestion dans les organisations de l'économie sociale solidaire. L'étude de ces outils de gestion est justifiée car jugée être un vecteur de rationalisation et de l'idéologie gestionnaire qui conduit ses organismes dans de grandes difficultés de fonctionnement (Delouette et Nirello, 2017). Le point de rencontre avec nos travaux est que la majorité des EHPAD sont issus de l'économie sociale solidaire (Dussuet et al, 2017) et ils partagent en tant qu'organisation de l'économie sociale solidaire la problématique de conserver la finalité sociale de leurs projets (Persais, 2017) tout en recherchant l'efficacité budgétaire (Maisonnasse et al, 2019). Les auteurs concluent leur étude en spécifiant que les outils de gestion dépendent du contexte dans lequel ils sont développés et employés. De ce fait, leur utilisation, pour revêtir tout son sens, impose un déploiement collectif afin de conserver l'engagement social initial de ces organisations sociales solidaires.

L'article de Zitoun et Clot en 2020 relate leur intervention en EHPAD et l'utilisation du dispositif d'instance de dialogue sur le métier. Leurs actions qui se situent au niveau du développement de ressources organisationnelles ont en vue l'amélioration de la santé au travail des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques.

Au-delà du changement organisationnel, ce que nous proposons est un changement de culture en EHPAD. En effet, ces établissements médico-sociaux sont encore trop empreints d'une approche sanitaire sous-tendue d'une vision d'une logique gestionnaire. Or en EHPAD, les personnes sont avant tout âgées et non malades, ce qui pourrait apparaître comme une nuance vient induire une notion

essentielle : le sens que l'on donne au soin. C'est une dimension essentiellement curative décrite par Winnicott en 1988 dans un article intitulé le *CURE* ; en effet, il démontre comment, dans les systèmes de soins, l'investissement dans la relation soignant/soigné s'est trouvé évacué au profit du traitement en vue d'une guérison[75]. À l'hôpital peu à peu « l*es logiques de l'efficience, de la performance et de la rentabilité expulsent les fragilités humaines de nos préoccupations et imposent leurs règles* » (Hirsh, 2016, p.43).

Ce que nous proposons est l'intégration d'une logique de *care* dans un management coconstruit et réellement expérimenté en EHPAD. Ces trois éléments essentiels sont absents des travaux étudiés jusqu'ici, d'où notre proposition de recherche-action. Enfin la transformation de vision et de philosophie va inévitablement questionner l'organisation convoquant ainsi la dimension de changement organisationnel qui interviendra, comme le résultat d'un processus intégral de changement.

Si l'innovation, c'est la façon renouvelée de questionner un problème connu, le changement lui sera le sens, la direction, la légitimité acceptés par les acteurs pour répondre à cette question. Innovation et changement partagent la même condition d'existence : l'interaction humaine délestée de toute imposition limitante (Bernoux, 2002).

Au vu de ce panorama sur le changement organisationnel et de la richesse aussi bien des recherches que des auteurs, la question qu'il est légitime de se poser est pourquoi choisir Kurt Lewin, plus qu'un autre chercheur, alors que les travaux de Lewin datent ?

Mobiliser les travaux de Kurt Lewin en 2021 soulèvera des critiques. Mais malgré son ancienneté, l'œuvre de Kurt Lewin *« conserve une actualité questionnante qui atteste sa portée fondatrice* » (Michelot, 2016, p.543), comme le souligne Bernard Burnes « …*plutôt que d'être dépassée ou redondante, l'approche de Lewin est toujours pertinente pour le monde moderne »* (Burnes, 2004, p.2).

De nos jours, la production de Kurt Lewin est considérée « comme *fondamentale et reste une référence pour les théoriciens du management* » (Plane, 2019, p.70).

Les problématiques liés aux groupes, aux changements dans les organisations et dans la vie en général n'ont pas faibli depuis la disparition de Lewin. Sa préoccupation pour la résolution des conflits et la

[75] André. K Entre insouciance et souci de l'autre-L 'éthique du Care dans l'enseignement en gestion. Gestion et Management, université Panhtéon-Sorbonne-Paris1,2013. Français

dimension humaniste défendu dans ces travaux sont toujours pertinentes et d'actualité. Pour toutes ces raisons l'approche de Kurt Lewin est un constituant essentiel pour la construction d'un cadre théorique de référence à nos recherches de changement en management.

Conclusion section 2

Dans cette section nous nous sommes attachés tout d'abord à présenter les travaux de Kurt Lewin et toute la portée scientifique et démocratique de son modèle de conduite du changement (Roy et Prévost, 2013).

Avec la théorie du champ, c'est accéder à la relation de la personne avec son environnement. Grâce à l'acquisition de la lecture des jeux des forces et de son emploi, alors il devient possible de comprendre et d'anticiper les réactions d'une personne.

Mais pour mener à bien ce projet de transformation, il est fondamental de comprendre comment l'individu interagit avec les autres membres du groupe. C'est pourquoi maîtriser la dynamique interne du groupe s'impose dans le projet de conduire un changement même si elle n'est pas suffisante (Lewin, 1946). Car pour un changement réussi, il est nécessaire d'instaurer un cadre adapté qui favorise l'engagement et le changement de comportement des individus. Ce cadre propice au changement, c'est la recherche-action, une démarche de recherche itérative, collaborative et apprenante. Enfin, la conduite du changement en trois phases afin de constituer un système bien intégré vient parachever cette démarche lewinienne (Alport, 1948).

L'approche du changement lewinienne maintenant exposée et les critiques de ce modèle levées, le cadre théorique ouvert commence à se structurer. Il manque un élément afin de le finaliser. Toutes les composantes sont essentielles à ce cadre théorique. L'éthique du *care,* parce qu'elle va être employée quotidiennement dans ce management différent et parce qu'elle est à la fois le cœur et la raison du changement proposé, conserve une place de choix, d'où la nécessité de la présenter.

II.3. Le *care* comme objectif du changement

Introduction section 3

L'approche du changement lewinienne maintenant exposée et les critiques de ce modèle levées, le cadre théorique ouvert commence à se structurer. Il manque un élément afin de le finaliser. Toutes les composantes sont essentielles à ce cadre théorique. L'éthique du *care,* parce qu'elle va être employée quotidiennement dans ce management différent et parce qu'elle est à la fois le cœur et la raison du changement proposé, conserve une place de choix, d'où la nécessité de la présenter.

Alain Villez disait ceci en 2007 « *les institutions, si elles ne veulent pas sombrer dans la gestion rationalisée des corps de vieillards réduits au statut de simples objets de soins, doivent refonder leur projet de vie en fonction de différents modèles qui ont jalonné l'histoire plus ou moins fantasmatique des institutions sanitaires et sociales pour personnes âgées* » (Villez, 2007, p.169).

La vision utilitariste et libérale considérant les individus comme des êtres autonomes et rationnels à la seule recherche de leur intérêt propre n'est pas l'unique manière de concevoir la société (Petit, 2013). En effet il existe une autre façon d'appréhender l'individu et le monde qui l'entoure (Petit, 2013). Un monde où le sentimental n'est pas proscrit, la vulnérabilité dénigrée et l'indifférence fortement encouragée. Introduire la théorie du *care* dans notre quotidien, c'est donner de l'importance aux domaines des affects, du sensible, du rôle des intentions, des attitudes et de la valorisation du contexte de la prise de décision (Petit, 2013).

Au vu de tout cela, nous pensons que l'éthique du *care* peut apporter au management en EHPAD la dimension humaine qu'il perd parfois dans cette recherche effrénée de la seule performance économique. Nous proposons donc de suivre la voie que l'éthique du *care* trace afin de fournir un modèle de management et d'offre de services humanisés. **«** *L'approche du care privilégie l'autre en tant qu'il est vulnérable, incarné, sensible, singulier et soumis à des besoins »* (Terraz,2016, p.9).

II.3.1. Définition du care

Cette éthique du *care* mérite d'en préciser les fondements, les objectifs et finalités. Surtout dans le secteur médico-social et notamment les EHPAD.

Avant d'aller plus loin il apparaît primordial de préciser le sens donné au *care*. Il n'est pas question d'appréhender le care comme le soin entendu, comme un traitement de la maladie qui serait l'apanage des professionnels de santé, mais comme le prendre soin de ce qui vit (Collière, 1996, 2001) et dont nous développerons plus loin tous les aspects. D'ailleurs afin de différencier les deux « care », et de désigner celui relatif à l'éthique du même nom, et qui imprègne nos travaux, nous avons l'avons noté en italique depuis le début de cette thèse.

L'éthique du *care* est apparue dans les années 1980, avec l'ouvrage de Carol Gilligan une *voix différente* où elle critique la théorie du développement moral de Kohlberg (1981).

Elle pointe dans son enquête *un biais de genre,* uniquement des garçons, pas des filles, ce qui a pour effet selon elle de ne donner qu'un seul angle de vue et ne permet pas d'envisager une manière autre de concevoir la morale. Cette voix différente qui est négligée, c'est la voix des femmes, une voix exclue jusque-là de la morale.

L'éthique du *care* vient de faire son apparition avec la voix des femmes mais va être réduite à une éthique féministe dont la voie morale restera cantonnée au domaine privé. Le *care* c'est autre chose, c'est le souci prioritaire des rapports avec autrui (Gilligan et al, 1982,1986,2008).

Joan Tronto (2009) va faire sortir l'éthique du *care* de cette féminisation en redéfinissant l'éthique du *care* non plus comme reposant sur des attributs de la féminité qui relèveraient de la nature, mais comme des savoirs que chacun peut s'approprier dans l'intérêt de tous. Les activités relevant du *care* ne sont plus alors réservées aux seules catégories subalternes désignées par le genre, l'origine sociale et la couleur de peau comme c'est communément le cas dans les sociétés occidentales (Molinier et al, 2009) car *« le care est à la fois une pratique et une disposition »* (Tronto, 2009, p.145).

Ce virage n'est pas anodin car ces activités du *care*, qui étaient jusque-là minorées par le statut de leurs opératrices, sont désormais reconnues. Adopter la vision du *care,* c'est comme chausser des lunettes dont les verres agiraient comme des révélateurs, en rendant visible ce qui jusque-là ne l'était pas. Mais dans des sociétés qui prônent l'autonomie, il est dangereux de reconnaître le travail du *care* et les disparités qui en relèvent, donc il reste partiellement visible et circonscrit aux femmes, aux pauvres et immigrés (Molinier et al*,* 2009).

Comme le proposent Joan Tronto et Bérénice Fisher en 2009, l'éthique du *care* est

« Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, continuer ou de réparer notre monde de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (selves) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie ».

Cette définition Joan Tronto va l'enrichir de quatre phases (Tronto, 2009) permettant de préciser le concept de *care* et de le structurer : ce sont les principes de l'éthique du *care*. Nous avons adapté la description initiale de ces quatre phases afin de les rapprocher du management en EHPAD.

II.3.2. Les quatre principes du care

a) Se soucier de quelqu'un ou de quelque chose (*caring about*), c'est prendre conscience de l'existence de besoins autres que les siens. En prenant conscience du besoin de *care* pour autrui, en y accordant de l'attention et en le reconnaissant alors l'évaluation de la réponse à apporter prend forme. Pour un manager, cette phase pourrait se matérialiser par la reconnaissance dont les soignants en EHPAD ont besoin dans leur travail. Si ce besoin n'est pas pris en compte par le gestionnaire, cela peut poser des problèmes de souffrance au travail par exemple (Zacklad, 2016).

b) Prendre en charge (*take care of*), c'est mettre en place une réponse établie en fonction des besoins reconnus et pris en compte dans la phase précédente. Cela induit d'assumer une part de responsabilité, celle de reconnaître les besoins non satisfaits de l'autre et d'organiser la réponse en vue de satisfaire ses besoins. Pour un manager cela consiste en la conviction qu'il peut agir afin de satisfaire le besoin de reconnaissance des professionnels. Maintenant si le manager a pris acte de cette non-reconnaissance de ses collaborateurs qu'elle soit institutionnelle ou sociale, mais qu'il est convaincu qu'il ne peut rien y faire et que l'on ne peut de manière générale pas agir en ce sens, alors la prise en charge le *take care of* n'existe pas.

Il ne suffit pas non plus de prendre acte une fois d'une situation, il faut la pérenniser. Prenons exemple d'un manager qui aurait pris conscience du besoin pour les soignants de se raconter, se rencontrer et d'échanger professionnellement sur leur pratiques et quotidien de travail. Le rôle du manager qui prend en charge (take care of), ce sera quelles que soient les circonstances de garantir à ces professionnels qu'ils auront à disposition le temps et l'espace pour se rencontrer. Le manager qui assumera toutes les tâches permettant à ces professionnels de se rencontrer sera un manager qui prend en charge dans le sens entendu par l'éthique du *care*.

c) Prendre soin (*care giving*) consiste à soigner quelqu'un ; c'est le travail concret du *care* qui n'est plus envisagé comme une compétence technique, mais une catégorie morale. Ce travail de *care* implique une rencontre directe entre la personne qui prend soin et celle dont il est pris soin. En EHPAD, c'est l'infirmière qui va rappeler à un résident qu'il a une visite prévue aujourd'hui, le technicien qui vient réparer la télévision qui ne fonctionnait plus, l'aide-soignante qui aide une résidente à se maquiller etc., le prendre soin implique toujours un face à face entre la personne qui émet le *care* et celle qui le reçoit.

Dans cette phase, il convient de parler et d'aborder la pratique qui consiste à délivrer de l'argent sous forme de don ou d'aide et qui pourrait être considéré comme un acte de prendre soin, de *care giving* (Tronto, 2009). Même si l'argent permet d'acquérir des ressources, il ne peut pas apporter une solution à tous les besoins (Tronto, 2009). Joan Tronto nous indique que lorsqu'une discussion s'instaure trop rapidement entre satisfaire les besoins selon le *care* ou convertir l'action en aide financière cela indique « *la sous-évaluation de la manière dont on prend soin des autres dans notre société* » (Tronto, 2009, p.149).

En transposant ce principe dans le management, cela peut se traduire par un manager qui va octroyer une prime à ces collaborateurs alors qu'ils manifestent leur incapacité à réaliser certaines tâches par manque de moyens humains.

Il ne peut y avoir de prendre soin sans reconnaissance des besoins non satisfaits et sans concrétisation d'une action d'un individu à un autre. Le prendre soin est la réponse incarnée et délivrée émanant de deux premières phases : du *caring about* et du *take care of* ; cette démarche conduit vers la finalité qui est la validation du *care* par la réception du soin.

d) Recevoir le soin (*care receiving*) est la réponse apportée par le destinataire du soin. D'elle va dépendre la validité du processus engagé de *care*. En effet ce n'est qu'à ce moment-là que l'on peut observer si toutes les étapes ont été correctement appréhendées et si tout le processus du *care* a été respecté. C'est, par exemple, la personne âgée atteinte de troubles cognitifs qui parce que son besoin était de pratiquer le jardinage, depuis qu'il lui est permis de le faire, ne présente quasiment plus aucun des troubles présents en nombre auparavant. Toute la difficulté va résider dans l'identification des besoins et de choix de la réponse aux besoins identifiés.

En effet, la manière de répondre aux besoins d'un personne peut créer de nouveaux problèmes. Prenons l'exemple d'une personne à mobilité réduite vivant en EHPAD qui manifeste le besoin de se déplacer pour faire une promenade sans matériel adapté ; le professionnel, lui, voit que cela va prendre du temps d'accéder à la demande de cette personne ; ce professionnel aurait plus vite fait de l'installer

sur un fauteuil roulant pour faire sa promenade. De plus en répondant aux besoins de la personne, le professionnel va devoir investir du temps et prendre du retard sur ces missions d'accompagnement qu'il a avec les autres personnes. Ou encore, c'est le manager, qui alors que ces collaborateurs ont manifesté leurs besoins de s'inscrire dans un management participatif, va *in fine* prendre toutes les décisions sans les consulter ou aura déjà décidé avant même que la discussion soit instaurée.

Quel besoin doit être pris en compte, celui de l'usager ou celui du professionnel ? Celle des collaborateurs qui veulent participer à la vie de l'établissement ou celle du manager qui est persuadé que lui seul sait quelles décisions sont bonnes à prendre ? La réponse est évidente, c'est pour cela que l'évaluation du besoin devient fondamentale « *faute de réaliser que l'objet dont il a été pris soin réagit à la sollicitude qu'il a reçue, nous pouvons rester dans l'ignorance des dilemmes et perdre la capacité d'évaluer l'adéquation du soin proposé* » (Tronto, 2009, p.150).

Le *care* nous apparaît alors comme une théorie de l'ordinaire, qui s'intéresse à la personne, à ses interrelations avec l'autre le tout s'appuyant sur la pratique du terrain (Petit, 2014).

Le *care* a donc la capacité d'agir sur ces théories et notamment du NMP, avec un objectif d'améliorations singulières de l'existence de l'individu au sein d'un collectif, d'un quotidien concret, réel (Tronto, 2009).

Comme une voie différente, l'éthique du *care* ouvre une perspective morale et politique singulière : on passe de la conquête à la quête, du souci de soi au souci des autres (Pesqueux, 2012), la réflexion se trouvant ainsi libérée de l'intérêt purement économique.

S'intéresser au travail du *care*, c'est s'intéresser aux tâches qui jusqu'ici étaient jugées ingrates et sans grande valeur comme le travail en gériatrie (Molinier, 2009). Alors ce qui apparaissait comme périphérique devient central et les personnes qui l'accomplissaient deviennent les détentrices/détenteurs de savoir-faire ; ces travailleuses(eurs) du *care* deviennent important(e)(s) (Molinier, 2009).

Afin de parfaire la compréhension de ce *care*, il reste un dernier élément à voir, ce sont les dimensions qui traversent l'éthique du *care.*

II.3.3. Les deux dimensions du care

Le *care* tel que nous l'envisageons contient deux dimensions. La première c'est l'idée d'être tourné vers autrui. En effet le *care* entend que l'on s'intéresse à l'autre. Il n'est donc pas question de se prendre ni comme référence, ni comme point de départ ou point de retour, mais comme un élément

de ce *care*. Tendre vers quelqu'un d'autre, ou autre chose que soi, voilà comment exprimer cette dimension (Tronto,2009), une pratique désintéressée au sens de ne pas conditionner son action à un quelconque retour direct pour soi-même mais plutôt comme un don fait à un écosystème.

La seconde dimension indique qu'il y a dans le *care* une idée de mouvement, d'action. L'aspect dimensionnel du *care* pourrait être traduit comme un mouvement concrétisé par l'action fondée sur les besoins d'autrui. Lorsque l'on emploi la notion de *care* pour être validé comme tel, cela sous-tend qu'une action sera menée. Il ne peut y avoir *care* si l'intérêt porté à une situation, n'est pas suivi de faits ou d'actions au service de cette attention (Tronto, 2009).

Maintenant que le *care* est défini et qu'il est établi comme processus actif et traversé par deux dimensions enrichies par quatre phases structurantes (Tronto,2009), nous pouvons étudier comment ce concept existe dans la management.

II.3.4. Le care dans le management

Deux thèses se rapprochent de notre sujet de recherche, l'une porte sur une recherche empirique de l'éthique managériale au sein d'un l'hôpital public (Miremont, 2014), la deuxième traite l'introduction de l'éthique du *care* dans un programme de tutorat d'élèves réalisé bénévolement par d'autres élèves dans l'enseignement en gestion à l'ESSEC (André, 2013).

Ces deux axes éminemment intéressants contiennent des enseignements. L'aspect qui concerne le contexte managérial hospitalier (Miremont, 2014), axé sur le soin (cure) et non sur le prendre soin (*care*) apporte un éclairage à utiliser par la suite dans nos travaux ; quant au travail de André, cette introduction du *care* en sciences de gestion est riche d'apport théorique.

En 2015, Miremont et Valax, dans une étude empirique longitudinale menée dans deux hôpitaux publics, formulent l'hypothèse que l'éthique du *care* « *instituée comme principe de management, peut créer de la valeur et du sens* » (Mimeront et Valax, 2015, p.16). Les auteurs de l'article relèvent que « *le care n'est pas une valeur partagée par les différents mondes de l'hôpital* » (Mimeront et Valax, 2015, p.32). Ils dégagent deux axes de réflexion, le premier en forme d'hypothèse : le *care* peut répondre aux problématiques de GRH, à la condition que les cadres et directeurs(trices) des soins diffusent le *care* au cœur de la gouvernance hospitalière. Le deuxième est une autocritique de la prégnance de l'axe économico-gestionnaire essentiellement dans leurs travaux ; les auteurs relèvent que la suite de leurs travaux devrait s'intéresser au développement managérial opérationnel de l'éthique du *care* à l'hôpital public.

Toujours en 2015, Éric Delassus dans son article « *Manager selon* le *care* » pose les principes d'un management par le *care*. Selon lui, l'enjeu pour le manager consiste à créer les conditions de pleine réalisation du désir de ses collaborateurs. Mais, afin que le bénéfice soit total (collaborateurs et organisation), tout cela ne peut se réaliser dans la servitude insidieuse décrite comme un choix biaisé du salarié car soumis au *désir maître* du supérieur hiérarchique (Lordon 2010).

Ces travaux sont intéressants mais ne traitent pas d'une mise en place réelle du *care* dans le management. Nos travaux proposent d'expérimenter l'éthique du *care* dans un EHPAD et d'en retirer des enseignements dans le cadre d'une recherche-action.

En EHPAD, le sort de l'usager est indissolublement lié au sort du professionnel : la souffrance de l'usager devient celle du soignant ; la souffrance du soignant se répercute sur l'usager (Zacklad, 2016).

Ce lien rappelle le concept de la *symétrie des attentions,* issu de l'hôtellerie et crée par Olivier Devys et Gwénaêl Le Houérou. Cette idée de faire des collaborateurs les premiers clients date déjà. En effet une compagnie aérienne américaine dans les années 80 avait développé cette pratique avec des intentions commerciales, puisque la bienveillance qu'elle accordait aux collaborateurs était guidée par le retour sur investissement. Dans le même esprit, Ditandy et Meyronin en 2014 ont développé la symétrie des attentions qu'ils définissent ainsi « *Prendre soin de ses collaborateurs afin qu'ils prennent soin des clients […] Pour satisfaire vos clients, veillez à satisfaire vos collaborateurs… et vos managers* » (Ditandy et Meyronin,2014, p. 11). L'objectif est clair, la symétrie des attentions est intéressée, elle est recherchée et voulue pour une croissance espérée, une performance améliorée et soutenue (Ditandy et Meyronin ,2014). Quid de la performance sociale ?

Meyronin, Grassin et Benavent en 2019, dans leur ouvrage : *Replacer l'humain vraiment au cœur de l'entreprise : le mangement par le care,* utilisent, comme nous, l'éthique du *care* comme base de réflexion, sauf que dans l'idée du *care*, du prendre soin, il n'y a pas de calcul gestionnaire.

Même si cela ne paraît pas toujours évident, le *care* est présent dans la plupart de chacun de nous comme un habitus, reste qu'il faut l'activer (Trémine, 2014) et la confiance constitue une clé d'activation.

II.3.4.1 Les valeurs du care dans le management

La confiance, une affaire de partage

Michela Marzano en 2007 dans son article *Qu'est-ce que la confiance ?* met en évidence l'un des travers du management contemporain qui le conduirait à considérer la confiance comme un acte

volontaire. Or, comme elle le précise, c'est au manager d'avoir confiance en lui et ainsi d'inspirer confiance et d'entraîner ses collaborateurs. Toutefois, le manager ne sait pas tout. Il existe une part d'inconnu qui fait intervenir la notion de risque à prendre, afin de créer la confiance. On comprend qu'il est souhaitable, que la confiance ne soit pas imposée.

Danièle Linhart en 2019, dans son article *Les formes modernes de l'emprise managériale,* indique comment le management actuel appelle à la créativité et à la performance individuelle mais se place dans le contrôle du salarié assurant ainsi une continuité avec le taylorisme. A contrario, Danièle Linhart nous présente le management qui a cours dans les entreprises libérées. Basé sur la connaissance du terrain des employés, *les patrons libérateurs* accordent confiance aux employés, pour *in fine* envisager des économies sur les postes de cadres dont ils n'auront plus besoin.

Ces articles apportent des angles de vue sur la confiance qui sont remarquables, mais ils font reposer les problématiques essentiellement sur le manager, alors que la vision que nous proposons dans le management est une approche plus équilibrée.

Il est communément admis en management depuis les années 80 que la confiance en soi constitue l'élément incontournable du développement personnel et social (Marzano, 2012). Véritable miroir de l'intime et des relations que nous entretenons avec nous-mêmes, cette confiance que l'on s'accorde permet la confiance accordée aux autres. (Marzano,2012). Considérée comme levier de performance, les organisations misent sur la confiance afin de faire face à l'incertitude et à la complexité (Santoni et al, 2016).

Ce constituant indissociable des interrelations humaines mérite toute l'attention car avant d'avoir des effets économiques, la confiance conditionne par cette parole donnée aux citoyens la possibilité d'une démocratie (Cornu, 2003). Grâce à la mise en avant des différences de chacun, la confiance agit comme fédératrice autour de valeurs communes, consolide la culture d'entreprise, favorise la motivation, permet la créativité des collaborateurs et participe au renforcement de l'histoire d'un groupe (Fagbohoun, 2016).

Cet acte de coopération qui révèle une relation essentielle à l'autre, ne va pas de soi et implique une prise de risque (Fagbohoun, 2016). Parce que la coopération est structurée autour de relations de confiance, de règles consenties et respectées, le quotidien qu'il soit de travail ou autre devient possible entre acteurs (Dejours et Gernet, 2012). Certes le retour n'est en rien assuré (Marzano, 2012). En effet s'engager dans une quelconque entreprise avec autrui, c'est prendre un risque qui n'est envisageable que s'il existe une relation de confiance entre les acteurs (Dejours et Gernet, 2012). Avoir confiance

en quelqu'un déjoue toutes les prévisions négatives, d'ailleurs les pronostics ne créent que ce qu'ils veulent voir (Cornu, 2003).

La confiance est la base de tout fonctionnement démocratique, car croire en l'autre, en l'inconnu, aux citoyens, c'est faire confiance à ses pensées, à ses délibérations, à la création d'un avenir commun (Cornu, 2003).

Synonyme de liberté vécue comme une expérience commune et non individualiste, la confiance est le renoncement au contrôle, au pouvoir exercé sur soi ou sur l'autre (Cornu, 2003).

La confiance sous la forme de concept ou de vocable a des définitions multiples. Dans ce travail de recherche, le concept de confiance sera employé comme approche fonctionnelle (Van Belleghem, 2013) en vue d'une application managériale avec la volonté d'utiliser ce concept conjugué à la réciprocité. L'idée traduite pour le manager est la suivante : donner confiance à mes collaborateurs, et pour les collaborateurs, avoir confiance dans le management et dans nos pratiques ; ce mouvement s'illustrant selon ceci : « *la confiance est aussi auto-productrice d'elle-même* » (Cornu, 2003, p.25).

Cette confiance, si essentielle à l'action et à l'entreprise, a été malmenée par la recherche de performances productives (Dejours et Gernet, 2012). Une reconstruction de la confiance est possible ; elle repose sur le manager et ses compétences d'écoute afin de permettre la coopération et rendre le travail réel et visible (Dejours et Gernet, 2012). La seule manière d'atteindre la confiance et d'instaurer le rapport social est de tenter *le pari du don* [76](Caillé, 2004) dans le prendre soin. Mais pour appréhender totalement le prendre soin il convient de définir le soin afin de comprendre quelle est sa part dans le prendre soin.

Le soin, dans le prendre soin

Jean -Philippe Pierron, Didier Vinot et Elisa Chelle, en 2020, dans un ouvrage intitulé *Le travail du soin, soin du travail*, reviennent sur toutes les dimensions qui sont contenues dans le travail du soin. En effet, ils mettent en lumière que le prendre soin qui consiste à se soucier de l'autre et qui n'apparaît plus dans la comptabilité gestionnaire, brille par son absence.

Audrey Rivière, Nathalie Commeiras et Anne Loubès, en 2019, dans leur article *Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé*, identifient le

[76] Expression formulée par l'auteur

NMP comme néfaste dans le quotidien de travail d'un service de soin. Elles invitent d'ailleurs les cadres de santé à retravailler leur relation au soin perdue au cours de la managérialisation. Ainsi en renouant avec leurs professions de soignant originel, les cadres de santé pourront s'éloigner de celle de gestionnaire.

Ces recherches constituent une réelle base de référence mais qui reste incomplète selon nous car elles ne sont pas en lien avec la spécificité des services de gériatrie et le management qui s'y exerce.

Issus d'une longue tradition, la notion de soin comme traitement ou comme prendre soin se mêlent et nous emmêlent (Collière, 1996,2001) et sont spécifiques du management à l'œuvre dans les établissements de soin.

Walter Hesbeen en 2012 nous invite à ne pas confondre le soin avec les soins, car si faible puisse paraître la différence, elle existe et détermine tout le sens de la démarche.

Porter attention à l'autre, l'accueillir et prendre en compte sa singularité sont les préalables du prendre soin et que l'on soit une personne lambda ou professionnel soignant, cela ne va pas de soi (Hesbeen, 2019). Entre le soin et le prendre soin il n'existe pas de lien systématique, car il est possible de soigner quelqu'un sans lui porter attention, sans se soucier de l'être, de la personne (Hesbeen, 2012). La puissance publique l'a bien compris puisqu'elle a légiféré[77] en 2002 en ce sens, passant d'une considération d'un patient "objet de soins" à un patient "sujet de droits"[78]. Certes, la personne comme objet de soins n'existe plus dans les discours, mais a-t-elle disparu des pratiques ? Peut-on affirmer, par exemple, que les soignants en EHPAD considèrent toujours la personne atteinte de démence en portant attention à ses choix afin de s'inscrire dans le prendre soin ?

Alors comme le propose Marie-France Collière, peut-être est-il nécessaire de revenir sur l'origine du soin ? La démarche se révèle intéressante car il semble qu'il y ait mélange des genres (Collière, 1996, 2001) ! Il réside une méprise entre les soins et les traitements qui ne sont pourtant pas comparables (Collière, 1996,2001). Tronto et Fisher, dans leur définition, font référence au cœur du *care*, c'est-à-dire **le prendre soin de**, elles incluent toute forme de vie. « …*Maintenir, perpétuer et réparer notre monde*… » (Tronto et Fisher, p.143,2009) de façon que toute vie puisse se développer, voilà ce que signifie soigner, point de référence à la maladie qui n'a pas à être centrale dans la vie. La confusion se pose seulement chez l'humain qui peu à peu a remplacé l'action de soigner par celle

[77] Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rééquilibre la relation médecin-malade, réaffirme la position centrale de l'usagers
[78] https://www.hospimedia.fr/actualite/dossiers/20070305-loi-du-4-mars-d-un-patient-objet

de traiter (Collière, 1996, 2001). Mais le plus grave, c'est que les soins sont devenus secondaires alors qu'ils sont vitaux ; traiter a supplanté soigner ; comme absorbé le soin nécessaire à la vie est devenu accessoire (Collière, 1996,2001). Pourtant les soins naissent avec la vie, cette vie dont il faut prendre soin, cette vie qui n'est pas une maladie a d'abord besoin de soin et d'attention et surtout pas de vie sans le prendre soin. Ce prendre soin nous ramène au sens initial du soin « *soigner c'est donc entretenir la vie en assurant la satisfaction d'un ensemble de besoins indispensables à la vie ; mais qui sont diversifiés dans leurs manifestations* » (Collière,1996, 2001, p.299).

Rendons-nous compte de la confusion qu'entraine aujourd'hui le terme devenu commun : soigner une maladie ; cela revient à dire prendre soin d'une pathologie, l'encourager, lui permettre de croître, n'est-ce pas absurde ? Soigner ce n'est pas traiter (Collière, 1996, 2001).

Dévalorisée au cours du XIX siècle au profit du soin technique, le prendre soin déclassifié en soin d'accompagnement va tomber plus bas pour être soin de nursing et encore plus bas pour devenir une tâche et perdre ainsi tout son sens (Collière, 1996, 2001).

Pourtant, ce prendre soin devenu soin d'accompagnement jalonne tout une vie (schéma 6), tout le monde est concerné par le prendre soin, nous sommes tous des bénéficiaires du *care* (Molinier et al, 2009).

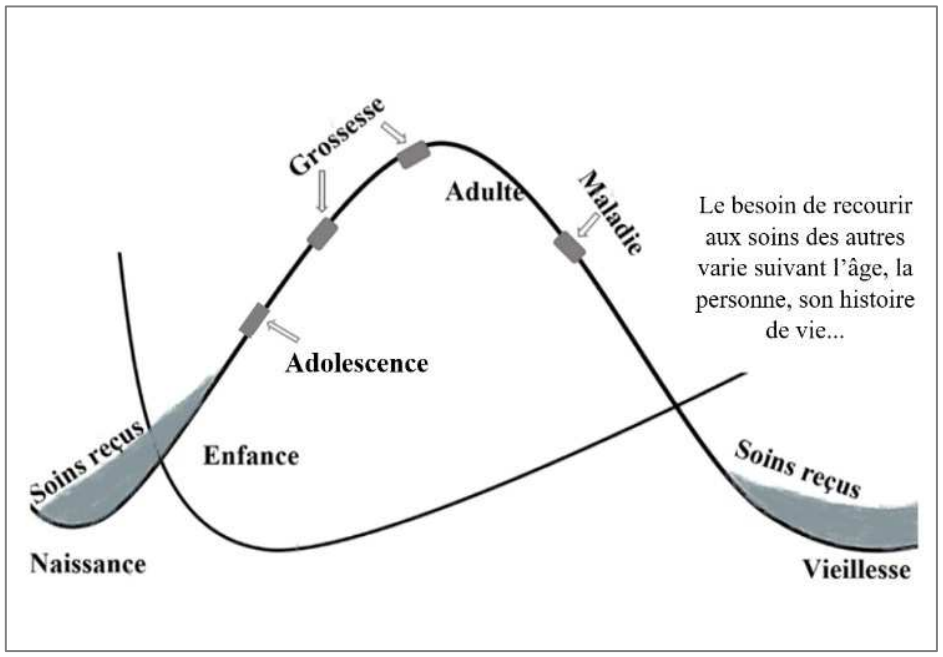


Schéma 6 : courbes d'évolution du prendre soin (care)d'après (Collière,1996, 2001)

Donc des différences existent bel et bien entre le soin qui se veut curatif et le prendre soin qui entretient la vie. Les soins qui ne sont que des traitements, renvoient à l'acte technique froid, qui au fil des années sont exécutés par les professionnels sans réflexion sur le sens et cela aux dépens des personnes concernées (Hesbeen, 2012).

Le prendre soin, lui, demande un engagement de chaque personne, une implication (Favetta et Feuillebois-Martinez,2011). Marie-France Collière décrivait le soin comme l'ensemble des actes vitaux nécessaires pour assurer la continuité de la vie d'un groupe et/ou de l'espèce ; elle avait d'ailleurs intitulé un de ses ouvrages : *Soigner, le premier art de la vie* (Collière,1996, 2001).

« *Or aucun traitement ne peut se substituer aux soins. On peut vivre sans traitement, mais on ne peut pas vivre sans soins. Même, lorsqu'on est malade, aucun traitement ne saurait remplacer les soins* » (Collière, 1996,2001, p.211)

Il est maintenant plus clair que le soin est le prendre soin.

Le préalable au prendre soin est la reconnaissance mutuelle entre le soignant et le soigné (Favetta et Feuillebois-Martinez,2011) qui, dans la situation des EHPAD, se déclinera plutôt en accompagnant / accompagné.

Prendre soin, c'est venir en aide à quelqu'un qui vit un moment particulier, avec l'intention de contribuer à sa santé[79] (Hesbeen, 2019). Cela implique d'inclure autrui dans le quotidien qui le concerne. Il est alors incontournable de faire preuve d'ouverture d'esprit et de partage, car répondre aux besoins d'une personne signifie l'obligation de les connaître et donc qu'elle en fasse part (Delassus, 2017). Ainsi faire une place à autrui est ce qui matérialise le prendre soin (Meyronin et al, 2019). Tout cela demande des capacités d'adaptation et une souplesse intellectuelle afin de rencontrer autrui sans le juger.

Le changement de paradigme conduit à changer les perceptions anciennes. Par exemple, penser l'homme comme totalement constitué peut se révéler inapproprié, en effet peut-être est-ce plus adéquat de le voir comme un *devenir personne*[80] qui se réalisera par l'attention portée par les autres

[79] Constitution de l'OMS (1948) «*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Site OMS) .
[80] Terme employé par Éric Delassus dans La personne et les éthiques du care. *Recherche en soins infirmiers*, (3), en page 11.

ainsi que le prendre soin qu'ils auront vis à vis de chacun et que chacun aura vis à vis d'eux (Delassus, 2017).

Le prendre soin au cœur du *care* c'est le soin mutuel, c'est à la fois sollicitude et se soucier de l'autre, lui porter attention (Furstenberg, 2011). Il inclut tout ce que nous faisons pour « *maintenir, perpétuer et réparer notre 'monde' de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible.* » (Tronto, p.143, 2009). C'est cette notion que nous retiendrons du *care* : favoriser la création de liens et valoriser cette mise en relation des êtres dans le respect de la dignité humaine car « *la sollicitude est aléatoire si elle ne s'appuie pas sur une démarche collective* » (Trémine, 2014, p.7).

Le paradigme de l'éthique du *care* ouvre une autre voie : celle d'un accompagnement humanisé en EHPAD. Cette activité suppose que la vulnérabilité (Laugier, 2009) des êtres humains et de leur environnement soit valorisée, ce qui conduit à la nécessité permanente de prendre soin (Molinier, 2009). Le bon *care* ne consiste pas à pratiquer une assistance qui mène à déresponsabiliser un être, mais bien au contraire l'aider à recouvrer la capacité maximale de ses moyens d'action (Delassus, 2012).

Le prendre soin ne peut exister sans la prise en compte des besoins non satisfaits, suivie d'une action sensée y répondre. Le prendre soin émane des deux premières phases décrites par Tronto : *care about et take care of* ; le prendre soin agit comme un transmetteur qui conduit vers la finalité (*le care receiving*) par la validation de tout cela.

Cet intérêt pour autrui et son environnement ne peut être feint sous peine de ne répondre que partiellement à ses attentes et d'hypothéquer l'expression de la réciprocité (Laugier, 2009).

Cette dépendance qui se révèle être une interdépendance est une assistance qui devient une solidarité liante pour tous les êtres humains. Plutôt qu'une faiblesse elle apparaît comme une force qui crée une communauté humaine (Kiledjian,2012) où la gratuité dans la relation humaine (Chanial, 2010) reprend une place**.**

Afin de mieux appréhender tout ce qui se joue dans une organisation autour des conditions favorables à l'intégration de l'éthique du *care*, nous proposons d'étudier les principes du don, de gratuité et de réciprocité. En effet, le succès dans les organisations ou dans la société dépend de la manière dont les hommes et les femmes façonnent les rapports sociaux et sur les dons et contre dons qui s'y pratiquent ou pas **(**Caillé et Grésy, 2014).

Les principes de don, de gratuité et de réciprocité

Norbert Alter (2011a) démontre combien, dans les grandes entreprises, le don dans le management est une partie prenante. En effet, dans ses travaux, il expose comment à force de donner sans avoir de retour du manager, les employés peuvent en arriver à se désengager et à s'épuiser. Étude forte intéressante mais qui doit être éprouvée sur le terrain afin d'en vérifier les principes théoriques.

Anouk Grévin (2018) vient corroborer la thèse de Norbert Alter en montrant comment le management ne se préoccupe plus de ses proches collaborateurs. Elle met en évidence comment les gestionnaires sont occupés à répondre aux sollicitations externes et en négligent le travail local, la reconnaissance en interne et *in fine* la performance.

Certes, ces travaux nous aideront à construire notre réflexion, mais il manque une dimension que nous pensons essentielle et que nous souhaitons mettre en lumière dans nos travaux : le désintéressement positif de toute action. Le *care*, le prendre soin, c'est agir sans attendre de retour direct, agir parce que cela participe aux respects de tous.

Le principe du don remet en question la vision utilitariste qui considère l'individu comme intéressé uniquement par son seul profit (Godbout et Caillé, 1992). Le don vient questionner en premier lieu le désintéressement qui s'incarne par la coopération ou l'inaction s'il en est dépourvu (Caille, 2004). Car, et c'est bien là le paradoxe du don, il permet aux agents de coopérer et de dépasser le travail prescrit en termes de pertinence et de créer un capital pour l'organisation qui est le fruit de la compétence collective (Alter, 2011a).

Mais là où réside peut-être le plus grand paradoxe est que cette création de richesse inestimable pour l'entreprise, le management ne sait pas la gérer, il l'empêche même (Alter, 2011a). Ces échanges sociaux, véritable cadeau des agents fait à leur organisation, qui pour être réalisés nécessitent du temps, sont considérés comme improductifs car gratuits et donc non encouragés (Alter, 2011b), phénomène que l'on retrouve en EHPAD !

Enfin le paradigme du don vient démontrer comment cette absence de sens dans la chaîne du management conduit à l'absence de reconnaissances du travail et au final a un impact sur les conditions de travail (Grévin, 2013).

Le management a besoin du don car l'hyperactivité gestionnaire dans laquelle il est engagé le conduit à se préoccuper plus du contrôle qu'à apprécier ce que donnent les agents à travers le travail fourni (Grévin, 2018).

Afin que le don soit constitué, il doit être composé de quatre étapes liées entre elles : demander, donner, recevoir et rendre. La rose des dons (Figure 4 : la rose des dons d'après Caillé et Grésy (2014) représente le fonctionnement du don : **Demander** est face à **Donner** et **Rendre** fait face à **Recevoir**. Lorsque le bon ordre du don a été suivi, ce sont les indications extérieures de la rose des dons qui priment « *on voit apparaître les bons vents* » (Caillé et Grésy, 2014, p.121), en revanche si les phases ne sont pas respectées, c'est la lecture de la partie interne de la rose des dons qui indique les effets à prévoir « *les mauvais vents qui se déchaînent lorsqu'on ne respecte pas les règles de la bonne navigation sur l'océan du don* » (Caillé et Grésy, 2014, p.121). La relation de don est avant tout affaire de réciprocité (Godbout et Caillé, 1992). Mais, afin qu'il y ait équilibre, il est nécessaire que l'intérêt de donner soit partagé « *intérêt pour soi et intérêt pour autrui »* (Caillé et Grésy, 2018, p.96), d'où l'obligation et la liberté qui garantissent de ne pas tomber dans le sacrifice de soi, des autres, ou dans l'acte dénué de sens.

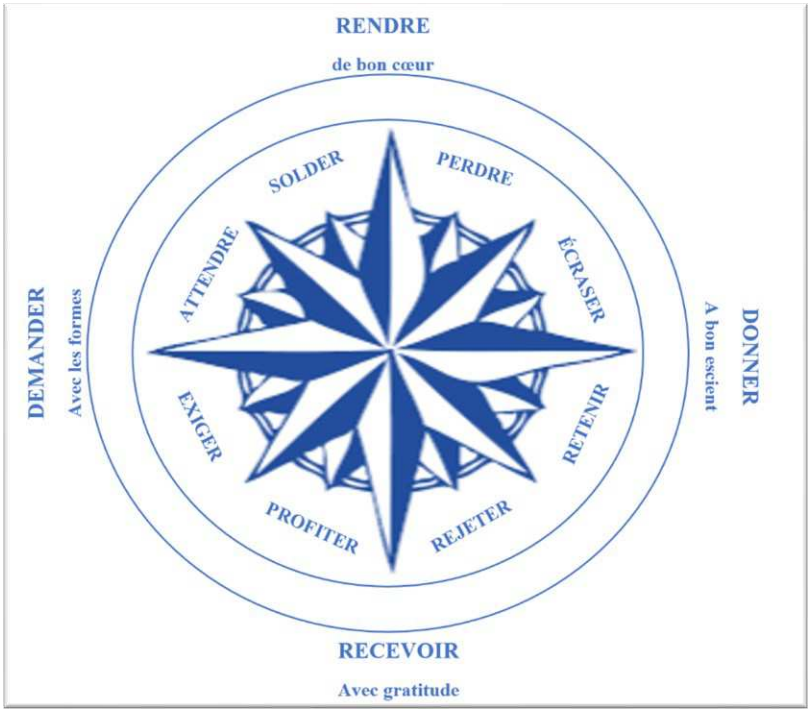


Figure 4 : la rose des dons d'après Caillé et Grésy

Loin de la performance économique et de la recherche systématique de mesure, la part de gratuité dans l'acte de soin (Batifoulier et Ventelou, 2008) ne doit pas être abordée exclusivement avec un référentiel marchand (Batifoulier et al, 2013). En effet pour apporter une évolution, la notion gestionnaire à l'affut de la traduction en nombre de toute donnée doit être un temps laissée de côté. Cette vision à forte identité utilitariste se comporte comme une *« nouvelle religion qui incite à la disparition des temps gratuits sources de lien social avec le patient mais qui ne seraient plus dorénavant considérés comme faisant partie du « bon » travail du soignant* » (Chanial, 2010).

Le terme de gratuité ne peut être employé qu'à destination d'une action libre. Seule une volonté émanant d'une motivation intrinsèque et exempte de toute influence issue de facteurs extérieurs peut se prévaloir de la qualification de *gratuit* (Zamagni, 2010).

L'action gratuite à destination d'autrui engendre une réciprocité qui le libère (Zamagni, 2010). En effet, il n'est pas question de poursuivre un dessein consistant à créer une dépendance avec le destinataire du don, car l'intérêt mutuel du don est désintéressé (Fiasse, 2008). Toutefois pour que la gratuité du don soit possible, elle doit être réciproque, c'est-à-dire que le don premier ne doit ni obliger, ni soumettre le bénéficiaire, mais au contraire lui offrir la possibilité de réaliser un contre-don (Zamagni,2010).

C'est du respect avec lequel aura été traité le besoin d'autrui que dépend la gratuité du don. Ainsi la base de cette logique du don gratuit se caractérise par la priorité donnée au lien sur le bien, l'enjeu de la réciprocité étant en définitive la relation elle-même (Zamagni, 2010).

La notion de réciprocité s'entend comme la reconnaissance possible entre deux individus, empreint d'un *esprit de gratuité* (Fiasse, 2008).

La particularité du don se loge dans l'intentionnalité, en effet pour atteindre son objectif, le don doit être désintéressé dans le sens ou pour que l'action soit considérée comme don, elle ne doit pas être l'occasion de la recherche d'obtention d'un ascendant quelconque (Godbout et Caillé, 1992).

La sincérité est également essentielle, et cela semble rejoindre des discours ancestraux de sages de l'humanité, dont le contenu disait à peu près ceci : « *intéresse-toi aux autres, sincèrement sans rechercher l'aspect profitable mais seulement l'acte comme un but en soi* » (Godbout et Caillé, 1992). Malheureusement bien trop souvent la pensée utilitariste vient entacher la volonté désintéressée du don en instaurant le doute entre le concept de don et celui de cadeau et entre la notion de réciprocité et celle d'échange équivalent (Zamagni, 2010).

Le don gratuit est ce qui nous lie et qui crée les relations entre personne. Alors la réciprocité se pose comme essentielle. En effet dans un monde que nous pensons vulnérable, l'interdépendance qui le caractérise nous attribue des places changeantes dans l'existence ; nous sommes tantôt émetteurs de *care* tantôt destinataires et toute la réciprocité s'inscrit dans cela.

Il reste désormais à étudier comment se définit et se matérialise la réciprocité du prendre soin dans les pratiques managériales à la lumière des principes existants en sciences de gestion.

II.2.4.2. Modélisation de la réciprocité du prendre soin révélatrice de l'éthique du care en management

Le prendre soin est pratiqué comme une action que l'on donne « au monde » afin qu'il puisse permettre au plus grand nombre de vivre le mieux possible. La volonté n'est pas marchande en première intention, c'est d'abord une volonté humaniste, sociale et sociétale basée sur la reconnaissance d'autrui dans son quotidien, dans ses difficultés et dans ses besoins non satisfaits et dans la mise en action de réponses adaptées. Meyronin, Grassin et Benavent ouvrent leur livre avec le principe de la symétrie des attentions dont la pratique est réalisée en attente d'un retour marchand. Il est même avancé que l'objectif du *care* serait la satisfaction clients via celle des employés (Meyronin et al, 2019).

Ce qui caractérise l'éthique du *care* telle que Tronto la définit, c'est un don fait au monde qui par l'interdépendance qui nous lie, finit par bénéficier à l'humanité. Ce qui peut apparaître comme une nuance est en fait l'essence même du *care*, du prendre soin : le don fait avec la seule volonté de satisfaction des besoins de la personne afin que cette personne puisse à son tour donner. C'est cela qui fait le *care* ou non et passer à côté de cette idée, c'est passer à côté du *care* et du prendre soin. Ainsi afin d'affirmer qu'il y ait action de *care,* il doit impérativement y avoir réciprocité du prendre soin, sans intention de retour direct mais avec la possibilité offerte au receveur de redonner (Zamagni, 2010). Cette réciprocité ne se fait pas forcément entre « *donneur et receveur direct* [81]» (voir schéma 7) mais au sein de la communauté humaine (Zamagni,2010). Une certaine dimension de réciprocité se crée entre l'accompagnant et l'accompagné, qui s'articule entre la relation d'aide et la reconnaissance (Kiledjian, 2012).

[81] Par donneur et receveur direct il est entendu que le contre-don ne se fera pas forcément entre le donneur et le receveur mais au sens élargie entre un receveur et un donneur qui n'auront pas eu au préalable de contact direct

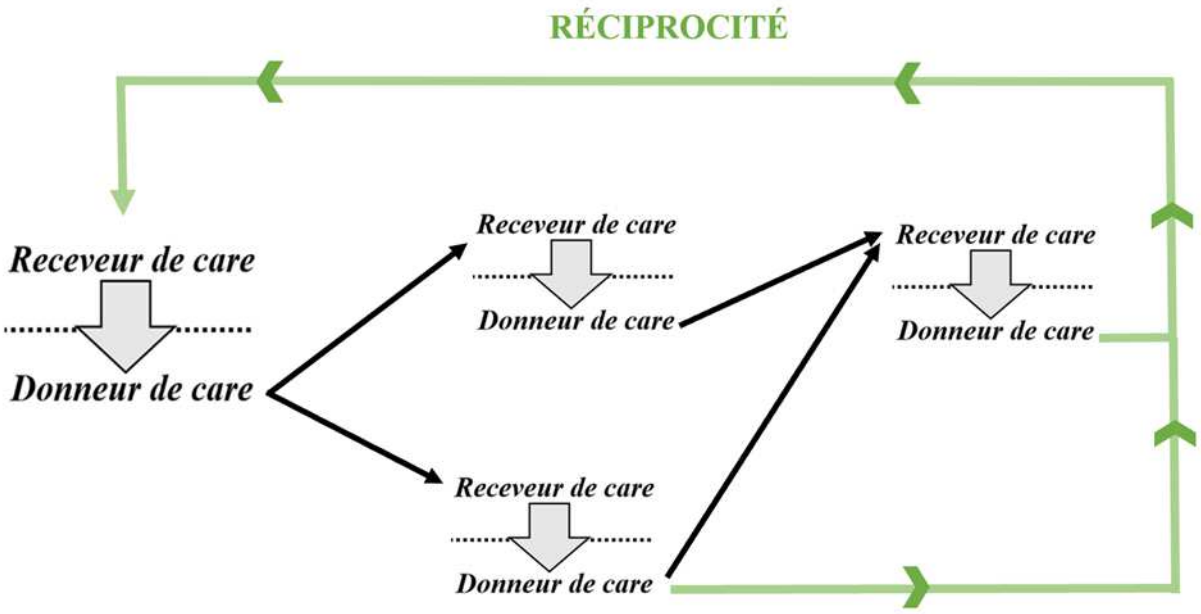


Schéma 7 : principe de réciprocité du prendre soin

Mais quel est le rapport avec le sujet des EHPAD ? L'interrelation forte qu'il existe entre le fournisseur de service et le receveur qui impose la réciprocité du prendre soin. Elle est poussée à son paroxysme dans la relation de soin qui sous-entend une vulnérabilité constatée par le soignant et admise par le soigné donnant lieu à un mouvement qui porte vers l'autre sans fusion, respectant une certaine distance (Gros, 2012). Les besoins des uns (les personnels) et des autres (les résidents) doivent être reconnus afin que la collectivité puisse assurer une vie digne à tous (Zacklad, 2016).

Pas d'échappatoire possible, tout le monde est concerné par cette réciprocité du prendre soin, résident, famille, soignant, cadre de proximité et membre du comité directeur. La réciprocité du prendre soin est le cœur d'un management qui se construit sur les principes de l'éthique du *care*.

Le rôle du manager est de favoriser ce cadre de sollicitude dans le travail en s'engageant dans le processus. Cette démarche ne peut être crédible que si elle est appliquée par tous quel que soit le positionnement hiérarchique (Ditandy et Meyronin,2014).

Finalement la réciprocité du prendre soin est une étape qui questionne les pratiques managériales et qui nous mène à penser le management de manière responsable par le développement de pratiques managériales durables. Voilà tout ce qui doit être réuni dans un quotidien contextualisé. Cela nous conduit au management par le *care* qui est l'occasion de renouer avec la raison d'être d'une organisation qui prétend être humaine (Meyronin et Grassin, 2019).

La réciprocité du prendre soin devient ainsi la preuve que les étapes du *care* (Tronto, 2009) ont été appliquées et respectées. Le *care*, le prendre soin s'illustre par l'incapacité d'être mesuré par des indicateurs. Le *care* doit être apprécié et observé dans la finalité de son processus par la manifestation de cette réciprocité du prendre soin, non pas envers le donneur originel de *care* mais envers la communauté humaine.

La réciprocité du prendre soin peut maintenant être définie comme :

la production de tout acte comme but en soi qui a pour objectif de garantir la continuité de la vie d'individus, de(s) groupe(s) et/ou de forme (s) de vie. La seule volonté qui anime la réciprocité du prendre soin est la satisfaction des besoins individuels ou collectifs afin de maintenir ou d'aider chacun dans le recouvrement de ses potentialités maximales d'action. Ainsi l'individu, le(s) groupe(s), la(es) forme(s) de vie seront en mesure d'effectuer un retour proportionnel à leurs capacités comme don désintéressé à l'humanité matérialisant ainsi leurs interdépendances.

II.2.4.3. Le care et l'innovation managériale en EHPAD

La seule intention d'un management avec l'éthique du *care* est de prendre soin des collaborateurs.

Toute la question réside maintenant dans la traduction de cela de manière managériale afin de rendre compréhensible et opérationnel ce management.

Les valeurs, les spécificités et la diversité des missions des ESSMS font de ces établissements et services des organisations complexes à gérer (Adrien, 2014). Le nouveau management public actuellement à l'œuvre en EHPAD se révèle inadapté à ces organisations. Voici quelques résultats qui lui sont imputables : des conditions de travail vécues difficiles par les soignants (Marquier et al,2016), une double maltraitance des professionnels et des usagers (Moulias et al, 2020) et l'absence de reconnaissance du don et de sa réciprocité qui conduisent à une perte de sens du travail (Grévin,2018).

La recherche de performance seulement économique traduite par le codage de tout acte de soin peut conduire en partie à ces maux (Pierron, 2020). Alors pourquoi ne serait-il pas possible d'établir une performance basée sur le social, l'individu dans son environnement et ses relations ? Pourquoi cette vision de la performance ne pourrait-elle pas être source d'enrichissement humain et économique ?

Le management du prendre soin souhaite répondre différemment à la dimension de contrôle voulue et proposée par le NMP qui ne fonctionne plus dans les organisations (Lecomte, 2016).

Le management du prendre soin choisit la confiance plutôt que la défiance ou le contrôle. Loin de rejeter en bloc tous les outils de gestion, ce management propose de créer du sens pour les professionnels dans l'utilisation de ceux-ci, afin qu'ils les servent, au lieu comme c'est le cas aujourd'hui de les desservir.
Le management du prendre soin prône l'interdépendance plutôt que l'autonomie. En effet l'un des constitutifs de ce management est l'éthique du *care* qui institut la vulnérabilité comme une valeur positive et caractéristique des femmes et hommes. Car considérer que la naissance fait de nous des êtres prêts à vivre sans l'aide de personne est faux ; les femmes et les hommes grâce au prendre soin dont ils bénéficient et dont ils font bénéficier, vont devenir (Delassus, 2017), se développer et évoluer.

De ce fait le champ du médico-social est un secteur d'activité qui est en perpétuelle mutation afin de répondre aux défis qu'impose la société (Montagard, 2018). Proposer le management du prendre soin, c'est permettre d'apporter des réponses adaptées aux évolutions. Le management du prendre soin doit favoriser l'innovation et la conduite du changement lui en offre la possibilité.

C'est un nouveau rôle pour le manager, car dans le management du prendre soin, la coconstruction est préférée à l'autocratie managériale. Les réunions et les interactions entre le manager et ses collaborateurs sont marquées par l'échange. Au lieu d'imposer, le manager cherche à convaincre, mais aussi se laisse convaincre. Ce sont des allers-retours perpétuels, avec une idée de mouvement de dynamique, plutôt que la sanctuarisation de pratiques qui immobilisent.

L'objectif de tout cela est de concilier les deux principes directeurs de la loi de 2002 :

- Garantir les droits des usagers et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale,
- Instaurer des procédures de pilotage du dispositif rigoureuses et plus transparentes en rénovant le lien entre la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination.

Afin d'assurer une qualité de vie aux usagers, il convient de prendre en compte également et de garantir la qualité dans le travail pour les professionnels. En effet garantir le bien-être des usagers ne peut exclure celui des soignants. Les EHPAD qui s'engageront dans cette voie s'assureront d'augmenter leurs possibilités de véhiculer ce bien-être aux personnes accueillies (Saboune et al, 2018).

Les principes du management du prendre soin ont été générés par une expérience professionnelle d'observateur participant sans en avoir conscience. Le constat professionnel a mis à jour une problématique résultant d'une observation longitudinale comme professionnel occupant différents postes.

Conclusion section 3

Dans cette section, nous avons présenté la finalité de cette recherche qui est d'introduire l'éthique du *care,* le prendre soin dans le management d'un EHPAD avec comme but d'apporter des améliorations organisationnelles.

Pour cela, nous avons donné une définition du *care* enrichie des dimensions et principes qui traversent cette éthique du *care*. Après avoir opéré une distinction entre le soin et le prendre soin, nous nous sommes employés à délimiter le principe de réciprocité. Cela nous a conduit à mettre en lumière la centralité que la réciprocité du prendre soin occupé dans le management que nous proposions dans nos travaux. Afin d'aboutir à une modélisation du management du prendre soin, nous avons proposé une définition de la réciprocité du prendre soin.

Parce que toutes ces connaissances sont acquises et peuvent être mises en pratique, la conduite du changement en management peut être engagée.

II. 4. Les thèmes émergeants pour un cadre théorique finalisé

Introduction section 4

Afin d'orienter notre recherche nous avons établi un cadre théorique de départ. Mais comme notre intention est d'imaginer un nouveau cadre théorique, il nous est nécessaire de conserver les dimensions d'ouverture et d'exploration de la recherche qualitative ; ce cadre théorique va donc évoluer et s'enrichir car soumis au raisonnement par boucles successives (Dumez, 2012).
En procédant de la sorte, nous souhaitons faciliter l'émergence de ce qui sera pertinent pour le domaine étudié (Strauss, 1992).

Chemin faisant grâce à la coconstruction des acteurs agissant, interagissant (Dumez, 2015) ce cadre théorique s'est constitué au fil de l'analyse des résultats.

Il nous apparaît plus pertinent pour faciliter la compréhension du lecteur de présenter à ce moment précis de l'écrit les thèmes émergeant plutôt que de les positionner dans la partie des résultats même s'ils émanent de ce processus.

Les thèmes qui ont émergé lors de l'analyse des données sont tout d'abord dans la ***section 3.1 :*** le concept de climat social ou organisationnel dont les implications managériales sont fondées dans nos travaux de conduite du changement.

Ensuite la ***section 3.2*** sera consacrée à l'apprentissage expérientiel, un thème qui est apparu comme central dans les plans d'action N° 1 et 2 qui mobilisaient la formation action et les focus réunion.

Enfin nous traiterons en ***section 3.3*** de la question de l'intelligence émotionnelle, des émotions qui ont révélé leurs importances dans le management du prendre soin.

II.4.1. Le climat organisationnel

Le premier thème émergeant au cours de l'analyse de données recueillies auprès des professionnels de l'EHPAD est le concept de climat de travail ou climat organisationnel.

Ce sont Lewin, Lipitt et White en 1939 qui, les premiers, ont utilisé la notion de climat qu'ils associaient au terme social. Leurs travaux mettaient en évidence l'influence contre-productive d'un

leadership autoritaire sur le climat social à partir de l'étude d'un groupe de jeunes hommes, alors que le style participatif lui augmentait leur productivité (Brunet et Savoie, 2016). Toutefois ces auteurs n'ont donné ni la définition ni la manière de mesurer ce climat social (Parker et al, 2003).

Ce concept de climat organisationnel a beaucoup été étudié et mobilisé depuis les années 60 par les chercheurs, chacun présentant sa propre conception (Boucher, 1990).

Reconnu comme un élément prépondérant dans la réussite ou l'échec de la conduite du changement, le climat organisationnel est un élément incontournable que le chercheur se doit d'identifier dans une phase de diagnostic (Brunet et Savoie, 2016) avant toute action préalable.

La diversité des publications scientifiques liées au climat organisationnel se retrouve dans les définitions et opérationnalisations qui varient en fonction des objectifs des chercheurs. D'ailleurs Verbeke, Volgering et Hessels en dénombrent pas moins de trente-deux en 1998 (Brunet et Savoie, 2016).

Toutefois, il est dorénavant admis que le concept de climat renvoie à la notion de perception de l'environnement de travail par les employés (Roch, 2008).

Le climat de travail est donc le résultat d'un construit organisationnel élaboré par une personne en fonction de ses expériences en milieu de travail partagée avec les membres d'un groupe ou l'organisation. Ainsi la définition que nous retenons est celle-ci :

« *Le climat est une caractéristique de l'organisation qui décrit la relation entre les acteurs et l'organisation telle que mesurée par la perception que se font la majorité des acteurs de la façon dont ils sont traités et gérés* » (Roy, 1984, p.34)

Ceci n'est pas sans rappeler la formule de Lewin (1951), (**C)** le comportement de l'individu est fonction de **(P)** la personnalité de celui-ci en interaction avec **(E)**, l'environnement dans lequel il se situe, ce qui donne **: C=f (Px E).** Ainsi le climat organisationnel se révèle être composante du **(E)** (Brunet et Savoie, 2016, Glick, 1985) ce qui indique qu'en agissant sur **(E)** il est possible de modifier **(C)** les comportements soumis à l'influence de l'environnement **(E)** (Brunet et Savoie, 2016 ; Roch, 2008).

Le concept de climat organisationnel est par conséquent le sujet à privilégier lorsque l'objectif est de modifier les comportements d'un groupe d'individus au travail (Brunet et Savoie,2016).

En effet, le climat organisationnel tient une place prépondérante dans la dynamique des groupes et des organisations. Ainsi la gestion de la dynamique interne d'une organisation est tout aussi

importante pour un manager que la question de la dynamique externe. Car en éclipsant la première au profit de la seconde, le gestionnaire s'expose à des conflits hypothéquant le bon fonctionnement de l'organisation (Boucher,1990).

Courcy et Savoie en 2004 dans leur article Le *rôle du climat de travail dans la prédiction différenciée des agressions en milieu de travail* relève la corrélation existante entre le climat de travail et les agressions dans le milieu de travail. Les formes les plus dramatiques que sont les homicides ne doivent pourtant pas masquer les manifestations plus banales comme les agressions verbales dans le milieu du travail (Neuman et Baron 2005). Le drame social (Zacklad, 2016) vécu dans les EHPAD par les soignants et les résidents ne pourrait-il pas être qualifié d'*agressions en milieu de travail* et donc relatif au climat social ?

Masclet en 2010 dans son article *Pour optimiser le soin, il faut donner du sens au travail* pointe la désorganisation qui résulte de la mise en place du NMP à l'hôpital. L'entropie constatée par l'auteur dans les secteurs du soin concerne toutes les organisations de travail qui sont dévolues à la quête de performance.

L'institution dans sa volonté de performer toujours plus produit de la violence. Loin d'être anecdotique ou cantonnée à certains individus, cette violence institutionnelle est bien une réalité structurelle. Si auparavant ce mal être pouvait être détecté avec les indicateurs classiques (absentéisme, turn over, etc.), désormais ils ne suffisent plus. Le conflit social dans les organisations a laissé place à un mal être intériorisé collectivement donnant lieu à des manifestations conflictuelles se traduisant notamment par de la violence.

Ce dernier élément nous fait penser à la quête de performance en EHPAD qui sous couvert d'améliorer le service rendu instaure sous la forme d'injonction paradoxales une maltraitance institutionnelle envers les soignants en EHPAD (Moulias et al, 2020).

Finalement dans cet article, Masclet pose comme préalable à la qualité des soins et de service, la qualité du climat organisationnel.

L'apparition de ce concept de climat organisationnel en début d'analyse des résultats revêt donc une importance de taille, surtout qu'il émane de la collecte des données issues de la parole des professionnels de l'EHPAD.

Bien sûr, il conviendra de vérifier l'écart entre le ressentit et la manifestation avérée, ce à quoi nous nous attacherons dans la partie analytique des résultats. Car la manière dont sera ressenti ce climat organisationnel conditionnera les comportements individuels et groupaux. Il nous apparaît important

de garder à l'esprit que la détérioration du climat organisationnel pourrait bien résulter des tensions générées par un antagonisme entre la personnalité organisationnelle et la personnalité individuelle (Boucher,1990).

Le second aspect intéressant à étudier avec ce concept de climat organisationnel, est sa possible influence sur l'expression des potentialités professionnelles.

Positionnant leurs travaux dans une réflexion humaniste, Jeannin et Sarré-Charrier notent qu'introduire cette vision dans les modes de travail, c'est la matérialiser en une valeur rendue visible pour le client[82]. De plus grâce à l'expression d'émotions authentiques et positives, il devient possible de se rapprocher de la compréhension des besoins du client avec la possibilité de mieux y répondre.

In fine selon les auteurs, qui font les parallèles entre création et entreprise, veiller à un climat organisationnel équilibré est essentiel à l'innovation sans injonction.

Certes tous ces articles ne parlent pas spécifiquement des EHPAD mais mettent en évidence la corrélation entre management et climat organisationnel dans les organisations. Toutes ces publications démontrent que si les gestionnaires travaillent à maintenir équilibré le climat organisationnel, toutes les parties ont à y gagner.

En ce sens étudier cette notion de climat organisationnel qui semble peu investiguée dans les EHPAD représente un apport important dans la réflexion que nous menons. Cette proposition d'une nouvelle voie managériale intégrant le *care* dans le management d'un EHPAD mérite d'être étudiée pour les solutions actionnables et adaptées qu'elle propose sur l'amélioration du climat organisationnel en EHPAD.

II.4.2. L'apprentissage expérientiel

Le second thème que nous n'avions pas envisagé est apparu en cours de l'expérimentation et s'est affirmé lors des résultats, il s'agit de l'apprentissage expérientiel. Cette thèse en sciences de gestion n'a pas vocation d'aller sur le terrain des sciences de l'éducation, mais cette discipline qui a mené des travaux fondateurs en la matière, nous éclaire dans notre processus de compréhension et de conduite du changement.

---

[82] « Injonctions à la créativité : le climat organisationnel au cœur du paradoxe. Injonction de créativité et création sous contrainte : parallèles entre secteur culturel et monde du travail à l'épreuve du numérique, éditeur ? 2014

Balleux en 2000 dans l'*Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes : vingt-cinq ans de recherche* recense tous les travaux qui ont été menés sur l'apprentissage des adultes de leurs origines aux années 90.

Selon l'auteur, l'un des pères fondateurs de l'apprentissage des adultes, c'est Lindeman qui porte une vision globale et ouverte sur ce sujet. Encore aujourd'hui, la réflexion du sujet est nourrie par les fondements théoriques qu'il a posés :

- L'éducation établit les liens de la vie,
- L'éducation des adultes est conçue en rapport des besoins de l'apprenant sans rechercher la satisfaction des besoins professionnels,
- L'éducation des adultes est centrée sur une pratique non sur la théorie,
- L'expérience de l'apprenant est l'élément clé.

Le second à marquer de son empreinte ce concept c'est Carl Rogers qui va le premier joindre apprentissage et expérientiel et déclarer qu'à l'opposé d'un apprentissage mobilisant uniquement l'esprit se trouve l'apprentissage par l'expérience qui est plus porteur pour l'adulte car lourd de sens (Rogers, 1970, 2007). Puis Kolb (1984) va modéliser le concept avec la volonté de défendre l'idée que « l*'apprentissage est le processus par lequel le savoir est créé à travers la transformation de l'expérience* » (Kolb, 1984, p.155).

Il semble exister toujours une sorte d'opposition de point de vue entre **savoir et sens** pour les divers auteurs étudiant l'apprentissage expérientiel qui mérite d'être clarifié.

Dans son article « *Les clés de l'expérience : un modèle d'apprentissage expérientiel pour la formation et l'intervention en psychologie des relations humaines »,* Mandeville en 1998 nous livre les résultats d'une étude qu'elle a réalisée sur 17 étudiants en psychologie à l'Université de Sherbrooke. La chercheuse a analysé les récits d'étudiants à qui il a été demandé de livrer une expérience vécue qui leur aurait permis de développer des ressources mobilisables dans leurs pratiques. Parmi les résultats, la chercheuse confirme l'importance de la concrétude de l'expérience (Rogers,1970,2007 ; Kolb, 1984, Lewin, 1949) dans l'apprentissage expérientiel. En effet, le développement des compétences est plus puissant lorsqu'il est confronté à la réalité concrète (Mandeville, 1998).

Lotfi en 2020 dans son article traite la question *L'apprentissage expérientiel sur le lieu du travail : quel rôle du Knowledge Managment ?* Ce lien entre management et apprentissage expérientiel que tente d'établir l'auteur est intéressant car il ne semble pas probant. En effet ce management par les connaissances circulant auprès des sachants de l'organisation revient à internaliser les connaissances.

In fine ce management ne peut donc pas mobiliser la dimension personnelle et concrète de l'expérience (Rogers,1970, 2007 ; Kolb, 1984, Lewin, 1949) de l'apprentissage expérientiel.

Le management du prendre soin que nous proposons va au-delà de l'univers professionnel. La réciprocité du prendre-soin s'exprime à l'intérieur, mais également à l'extérieur de l'organisation. Le prendre soin du *care,* tout comme l'expérience, existent selon un continuum, qui se caractérise par une adaptation permanente au monde (Kolb, 1984).

La constitution des savoirs que nous proposons est individuelle mais également collective au sein des groupes restreints sortant ainsi de l'opposition entre individuel et social dans la constitution d'apprentissages (Balleux, 2000). Nos travaux trouvent leurs places dans la mobilisation du concept d'apprentissage expérientiel dans le cadre d'une conduite du changement, car ils recherchent le changement social, mais aussi la progression individuelle dans un groupe. En ce sens utiliser ce concept en EHPAD nous semble ouvrir une nouvelle voie.

II.4.3. L'intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle est le troisième et dernier thème émergeant lors de l'approche inductive dans cette recherche-action. Ce concept est apparu dans ce travail d'intégration d'une part des principes du *care* à mobiliser dans le management de cet EHPAD.

Goleman en 1998 estime que l'intelligence émotionnelle est l'attitude maîtresse car elle a le pouvoir de stimuler ou d'inhiber toutes les autres facultés. Mayer et Salovey en 1997 définissent l'intelligence émotionnelle selon quatre éléments constitutifs : la perception, l'évaluation et l'expression des émotions ; la facilitation émotionnelle de la pensée ; la compréhension, l'analyse et l'emploi de la connaissance émotionnelle ; la régulation réflexive des émotions favorisant la croissance émotionnelle et intellectuelle.

L'intelligence émotionnelle, qui a démontré son ascendant sur les compétences intellectuelles (Goleman, 1998), permet de modifier les pratiques managériales (El ghazi et Cherkaoui,2019). En conséquence, l'intelligence émotionnelle dans le management représente un enjeu majeur pour les organisations sanitaires et médico-sociales (Dickason, 2020)

Dans son article *De l'importance d'un management bientraitant en EHPAD*, Montagard, en 2018 nous explique pourquoi, selon lui la particularité des personnes accueillies et notamment les personnes atteintes de démences en EHPAD appelle un management adapté.

L'article démontre comment le management d'un EHPAD ne peut reprendre les codes seulement gestionnaires qui excluent tout ce qui fait sens dans la relation soignant/soigné (Pierron, 2020) alors que cela devrait être central dans l'accompagnement des professionnels en EHPAD .Ce changement de paradigme selon l'auteur , dépend de la sensibilité et donc de l'intelligence émotionnelle du directeur ou directrice d'engager ou non un management qui répondra à ces enjeux de société d'allier le confort de vie des résidents et la qualité d'exercice des professionnels (Montagard, 2018).

Di Fabio dans les résultats d'une étude publiée en 2011 s'intéresse aux liens possibles entre intelligence émotionnelle et résistance au changement. Cette recherche réalisée dans un contexte universitaire auprès de 386 étudiants a vocation d'approfondir ce lien. L'auteure même si elle reconnaît des limites dues à son échantillon spécifique, parvient à établir que selon le niveau d'intelligence émotionnelle, la résistance au changement sera plus ou moins effective.

Hergue, Lenesley et Narme effectuent en 2019 une étude exploratoire dans deux EHPAD. Le sujet consiste à analyser si la satisfaction au travail est liée à une culture managériale empathique en EHPAD.

Les auteurs démontrent que la prise en compte par les encadrants des émotions vécues par les soignants produirait un effet boule de neige positif. Ainsi les auteurs constatent que les soignants quand ils sont reconnus dans leurs émotions, ressentent un bien-être qui déclenche une amélioration de la confiance envers leurs encadrants. Cette confiance retrouvée des soignants pour leurs managers les conduirait à une amélioration de leur autonomie et à des comportements participatifs plus nombreux réduisant ainsi le syndrome d'épuisement professionnel.

Les travaux de Hergue, Lenesley et Narme en 2019 tendent à démontrer que le rôle des émotions et plus précisément de la capacité des encadrants à mobiliser leurs intelligences émotionnelles améliore la performance sociale et économique.

Nous retrouvons dans cette dernière étude des similitudes avec nos travaux, toutefois les auteurs Hergue, Lenesley et Narme ne s'inscrivent pas dans une démarche transformative des terrains de recherche mais seulement exploratoire.

Conclusion section 4

La flexibilité du cadre théorique (Robson, 2011) inhérente à la recherche-action a permis de produire l'effet attendu (Roy et Prévost, 2013). En effet ce cadre théorique ouvert s'est enrichi par l'émergence de thèmes pertinents dans le domaine que nous étudions (Strauss, 1992).

Le premier est le **climat organisationnel** (Boucher, 1990 ; Roy, 1984) dont il est primordial de s'enquérir avant d'agir sur les comportements d'un groupe d'individus au travail (Brunet et Savoie,2016).

Ensuite **l'apprentissage expérientiel** (Rogers, 1970, 2007 ; Balleux, 2000 ; Kolb,1984) démontre le rôle joué dans le changement de comportement au sein des groupes (Lewin, 1946). Cet apprentissage expérientiel qui notamment agit sur le développement des compétences de l'individu lorsqu'il est en proie avec la réalité concrète (Mandeville, 1998), à condition que ces savoirs soient favorisés par les sachants de l'entreprise (Lotfi, 2020).

Enfin **l'intelligence émotionnelle** (Mayer et Salovey, 1997 ; Goleman,2000) qui s'avère un facteur influençant la transformation des pratiques managériales (El ghazi et Cherkaoui,2019) cruciales pour les organisations médicosociales (Dickason, 2020).

Conclusion du chapitre II

L'approche de conduite du changement retenue est dite processuelle. Ce courant qualifié en sciences de gestion de *changement planifié* permet de répondre à des questions du type : comment faciliter la transformation profonde d'une organisation et de ses acteurs (Michaux, 2016) ? Nous avons choisi cette approche processuelle car elle s'applique aux chercheurs qui dans leurs travaux étudient les interventions en changement (Hadini et al, 2020), ce qui est notre cas.

Nous avons choisi de mobiliser les quatre concepts de Kurt Lewin : la théorie du champ, la dynamique des groupes, la recherche-action et le modèle de changement en trois phases. Cette combinaison agit comme une triangulation, ce qui permet d'accroitre la fiabilité des données récoltées (Apostolidis,2006 ; Savoie-Zajc .2019) pour constituer une approche *robuste* du changement (Burnes, 2004).

Afin de ne pas hypothéquer la création de connaissances scientifiques (Jouisson-Laffitte, 2009) nous avons choisi de construire notre cadre théorique en deux temps. Le cadre théorique ouvert, construit à priori a permis d'explorer le terrain. Grâce à des thèmes tels que **l'organisation du travail** nous avons exploré quelle est la part de **travail invisible** (Arborio, 2019. Gomez, 2013 ; Molinier et al, 2009 ; Calmus 2010 ; Bonnet, 2006) dans le quotidien des soignants. La **satisfaction au travail** nous a permis d'identifier si la **reconnaissance empêchée** (Barel et al,2019 ; Clot, 2010 ; El Akremi et al,2009) ne l'était pas par le management en place dans l'organisation. Enfin avec les améliorations possibles c'est la question du changement et de l'innovation qui a été interrogé afin d'évaluer le niveau des forces favorables ou défavorables à celui-ci.

Le cadre théorique finalisé réalisé à postériori grâce à la coconstruction avec les acteurs de la recherche-action a fait émerger des thèmes. Le concept de **climat organisationnel** (Brunet et Savoie,2016 ; Boucher, 1990 ; Roy, 1984) s'est révélé comme un élément incontournable à identifier lorsque l'objectif est de modifier les comportements d'un groupe d'individus au travail (Brunet et Savoie,2016). Le processus que produit **l'apprentissage expérientiel** (Rogers, 1970, 2007 ; Balleux, 2000 ; Kolb,1984) est apparu comme une part prépondérante dans le changement de comportement au sein des groupes (Lewin, 1946). Quant à la prise en compte de **l'intelligence émotionnelle** dans les pratiques managériales, **(**El ghazi et Cherkaoui,2019 ; Mayer et Salovey, 1997 ; Goleman,2000) elle semble revêtir une importance non négligeable pour les organisations médico-sociales (Dickason, 2020).

Conclusion et synthèse de la première partie

La gouvernance des EHPAD a mis en lumière les contraintes réglementaire et financière (Dussuet et al, 2017) auxquelles sont confrontés ces établissements. Par le passé, ces organisations qui étaient porteuses de progrès social, peinent désormais à se réinventer face aux défis que représente le vieillissement de la population française (Villez, 2019).

Il semble que la logique sous-jacente du NMP n'a probablement pas facilité cette transition sociétale. Avec une vision court-termisme de l'efficience (Tamnine et Atlagh,2020 ; Boursier et Mills, 2019), axée sur la rationalisation plutôt que sur l'investissement et l'avenir, cette vision managériale a contraint les acteurs historiques de l'ESS à l'origine des EHPAD (Delouette et Nirello, 2017) à revoir leurs philosophies. L'accueil, qui était basé sur le maintien du lien social avec la prise en charge de la dépendance sociale (Smida, 2009), a dorénavant cédé la place à la seule performance économique (Grévin, 2018) pilotée par le législateur. De toute évidence, cette approche exclusivement gestionnaire n'est pas performante dans les établissements et services sanitaires et médicosociaux. Le résultat de cette rationalisation est que les soignants - soignés ou accueillants – accueillis sont conjointement insatisfaits (Abord de Chatillon et al, 2016 ; Lemaire et Nobre, 2014) sur fond de maltraitance organisationnelle (Moulias et al, 2020).

Proposer d'introduire les principes de l'éthique du *care* dans la gestion d'un EHPAD, c'est renouer avec ce qui fait sens dans le soin (Pierron, 2020). Libérer le *care* (Molinier, 2020) dans notre quotidien et dans le management en EHPAD, c'est donner de l'importance au domaine des affects, du sensible, du rôle des intentions, des attitudes et de la valorisation du contexte de la prise de décision (Petit, 2013).

Dans nos travaux cette approche processuelle du changement consiste à insérer dans le nouveau management public la dimension de réciprocité du prendre soin qui caractérise l'éthique du *care*. Ce concept du *care* qui appelle à une réflexion en profondeur sur nos sociétés et invite à aller au-delà du cadre conventionnel du soin (Kiledjian,2012).

Synthèse de la première partie

1. La Gouvernance des EHPAD sous-tendue par des principes gestionnaires incarnés dans le NMP ne permettent pas de répondre aux besoins des EHPAD.

2. La crise COVID 19 a été révélatrice du besoin de *care :de prendre soin* pour faire société.

La mobilisation des principes de *care* s'illustre par la réciprocité du prendre soin que nous avons modélisé pour une application dans le management d'un EHPAD.

3. Le cadre de recherche ouvert au service de la conduite du changement a permis la création de connaissances scientifiques et a abouti à un cadre de recherche finalisé.

DEUXIÈME PARTIE : LA RECHERCHE-ACTION EN MANAGEMENT : UNE METHODOLOGIE DE RECHERCHE POUR L'INTERVENTION EN ORGANISATION.

Chapitre III : Le positionnement épistémologique et les choix méthodologiques mobilisés dans cette recherche-action

III.1. L'épistémologie et les sciences de gestion

III.2. La stratégie choisit pour cette recherche

III.3. La méthodologie de la recherche-action

Introduction chapitre III

Dans la section 1 de ce chapitre nous allons traiter la question du positionnement épistémologique qui est un acte fondateur dans une recherche en sciences de gestion.

Le positionnement choisi pour cette recherche est le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique car il est particulièrement adapté à l'étude des questions de management (Avenier, 2010).

Dans la section 2 nous nous consacrerons à la présentation de notre stratégie de recherche sous tendue par une démarche s'inscrivant dans l'abduction à visée exploratoire et qualitative : un raisonnement par boucle récursive adduction, déduction, induction (David (1999).

Nous présenterons la collecte de données que nous avons effectuée selon la démarche qualitative (l'étude documentaire, les entretiens individuels semi-directifs, les entretiens de groupe et l'observation). Le traitement de ces données sera exposé avec l'utilisation du logiciel NVIVO 12 qui nous a également assisté dans la construction des différents objets de l'analyse thématique.

Afin d'assurer la fiabilité de ces données, nous exposerons le principe de triangulation que nous avons mobilisé. Cette section sera clôturée par la proposition de notre design de recherche.

Enfin au cours de la section 3 nous exposerons les raisons qui nous ont amené à choisir la recherche-action dans cette recherche en sciences de gestion. Ce type de recherche qualitative présente la particularité de relier méthodologiquement la théorie et la pratique (Plane, 2019) avec l'objectif de transformer l'organisation par la coconstruction entre le chercheur et les acteurs agissant, interagissant (Dumez, 2015).

Une fois fait, nous serons en mesure de décliner les diverses composantes de la stratégie retenue : la formation action, l'accompagnement et la stabilisation. Tous ces éléments simplement présentés seront repris dans le détail lors de l'analyse des résultats dans le ***chapitre IV.2.2.1.***

III.1. L'épistémologie et les sciences de gestion

Introduction section 1

Aujourd'hui le positionnement épistémologique est devenu indissociable d'un travail de recherche en sciences de gestion. La question épistémologique en sciences de gestion ouvre généralement le travail de recherche pour être ensuite transversale. Le positionnement épistémologique constitue le socle de

toute recherche scientifique permettant au chercheur de légitimer son étude sur le phénomène étudié dès que nécessaire (Wacheux,1996).

Cette étude de *la constitution des connaissances valables* (Piaget, 1967) participe à la construction d'un travail de recherche. Véritable pierre angulaire, ce questionnement épistémologique va nous permettre de structurer notre raisonnement et d'élaborer des connaissances sur l'objet poursuivi et ainsi contribuer à la mise en place de la méthodologie de recherche (Avenier et Gavard-Perret, 2012).

Dans une recherche en management, la dimension humaine contextualisée et contextuelle et les interactions entre le chercheur et son sujet sont des éléments fondamentaux à prendre en compte (Avenier et Gavard-Perret, 2012).

Pour beaucoup de chercheurs les sciences de l'ingénieur et les sciences de gestion sont à rapprocher car elles poursuivent le même objectif. En effet il n'est plus question de comprendre ou d'expliquer une réalité, mais au contraire de la concevoir et de construire cette réalité (Avenier et Gavard-Perret, 2012). L'utilisation du référentiel des sciences de l'ingénieur conduit à considérer la recherche comme le déploiement de connaissances congruentes pour *la mise en œuvre d'artéfacts* dont les attributs sont adaptés au contexte dans lequel ils sont mis en œuvre » (Avenier et Gavard-Perret ,2012). Le cœur de la réflexion épistémologique devient alors le chercheur et le projet de connaissance. Certes toutes les recherches action ne se réclament pas de ce référentiel (Allard-Poesi et Perret,2004), mais bon nombre de recherches intervention en adoptent le design (David et al,2000).

En regard du questionnement épistémologique qui a précédé nos présents travaux de recherche en management (Avenier et Gavard-Perret ,2012) le paradigme épistémologique apparaissant comme le plus adapté est le constructivisme.

III.1.1 Le paradigme épistémologique constructiviste et le management

L'orientation constructiviste en s'appuyant sur les deux référentiels de sciences sociales et de sciences de l'ingénieur remet en question la vision unitaire de la recherche. En effet dans cette orientation, la réalité ou la connaissance de cette réalité est construite. In fine : « *il s'agit d'une attitude ouverte de recherche qui vise à donner du sens à la réalité et qui s'efforce d'inscrire l'intelligibilité du modèle dans les faits, c'est-à-dire dans mes comportements sociaux* »(Plane, p.14, 2000).

Le chercheur constructiviste considère que toute réalité est construite (Thiétart, 2014).

La recherche en management dans une approche constructiviste a comme objectif de produire des solutions utilisables pour l'action et par conséquent actionnables (Chanal et al,1997). Dans la recherche en management, le chercheur parce qu'il doit répondre aux problématiques de l'organisation et de ses membres, va élaborer l'objet avec les acteurs du terrain : on parle alors de coconstruction (Allard-Poesi et Perret,2003). Ce type de recherche en sciences de gestion est à visée transformative. La connaissance y est construite, contextualisée, relative et finalisée.

Par conséquent s'inscrire dans le paradigme épistémologique constructiviste, c'est cesser de poursuivre l'objectif de définir la réalité selon une recherche de conformité mais plutôt en termes de viabilité. En effet ce n'est pas de confirmation du savoir dont il est question tant la comparaison se révèle impossible avec la réalité « *mais dans son utilité face à des obstacles que nous rencontrons en poursuivant nos buts* » (Le Bouter et Kimminich,2007, p11).

Le paradigme épistémologique constructivisme est composé de plusieurs interprétations. Nous avons identifié deux variantes qui correspondent à l'orientation de nos travaux, nous voulons parler du constructivisme pragmatique (Gavard-Perret et al ,2012) et du constructivisme générique (Savall et Zardet, 2004 ; Buono et al,2018). Ces deux perceptions du constructivisme qui présentent des similitudes méritent d'être explorées afin d'affirmer notre choix.

III.1.2.1. Le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique (PECP)

Le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique est de portée générale car mobilisable quel que soit le phénomène étudié. Il s'appuie sur trois hypothèses fondatrices qui sont :

- Il n'y a pas d'autres moyens d'approcher le réel, qu'à partir des catégories construites par les êtres humains et résultant de leur expérience (Von Glasersfeld, 2001).
- Il y a interdépendance entre le chercheur et ce qu'il étudie. La connaissance acquise par celui-ci s'en trouvera marquée et dépendante du chercheur, de son projet de connaissance, de son histoire etc. (Gavard-Perret et al, 2012),
- La connaissance développée et l'expérience vécue subissent le réel dictée par le projet de connaitre, cette hypothèse est appelée téléologique (Gavard-Perret et al, 2012),

Le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique est compatible avec la conceptualisation des sciences de l'artificiel et les principes d'action intelligente développés par Herbert Alexander Simon (Avenier, 2010). Le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique accepte toutes élaborations des connaissances à la condition qu'elles respectent ces trois principes :

- La justification de la fiabilité.

Le lecteur doit pouvoir suivre pas à pas le cheminement et le reproduire grâce aux données de la recherche s'il le souhaite (Avenier et Gavard-Perret, 2012).

- La justification de la validité interne de recherche.

La *légitimation*[83] intervient parce que le chercheur aura démontré en quoi ces connaissances sont pertinentes en regard de l'expérience et adaptées à la situation étudiée ; mais également car elles fournissent le cadre d'une intervention choisie pour d'autres praticiens dans cette situation (Avenier et Gavard-Perret, 2012).

- La justification de la validité externe de connaissances.

La validité des connaissances repose sur la mise à l'épreuve de ces connaissances ; c'est donc dans la réalisation d'un rapport détaillé et accessible avec toutes les inférences et décisions méthodologique, qu'est donné à voir la rigueur et la cohérence d'ensemble des matériaux mobilisés (Avenier et Gavard-Perret, 2012) .

***III.1.2.2. Le paradigme épistémologique constructiviste générique (PECG)* (Savall et Zardet, 2004 ; Buono et al,2018).**

Ce paradigme épistémologique constructiviste est mobilisé notamment dans les recherches intervention d'ordre qualimétriques (Savall et Zardet ,2004).

Cette méthodologie de recherche intervention dans sa partie *Recherche* s'appuie sur une alliance entre acteur du terrain et chercheur afin de rendre éclairant l'accompagnement et la mise en place. Quant à sa seconde composante *Intervention*, elle s'attache à la collecte de données non répertoriées émergeantes du terrain (Detchessahar et al*.,* 2012).

Opter pour cette pratique, c'est aussi considérer trois éléments.

Tout d'abord, en faisant partie intégrante de l'expérimentation, la recherche de neutralité devient caduque pour le chercheur. Verbaliser cette *non-neutralité*, c'est en assumer pleinement les conséquences et assumer les limites de scientificité de la recherche (Buono et al., 2018).

[83] La justification de la validité des connaissances élaborées

Le deuxième élément découle directement de celui précédemment cité, nous voulons parler du pilotage de l'intervention ; le chercheur intervenant doit être l'unique interlocuteur avec le terrain d'observation scientifique ; sans s'isoler, le chercheur intervenant pour être sûr de répondre à la problématique doit assurer un pilotage unique (Buono et al., 2018).

Quant au troisième point, il vient étayer l'ensemble avec la notion de coconstruction. Effectivement, pour apporter des pistes d'amélioration dans une organisation, il est fondamental de la comprendre, ce qui consiste à en appréhender toute la complexité et cela ne peut se faire seul : l'immersion dans l'organisation et la collaboration avec les acteurs est indispensable ; ce n'est qu'à condition d'un temps passé prolongé dans cette organisation à créer du lien avec les protagonistes, que l'élaboration conjointe de solutions d'améliorations permet au(x) changement(s) de s'opérer. On ne peut parler d'intervention qu'à ces conditions ; la recherche intervention ne peut se satisfaire d'un séjour ponctuel… Elle implique une certaine *longitudinalité* (Buono et al.,2018).

Alors choisir le constructivisme générique en sciences de gestion, c'est s'engager dans le respect des trois principes socles qui sont :

- L'interactivité cognitive qui consiste à donner la parole à un ou plusieurs acteurs permettant ainsi l'échange d'informations constituant une base de connaissance locale actionnable par la création d'une intelligence collective de la situation (Savall et Fière, 2014) ;
- L'intersubjectivité contradictoire qui met en évidence la nécessité fondamentale du croisement de la provenance des multiples sources d'information afin d'en atténuer la subjectivité (Buono et al., 2018) ;
- La contingence générique qui reconnaît que dans la spécificité d'un cas réside un noyau dur de connaissances non spécifiques que l'on retrouvera dans d'autres cas ; cela est compatible avec la recherche de généralisation des connaissances, définition même de la science (Savall et Fière, 2014).

Bien que notre thèse en sciences de gestion soit pratiquée dans le cadre d'une recherche-action, les similitudes avec la recherche intervention, les fondements et principes méritent d'être étudiés afin de pouvoir nous déterminer sur le choix épistémologique.

III.1.3. Différences entre constructivisme pragmatique et générique

Les écarts sont peu importants car ils partagent les mêmes fondements : définir le réel par la validation de la connaissance se révèle impossible (Von Glasersfeld, 2001) ce qui est possible c'est de le définir

en fonction de l'utilisation de ces connaissances face à des difficultés rencontrées par la poursuite de nos buts (Le Bouter et Kimminich,2007). La recherche de ce réel est donc dépendant du chercheur (Gavard-Perret et al, 2012).

Les deux constructivismes revendiquent la non-neutralité du chercheur et reconnaissent son implication dans la recherche. La coconstruction ne fait débat pour aucun des deux paradigmes épistémologiques, elle est centrale (Allard-Poesi et Perret, 2003 ; Savall et Fière, 2014*) ;* la mobilisation de l'approche qualitative est majoritaire sans exclure le quantitatif. Enfin la validité des données récoltées est obtenue par le croisement (Buono et al., 2018) ou la triangulation (Savoie-Zajc, 2019 ; Caillaud et Flick, 2016 ; Denzin, 1970) afin d'en assurer la fiabilité et ainsi constituer un apport de connaissances généralisables (Savall et Fière, 2014).
La différence se situe essentiellement sur le projet de changement. En effet ces deux axes du constructivisme ont un rayon d'action diffèrent.

Le constructivisme générique est plus ciblé sur un type de recherche et de management qui est dit socio-économique. La recherche intervention qui mobilise le constructivisme générique affiche une dimension économique dans le changement qui est absente des autres modes de recherche-action (Boko et Bonnet, 2018).

Le constructivisme pragmatique lui n'a pas cet outillage et cette précision sur les questions financières. Cependant grâce à son rayon d'action plus large il est capable de traiter toutes les situations de management en apportant des solutions actionnables (Chanal et al,1997).

Notre projet est centré sur le management du point de vue de la relation entre les acteurs. Nous n'ambitionnons pas d'aller explorer la question économique et surtout d'agir directement sur elle ; nous allons tout au moins l'effleurer, mais en aucun nous ne souhaitons qu'elle soit centrale dans notre recherche. De ce fait le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique revêt tous les attributs pour notre recherche-action. Ainsi de part ce positionnement nous allons être en mesure de produire des connaissances reproductibles (Avenier et Gavard-Perret, 2012) et pertinentes en rapport avec l'objet étudié (Avenier et Gavard-Perret, 2012).

Conclusion section 1

Le positionnement épistémologique que nous revendiquons est le constructiviste pragmatique qui s'appuie sur trois hypothèses fondatrices.

Tout d'abord, chaque humain perçoit le réel selon sa propre expérience et donc l'existence d'un réel en soi ne pourra jamais être prouvée (Von Glasersfeld, 2001). La connaissance « *n'est pas une réalité ontologique objective*, *mais concerne exclusivement la mise en ordre et l'organisation d'un monde constitué par notre expérience* » (Von Glasersfeld,1988, p. 27). Sans remettre en question l'existence d'un réel extérieur au chercheur, le constructivisme pragmatique, pose la réalité comme dépendante des perceptions induites par le sujet connaissant.

Ensuite ce que le chercheur étudie est inhérent à son projet de connaissance, son histoire…Il existe une interdépendance entre le chercheur et ce qu'il étudie.

Le chercheur ne peut assurer que l'étude effectuée sur le réel porte sur la totalité de ce réel (Thiétart, 2014).

Et enfin, la connaissance du réel développée par le chercheur dépend de sa compréhension du fonctionnement de celle-ci. La représentation du réel ne peut être retenue comme étant **le processus** du réel, mais comme **une représentation** portée par cet humain qui l'a forgée (Avenier et Gavard-Perret, 2012).

« *Une science sociale féconde doit être largement une étude de ce qui n'est pas : une construction de modèles hypothétiques, pour les mondes qui seraient possibles* » (Hayek,1973, p.19).

La thèse que nous défendons s'inscrit dans ce positionnement épistémologique constructiviste pragmatique car le management que nous proposons ne doit pas être abordé comme une théorie évaluée selon des critères de conformité avec la réalité, mais plutôt sous le prisme de son utilité (Le Boutier et Kumminich, 2007) ; ce management est le fruit d'une coconstruction avec les acteurs de terrain, de solutions actionnables donnant lieu à la proposition d'un modèle managérial possible dont la visée est transformative.

Afin de poursuivre cet objectif de transformation de l'objet de recherche nous mobilisons le cadre de la recherche-action. Le principe originel de la recherche-action est de considérer que grâce à l'action il est possible de générer des connaissances scientifiques capables d'expliquer ou de changer la réalité sociale des individus et des systèmes sociaux (Roy et Prévost, 2013). Dans une recherche-action,

l'action de transformation de la réalité est délibérée (Hugon et Seibel, 1998). Ainsi la dichotomie opérée traditionnellement entre théorie et pratique est dépassée car en recherche-action « *la théorie supporte l'action ou encore émerge de l'action* » (Roy et Prévost, 2013, p.129). Cette double revendication de transformation du système social et de production de connaissances démarque ainsi la recherche-action des recherches conventionnelles (Allard-Poesi et Perret, 2003).

La recherche-action comporte trois caractéristiques clés qui la différencie de la recherche traditionnelle (Roy et Prévost, 2013).

La recherche-action est réalisée avec les personnes et non pas sur les personnes, car c'est *en faisant avec plutôt qu'en observant* que la réalité d'un concept s'illustre (Lewin, 1949). En sortant du laboratoire pour aller mener ces expériences au plus près des acteurs avec eux, Kurt Lewin instaure un fonctionnement démocratique de la recherche. Ce positionnement crée une relation entre chercheur et les personnes étudiées plus égalitaire (Roy et Prévost, 2013). Le chercheur n'occupe plus une position dominante et les personnes ne sont plus considérées comme des sujets passifs. Ils sont tous des chercheurs préoccupés et intéressés à comprendre les problématiques qu'ils vivent au quotidien. Ils partagent la même soif de changement de la réalité afin d'améliorer la situation (Morissette, 2013). Tout cela implique que le chercheur délaissera sa place d'observateur neutre prescrit par les démarches scientifiques classiques (Allard-Poesi et Perret, 2003), afin d'apporter, au moyen de la recherche-action le changement et des réponses à des problèmes concrets (Allard-Poesi et Perret, 2003).

La recherche-action ne peut donc pas être assimilée à une recherche de terrain classique dont le but serait d'observer seulement l'objet en ignorant la nécessaire combinaison entre la construction de la recherche et l'action ; elle ne peut non plus poursuivre la recherche d'une optimisation de l'action car il est possible de développer des problématiques qui peuvent s'avérer étrangères à la conduite de l'action. Enfin ce n'est pas une intervention suivie d'une réflexion menée seulement par des chercheurs officiant comme des conseillers auprès de client. Non, la recherche-action est bel et bien une recherche fondamentale qui produit de l'intelligibilité, de la prévisibilité et de la faisabilité (Liu, 1997).

III.2. La stratégie choisie pour cette recherche

Introduction section 2

Maintenant que le positionnement épistémologique constructiviste pragmatique est clairement arrêté pour cette recherche, il reste à établir quel type de stratégie nous allons utiliser afin d'élaborer des connaissances (Thiétart, 2014) dans cette thèse en sciences de gestion.

Plutôt que de choisir entre l'induction, l'abduction et la déduction nous souhaitons articuler ces trois formes de raisonnement au cours de notre recherche. Ainsi nous optons pour un raisonnement par boucle récursives (David,1999).

Nous avons pris en compte la critique de la recherche qualitative quant à la qualité et à la validité des matériaux récoltés (Wacheux,1996). Aussi nous avons choisi d'opérer une triangulation des données (Denzin,1978 ; Flick, 1998). Grace aux croisements des différentes approches de l'objet de recherche nous souhaitons apporter rigueur et validité (Denzin,1978 ; Flick, 1998 ; Apostolidis,2006) à notre démarche de recherche.

Le volume conséquent de données générées au cours de notre recherche qualitative peut se révéler problématique (Mouricou et Garreau, 2018). Pour cela nous nous appuierons sur le logiciel NVIVO 12 qui présente le triple avantage de faciliter la collecte, l'organisation et l'analyse de contenu émanant d'une multitude de sources (Plard et Martineau, 2019).

Notre corpus sera traité selon le principe de l'analyse thématique afin de n'exploiter que les parties du corpus qui seront évaluées comme pertinentes en regard des thèmes retenus (Gavard-Perret et al, 2012). Les techniques de codages utilisées sont le codage à priori et le codage à postériori (Allard-Poesi, 2003).

Enfin en clôture de cette section nous vous présenterons notre design de recherche dont la cohérence avec la méthodologie et l'objet de recherche auront comme finalité la fiabilité et la validité de nos travaux scientifiques (Le Moigne, 1990 ; Wacheux,1996).

III.2.1. Les différents types de raisonnement scientifique

La déduction poursuit l'objectif de dégager une conséquence (C) selon une règle générale (A) et d'une observation empirique (B) (David,1999). La déduction consiste en une démonstration (Grawitz, 2001). Selon ce mode de raisonnement, si les hypothèses formulées originellement se révèlent vraies

alors la conclusion le sera également (Thiétart, 2014). La démarche hypothético-déductive repose sur le raisonnement déductif (Charrière Petit et Durieux, 2007) dont l'objectif est d'élaborer plusieurs hypothèses afin de les soumettre à la réalité. La finalité consiste à évaluer la pertinence de l'hypothèse originellement posée. Au terme du processus de déduction, le chercheur aura la capacité de proposer soit une conclusion explicative, soit prédictive.

L'induction est un mode de raisonnement qui va chercher à établir une règle générale et à formuler des hypothèses à partir de l'observation. La théorie issue de l'induction n'est qu'une probabilité dont les conclusions peuvent apparaitre comme plus ou moins acceptables (David, 1999).

L'induction est donc « *une inférence conjecturale qui conclut : 1) de la régularité observée de certains faits à leur constance ;2) de la constatation de certains faits à l'existence d'autres faits non donnés mais qui ont été liés régulièrement aux premiers dans l'expérience antérieure* » (Morfaux 2011, p.265). Cette inférence logique établit une loi sur la découverte *à priori*.

L'induction consiste donc en une généralisation qui emprunte le cheminement d'un raisonnement qui passe « *du particulier au général, des faits aux lois, des effets à la conséquence et des conséquences aux principes* » (Allard-Poesi et Perret, 2014, p.80).

L'abduction est un processus inférentiel opposé à la démarche déductive (Allard-Poesi et Perret, 2014). Ainsi la règle sera proposée à partir de la connaissance de l'observation et de la conclusion. L'abduction donne à la découverte un statut explicatif ou compréhensif dont une loi pourra être érigée à la condition d'être testée (Koenig,1993). Parce qu'elle n'entre pas dans le schéma de la logique, l'abduction permet de ne pas être empreint des tumultes du monde réel grâce à des tentatives de formulations d'hypothèses qui cherchent à établir la dynamique qui anime les choses telle qu'elles sont (Koenig, 1993).

III.2.1.1. Le choix du raisonnement scientifique par boucles récursives

Parmi les modes de raisonnement scientifique (schéma 8) plusieurs possibilités s'offrent à nous. Notre objectif n'est pas d'établir de lois universelles obtenu par la déduction afin de démontrer que la véracité des hypothèses formulées conduit à une conclusion *in fine* vraie (Allard-Poesi et Perret, 2014). En d'autres termes, il n'est pas question dans ce travail de recherche de s'appuyer exclusivement sur un raisonnement hypothético-déductif qui consiste à élaborer des hypothèses soumises à la réalité. Mais il n'est pas question non plus de s'enfermer dans un raisonnement abductif qui consiste à formuler des hypothèses seulement probables (David, 1999) sans en vérifier la validité.

Ce que nous souhaitons c'est dépasser cette opposition entre les démarches hypothético-déductive, inductive et abductive (David, 1999). Le chercheur en sciences de gestion aura à articuler ces trois formes de raisonnement au cours de sa recherche (Thiétart, 2014) s'il souhaite s'inscrire dans une démarche scientifique qui élabore des connaissances.

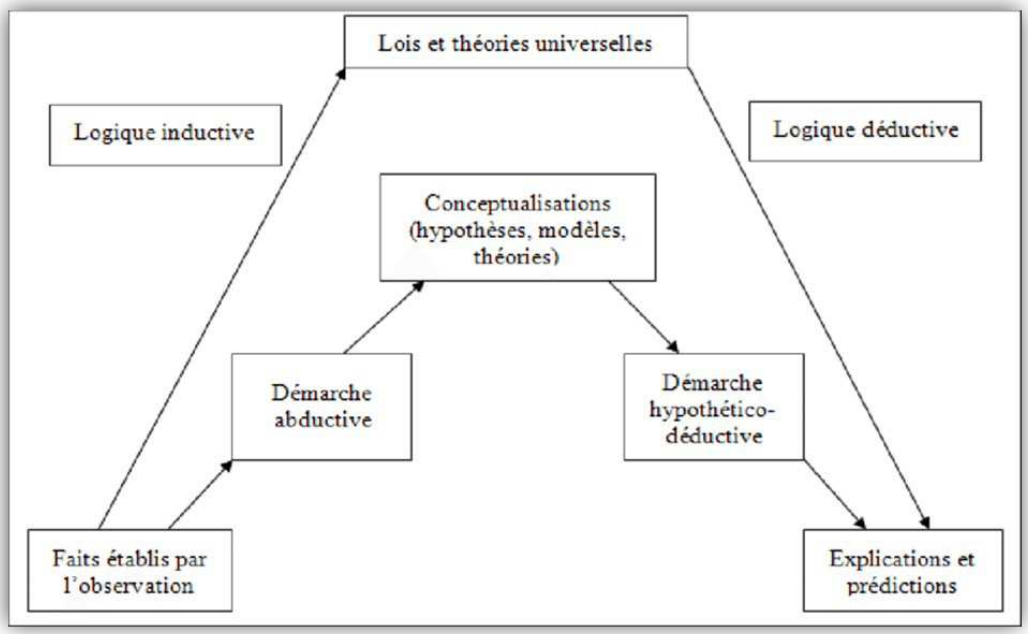


Schéma 8 : modes de raisonnement et connaissance scientifique d'après Thiétart (2014)

Il s'agit donc de « *proposer de nouvelle conceptualisation théorique valides et robustes, rigoureusement élaborées* » (Allard-Poesi et Perret, 2014, p.80). L'induction et/ ou abduction seront utilisées à des fins exploratoires ; quant à la déduction, elle servira à tester grâce à la démarche hypothético-déductive. (Allard-Poesi et Perret, 2014).

Dans ce cas précis l'abduction positionnée en début de processus se révèle plus en adéquation avec nos travaux. En effet l'abduction permet de mettre à jour de nouvelles manières de penser et d'élaborer un cheminement vers une explication rationnelle (Pierce cité par Carontini ,1990).

Ainsi le processus de raisonnement par boucles récursives se formalise (schéma 9). La construction par abduction d'une hypothèse explicative permet d'identifier les données qui posent un problème (David, 1999), Grace à la déduction il est possible alors d'explorer les conséquences supposées de l'hypothèse (David, 1999). Quant à l'induction « *elle permet de généraliser à partir d'observations spécifiques* » (Dehbi et Angade, p.9, 2019). Une fois cette mise à jour faites si les règles se trouvent

infirmées, la reformulation par abduction de nouvelles hypothèses explicatives devra être pratiquée réamorçant alors un nouveau cycle (David, 1999).

Toutefois il ne sera pas nécessaire pour le chercheur de passer par tous les stades de cette boucle à la condition que cela soit réalisé au sein de la communauté scientifique de manière collective (David, 1999)

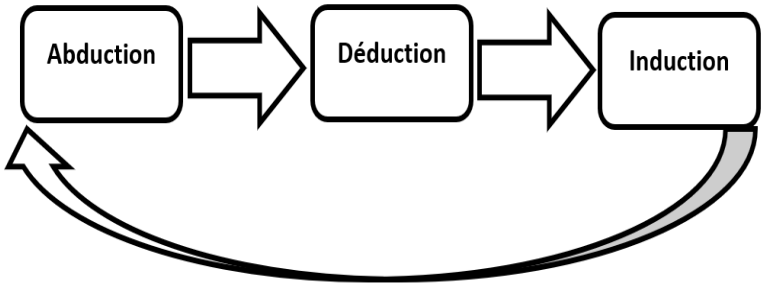


Schéma 9 : raisonnement par boucles récursives abduction, déduction et induction d'après David (1999)

Le chercheur a trois possibilités qui s'offrent à lui en sciences de gestion sur la manière de recueillir et analyser les données : la démarche quantitative, la démarche qualitative et la démarche dite mixte qui combine les deux démarches précédemment citées. Après avoir présenté ces alternatives, la justification sera apportée sur le choix formulé.

III.2.2. La recherche qualitative exploratoire hybride assumant une part descriptive

Le point de mire dans le cadre de cette recherche-action est d'étudier les phénomènes sociaux et culturels d'une organisation. Plusieurs options sont possibles, reste à les passer en revue afin d'en vérifier la compatibilité avec notre objectif. En effet il s'agit de choisir quelle démarche serait la plus à même de fournir des données capables de saisir l'acteur agissant et interagissant (Dumez, 2016), voilà l'enjeu.

La démarche quantitative s'attache à observer des faits objectifs qui sont indépendant de la présence du chercheur (Silva et Sousa, 2016). Souvent qualifiées de solutions de facilité, ces méthodes d'analyse demandent une grande technicité de la part du chercheur (Giordano et Jolibert, 2016).

Grâce au raisonnement hypothético-déductif, le travail de formulation d'hypothèses de vérification de la validité de celles-ci est plus rigoureux, cette démarche quantitative étant idéale quand le cadre théorique est clairement défini (Giordano et Jolibert, 2016). Rien d'étonnant que de constater que la

méthode quantitative qui donne une large partie à l'objectivité s'inscrit dans le paradigme positiviste (Silverman, 1993).

La démarche qualitative poursuit l'objectif d'analyser les acteurs en action. Pour cela elle utilise leur discours, leurs intentions, les modalités de leurs actions ainsi que leurs interactions. On parle d'objectivation des éléments d'un contexte faits d'actions et d'interactions (Dumez,2013).

La validité des méthodes qualitatives peut être remise en question lorsque les échantillons sont de faible taille car peu représentatifs (Silva et Sousa, 2016). Cependant elles permettent d'accéder à des variables inaccessibles par questionnaires (Silva et Sousa ,2016). La démarche qualitative n'a de sens que si elle donne à voir l'acteur dans son contexte du point de vue des acteurs eux-mêmes mais également de la place du chercheur (Dumez,2013).

La recherche qualitative laisse une grande liberté au chercheur qui bricole (Denzin et Lincoln, 1998) avec les matériaux, la démarche d'analyse et le déroulement du projet. Ainsi la créativité du chercheur est favorisée ce que n'offre pas la démarche quantitative (Giordano et Jolibert, 2016).

Nous avons choisi de mener une démarche qualitative car toutes les caractéristiques constituant cette méthodologie se prêtent à la recherche-action que nous menons dont nous parlerons dans la **section 3** de ce chapitre. En effet la démarche qualitative permet de saisir et d'analyser les données comme les discours ou les relations entre les personnes qui sont récoltées en recherche-action. Grâce à cette méthodologie qualitative, le chercheur dispose d'une grande flexibilité, et réactivité situationnelle nécessaire dans une recherche-action (Catroux, 2002).

Cependant lors d'une recherche qualitative, l'opposition avec le quantitatif peut se révéler toute relative car le chercheur pourra avoir à traiter des informations contenant des éléments quantitatifs (Dumez 2013). De plus l'utilisation de logiciels de traitement des données conduit les chercheurs à se spécialiser dans l'une ou l'autre démarche, bien qu'elles soient plus complémentaires qu'antagonistes (Curchod, 2003).

Il apparaît toutefois que, étant au début de la recherche, notre cadre théorique est ouvert par nécessité de faciliter la coconstruction, (Roy et Prévost, 2013), l'approche qualitative comme vue précédemment s'y prête plus volontiers.

Lorsque l'objet de recherche en sciences de gestion consiste à étudier l'acteur agissant et interagissant (Dumez, 2015), ce qui est notre situation, le chercheur de cette discipline se doit d'approcher au plus près du terrain des acteurs et ainsi mobiliser des méthodologies d'analyse des données et d'élaboration de résultats surtout qualitatives (Vernazobres, 2009).

La recherche que nous proposons poursuit l'objectif de produire des connaissances sur un phénomène peu étudié en l'occurrence l'introduction d'une part d'éthique du *care* dans le nouveau management public à l'œuvre en EHPAD. Lorsque le chercheur investigue à des fins d'accroître ses connaissances sur un sujet mal connu (Miles et Huberman, 2003), qu'il cherche à comprendre les comportements induisant des processus afin de les rendre intelligibles (Evrard et *al*, 1997) alors il s'inscrit dans une recherche de type exploratoire qui comprends trois composantes distinctes :

- **Théorique** dans laquelle le chercheur relie à minima deux champs théoriques
- **Empirique** le chercheur produit de nouvelles connaissances théoriques en faisant abstraction de celle déjà acquises
- **Hybride** le chercheur pratique des allers-retours afin de doter de sens les observations empiriques (Charrière -Petit et Durieux,2014).

Le phénomène que nous avons étudié dans notre recherche est l'introduction du principe de réciprocité du prendre soin qui marque l'application des principes de l'éthique du *care* dans le management d'un EHPAD. Notre démarche qui est de donner du sens aux phénomènes observés s'inscrit dans le cadre d'une recherche exploratoire hybride selon la définition de Charrière-Petit et Durieux (2014).

Bien souvent, il est reproché à la démarche qualitative à des fins compréhensives d'utiliser la description (Abbot, 2003) catégorisée d'honteuse. Étonnant paradoxe qui consiste à établir une situation dans laquelle la description serait exclue de la recherche qualitative alors que c'est justement cela qui en fait toute la singularité d'un point de vue scientifique (Dumez, 2016).

Certes, il convient de s'accorder sur ce que nous entendons par description tant les formes et les objectifs sont innombrables : texte, tableau, schéma, organigramme, figure (Dumez, 2016).

La description n'a d'utilité dans le cadre d'une démarche scientifique compréhensive que si elle vient discuter une théorie, exclure un point de vue pour mieux l'appréhender et articuler texte et iconographie (Dumez, 2016).

Toute la difficulté d'une transcription réside dans l'intérêt scientifique qu'elle présente et dans l'effort que produit le chercheur à comprendre les interactions de la position des acteurs ; alors la question de la contextualisation est posée au sens où seuls les éléments influant sur le sens de l'action ont une place dans la description (Dumez, 2016) et ceci afin d'éviter production pléthorique et circularité (Dumez, 2010).

Dans ces conditions, une part de description dans une recherche qualitative exploratoire hybride ne nous apparait pas remettre en cause la scientificité d'une recherche, bien au contraire.

Le chercheur à ce stade de la recherche se trouve face à une opération cruciale qui est de déterminer la manière qu'il va utiliser pour recueillir les matériaux.

III.2.3. Les modes de recueil utilisés dans la démarche qualitative

C'est donc dans cette perspective de validité scientifique que nous présentons dans la section qui suit notre mode de recueil des données à savoir la recherche-action, l'analyse documentaire, les entretiens individuels semi-directifs, les entretiens de groupe et l'observation participante directe.

Tous ces modes de récoltes de matériaux sont à apprécier comme structurant une démarche à forte composante qualitative. Chacun remplissant une mission particulière qui doit finalement renseigner sur les différentes dimensions du champ de forces résistantes ou motrices (Lewin, 1946), la dynamique de groupe (Lewin,1943,1947a ,1947b ; Anzieu et Martin, 2013 ; Muchielli, 2017) le processus de conduite du changement (Lewin, 1947b), et l'éthique du *care* (Gilligan et al, 1982, 1986, 2008 ; Tronto,2009 ; Molinier et al,2009),

Grâce à ces modes de recueil de matériaux, nous allons pouvoir réaliser une collecte de données primaires et secondaires et ainsi construire et valider notre raisonnement.

Tableau 4 : récapitulatif des modes de recueil de données utilisés dans cette recherche

Recueil de données primaires	Démarche
Entretiens	- Entretiens semi-directifs - Entretiens de groupe (focus groupe) - Entretiens informels
Observation	- Recherche-action - Participante
Analyse documentaire	- Étude des transmissions écrites des agents de soins

III.2.4. Le principe de triangulation appliqué aux données

La recherche qualitative comme toute recherche scientifique est soumise à une exigence de qualité et de validité des données recueillies (Aubin Auger et al, 2008). Toutefois il apparaît important de garder à l'esprit que ce ne sont pas les résultats qui sont scientifiques mais bien la démarche adoptée pour les produire (Wacheux, 2005). Nous sommes conscients que la critique de la recherche qualitative porte sur la qualité et la validité des matériaux récoltés par le chercheur (Wacheux,1996).

Tout cela nous amène à adopter une exigence en termes de moyen. Afin de répondre à ces impératifs nous avons fait le choix d'opérer une triangulation (Denzin,1978 ; Flick, 1998) qui consiste à croiser différentes approches d'un objet de recherche en vue d'apporter à la démarche qualitative rigueur et validité (Denzin,1978 ; Flick, 1998 ; Apostolidis,2006). Sur la base des travaux de Denzin (1978), Savoie-Zajc (2019) répertorie les diverses variantes de triangulation :

- La triangulation des chercheurs consiste en l'organisation par le chercheur impliqué dans l'investigation, de rencontre avec ses pairs afin d'échanger sur leurs différents avis. Ainsi le chercheur impliqué peut se mettre à distance de son terrain d'investigation et opérer une objectivation (Denzin, 1970 ; Savoie-Zajc, 2019).

- La triangulation théorique engage le chercheur à utiliser plusieurs cadres théoriques, différents angles disciplinaires dans l'analyse et l'interprétation des résultats de la recherche (Denzin, 1970 ; Savoie-Zajc, 2019).

- La triangulation indéfinie se caractérise par l'organisation par le chercheur d'une rencontre avec les participants en vue de la validation des résultats et/ou le recueil de données nouvelles (Savoie-Zajc, 2019).

- La triangulation des sources ou méthodologique (Caillaud et Flick, 2016) consiste à comparer les données selon au moins deux techniques de collecte (Denzin, 1970 ; Aubin-Auger et al, 2008). Concrètement il s'agit d'utiliser conjointement les entretiens (individuels ou groupes) et l'observation par exemple (Boutigny,2005).

Dans notre recherche-action, nous avons opté pour une combinaison multipliant les angles d'approches et les modes de triangulation.

En utilisant la triangulation des chercheurs, nous avons sollicité l'avis et les points de vue des docteurs et doctorants sur nos travaux lors des réunions de laboratoire. Nous avons pratiqué de même lors de

nos participations aux ateliers doctoraux avec des Maîtres de Conférences et Professeurs d'Université d'autres laboratoires de recherche. Les communications scientifiques que nous avons réalisées aux différents congrès et les comités de recherche ont également participé à notre quête d'objectivation.

La mobilisation de la triangulation des sources ou des méthodologies nous a conduit à utiliser l'étude documentaire, les entretiens individuels semi-directifs, entretiens de groupe et observation participante. En croisant les profils des répondants et les modes de recueil de données, nous avons activé leurs complémentarités qui s'illustrent par le fait que « *l'observation permet d'analyser réellement le processus en cours, alors que l'entretien permet d'accéder aux vécus subjectifs des acteurs ainsi qu'à leurs résonnances individuelles et collectives* » (Boutigny, 2005, p. 62).

Toujours dans cadre de la triangulation méthodologique, nous avons également utilisé différentes méthodes d'analyse telle que l'analyse qualitative manuelle et l'analyse automatisée avec le logiciel NVIVO12 (***III.2.5****).*

Toutefois, comme le relèvent Caillaud et Flick (2016), la triangulation peut revêtir deux aspects : la triangulation faible ou la triangulation forte.

La triangulation faible est ici à appréhender au sens premier du terme car la stratégie poursuivie est la validité des résultats par une corrélation optimale entre les données obtenues en croisant plusieurs méthodes ainsi *« On recherche en quelque sorte à avoir une bonne corrélation entre les données. La validité des résultats qui divergent est remise en cause* » (Caillaud et Flick, 2016, p.4).

Dans la triangulation forte, la convergence des données recueillies par l'emploi de différentes méthodes n'est plus recherchée « *…chaque méthode est considérée comme une source supplémentaire de connaissances, comme un point de vue particulier sur l'objet*. *Ici la triangulation n'est plus critère de validité mais elle est utilisée comme une stratégie de qualité.* (Caillaud et Flick, 2016, p.4).

Nous souhaitons dans nos travaux employer la triangulation comme une convergence des données (triangulation faible) tout en appréciant distinctement l'éclairage singulier que chaque méthode apporte dans la compréhension de l'objet de recherche (triangulation forte).

III.2.5. L'analyse des données qualitative avec le Logiciel NVIVO 12

Les méthodes qualitatives ont un très grand intérêt et une « *grande validité interne puisqu'elles pointent les particularités et spécificités des groupes sociaux étudiés* » (Silva et Sousa, 2016, p.175).

Toutefois les méthodes qualitatives sont toujours en proie aux critiques de nombreux chercheurs remettant en cause leur validité externe (Boutigny, 2005). En effet, bien souvent, les échantillons de petite taille ne permettent pas de valider les résultats obtenus, néanmoins, dans ce cas, la validité externe pourra être obtenue grâce à la soumission des hypothèses à un groupe plus grand et par conséquent plus représentatif (Silva et Sousa, 2016).

Cette démarche de construction de sens va guider notre analyse qualitative. En effet l'objectif que nous poursuivons dans cette recherche d'analyse qualitative de ces données récoltées peut être décrite comme « *une activité de l'esprit humain tentant de faire du sens face à un monde qu'il souhaite comprendre, interpréter voire transformer* » (Paillé et Muchielli, 2016, p.11).

Par analyse qualitative, Komis, Depover et Karsenti en 2013 désignent « *tout processus technique ou intellectuel pour traiter, manipuler, explorer et interpréter des données issues d'une recherche qualitative dans le but d'identifier des séquences, de repérer des modèles, de comprendre des processus, de former des catégorisations ou des classes d'objets et d'émettre des hypothèses et des conjectures concernant des aspects, sujets, objets ou évènements du monde en question* » (Komis et al ,2013 p.1).

In fine une analyse qualitative peut être conçue selon trois phases (Gavard-Perret et al, 2012) : **la condensation** des données matérialisées par une réduction résultant de l'action de codage, puis **la présentation** des données en vue d'établir le sens des liens réalisés, enfin **l'élaboration** et la vérification des conclusions.

Toute la difficulté d'une analyse qualitative réside dans le fait qu'il n'existe pas une formule exclusive mais de multitudes façon de procéder (Paillé et Muchielli, 2016). Les principales formes utilisées en sciences de gestion sont : l'analyse thématique, l'analyse contextualisante, l'analyse structurale, l'analyse métaphorique et l'analyse du contenu.

Nous avons choisi de traiter notre corpus selon le principe de l'analyse thématique, car cette méthode de recherche semblable à l'analyse de contenu emploie « *un ensemble de procédures pour faire des inférences valides à partir du texte* » (Weber, 1990, p.9). Toutefois le chercheur dans une analyse thématique ne sera pas tenu comme dans une analyse de contenu d'exploiter toutes les données du corpus. Seules les données que le chercheur jugera pertinentes en regard des thèmes qu'il aura retenus seront traitées (Gavard-Perret et al, 2012).

Les analyses qualitatives ont toutes comme point de rencontre la mobilisation d'un processus intellectuel commun (Paillé et Muchielli, 2016). Celui-ci consiste à recueillir un corpus

d'informations sur le sujet d'étude, d'opérer un tri, « *de fouiller son contenu selon les ressemblances thématiques, de rassembler ces éléments dans des classes conceptuelles, d'étudier les relations existantes entre ces deux éléments et de donner une description compréhensive de l'objet d'étude* » (Wanlin,2007, p.252).

III.2.5.1. L'analyse thématique

Nous nous orientons donc vers une analyse thématique qui va chercher à mettre en lumière des thèmes récurrents d'après les propos tenus par les enquêtés, c'est-à-dire les représentations véhiculées *par ces discours* » (Weber, 1990). Dans l'approche d'analyse thématique, le chercheur cherche à comprendre « *le monde de l'autre et de trouver des éléments qui permettent, une fois agencés de comprendre le thème à l'étude* » (Deschenaux et Bourdon, 2005, p.6). Pour cela nous avons préparé le corpus avant l'analyse.

Avant de pouvoir exploiter les entretiens semi-directifs et les entretiens de groupe, il convient de les retranscrire. Cette opération cruciale nous l'avons réalisée grâce à l'enregistrement audio via l'application dictaphone de notre téléphone. Au début de tous les entretiens semi-directifs, nous demandions si la personne était d'accord pour que les échanges soient enregistrés. Tous les interviewés individuellement ont accepté l'enregistrement. Seul les entretiens de groupe n'ont pas pu être enregistrés car certains participants de chaque groupe ont refusé. Nous avons alors pris des notes. De ce fait, la retranscription a été partielle. Cependant, à propos des entretiens individuels, grâce à l'appui technique de l'enregistrement, nous avons été en mesure de retranscrire avec rigueur et précision les propos des interviewés selon la technique du mot à mot. Ainsi nous avons maximisé la fidélité des propos tenus (Beaud, 1996) dans nos retranscriptions.

Une fois cette opération réalisée, nous sommes intervenus afin de corriger les erreurs grammaticales tout en gardant le style d'élocution de l'enquêté. Afin de faciliter les traitements ultérieurs, nous avons également pratiqué des réorganisations dans les corpus lorsque les propos des interviewés par exemple ne suivaient pas un ordre chronologique dans une description.

Notre corpus désormais préparé, nous avons pu commencer la démarche générale de l'analyse qui comprend la préanalyse, l'exploitation du matériel et le traitement des résultats (Gavard-Perret et al, 2012).

Lors de la préanalyse, il s'est agi pour nous de repérer des éléments du corpus et d'opérer une catégorisation précédant ainsi le codage.

L'exploitation du matériel a consisté à la classification des données afin d'aboutir à leurs codages. Nous avons pris **le mot** comme unité afin de parvenir à établir des catégories puis des thèmes afin de les coder lors de l'adoption **des règles de découpage**.

III.2.5.2. La stratégie de codage

Malgré les nombreuses techniques de codages possibles (Saldana, 2013), seules deux manières de procéder peuvent être retenues (Angot et Milano, 2014. Grawitz, 2001) : le codage à priori et le codage à posteriori (Allard-Poesi, 2003).

Le codage à priori s'appuie sur une logique hypothético-déductive qui consiste à établir en amont une liste de thèmes sur la base de la littérature. Ainsi une grille de codage sera réalisée et charge au chercheur d'organiser les catégories relatives à la totalité de son corpus « *afin de coder de façon systématique ses données* » (Mouricou et Garreau, 2018, p.3,).

Ce type de codage présente le désavantage d'appliquer un cadre théorique déjà connu sur un terrain peu exploré, ce qui pose la question de la contribution de la recherche (Mouricou et Garreau, 2018).

Le codage à postériori appelé également codage ouvert ou *open coding* (Corbin et Strauss, 2014) correspond à une logique inductive ou la grille de codage est construite sur la base des données (Mouricou et Garreau, 2018, p.4,). La démarche consiste à partir des données brutes, les mots en l'occurrence, de faire émerger les mots clés, la récurrence des idées du corpus afin de constituer des catégories accueillant les données. *In fine* cette démarche va conduire à l'élaboration d'un arbre thématique constitué de thèmes centraux incluant des sous-thèmes complémentaires.

Nous retrouvons le codage à postériori associé à la démarche de la théorisation ancrée (Paillé, 1994). Le terme *théorisation* ne correspond pas ici à l'élaboration « *d'un modèle de travail pour la compréhension, mais une théorisation, c'est-à-dire d'arriver à une compréhension nouvelle des phénomènes* » (Méliani, 2013, p.436). Quant au terme *ancré* il signifie que les données issues du terrain sont « *le point de départ de la théorisation, le lieu de vérification des hypothèses émergentes et le test ultime de la validité de la construction d'ensemble* » (Paillé, 1996, p.184).

La théorisation ancrée, qui est une adaptation-transformation de la *grounded theory* de Glaser et Strauss en 1967 (Paillé, 1994), n'a pas une portée aussi ambitieuse. En effet, la théorisation ancrée se concentre sur l'objet d'étude afin de rechercher la théorisation par l'application d'un « *certain nombre d'opérations aux données empiriques* » (Méliani, 2013, p.437).

Nous le voyons chaque procédé contient ses avantages et inconvénients. Afin de respecter le caractère de coconstruction de notre recherche-action nous avons choisi de mixer les deux approches (Avenier et Thomas, 2015) : certaines parties du codage relevant d'informations en regard de la littérature et d'autres émergeant du terrain (Mouricou et Garreau, 2018). Ce choix peut être rapproché d'une approche hybride (Paillé et Mucchielli, 2016) utilisant ainsi une logique déductive et inductive.

Après l'opération de codage vient le temps de traiter les résultats. Cette opération va permettre grâce à des actions facilitantes telles que le traitement informatisé de faire émerger des inférences et interprétations. Rappelons ici que c'est « *l'analyste qui fait l'analyse et non le logiciel* » (Deschenaux et Bourdon, 2005, p.11).

III.2.5.3. L'intérêt du logiciel NVIVO 12 dans l'analyse thématique

La complexité inhérente à l'analyse qualitative se matérialise dans le traitement de cette somme de données récoltées et dans les difficultés que cela entraîne aux vues de l'aspect volumineux (Mouricou et Garreau, 2018). Afin de simplifier l'analyse qualitative, nous avons utilisé un logiciel de traitement NVIVO 12 de la famille des Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS) édité par QSR international.

Ce type de logiciel présente l'avantage de faciliter la collecte, l'organisation et l'analyse de contenu émanant d'une multitude de sources (Plard et Martineau, 2019). Les CAQDAS tels que NVIVO 12 sont d'une grande souplesse ce qui leur permet de s'adapter à toutes logiques d'enquête (Ollivier, 2017). Cependant l'utilisation d'un CAQDAS ne dispense le chercheur ni de connaître parfaitement son corpus, ni de l'analyser manuellement en première intention (Gavard-Perret et al, 2012). Gavard-Perret et al (2012) rappellent que l'analyse qualitative même réitérée ne garantit pas au chercheur de faire jaillir automatiquement le sens des éléments verbaux et non verbaux car les matériaux récoltés ne sont parfois pas analysables en l'état. D'ailleurs avant d'être analysées de manière signifiante et aux vues de leurs complexités, les données qualitatives devront probablement subir un premier traitement sous forme de catégorisation (Thornhill et al, 2009), ce que nous avons fait.

Certes le nombre d'étapes dans une analyse qualitative ne fait pas consensus au sein de la communauté scientifique, toutefois il est admis qu'une activité d'analyse qualitative se décompose en deux temps : « *la décontextualisation et la recontextualisation* » (Tesch, 2013). C'est précisément dans cette opération que l'utilisation d'un logiciel tel que NVIVO 12 nous a été fort utile.

Déstructurer un corpus, outre le fait de simplifier le matériau, c'est aborder différemment ce corpus afin de l'analyser avec une plus grande distance permettant ainsi d'accéder à des caractéristiques qui

ne seraient pas apparues (Gavard-Perret et al, 2012). En pratique cela consiste à extraire une partie du texte de son contexte, afin qu'elle soit indépendante de la sémantique d'origine. Ces extraits sont alors regroupés sous formes de thèmes relatifs au sujet traité en particulier (Deschenaux et Bourdon, 2005).

La recontextualisation s'apparente à la remise en forme des données via un nouvel assemblage qui rend compte d'un nouveau message sculpté par le chercheur. (Blanchet et Gotman, 2001). Cet assemblage de codes et thèmes a vocation de rendre le tout « *intelligible et porteur de sens* » (Deschenaux et Bourdon, 2005, p.7).

Le logiciel NVIVO 12 nous a apporté une aide non négligeable (Gavard -Perret et al, 2012) et permis de gagner du temps au vue des quantités de données à traiter. Comme le soulignent Miles et Huberman, le codage est une entreprise qui peut se révéler fatigante (Miles et Huberman ,2003). L'un des avantages du logiciel NVIVO 12 est de pouvoir effectuer un *coding -on*, c'est-à-dire coder des Extraits déjà codés pour affiner l'analyse (Bourdon, 2002).

Là où l'analyse avec le logiciel NVIVO12 va se révéler un atout dans la recherche, c'est sur la fonction outil de recherche. En effet grâce à cette fonction il ne sera pas nécessaire pour nous de repasser tous les éléments du corpus un par un, comme dans le cas d'une analyse manuelle afin d'accéder à une réponse ; l'outil informatique nous permettra d'accéder à cette réponse rapidement.

En pratique, nous avons retranscrit les entretiens sous document *Word* et ensuite nous les avons importés dans le logiciel NVIVO 12 sans effectuer de manipulation supplémentaire de mise à niveau pour compatibilité (Deschenaux et Bourdon, 2005).

Bien que ce logiciel puisse exploiter toute une multitude de matériaux tels que des images, des vidéos et autres, nous n'avons utilisé que l'analyse textuelle.

Les nœuds qui sont définis comme « *des récipients électroniques* » (Deschenaux et Bourdon, 2005, p.22) vont accueillir les Extraits que nous aurons sélectionnés en rapport avec un thème. Ainsi, dans la situation d'un codage riche (Deschenaux et Bourdon, 2005), nous serons amenés à placer un Extrait dans plusieurs nœuds afin d'en obtenir le plus de sens possible. C'est ainsi une mise en lien informatisée et donc « *tissée entre les documents et les nœuds* » (Deschenaux et Bourdon, 2005, p.23) qui est opérée.

Il existe trois types de nœuds (Deschenaux et Bourdon, 2005). : les nœuds libres (*free nodes*), les nœuds hiérarchisés (*tree nodes*) et les nœud cas (*case nodes*).

- **Les nœuds libres** ***(free nodes)*** émanent des résultats d'un élément relevé lors de la lecture du corpus. Ils ne sont par conséquent pas reliés à une structure particulière comme le guide d'entretiens par exemple. Ce type de nœud permet le codage dans une démarche de type inductive. Il sera souhaitable lorsque l'analyse sera à un niveau avancé que ces nœuds libres soient convertis en nœuds hiérarchisés afin d'enrichir les thèmes.

- **Les nœuds hiérarchisés** ***(tree nodes)*** l'approche dans ce codage est déductive. En effet les nœuds créés seront hiérarchisés avec des nœuds en première ligne appelés nœuds parent (Parents nodes) puis des nœuds secondaires dénommées nœuds enfant (Child nodes)

- **Les nœuds cas** ***(case nodes)*** sont des nœuds hiérarchisés qui peuvent servir à matérialiser une différence entre les nœuds ayant attrait à des concepts et ceux étant plutôt centrés sur les acteurs de la recherche. Ces nœuds cas recueillent les propos d'une personne. A savoir que les nœuds cas héritent des attributs des nœuds parents.

Toutefois un dernier type de nœuds non répertorié existe ; il s'agit du nœud « frigidaire » (Ollivier 2017). Il a comme fonction pour le chercheur de lui permettre de ranger des Extraits dont il sait qu'ils sont exploitables, mais dont il n'a pas encore établi de liens avec ses thèmes.

Ainsi nous allons être en mesure de créer un arbre thématique (Plard et Martineau, 2019) qui se matérialise par une hiérarchisation des nœuds, avec des thèmes centraux qui englobent des sous-thèmes, complémentaires et divergents (Plard et Martineau, 2019).

Nous avons effectué une copie d'écran (figure 5) afin de mettre en lumière le stade débutant de notre analyse avec un nombre conséquent de thèmes et sous thèmes. Cette copie d'écran permet également de visualiser les types de nœuds que nous venons d'évoquer.

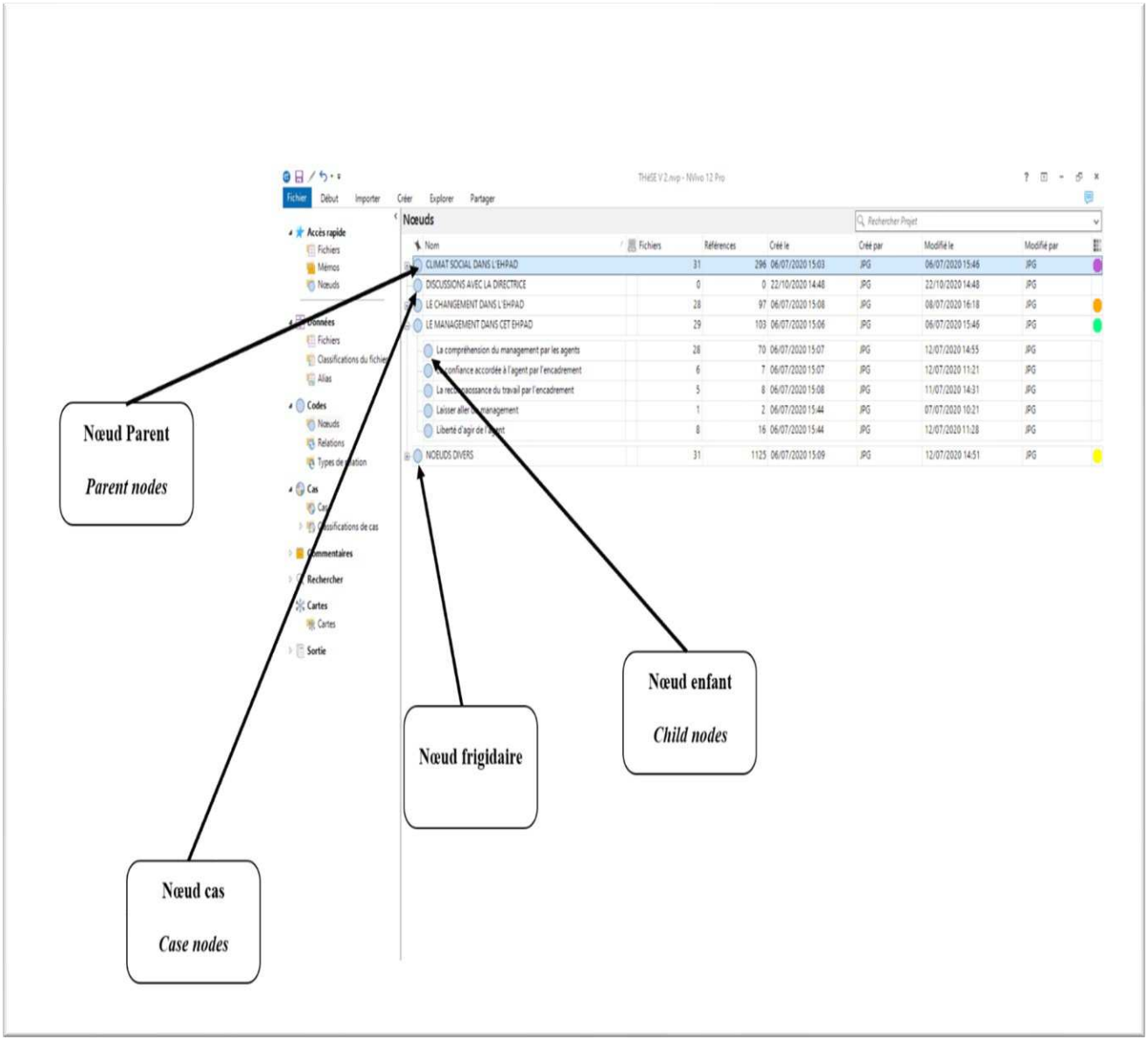


Figure 5 : copie d'écran de notre analyse thématique au stade débutant

III.2.6. Le design de notre recherche

L'élaboration du design de recherche ou de l'architecture de recherche est une étape cruciale dans une recherche (Royer et Zarlowski, 2014). Ainsi l'explication retenue pour une recherche s'organise comme « *un dispositif de planification qui structure les composantes et les procédures de la recherche* » (Grunow, 1995, p.93) reliées aux questions de recherches et théories mobilisées. En effet ce plan ou canevas constitue une trame qui agence les multiples constituants d'une recherche à savoir « *problématique de recherche, données, analyses et résultats* » (Royer et Zarlowski, 2014, p.169).

La qualité du design d'une recherche sera appréciée selon deux grands principes qui sont : « *la logique de l'ensemble de la démarche de recherche et sur la cohérence de tous les éléments qui la constituent* » (Royer et Zarlowski, 2014, p.169). Pour satisfaire ces exigences académiques, le design doit être rigoureux et permettre à tous lecteurs de suivre le processus de recherche dans les deux sens, c'est-à-dire : « *comprendre la logique et les étapes qui permettent de passer de la question initiale aux résultats ou de remonter à partir des résultats à la question initiale* » (Yin, 2003, p.105). Nous avons repris cette logique de construction et l'avons appliquée à notre design de recherche (voir figure 6).

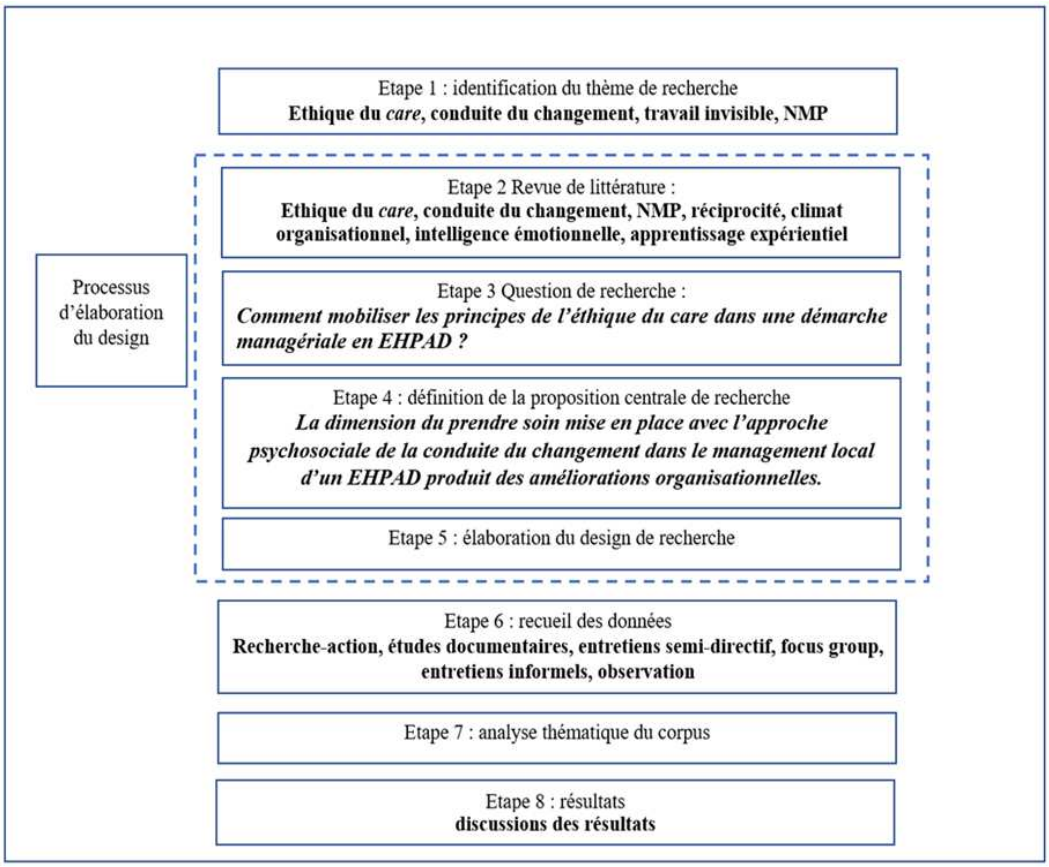


Figure 6 : élaboration de notre design de recherche d'après Royer et Zarlowski (2014)

Conclusion section 2

Le positionnement épistémologique constitue le premier acte fondateur. Celui-ci une fois justifié et articulé à un design cohérent avec la méthodologie et l'objet de recherche fournit une validité de toutes recherches scientifiques (Le Moigne, 1990 ; Wacheux,1996).

Maintenant que la collecte des données qualitative est établie, que la méthode d'analyse de toutes les données recueillies est explicitée, que la triangulation est éclaircie et que le design de recherche est élaboré, nous pouvons aborder la présentation dans le détail des phases de la recherche-action.

III.3. La méthodologie de la recherche-action

Introduction Section 3

Nous avons choisi de nous inscrire dans une recherche-action classique (Jouisson et Laffitte, 2009) définie par Kurt Lewin comme une expérimentation de la vie courante, ce qui positionne la recherche-action dans la recherche fondamentale et la conduite de l'action (Liu, 1997).

La démarche cyclique de la recherche-action permet d'étudier les organisations dans leur quotidien en contexte ce qui favorise la compréhension des champs qui la constitue.

Le positionnement du chercheur au plus près de la réalité des acteurs lui donne à voir la nature des forces résistantes et motrices (Lewin, 1943a) et ainsi proposer une démarche de changement en adéquation avec les problèmes vécus par les acteurs. Ce positionnement du chercheur et sa non-neutralité assumée (Allard-Poesi et Perret, 2014) nourrissent une démarche collaborative qui permet de pratiquer des allers-retours entre le terrain de recherche et le laboratoire. Ceci est fondamental, car en s'extirpant du milieu (De Visscher, 2006), le chercheur peut prendre conscience des dynamiques en jeu, en saisir la compréhension et les partager avec ses partenaires bénéficiaires dans la démarche afin de produire une transformation. Ce n'est qu'en s'impliquant dans une situation que celui-ci aura la possibilité d'appréhender « *le vécu, la construction sociale, les processus de l'appropriation et de la contextualisation de la pensée* » (Wacheux,2005, p.12).

III.3.1. L'organisation de notre recherche-action en management

La recherche-action propose une manière différente de concevoir la recherche en sciences humaine en posant comme objectif central de recherche : le changement de l'objet défini (Allard-Poesi et Perret, 2003). Le point de départ d'une recherche-action est soit une proposition émanant du chercheur soit une sollicitation d'un milieu en quête d'amélioration de ses pratiques en lien avec un problème identifié (Morissette, 2013). Cela sous-entend qu'en tout état de cause la recherche-action ne peut s'engager qu'avec le consentement de toutes les parties prenantes de la recherche en question. La légitimation sera présentée en section ***IV.1.1.1.***

Bien que le terme recherche-action soit employé au singulier, ce processus renferme de nombreuses formes de recherche qui partagent toutes la même finalité : l'interactivité et la visée transformative (Justin, 2004).

L'action science par Argyris et Schön (1985) partage avec la recherche-action lewinienne « *la connaissance objective sur le système social* » (Allard -Poesi et Perret, 2003, p.2). La recherche intervention et les démarches de types ingénierie s'attachent à élaborer : « *une connaissance sur la relative efficacité des modèles et outils de gestion* » (Allard -Poesi et Perret, 2003, p.2).

Un autre mouvement rassemble les approches qui visent la production de changement social, ce sont les interventions psychosociologiques à visées thérapeutiques (Jacques, 1947, 1951). Les courant militants comme *Participary Action Research* (Fals-Borda et Rahman,1991) ou les formes coopératives comme *Coopérative Inquiry* (Heron, 1996) *Pragmatic Action Research* (Greenwood et Levin,1998), ont une conception du changement peut être différente mais partage l'idée que « *seule l'élaboration des connaissances par le chercheur et les acteurs de terrain permet le changement véritable* » (Allard -Poesi et Perret, 2003, p.2).

Kurt Lewin a été le premier à élaborer les principes de l'*Action Research*. Il a construit cette démarche selon les relations qui existent entre un individu et son environnement en termes de champ de forces (Dubost,1987). Ces mêmes dynamiques nous les retrouverons sur le terrain d'expérimentation entre le chercheur, ses outils, les parties prenantes et l'objet de recherche. Lewin a établi que l'on ne peut saisir un système social qu'à la condition d'agir sur les éléments qui le constitue et des relations qui les relient (Lewin, 1946). En d'autres termes, pour accéder à la connaissance d'un système social, il est nécessaire de le transformer. Lewin considérait que la recherche qui n'a comme seul objectif que la publication d'ouvrage, ne présente qu'un intérêt limité (Lewin, 1946).

La recherche traditionnelle a accumulé des savoirs pas toujours en lien avec les pratiques ce qui a eu pour principal effet de créer des fossés entre chercheurs et praticiens. La recherche conventionnelle s'est vue discréditée face à son incapacité à répondre aux besoins sociétaux. Dans les sciences de gestion, la recherche-action a permis de fournir des connaissances activables afin de comprendre et de changer les organismes complexes (Roy et Prévost, 2013). Contrairement à l'approche taylorienne, qui considère « *le travailleur comme une simple extension de la machine* », la recherche-action favorise la démocratie industrielle se classant ainsi dans un courant humaniste (Roy et Prévost, 2013, p.134).

Quand la recherche conventionnelle dessine une certaine linéarité, la recherche-action s'illustre par une démarche cyclique (Greenwood et Levin, 1998). Le chercheur qui s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive, va positionner son cadre théorique en amont, les hypothèses en suivant dont il vérifiera la validité dans un protocole fermé lui permettant ainsi de répondre

à sa question de recherche (Roy et Prévost, 2013). Le chercheur n'a pas de protocole fixe mais plutôt flexible (Robson, 2011). Il va conjointement avec les acteurs échanger sur la situation qui pose problème. Grace à la mise en commun de leurs expertises, leurs cadres de références et leur vécu, ils vont partager une image de la situation afin d'engager l'action (Roy et Prévost, 2013).

Le premier acte de ce cheminement conjoint dans la recherche est la planification qui va permettre de formaliser la compréhension de la situation. Ainsi une liste d'actions va être établie afin de résoudre la problématique et de rendre compte de l'expérimentation. Ensuite l'action va consister à observer les effets de la planification sur la situation. La réflexion se pratiquera au cours du déroulement de l'action quant à la mise en commun de l'expérimentation, elle permettra d'engranger de l'expérience et de proposer un nouveau plan d'action à la lumière de la nouvelle compréhension désormais acquise (Morissette, 2013).

On constate alors que la recherche-action est constituée de différentes phases qui vont s'enchaîner créant ainsi un cycle (Allard-Poesi et Perret, 2003). Cette spirale de recherche suit le schéma (voir figure 7) : **planification/ action/ observation/ réflexion** (Catroux, 2002). L'observation en contexte ouvre chaque cycle ; suite à cela la réflexion permet d'établir un plan d'action mis en œuvre et analysé ; chaque fin de cycle marquant le début d'un autre similaire (Catroux, 2002).

La dimension humaniste de la recherche-action en sciences de gestion (Morissette, 2013) entre en cohérence avec le projet de recherche et la proposition d'une voie managériale intégrant le *care*, le prendre soin dans le management en EHPAD que nous proposons. Cette coconstruction avec les acteurs répond à une problématique concrète et réelle (Allard-Poesi et Perret, 2003). La compréhension et l'apprentissage que ce processus produit pour les individus et les groupes concernés, qui alimentent ensuite le changement de comportement, sont plus importants que tout changement qui en résulte en tant que tel (Lewin, 1946). La recherche-action apporte cet enrichissement aux acteurs en co-réalisant la recherche. Ainsi le processus de recherche-action apporte un double bénéfice : l'amélioration des pratiques pour les praticiens et l'acquisition de connaissances inaccessibles en laboratoire pour le chercheur.

On peut en conclure que la recherche-action est une démarche qui favorise la constitution de connaissances à partir de pratiques (Liu, 1997) et qui permet aux acteurs de s'approprier la démarche de changement et de la perpétuer. Comme le souligne Michèle Catroux « *la recherche-action est surtout qualitative* » (Catroux,2002, p.15).

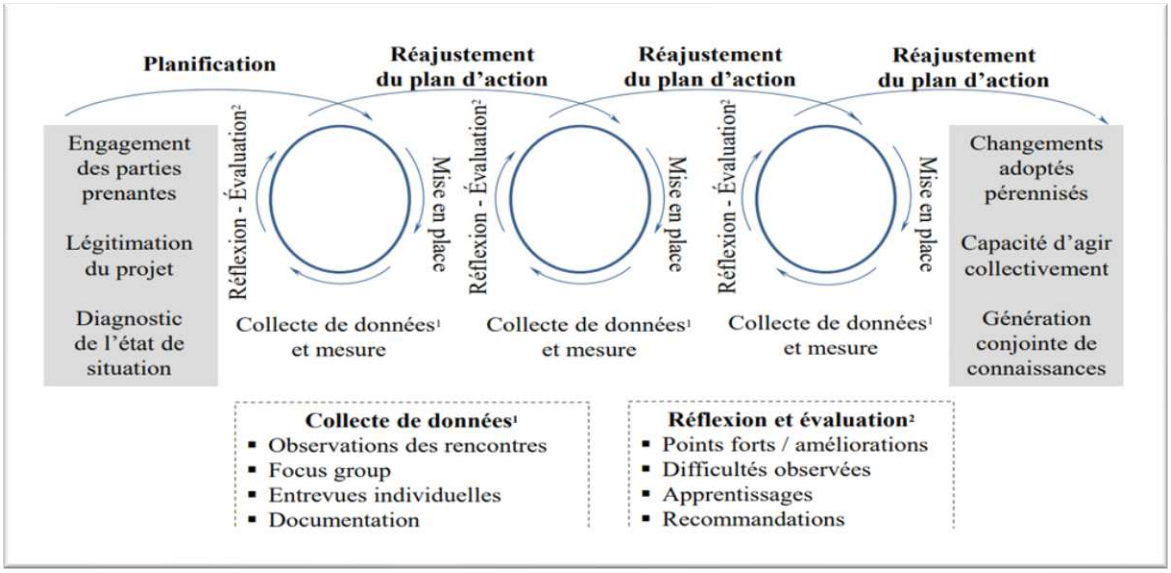


Figure 7 : le cycle de la Recherche-action (Roy et Prévost 2013)

III.3.1.1. L'étude documentaire

L'étude documentaire a signifié notre entrée effective sur le terrain d'expérimentation et le début de collecte de données. Au cours de cette action, nous nous sommes attachés à l'étude de la structure d'un point de vue organisationnel en regard des indicateurs officiels validés (GIR et PATHOS) dont nous livrerons les conclusions dans la section ***IV.1***.

Puis nous nous sommes attachés à l'analyse d'une partie du document réalisé par un cabinet d'assurance mandaté par l'EHPAD « *panorama des absences pour raison de santé* ». Ce rapport nous a été transmis par la directrice.

Enfin nous avons étudié les transmissions écrites des agents de soins. Nous souhaitions en apprécier le contenu, ce que les agents traçaient et la quantité c'est-à-dire à quelle fréquence ils traçaient. L'objectif étant d'apprécier ce que les agents rendent visibles de leur travail quotidien. Cette première collecte de données primaires a été utile dans la l'évaluation des besoins des professionnels.

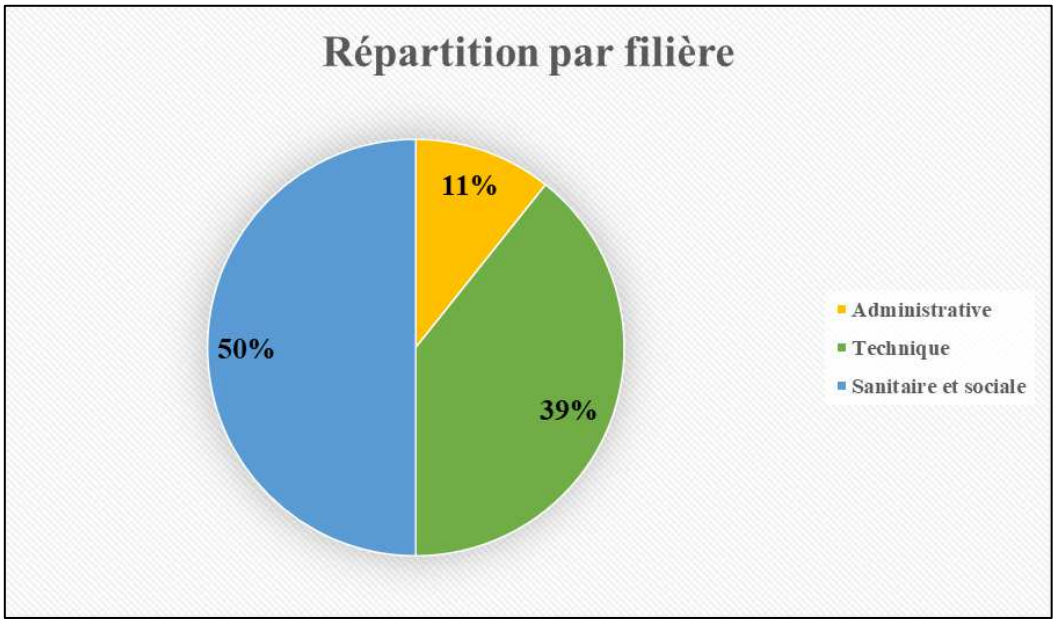
a) Panorama de l'absentéisme de l'EHPAD

Ce document administratif, le seul dont nous avons pu disposer, nous a été remis seulement au mois de mai 2018. De ce fait son analyse a été décalée par rapport aux autres données récoltées lors de l'étude documentaire, mais son analyse n'en demeure pas moins instructive. Il est bien entendu que nous ne pensons pas agir spécifiquement sur l'absentéisme, toutefois prendre connaissance des chiffres précédant la période concernée par notre présence dans cet EHPAD nous semble incontournable.

Le *panorama des absences pour raison de santé* est réalisé en externe par une société de courtage en assurance spécialisée dans la gestion globale des risques liés à l'activité pour la fonction publique territoriale et parapublique.

Une analyse de cette étude documentaire sera réalisée dans la section ***IV.1.1.3.***

Le cabinet d'assurance a établi son rapport sur la base d'un effectif de soixante neufs agents tous contrats, statuts, et temps de travail confondus pour la période 2017. Ces agents sont répartis en trois filières groupes : administrative, technique (incluant la restauration) et sanitaire et social (Graphique 1).



Graphique 1 : répartition par filière (source : cabinet d'assurance de l'EHPAD)

Notre étude documentaire n'a pu être plus poussée durant cette recherche-action, l'accès aux documents ne nous a pas été facilité. De plus un refus catégorique de la direction a été posé sur tous les documents renseignant de près ou de loin la partie budgétaire et plus largement toute la partie managériale de l'EHPAD.

b) Transmissions ciblées

Nous l'avons vu, les EHPAD sont des établissements médico-sociaux bien distincts des établissements hospitaliers. D'ailleurs, ce secteur médico-social est né de la prise de conscience des législateurs dans « *l'absence de savoir-faire de l'établissement hospitalier en matière d'accueil social ou médico-social des enfants de l'aide sociale à l'enfance, des enfants handicapés ou inadaptés,* ***des personnes âgées*** *et des adultes handicapés* » (Bauduret et Jaeger, 2005, p.28).

Pourtant, et malgré un cadre légal renouvelé, la vision sanitaire persiste dans les EHPAD ou « *la logique institutionnelle est encore imprégnée de l'hospicialisation* » (Eloi et Martin, 2017, p.21).

Donc si l'on souhaite conduire le changement dans cette structure, il va être nécessaire d'apporter de nouveaux éléments aux professionnels des EHPAD, car la formation initiale et l'organisation de travail ne semblent pas favoriser l'application des principes forts de la loi 20002-2 *rénovant l'action sociale et médico-sociale* : **replacer l'usager au centre de l'offre et proposer un accompagnement individualisé** (Eloi et Martin, 2017). Ainsi, c'est un changement de la culture de l'EHPAD qu'il s'agit de pratiquer, par l'apport de connaissances nouvelles et de mises en pratique sous la forme d'une formation-action de tous les professionnels de l'EHPAD.

En regard de tous ces éléments, nous avons analysé les transmissions ciblées des agents (***IV.1.2)*** puis établi un plan d'action N°1 qui incluait comme premier élément de changement une formation action adaptée.

III.3.2. L'action formation : la déformation, première étape du processus de conduite du changement

Afin d'apporter ce changement de culture aux professionnels dans cet EHPAD, notre idée de départ était de proposer une action de formation à l'ensemble des professionnels de l'EHPAD.

Pour cela nous avons adapté grâce aux observations menées, un outil pédagogique : la méthode Montessori destinée aux personnes âgées souffrant de désordres cognitifs.

La raison qui nous a amené à choisir cette méthode dans l'action de formation est double.

Tout d'abord, nous avons été formateur pour cette méthode durant quatre années au sein d'un organisme de formation.

Le deuxième point qui nous a conduit à utiliser la méthode Montessori transposée à des personnes atteintes de démences dans l'action de formation sont les fondements scientifiques de la méthode originelle développée par Maria Montessori pour les enfants. Agissant comme vecteur de déformation et de changement de culture, cette méthode originelle rejoint en tout point notre volonté d'apporter un angle de vue différents aux professionnels qui travaillent en EHPAD. Cette méthode appelée Montessori « *est avant tout une méthode d'observation, de recherche et de réflexion* » (Berge in Standing, 2011, p.7)

Le choix de cette méthode qui apporte une réponse faces aux troubles cognitifs des personnes âgées a été également guidée par la sectorisation de la recherche au secteur protégé Alzheimer dans L'EHPAD voulue par la directrice de l'établissement, du moins dans un premier temps.

Afin d'apporter tous les éléments de compréhension au lecteur, nous vous présentons cette méthode pour enfant adaptée aux personnes âgées atteintes de désordres cognitifs. Cela permettra d'apprécier les éléments qui seront apportés et leur degré d'implication dans le changement opéré dans cette recherche-action en EHPAD.

Nous tenons à signaler que nous n'avons trouvé aucun élément concluant qui puisse abonder dans le sens d'une quelconque portée managériale de cette méthode. D'ailleurs nous nous sommes inspirés de la méthode originelle pour toute la partie théorique et pratique, quant à l'usage sur le terrain gérontologique, nous avons suivi les préconisations de son concepteur : « *une approche qui permet de saisir les forces et les capacités restantes des personnes atteintes de démence* » (Camp, 2010, p.172). *In fine* c'est un programme d'apports théoriques à destination des professionnels travaillant en gérontologie et c'est ainsi que l'avons employé.

a) Méthode Montessori : ses origines, ses principes ses valeurs

La méthode Montessori ne laisse pas indifférent. Tantôt on lui prête des vertus et résultats miraculeux, tantôt on l'accuse d'être laxiste avec les enfants parfois même on la définit comme sectaire.

Au-delà de l'enfant, Maria Montessori défend dans ses travaux un projet de société « *cet idéal universel : c'est la libération de toute l'humanité et la revalorisation de l'homme* » (Montessori, 1946, 2017, p.27). Regarder l'être humain sous ses potentialités et non ses pertes, c'est l'aider à développer non pas ses défauts, mais sa grandeur (Montessori, 1946, 2017).

Bref cette pédagogie éponyme initialement développée pour et avec des enfants, demande que l'on s'y intéresse plus précisément afin d'en comprendre plusieurs éléments.

- Ses fondements

Animée par un fort esprit humaniste, Maria Montessori diplômée de médecine en 1896 va s'intéresser en Italie au cours de ses études à la condition de vie des femmes et enfants en psychiatrie.

Elle va s'aider pour cela de travaux de médecins français. Le premier est Jean Gaspard Itard connu pour ces travaux sur les sourds muets à l'époque de la Révolution française et son livre retraçant l'éducation d'un enfant sauvage en Aveyron. Le second, Édouard Seguin, élève de ce dernier, fondera une école pour enfants déficients à Paris. Seguin émigré aux États-Unis, va produire du matériel et un manuel de méthodes éducatives :« *L'idiotie et son traitement par des méthodes physiologiques* ». Ce livre insiste sur la nécessité d'analyser les phénomènes physiologiques et psychologiques ; en effet, ces phénomènes permettent de créer une base pour une méthode physiologique s'appuyant sur l'étude de l'individu applicable aux enfants sans déficiences.

Pendant plus de dix ans, Maria Montessori va expérimenter des pratiques nouvelles, les adapter et ainsi permettre l'émergence d'un « *enfant nouveau*[84] *»* métamorphosé par cette approche différente. Maria Montessori sera reconnaissante de l'héritage légué par ces deux confrères français et n'oubliera jamais d'y faire référence.

Beaucoup de philosophes et penseurs religieux n'auront de cesse d'attaquer ses travaux. Tout a été bon afin de discréditer sa méthode. L'état d'esprit de l'époque s'oppose aux résultats obtenus par Maria Montessori, qui est une scientifique avant tout, mais qui est présentée comme une simple maîtresse d'école enseignant à des enfants.

Elle va mettre à jour et en pratique un des principes fondamentaux dans la méthode : l'environnement préparé. L'adaptation de la taille du mobilier (les tables, les chaises etc.) à la morphologie de l'enfant en sont un exemple. Grâce à cet acte essentiel qui consiste à mettre en place un environnement adapté, l'enfant pourra s'engager dans des activités en toute liberté sans que l'environnement ne vienne l'en empêcher, mais au contraire qu'il l'y aide. La

[84] Conférence donnée à la Sorbonne par Maria MONTESSORI (faculté de médecine) le 2 avril 1931

pédagogie scientifique élaborée par Maria Montessori poursuit un objectif de valorisation de la personnalité (Standing, 2011).

Ainsi favorisée et maintenue, la normalité de l'enfant va être effective « *ce qu'il faut c'est obtenir d'abord le fonctionnement normal de l'enfant, sa bonne santé mentale, puis le maintenir dans cet état que nous avons appelé normalité ou normalisation* » (Montessori, 1946, 2017, p.52) .

Les enfants ainsi normalisés développent des attitudes inattendues. Leurs sens de la possession qui consistait à accaparer quelque chose, diffère ; la connaissance de l'objet devient plus importante que sa seule possession. On assiste alors à une mutation qui se traduit par non plus le désir de conserver ou d'accaparer l'objet mais celui de l'utiliser avec respect. Et *ma* plante dont l'enfant s'arroger le droit d'arracher les feuilles devient alors *la* plante qu'il respecte et dont il observe attentivement l'évolution.

Comme provenant d'une directive interne, une fois le cadre posé, des phénomènes inattendus issus de la spontanéité de l'enfant, vont se manifester. *« Je compris alors que tout dans l'ambiance de l'enfant doit être mesuré, ordonné ; et que c'est du manque de confusion et de superflu que naissent, précisément, l'intérêt et la concentration* » (Montessori, 1936,2016,2018, p 113.)

II.3.2.1 Comment la méthode Montessori a été adaptée aux personnes âgées

On trouve en 1995 les premiers signes d'adaptation de la Méthode Montessori aux personnes atteintes de démences par le professeur Cameron Camp. Psychologue et Neuropsychologue, il va être en contact avec la méthode Montessori dès 1977. Mais c'est pour des raisons personnelles qu'il va s'intéresser à cette pédagogie pour enfant. En effet, il a été diagnostiqué à sa fille des retards en apprentissage et afin de mieux la comprendre et l'accompagner il va intégrer bénévolement une garderie puis travailler à temps partiel dans une école pour enfants avec troubles émotionnels et d'apprentissage.

Cameron Camp va très peu écrire sur l'adaptation de la Méthode Montessori. En revanche il va beaucoup expérimenter sur son lieu de travail le Menorah Park à Cleveland avec le concours de ses employés. Le Montessori Programming for Dementia (MPD) verra ainsi le jour.

Cameron Camp va reprendre les principes de bases de la méthode Montessori pour enfant.

La méthode d'enseignement reprend les principes de leçon en trois temps :

- Le premier temps est le niveau le plus basique de présentation
- Le second est un plus complexe avec l'intégration de notions déjà acquises et une répétition guidée
- Le troisième est le niveau le plus élevé en s'assurant de toujours mettre la personne en situation de réussite

La préparation de l'environnement avec du matériel issu du quotidien avec la volonté de proposer des activités reproductibles, réalistes et utiles. Tout comme dans la Méthode Montessori originelle, tout est basé sur la réalité du quotidien afin de permettre aux intervenants de vivre une vie indépendante.

Cameron Camp va apporter à la méthode Montessori des principes et connaissances de neuropsychologie : l'apprentissage inconscient via la mémoire procédurale (Camp et al,1996). Apprendre sans effort est possible même quand on a des déficits mnésiques à condition de solliciter la mémoire procédurale par la répétition d'une action. L'apprentissage se fera alors sans effort par le phénomène de répétition.

Le Montessori Programming for Dementia construit et développé par des chercheurs associés à Camp, montre que sur les activités les effets produits étaient « *souvent profonds* [85]» mais la correspondance aux mesures classiques n'était pas claire. Une étude approfondie à fait apparaître que « *la construction la plus significative affectée par le MPD était celle de l'engagement-connexion entre l'environnement social et physique* » (Camp ,2010, p.170).

Ainsi, il a pu être analysé que l'engagement était favorisé par les activités Montessori à contrario des activités régulières proposées non Montessori. L'engagement étant identifié comme un élément extrêmement important de la qualité de vie « *il est donc démontré que de permettre à la personne âgée de maintenir une participation active dans des activités significatives favorise une meilleure qualité de vie et une diminution des problèmes comportementaux* » (Giroux, 2010, p. 8).

[85] Origins of MONTESSORI programming for dementia

La preuve a été faite par Cameron Camp et ses collègues que les activités reprenant les principes Montessori avaient un impact positif sur la personne et quelles faisaient baisser ses troubles cognitifs et finalement améliorent un élément de sa qualité de vie.

III.3.2.2. Ses limites dans l'adaptation en management

A ce jour, nous n'avons pas trouvé d'écrit décrivant précisément comment la méthode Montessori a été adaptée aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Énormément de recherches et expérimentations existent et attestent d'un effet positif (Camp et al, 1997 ; Orsulic-Jeras et al, 2001 ; Giroux,2010), mais il est difficile de savoir précisément quels principes sont mis en place et surtout si ce sont toujours les mêmes qui donnent les mêmes effets. En d'autres termes, on ne sait pas si les résultats relèvent exclusivement des principes de la méthode Montessori adaptée ou pas. Donc une littérature scientifique importante, mais pas de documents suffisamment explicites permettant de voir comment sont mobilisés les concepts et leurs origines.

A propos de filiation annoncée avec la méthode élaborée par Maria Montessori, quelques questionnements subsistent.

L'esprit absorbant qui correspond à une phase mentale dans laquelle l'enfant jusqu'à six ans acquière des compétences nouvelles sans effort conscient est le cœur de la méthode Montessori (Montessori, 1959, 2010). C'est l'apport majeur de cette approche. D'ailleurs Maria Montessori a bâti sa méthode d'apprentissage sur cette caractéristique de l'enfant jusque-là ignorée de tous, scientifiques inclus (Montessori, 1936, 2016, 2018).

Au vu de tout cela, nous nous posons des questions qui restent sans réponse. Quel est le cœur de la méthode adaptée ?

Que devient l'esprit absorbant de l'enfant dans la méthode adaptée ? Est-il transposable à la personne âgée ?

Est-ce que la méthode adaptée aux personnes âgées ayant des troubles cognitifs peut s'appeler comme la méthode originelle, si elle n'en reprend pas le fondement ?

De plus les valeurs annoncées dans la méthode adaptée (respect, dignité et égalité), ne sont pas affichées comme telles dans les écrits de Maria Montessori. Nous remarquons que ces valeurs

avancées dans la méthode Montessori adaptée relèvent d'une philosophie humaniste et donc applicables à toute approche qui s'en revendiquerait.

Toutefois, une valeur centrale est présente tout au long de l'œuvre de Maria Montessori, c'est la liberté de choix (Standing, 2011) et celle-là n'est pas clairement affichée comme une valeur cardinale dans la méthode adaptée.

Donc, nous voyons des écarts réels entre la méthode Montessori originelle et la méthode à destination des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. La présenter comme une adaptation de la version originale de Maria Montessori en l'état actuel des écrits questionne tant des zones d'ombre persistent.

III.3.2.3. L'adaptation de la méthode Montessori à la conduite du changement

L'élément qui nous intéresse dans cette approche Montessori est cette manière différente de regarder l'être humain. C'est donc cette idée que nous souhaitons développer auprès des professionnels : les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sont avant tout des personnes. Adopter cette posture, c'est accéder à une personne emplie de potentialités, parce qu'une personne ne peut être réduite à ses seules pertes. Ainsi l'être humain se sentant valorisé peut se révéler.

Bien entendu cette vision valorisante de la personne n'est pas réservée aux personnes âgées. Nous souhaitons l'appliquer à chaque agent au cours de cette recherche scientifique afin d'expérimenter un management du prendre soin qui favorise la coconstruction du changement et qui permette à chacun d'utiliser ses richesses et d'exprimer ses potentialités.

Nous avons formé tous les agents présents dans l'établissement au commencement de la recherche. Cela comprenait tous les salariés indépendamment de leurs statuts, ce qui indique que même les stagiaires étudiants ont suivi l'action de formation. L'objectif était de donner la même grille de lecture à tous les agents accompagnant les résidents de l'EHPAD.

Au total, ce sont cinquante-cinq personnes réparties en quatre groupes. Chaque action de formation a nécessité trois jours par groupe. Afin de ne pas gêner le fonctionnement de l'EHPAD, les actions de formation se sont étalées sur deux mois.

En regard de l'étude documentaire, un module spécifique a été construit par nos soins selon trois axes :

- Comment apporter aux professionnels une nouvelle perception de l'accompagnement quotidien centré sur les personnes âgées et leurs aidants ?
- Comment rendre désormais les actions des professionnels visibles dans les indicateurs de performance comme le Pathos ?
- Comment opérationnaliser tout cela pendant le temps de l'action de formation en vue d'une application sur le terrain par la suite ?

En reprenant le principe de leçons en trois temps de la pédagogie Montessori, nous avons opéré le découpage de la formation selon trois temporalités distinctes avec des objectifs différents que nous détaillerons dans la section ***IV.1.2.2***.

Nous avons pratiqué l'observation entre les groupes de l'action de formation et avant de commencer l'accompagnement. Nous avons souhaité grâce à cette pratique récolter des données sur les acteurs de terrain.

L'observation directe nous apparaît comme complémentaire aux études documentaires, entretiens individuels et de groupe et permet de pouvoir approcher de plus près les sens cachés que peuvent parfois dissimuler les discours (Arborio et Fournier, 2015).

III.3.3. L'observation participante directe

L'observation est une technique de recueil de données primaires visibles et audibles (Gavard-Perret et al, 2012) au cours de laquelle le chercheur observe *de visu* les acteurs agissants et leurs interactions au sein d'une organisation pendant un temps donné (Baumard et al, 2014).

Plus qu'un choix délibéré, cette technique de recueil de données s'est imposée à nous au vu de notre présence sur le terrain. Dans notre volonté de le comprendre nous nous sommes imprégnés de celui-ci. Alors comment porter attention aux individus afin de créer une relation de confiance et faire fi des interactions qui se déroulent sous nos yeux ? Comment ignorer le contexte organisationnel alors que nous le vivions ?

Cette collecte de données est alternative aux entretiens en ce sens qu'elle permet au chercheur de recueillir des matériaux factuels et non sujets à caution comme peuvent l'être les sources verbales issues d'entretiens (Baumard et al, 2014). En effet le monde social ne peut se résumer à la seule représentation que s'en font les agents (Vinot, 2011) et connaître les différentes possibilités d'observations est un apport précieux dans la recherche de la compréhension de l'objet étudié (Tableau 5).

Tableau 5 : les possibilités d'observation dans une méthode qualitative (Vinot, 2011)

L'observation	L'attention	Le motif
Prendre note des observations	Par une focalisation sur les interactions	Pour comprendre le réseau social
Observer les évènements	Par une attention soutenue et regard empathique	Pour comprendre le cotexte et les représentations
Provoquer les infirmations	En sollicitant les acteurs et en analysant les traces organisationnelle	Pour comprendre l'histoire et les formes idéelles de l'organisation
Etre attentif à ses ressentis	Par une écoute des résonnances internes aux évènements vécus	Pour construire une représentation du contexte

Lorsque l'observation consiste à établir une stratégie d'interactions avec le terrain, alors l'observation engage toute la personne du chercheur (Gavard-Perret et al, 2012). Parce que voir ce qui ne peut être vu et entendre, ce qui n'est pas dit, peut ne pas suffire ; l'observation fait appel à tous les sens du chercheur devenant ainsi lui-même outil de la collecte de données (Arborio et Fournier, 2015). Alors pour le chercheur, venir capter l'ambiance d'une organisation, mobiliser tous ses sens, sentir le quotidien des acteurs peut se révéler décisif dans la compréhension de l'objet qu'il étudie (Gavard-Perret et al, 2012).

Cela s'est révélé dans notre recherche. En effet, grâce aux échanges avec les acteurs sur leur ressenti, parce que nous étions sur leur terrain, dans un cadre de travail rassurant sans la pression de répondre à nos questions d'investigations, les acteurs se sont laissé aller à des confidences et nous ont livré des clés de compréhension qui ont facilité notre travail. Comme précisé ci-dessus, afin de favoriser ces situations et d'être en mesure de les saisir, le chercheur doit laisser son attention flotter (Gavard-Perret et al, 2012).

En pratiquant l'observation directe, on tourne le dos à la démarche hypothético-déductive pour se tourner vers une démarche inductive qui ne cherche pas à établir une généralisation immédiate, mais plutôt un constat contextualisé (Arborio et Fournier, 2015).

La question qui se pose est la distance qu'entretient le chercheur avec son objet d'étude. En effet si le chercheur mobilise tous ses sens, il pourrait substituer ses interprétations et ressentis à ceux des agents observés. Cette proximité avec le terrain et parce que le chercheur a développé une empathie forte pourrait le conduire à inconsciemment se tourner plus vers certains acteurs plus que d'autres, voir même à lui ôter toute prise de recul et ainsi adopter les points de vue des

acteurs observés (Gavard-Perret et al, 2012). Prendre conscience de tous cela c'est admettre que des biais d'observation existent. Il sera fondamental pour le chercheur de les considérer. Ils sont classés en trois catégories (Gavard-Perret et al, 2012) : les biais cognitif, les biais affectifs et les biais comportementaux (voir encadré 3). En définitive, c'est au chercheur de clarifier son positionnement afin de faciliter pour tous, (chercheur et acteurs de terrain), la dynamique au sein de la recherche (Baumard et al, 2014).

Quand le chercheur se positionne en observateur participant, c'est dans le but de se rapprocher des acteurs de terrain et ainsi obtenir des informations inaccessibles par d'autres méthodes empiriques (Soulé, 2007). Il s'offre alors au chercheur plusieurs alternatives qui catégorisent le degré d'observation dans lequel il s'inscrira sur le terrain : le participant complet, l'observateur participant, et l'observateur complet.

Encadré 3 : différents biais d'observation d'après (Gavard-Perret, 2012).

Biais cognitifs

Biais d'attention sélective : le chercheur se focalise sur ce qu'il a établi comme essentiel et exclu toutes informations qui pourraient le détourner de cet objectif. Cette attitude peut le faire passer à côté de signaux faibles indiquant la présence de phénomènes cruciaux.
Biais de confirmation : l'attention est dirigée par le chercheur en priorité sur les informations qui confirme les hypothèses.
Biais de reconstitution : le liens de causalités sont établis à *postériori* avec la mise en lumière d'une évidence qui n'existait pas *in situ* avec les acteurs. Cela a comme principal risque de conduire à des jugements sur la prise de décision effectués par les acteurs au moment de l'action.

Biais affectifs

Biais d'empathie : l'observateur en développant une sympathie ou un rejet suscité par les agents sur le terrain, va favoriser certaines sources d'informations et en ignorer d'autres.
Biais de charisme : le chercheur accorde du crédit à l'observé a eu égard au charisme qu'il lui reconnait.

Biais comportementaux

Biais d'ajustement : les personnes qui savent qu'elles sont observées vont modifier leurs comportements afin de répondre aux attentes de l'observateur.

Le participant complet (Junker, 1970, Baumard et al, 2014) va dissimuler ses activités aux observés. Grâce à cela, l'observateur sera en mesure de récolter des données qui ne seront pas contaminées par la réactivité des acteurs. En revanche il pourra difficilement approfondir ses investigations par des entretiens. Ce type d'observation place le chercheur dans une posture rigide vis-à-vis du terrain et le contraint à mentir ce qui pose de graves problèmes éthiques (Baumard et al, 2014). Elle ne peut donc se justifier que part un contexte exceptionnel.

L'observateur participant (Junker, 1970 ; Lapassade, 2002 ; Baumard et al, 2014) agit à visage découvert qualifiant ainsi l'observation participante d'*ouverte* (Soulé, 2007). Les activités de l'observateur sont dès le départ connues de tous les observés (Lapassade,2002). Dans ce cas précis, le chercheur a accès à toutes les informations même secrètes pourvu qu'il en respecte la confidentialité (Lapassade,2002). Ce type de positionnement a le mérite de ne pas soulever des questions d'ordre éthique (Soulé,2007). Toutefois, les acteurs de terrain peuvent l'assimiler à un membre de l'organisation et ainsi se monter réticents à livrer des informations. Son statut de chercheur peut être par conséquent fortement compromis. Seule sa capacité à créer un lien de confiance pourront lui permettre de dépasser cette difficulté.

L'observateur complet observe à distance sans être vu. Citons l'exemple donné par Lapassade (2002) : « *C'est celui qui dans un laboratoire de dynamique de groupe se cache derrière une glace sans tain pour observer les comportements d'un groupe soumis à des expérimentations sans savoir qu'il est observé »* (Lapassade, p.379, 2002).

Dans le cadre de la recherche-action que nous menons, le choix de la participation observante s'impose. En effet, notre présence prolongée sur le terrain d'investigation conduit à un investissement longitudinal et par conséquent la participation devient prépondérante sur l'observation (Soulé, 2007). Ce type d'observation peut s'inscrire dans le cadre d'une recherche-action (Lui, 1986) qui a vocation d'insérer dans une organisation des éléments de changement afin d'en observer les impacts (Gavard-Perret et al, 2012).

a) La stratégie d'observation flottante.

La plupart du temps, nous avons réalisé l'observation de façon *flottante* (Wacheux, 1999) c'est-à-dire qu'elle a résulté d'opportunités que nous avons rencontrées sur le terrain de recherche. Le caractère informel de cette stratégie d'observation nous a permis de partager avec les acteurs des situations non préparées et par conséquent plus empreintes de sincérité. Durant notre présence sur le terrain nous nous sommes placés comme un observateur. Ce type d'observation revêtait l'intérêt de nous tenir constamment disposé à toute évolution du contexte organisationnel de l'EHPAD. En nous maintenant dans cet état de veille permanente, cela nous a permis de favoriser notre engagement et de rester ouvert à tout évènement ou fait émergent ayant un impact sur notre objet de recherche.

En vue de réaliser cette observation participante dans les meilleures conditions, nous avons souhaité nous appuyer sur la prise de note et une grille d'observation.

En effet nous sommes rendus compte qu'il pouvait être intéressant pour notre quête de sens d'observer également de façon plus ciblée.

Pour cela, nous avons employé deux stratégies d'observation qui visent chacune un objectif précis :

- L'exhaustivité (Journé, 2012). Cette approche nous a permis de nous familiariser avec le terrain de recherche. Posté dans le secteur protégé de l'EHPAD, lieu défini par la directrice pour réaliser la recherche, par des temps longs d'observation, nous avons noté toutes les actions (professionnels en action) et interactions (réunions, discussions entre professionnels, etc.). Cela nous a permis de nous imprégner (Olivier de Sardan, 1995) et de « *comprendre la structure des situations normales et la diversité des actions conduites* » (Journée, 2005, p.73). Afin de répertorier les données, nous avons opté pour la prise de notes qui nous a été utile afin de répertorier les évènements imprévus auxquels nous assistions.

- La pertinence (Journé, 2012). Cette stratégie se focalise sur la problématique et la progression de la réflexion des acteurs et se déclenche en mode opportuniste (Journé, 2005). Dans cette situation d'observateur en quête de pertinence, nous avons interagi avec les acteurs, posé des questions lorsqu'une situation, une parole, un évènement échappaient à notre compréhension. Afin de répertorier le maximum d'informations, nous nous sommes servis d'une grille d'observation qui nous a permis de consigner les manifestations de la réciprocité du prendre soin ou leur absence.

b) La grille d ’observation de la réciprocité du prendre soin (voir annexe 3)

Afin de relever les actes, les interactions et discours qui manifestent ou non de la réciprocité du prendre soin dans l’EHPAD, nous avons créé un support. Grâce à cette grille, nous souhaitions observer les scènes du quotidien dans lesquelles l’éthique du *care* se joue, ces situations banales auxquelles il n’est porté que peu d’attention (Garfinkel, 2007).

Bien sûr, la prise de conscience des biais relatifs à cet exercice a guidé nos pratiques. Par conséquent l’utilisation de la grille d’observation n’a été effectuée qu’au regard du concept de réciprocité du prendre soin dont l’accès nous est apparu possible seulement par l’observation. En effet, ce travail de *care* est en grande partie invisible, il n’apparaît que quand il est mal réalisé ou inexistant (Molinier et al, 2009). Cette invisibilité touche également leurs auteurs qui ne parviennent plus à le discerner (Molinier et al, 2009). Nous présenterons les résultats de l’observation à l’aide de la grille de la réciprocité du prendre soin en section ***IV.1.2.1.***

Nous avons fait le choix de ne pas effectuer la prise de notes sur le vif, afin de ne pas induire de biais comportementaux de la part des observés.

Nous nous retirions à la fin de l’observation afin de noter le maximum d’informations. Puis en fin de journée, nous effectuions la mise au propre de ces prises de notes avec une retranscription sur la grille.

III.3.4. Les entretiens individuels semi-directifs

La troisième source de récolte des données, ce sont les entretiens individuels et collectifs dans notre recherche, car nous recherchons à identifier et comprendre les dynamiques propices ou défavorables aux changements. De ce fait associer les données issues des entretiens semi-directifs et entretiens de groupe nous permet d’établir un juste milieu entre la parole individuelle et celle qui émane du collectif.

Les entretiens se caractérisent comme une rencontre interpersonnelle dont les interactions sont, dans leur très grandes majorité, verbales (Gavard-Perret et al, 2012). Ce sont des modes de collecte de données discursives qui ont comme objectif de renseigner l’investigateur sur les représentations mentales conscientes ou inconscientes des personnes interrogées (Baumard et al, 2014).

Ce face à face s'illustre par une rencontre entre l'investigateur et le répondant dont l'interaction verbale co-produit des données à collecter (Gavard-Perret et al, 2012). Dans notre étude, nous les avons réalisés à des fins exploratoires (Gavard-Perret et al, 2012) en vue de s'approcher au plus des représentations et ressentis des acteurs. Nous avons plébiscité le principe de non-directivité (Evrad et al, 2009) au cours de ces entretiens individuels afin d'adopter une attitude d'empathie. Le but était de faciliter la parole de la personne interrogée, car tous ses propos pouvaient de près ou de loin avoir rapport avec l'objet de recherche (Baumard et al, 2014).

Les choix que nous avons fait au cours des démarches d'entretiens individuel semi-directifs, sont de deux ordres. Le premier concerne la temporalité, en effet, nous avons opté pour une passation des entretiens semi-directif une fois tout le personnel formé, mais avant de commencer l'accompagnement et ceci pour deux raisons. Tout d'abord nous voulions apprécier ce que cette action de formation avait créée comme déformation dans la vision du personnel sans que celle-ci soit accompagnée. L'objectif était d'appréhender l'impact de ces éléments de changement sur l'équilibre stationnaire et d'apprécier leur positionnement dans la zone du champ de force, c'est-à-dire prendre la mesure des forces motrices et résistantes agissantes chez chaque agent à travers leurs discours. Enfin grâce à cette prise supplémentaire d'informations, nous avons pu affiner la phase suivante de notre plan d'action qui est l'accompagnement.

Le second choix a été de masquer en partie l'objet de recherche afin d'obtenir des réponses plus sincères et non empreintes de la volonté de bien répondre (Gavard-Perret et al, 2012). Dans notre situation, l'objectif de la recherche était de conduire le changement en vue d'introduire le *care* dans le management de cette structure. L'objectif de modifier le management grâce au *care* nous l'avons clairement cité en introduction de tous les entretiens[86] et même selon les demandes nous avons apporté des éléments de clarification. En revanche nous n'avons pas évoqué la conduite du changement. La raison est simple, à ce moment-là, la méthodologie restait encore floue pour nous notamment sur la partie coconstruction. Cette incertitude nous ne souhaitions pas la communiquer et risquer d'introduire un stress supplémentaire pour les répondants.

Afin de pouvoir comparer tous les discours, nous avons construit ces entretiens semi-directifs autour d'un guide d'entretien.

[86] Voir annexe 3 Grille d'entretiens

a) Guide d'entretien* individuels semi-directifs *(annexe 4)

Pour la réalisation de ce canevas, nous avons divisé notre proposition centrale de recherche ***« La dimension du prendre soin mise en place avec la conduite du changement processuel dans le management local d'un EHPAD produit des améliorations organisationnelles »*** en trois thèmes : ***« le changement de pratiques au quotidien, le style de management et la satisfaction des professionnels »*** et sous-thèmes, ceci afin de nous assurer que toutes les thématiques seraient abordées. Nous avons construit ce guide d'entretien afin d'explorer les deux thèmes identifiés **le travail invisible** et la **reconnaissance empêchée** dans le cadre théorique nécessairement, puisque sa construction dépendra des échanges avec les interviewés (Roy et Prévost, 2013).

L'ordre des questions n'a pas toujours été respecté car nous nous adaptions à la personne interrogée. Toutefois nous avons utilisé la méthode de l'entonnoir (Gavard-Perret et al, 2012) qui consiste en un découpage en quatre parties de ce canevas : l'introduction, le centrage du sujet, l'approfondissement et la conclusion.

Nous avions demandé à la direction de disposer d'une salle et si possible de garder toujours la même ceci afin de créer un lieu d'identification facilité pour les agents. Notre demande a été satisfaite avec l'attribution du bureau de la psychologue. Cette solution s'est révélée adaptée car elle ne perturbait pas l'organisation de l'EHPAD, les agents connaissaient cet endroit et la présence un jour par semaine de la psychologue nous a permis de planifier aisément des entretiens.

Le positionnement pendant l'entretien était libre selon le choix de l'interviewé, soit en face à face, soit côte à côte. Une table ronde nous servait de support pour la prise de note éventuelle et poser notre téléphone qui faisait office de dictaphone lorsque les répondants acceptaient que l'entretien soit enregistré.

L'introduction s'est organisée de la façon suivante : présentation du doctorant suivi de celle du répondant ; remerciement adressé au répondant pour sa collaboration ; explication par le doctorant du thème général de la recherche. Ensuite nous accordions un temps à l'explication de l'anonymat des réponses : « les propos tenus peuvent être repris sans jamais citer l'auteur ». Afin d'apporter la garantie de cet anonymat nous expliquions, grâce à un système de codage connus de nous seul, que personne n'était en mesure de relier un propos avec son auteur.

Afin d'assurer que toutes ces procédures d'introduction seraient respectées, nous avons réalisé un encadré dans le guide afin de les décliner systématiquement en début d'entretien.

La première question avait pour vocation de faciliter l'entrée du répondant dans la démarche. Ici le thème de réchauffement (Gavard-Perret et al, 2012) était : ***« C'est comment de travailler ici ? »*** Le but étant pour l'agent de décliner ses fonctions, ses missions, son quotidien, des sujets qu'il connaît et qui sont censés le mettre en confiance.

Le centrage du sujet a consisté à faire entrer la personne interrogée dans le cœur du sujet par des questions comme : « *Que pensez-vous de vos missions ? Sont-elles toutes inscrites dans votre fiche de poste* ou encore *participez-vous à la rédaction de votre fiche de poste ?* ».

L'approfondissement rendu possible par la mise en confiance successive du répondant permet d'aller plus loin, avec des questions qui vont chercher à comprendre quelles sont les forces motrices ou résistantes au changement à l'œuvre dans cet EHPAD : *« Que pensez-vous de votre quotidien de travail ? Votre manager est plutôt facilitant ou limitant ? Qu'est-ce que vous aimeriez changer dans votre travail ? Quels sont les obstacles aux changements d'après vous ? Est-ce que vous avez constaté des impacts de vos pratiques sur les résidents, Si oui lesquels ?* »

Ces questions de relance nous ont permis d'approcher de plus près les questions de travail invisible et de reconnaissance empêchée.

La conclusion était l'occasion de reformuler de manière générale par thème les réponses données par les personnes interrogées. Nous leur demandions si elles souhaitaient revenir sur certains de leurs propos ou aborder des thèmes non évoqués. Ce moment a donné lieu de manière assez régulière à des confidences avec la demande parfois de ne pas mentionner le contenu de ces moments riches en confiance et en partage. Demande que nous avons toujours respectée, sauf si les propos nous semblaient trop importants à passer sous silence, dans ce cas précis, l'utilisation des données a toujours était faite avec l'accord de l'auteur.

Nous reprenons toutes ces phases dans le tableau 6.

Tableau 6 : synthèse de l'organisation du guide d'entretien individuel semi-directif

Thèmes traités	Questions	Objectifs
Quotidien de travail	*« Que faites-vous ici ? »*	Etablir un lien de confiance entre le chercheur et le répondant
Organisation de travail	*« C'est comment de travailler ici ? »*	Identifier le type de management à l'œuvre dans cet EHPAD
Satisfaction au travail	*« Qu'est-ce que vous aimeriez changer ici ? »*	Repérer les forces motrices et/ou résistantes aux changements

b) L'échantillonnage des répondants aux entretiens individuels semi-directifs

Il est commun d'entendre l'échantillon comme un sous-ensemble faisant partie d'un ensemble plus grand (Royer et Zarlowski, 2014). La définition que nous retiendrons pour notre échantillon est plus large, c'est « *l'ensemble des éléments sur lesquels des données seront rassemblées* » (Royer et Zarlowski, 2014, p.220).

Nous précisons que les éléments qui ont été sélectionnés, l'ont été à des fins de traitement et analyse qualitative et dans un positionnement constructiviste, cela sous-tend qu'en aucun cas la constitution de cet échantillon ne poursuit l'objectif d'être représentatif et encore moins de contribuer à une généralisation des résultats obtenus. La motivation de la constitution de ce panel de répondants a vocation à mettre en lumière « *le caractère contextuel de la connaissance co-produite* » (Royer et Zarlowski, 2014, p.221).

Ainsi cet échantillonnage a varié selon le mode de récoltes de données et les fins poursuivies. Dans le cadre des entretiens individuels semi-directifs, nous souhaitions recueillir l'avis de chaque professionnel de l'EHPAD sans aucune distinction de quelque sorte liée à leur positionnement hiérarchique. Notre objectif était de nous permettre d'avoir une vision d'ensemble sur cet EHPAD au moment précis de notre présence sur le terrain. Nous avons fait le choix dans un premier temps d'appréhender individuellement les comportements de chaque agent en lien avec son contexte, afin de comprendre ses réactions (Bengouffa,2005). En effet le comportement d'une personne à un instant *t* découle de la force résultante du champ, c'est-à-

dire de l'association des forces agissantes sur lui en fonction de sa position dans la zone du champ à un instant *t* (Allard-Poesi, 2009).

Grâce aux entretiens individuels, nous escomptions identifier les besoins ou quasi-besoins des individus interrogés (Allard-Poesi, 2009). Alors, nous serions en mesure de comprendre la situation dans laquelle ils se trouvaient et quel champ de forces les maintenaient dans cette position (Lewin,1943a).

Nous tenons à préciser que deux professionnels que nous souhaitions inclure dans ces entretiens sont absents de cet échantillon de répondants. Le premier est le médecin coordonnateur ; à cette période, le poste n'était pas pourvu dans la structure. La direction avait fait appel à un médecin coordonnateur sur une mission d'intérim afin de réaliser la coupe PATHOS. Sa mission dévolue à la seule validation de cet indicateur ne nous a permis de l'inclure dans cet échantillon.

L'autre professionnel absent des entretiens est le comptable qui à cette période n'a jamais pu être libéré par la direction pour des raisons d'activité accrue sur les budgets.

Tableau 7 : échantillonnage des répondants aux entretiens individuels semi-directifs

N° entretien	Catégorie	Ancienneté (en nombre d'années)	Pôle	Durée entretien (en mn)
Entretien n° **1**	C	9	Hébergement	65
Entretien n° **2**	A	4	Soin	60
Entretien n° **3**	A	8	Soin	70
Entretien n° **4**	C	9	Soin	50
Entretien n° **5**	C	8	Soin	60
Entretien n° **6**	C	9	Soin	45
Entretien n° **7**	A	9	Soin	65
Entretien n° **8**	C	2	Hébergement	40

Entretien n° **9**	A	2	Soin	70
Entretien n° **10**	C	9	Hébergement	45
Entretien n° **11**	C	9	Soin	50
Entretien n° **12**	C	1	Soin	60
Entretien n° **13**	C	9	Soin	45
Entretien n° **14**	C	1	Soin	45
Entretien n° **15**	C	3	Soin	50
Entretien n° **17**	C	2	Soin	60
Entretien n° **18**	C	9	Soin	45
Entretien n° **19**	C	9	Soin	55
Entretien n° **20**	C	6	Soin	50
Entretien n° **21**	C	9	Hébergement	45
Entretien n° **23**	C	3	Hébergement	60
Entretien n° **24**	C	1	Hébergement	45
Entretien n° **25**	C	9	Hébergement	50
Entretien n° **26**	C	9	Administratif	55
Entretien n° **27**	C	9	Hébergement	40
Entretien n° **28**	C	4	Hébergement	45
Entretien n° **29**	C	4	Hébergement	50
Entretien n° **30**	C	9	Soin	60
Entretien n° **31**	C	5	Soin	60
Entretien n° **32**	A	5	Soin	70
Entretien n° **33**	C	3	Hébergement	45
Entretien n° **34**	C	9	Hébergement	120

Entretien n° **35**	A	9	Soin	80
Entretien n° **36**	A	9	Administratif	90
Entretien n° **37-2**	A	9	Administratif	60
Entretien n° **38-2**	A	9	Soin	50

Les éléments qui ont été retenus dans ce tableau répondent à deux critères : renseigner sur le profil des répondants sans compromettre leurs identités et ainsi garantir leur anonymat comme nous nous y étions engagés auprès d'eux.

Les choix opérés ont comme différents objectifs :

- la catégorie permet de mettre en relation le contenu des verbatims et la position hiérarchique du répondant,
- le nombre d'années d'ancienneté renseigne sur la stabilité du personnel mais aussi permet d'avoir des verbatims empreints de différents niveaux de vécu historique dans l'EHPAD,
- Le pôle et la durée d'entretien n'ont que des valeurs indicatives.

Concernant les pôles, nous avons fait le choix de reprendre les trois sections habituellement retenues dans les EHPAD car certains professionnels auraient été facilement identifiables :

- le soin pour les agents pratiquant reconnus comme ayant une action de soin,
- l'hébergement concerne les agents qui ont des tâches relatives à la restauration, l'hygiène et l'entretien technique des locaux,
- l'administratif ce sont tous les professionnels dont les fonctions sont essentiellement administratives.

c)Synthèse de l'échantillonnage des répondants aux entretiens semi-directifs

Nous n'avons pas établi ces échantillons en vue d'établir une représentation de la structuration du personnel de l'EHPAD, il a été réalisé avec les professionnels disponibles et volontaires de cet EHPAD. Ce tableau 8 met en évidence une écrasante majorité de femmes et de professionnels du soin dans la structuration totale des entretiens. Avec quasiment ¾ des employées, le secteur des soins est le service le plus représenté ; le ¼ restant se répartit entre la restauration, second pôle, puis l'administration et enfin le technique. L'un des enjeux de ces entretiens est d'appréhender la vision majoritaire et qui est à l'œuvre au sein des groupes de cet

EHPAD. Notons que cette répartition même si elle n'a pas vocation à l'être est assez représentative de la structuration de l'EHPAD terrain de recherche.

Tableau 8 : synthèse de l'échantillon des répondants aux entretiens semi-directif

	Pôle d'activité	*Nombre dans l'échantillon*
Femme	Soin	**12**
	Hébergement	**11**
	Administratif	**2**
Homme	Soin	**2**
	Hébergement	**4**
	Administratif	**1**

III.3.5. Les entretiens de groupe ou focus group

Nous avons positionné deux séances de focus group quelques semaines après l'action formation.

L'utilisation de la démarche d'entretiens de groupe est issue de la théorie de la dynamique des groupes restreins de Kurt Lewin (Lewin, 1943, 1947a, 1947b). Elle consiste à réunir autour d'un animateur, un groupe composé de six à treize personnes (Anzieu et Martin 1968, 2017). L'objectif de la démarche est que les participants interagissent (Gavard-Perret et al, 2012). Cette méthode de recueil de données qui ne vise pas le consensus général, utilise la dynamique de groupe pour favoriser l'expression des sentiments, des ressentis et des résistances au sein d'un groupe (Leclerc et al, 2011). Les phases individuelles et collectives ainsi que les phases écrites orales peuvent être alternées (Gavard-Perret et al, 2012).

Le rôle de l'animateur consiste à gérer la dynamique du groupe et faciliter la parole de tous les participants (Baumard et al, 2014). Ce rôle est d'autant plus délicat qu'il faut veiller à ne pas être trop présent ce qui pourrait créer une dépendance du groupe envers l'animateur et casserait par conséquent la dynamique, mais l'animateur doit être suffisamment actif pour engager le groupe à interagir (Gavard-Perret et al, 2012).

Les entretiens de groupe sont recommandés pour l'exploration de phénomènes tels que l'attitude d'un groupe face à des pratiques nouvelles ou l'étude des influences de personnes sur d'autres dans une organisation (Gavard-Perret et al, 2012). Ils sont également utilisés en recherche-action pour la résolution de problèmes en vue d'une amélioration des situations (Baribeau et Germain,2010). Nous mobiliserons ces deux utilisations de focus group dans nos travaux.

III.3.5.1. Le Focus group professionnel

Afin d'explorer l'attitude d'un groupe face à des pratiques nouvelles (Gavard-Perret et al, 2012), nous avons mobilisé la technique d'entretien de groupe à destination des professionnels n'ayant pas de fonction d'encadrement. Ce focus group professionnel n'a été mobilisé qu'une seule fois à distance des entretiens semi-directifs.

Dans ce focus group professionnel, nous avons opté pour une grille d'entretien minimaliste avec une seule question sur laquelle nous avons rebondi en fonction des réponses.

Ce choix est doublement justifié. Tout d'abord par notre volonté que les participants ne se sentent pas questionnés. Ce focus group, nous l'avons donc imaginé comme une discussion en groupe et non comme un entretien. Ensuite une difficulté s'est imposée à nous ; nous étions en même temps modérateurs, animateur et assurant la prise de notes afin de garantir une trace si l'enregistrement de ces séances n'était pas optimal de par la configuration de la salle. Aux vues de tout cela, une seule question et des questions de relance nous a semblé être la meilleure option.

Tout comme pour les entretiens individuels, le guide d'entretien de groupe a été construit selon quatre phases.

L'introduction a permis de donner les consignes et de poser les règles de fonctionnement de ce focus notamment l'absence de jugement, le respect et l'écoute entre participants (Gavard-Perret et al, 2012).

Nous avons repris l'idée de la question de réchauffement utilisée dans les entretiens semi-directifs. Toutefois, nous l'avons adaptée à la démarche au groupe en leur proposant de commencer ces entretiens par un jeu. L'objectif étant de permettre de faire baisser les tensions dues au stress et de faciliter les échanges et prises de paroles par la création d'une synergie positive entre des participants.

Pour le centrage du sujet et l'approfondissement, nous avons utilisé une technique d'expression à l'aide de post-it. Chaque participant était invité à inscrire sur ce petit bout de papier ce que lui inspirait la question. Puis chacun l'a expliqué au groupe. En alternant les phases écrites et orales, individuelles et collectives, nous souhaitions éviter le conformisme, le ralliement à l'idée portée par le leader (Gavard-Perret et al, 2012) et de plus cela nous a fourni des traces écrites utiles lors de l'analyse de ces données.

L'approfondissement, nous l'avons actionné lors des restitutions écrites des agents**.**

La question de départ était : « quels sont les obstacles au changement de pratiques professionnelles ? »

Le contenu et l'analyse de ce focus professionnel sera livré dans la section IV.2

a) L'échantillonnage des répondants à l'entretien de groupe professionnel

Pour la tenue de l'entretien de groupe professionnel, nous avons sélectionné des agents de terrain de catégorie B et C qui se trouvaient dans la position d'être managé au quotidien par un supérieur hiérarchique. L'objectif était d'identifier les impacts du management sur ces professionnels exécutants. La spécificité de la dynamique des groupes est qu'elle concerne uniquement l'études des petits groupes (Mucchielli, 1967, 2017). Parmi toutes les différentes formes de groupes, seul le groupe restreint composé de 6 à 12 personnes où l'appartenance est affective et quotidienne (Mucchielli, 1967,2017) est propice au changement (Anzieu et Martin,1968 ,2017).

L'objectif poursuivi est de permettre à chaque membre d'un groupe restreint d'exprimer les problématiques qu'il vit dans ce groupe en vue de les comprendre et de les résoudre ensemble. L'intérêt de la parole d'autrui est valorisée de telle sorte que chacun puisse être entendu et reconnu. La volonté affichée par Lewin d'étudier scientifiquement des problèmes sociaux

rencontrés concrètement dans la vie quotidienne, de même que l'ambition de répandre ces pratiques démocratiques et solidaires au quotidien sont ainsi respectées (De Visscher, 2012).

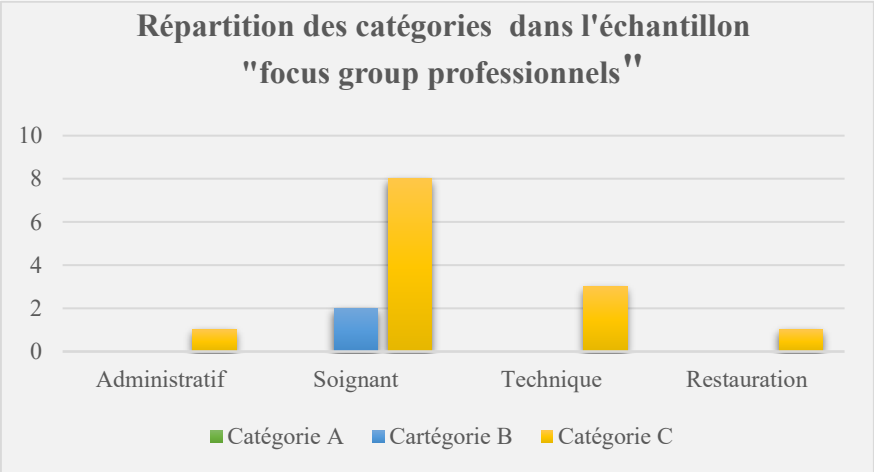
Tableau 9 : échantillonnage des répondants au focus group professionnels

Participant	**Catégorie**	**Ancienneté** (en nombre d'années)	**Pôle**	**Durée entretien** (en mn)
Personne **1**	C	9	Hébergement	150
Personne **2**	C	9	Soin	150
Personne **3**	B	9	Soin	150
Personne **4**	C	7	Soin	150
Personne **5**	C	9	Soin	150
Personne 6	C	9	Hébergement	150
Personne **7**	C	9	Hébergement	150
Personne **8**	C	3	Hébergement	150
Personne **9**	C	9	Soin	150
Personne **10**	C	6	Soin	150
Personne **11**	C	1	Soin	150
Personne **12**	C	9	Admin	150
Personne **13**	C	1	Soin	150
Personne **14**	B	9	Soin	150
Personne **15**	C	4	Hébergement	150

a) ***Synthèse de l'échantillonnage des groupes participant au focus group professionnel***

Par cette mise en graphique de l'échantillon du focus groupe professionnel, il est apparu que la répartition de professionnels reste sensiblement la même que celle des entretiens semi-directifs. Toutefois, il existe une différence importante : aucun des participants n'a de fonction

institutionnellement reconnue d'encadrement dans l'EHPAD comme les infirmières en catégorie B. Ce choix a été guidé par notre volonté de recueillir le ressenti et le vécu d'agent qui au quotidien agissent sous plusieurs autorités hiérarchiques.



Graphique 2 : répartition des catégories dans l'échantillon focus group professionnels

III.3.5.2. Le Focus direction ou CODIR

Nous avons utilisé le principe des focus group direction afin d'étudier les influences de personnes sur d'autres dans une organisation (Gavard-Perret et al, 2012).

L'organisation de ce focus groupe de direction a été identique en tous points aux focus professionnels. Une seule question de départ sur laquelle nous avons rebondi en fonction des réponses.

Cette manière de procéder nous avait convaincu lors du précédent focus groupe professionnel, car elle permet d'installer une discussion en groupe avec des interactions.

Nous nous sommes retrouvés à nouveau face à la difficulté d'être tour à tour modérateur, animateur et preneur de prise de notes, au cas où l'enregistrement des échanges ne serait pas de bonne qualité au vu de la configuration de la salle. La solution précédemment retenue d'une seule question et des questions de relance semblait une solution acceptable.

La méthodologie selon quatre phases a été conservée pour ce focus groupe.

L'introduction a été l'occasion de poser le cadre et les règles de fonctionnement de ce focus : pas de jugement entre participants ; s'imposent le respect et l'écoute de la personne qui a la parole (Gavard-Perret et al, 2012).

L'adaptation de la question de réchauffement en un jeu interactif utilisé dans le précédent focus a été reprise car elle a prouvé sa capacité à libérer les participants de certaines appréhensions et faciliter leurs échanges.

Pour le centrage l'approfondissement a été réalisé selon la même méthode des post-it précédemment employée qui avait donné satisfaction.

Cette alternance des phases écrites et orales, individuelle et collectives, évince la possibilité du ralliement à la pensée du leader (Gavard-Perret et al, 2012), éventualité plus grande dans un focus groupe composé uniquement de responsables. L'autre avantage de mobiliser en plus de la parole des traces écrites est que cela fournit des données supplémentaires utiles pour l'analyse de notre sujet.

L'approfondissement a été actionné lors des restitutions écrites des agents.

Pour le focus groupe direction nous avons interrogé les personnes présentes sur le thème ***« Quel type de management est adapté au changement ? ».*** Nous voulions savoir comment le groupe fonctionnait ensemble et quel type de management était à l'œuvre dans cet EHPAD et s'il se dégageait un type de management de façon majoritaire dans son application quotidienne**.**

Le contenu et l'analyse de ce focus CODIR sera livré dans la section ***IV.2***.

a) L'échantillonnage des répondants aux Focus groupe CODIR

Dans l'organisation de cet entretien de groupe direction, il était question de connaître la dynamique au sein de l'équipe dirigeante définie par leur appartenance au comité directeur (CODIR) de l'EHPAD ou en position d'encadrement et ainsi de recueillir leurs grilles de lecture, de compréhension et d'application en matière de management des équipes terrain.

Cet entretien de groupe direction revêtaient pour nous une haute importance en termes de compréhension, car l'une des particularités que l'on retrouve dans cet EHPAD de statut territorial s'illustre par la constitution des membres du CODIR.

D'après le guide pratique[87] du CNFPT, seuls les professionnels des catégories A et B ont des fonctions d'encadrement, les agents de catégories C peuvent exercer seulement des fonctions d'exécution. Or, nous constatons que dans ce CODIR constitué par la direction de

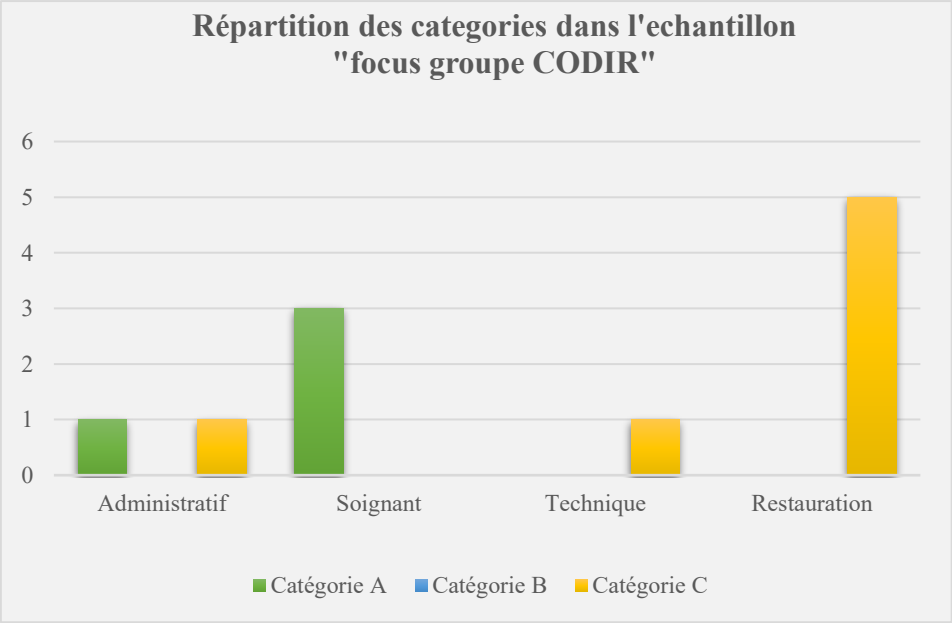
[87] Guide FPT, fonction-publique.gouv.fr, p. Graphique 3 : répartition des catégories dans l'échantillon " focus groupe CODIR"

l'établissement, trois agents de catégorie C sont en position de responsables. Cependant dans la fonction publique, la fonction prime sur le grade ; selon la loi du **03 janvier 1984,** il y a dissociation entre grade et emploi ; donc un agent en catégorie C peut encadrer si la fonction qu'il occupe l'exige. Enfin les professionnels ont des statuts différents (titulaire, stagiaire, contractuel).

b) Synthèse de l'échantillonnage des groupes participant au focus group CODIR

Ce dernier graphique 3 illustre la composition des professionnels ayant des fonctions d'encadrement reconnues officiellement et positionnées en tant que telles dans l'organigramme de l'EHPAD, organigramme que nous avons rendu anonyme (annexe 4). Toutefois, il est à noter que sur demande de l'infirmière coordinatrice, nous avons accepté la participation d'une infirmière diplômée d'état non-membre du CODIR. La participation de cette infirmière IDE au focus groupe direction se justifie par son positionnement institutionnel d'adjointe à temps partiel de l'IDEC. Elle seconde l'IDEC dans ses missions de gestion administrative comme les plannings, la mise à jour des protocoles, la gestion des dossiers résidents.

Nous retrouvons une homogénéité dans les répartitions au regard de la structure même de l'EHPAD. Malgré des catégories disparates, tous les membres sont reconnus institutionnellement comme exerçant des fonctions de responsable.



Graphique 3 : répartition des catégories dans l'échantillon « focus group CODIR »

Choisir d'utiliser en premier lieu les entretiens individuels semi-directifs suivi des focus groupe permet soit de valider les hypothèses posées à l'égard des influences qu'exerce le groupe soit de mettre les personnes en situation (Gavard-Perret et al, 2012).

Tableau 10 : échantillonnage des répondants au focus CODIR

N° personne	Catégorie	Ancienneté (en nombre d'années)	Pôle	Durée entretien (en mn)
Personne n° **1**	A	7	Soin	150
Personne n° **2**	A	5	Soin	150
Personne n° **3**	C	3	Hébergement	150
Personne n° **4**	C	9	Hébergement	150
Personne n° **5**	C	3	Administration	150
Personne n° **6**	A	9	Soin	150
Personne n° **7**	A	9	Administration	150

III.3.6. L'accompagnement : seconde étape dans la conduite du changement

L'objectif de cette deuxième phase de la conduite du changement était d'illustrer par la mise en pratique en temps réel sur le terrain des principes vus en formation et ainsi de coconstruire les pistes d'amélioration avec les agents afin qu'ils s'engagent dans une démarche réflexive et d'application collégiale.

Nous avons débuté cet accompagnement des agents sur le terrain en unité de vie protégée spécifique Alzheimer par illustrer comment une action réalisée au quotidien, pouvait évoluer par l'inclusion des principes du *care*. Le choix d'une action quotidienne a été guidée par trois éléments : ne pas alourdir la charge de travail, agir selon les moyens disponibles et réduire au maximum la dimension d'inconnue par la modification d'une action existante. L'heure du goûter a été choisi.

Chaque temps d'expérimentation était suivi d'une mise en forme écrite faisant apparaître la part de *care, de prendre soin* pouvant être retranscrite dans le logiciel NetSoin[88].

L'accompagnement en groupes des agents a été réalisé pour des raisons internes d'organisation imposées par la Directrice et l'infirmière coordinatrice (IDEC) au sein de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire pilotée par l'IDEC et la psychologue.

Cette forme d'accompagnement n'ayant pas donné pleine satisfaction (les détails seront donnés dans la section ***IV.2.2***), nous avons établi un plan d'action N°3 qui modifie l'accompagnement et instaure les focus réunions.

III.3.7. Les focus réunions pour un accompagnement amélioré et une stabilisation du processus de conduite du changement

L'accompagnement n'ayant pas été satisfaisant, nous avons proposé à l'ensemble des acteurs d'utiliser le principe des focus group mais cette fois-ci sous la forme de réunion mensuelle. Nos souhaits étaient multiples : assurer un suivi des changements, valoriser les actions mise en place par les agents, stabiliser ces changements, le tout sans rajouter un temps de réunion, comme imposé.

Nous avons souhaité conserver ce que nous considérions comme un avantage : Effectuer une réunion sur un espace déjà identifié par les agents comme un temps de rencontre. En effet les agents gardaient la dynamique de réunion sans que cela leurs rajoutent un temps supplémentaire qui risquait de surcharger leur quotidien de travail. Toutefois sous cette nouvelle formule dédiée à l'accompagnement des changements, la différenciation avec la réunion tenue par l'IDEC et la psychologue, était effective.

Ces focus réunions ont été coconstruits, d'ailleurs les agents ont souhaité appeler ces réunions, les réunions Montessori.

Ainsi la dissociation que nous souhaitions entre les actions de terrain et leurs débriefings devenaient possibles. De plus, il nous est apparu que notre positionnement se clarifiait. Tant sur le terrain que dans le co-pilotage de ces focus réunion, nous pouvions nous dédier

[88] Ce logiciel utilisé dans la structure représente une aide quotidienne pour les professionnels paramédicaux ou non en EHPAD dans l'organisation de leurs tâches. Netsoins : Logiciel pour maison de retraite EPHAD par Teranga Software (testntrust.fr)

exclusivement à l'accompagnement de la conduite du changement. Tout ceci contribuait à faciliter l'émission et la réception des messages auprès des agents.

Nous livrerons les contenus et résultats de ces focus réunion dans la section ***IV.2.3.2.***

Le modèle de conduite du changement que nous avons utilisé s'inspire de celui établit par Kurt Lewin. Comme illustré dans la figure 8, nous l'avons adapté en renommant les phases : *Unfreeze* donne **Déformation**, *Change* donne **Accompagnement** et *Refreeze* donne **Stabilisation**).

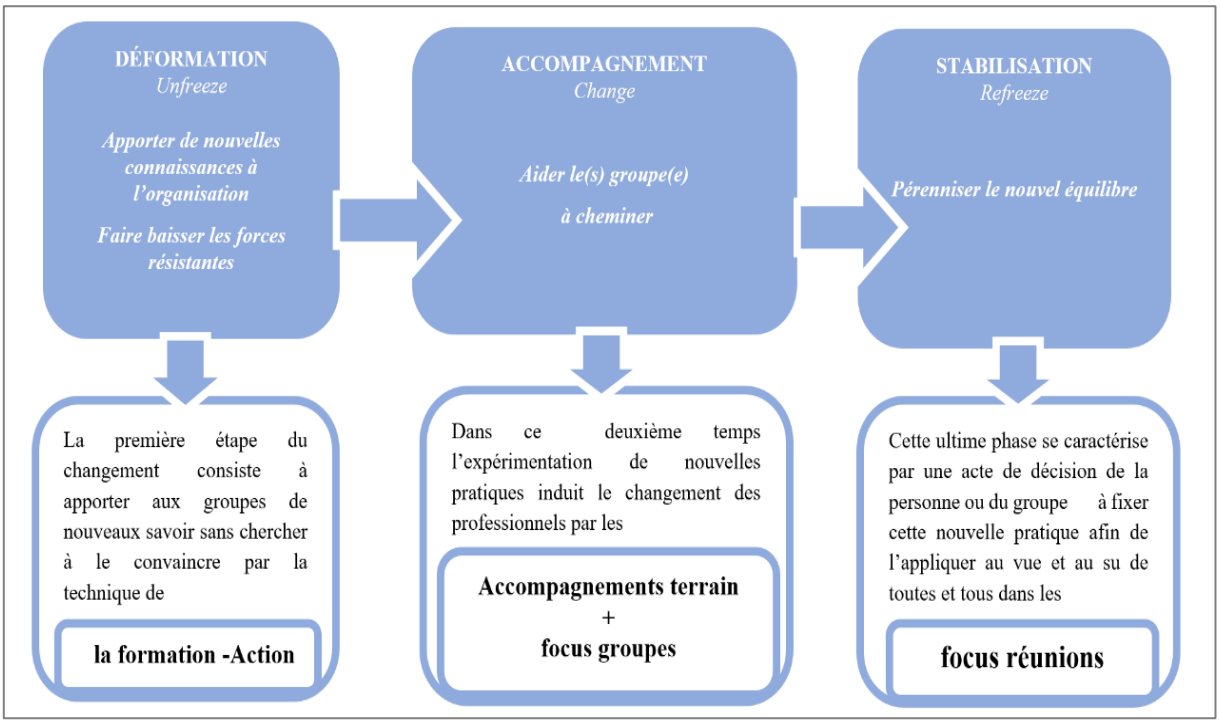


Figure 8 : les étapes du processus de conduite du changement d'après Lewin (1946) dans notre recherche

Notre recherche-action a pris la forme suivante :

Première phase : légitimation et approbation de la recherche-action par les parties prenantes de l'EHPAD

Seconde phase : analyses documentaires avec l'élaboration d'un plan d'action N°1 :

- Diagnostic intermédiaire
- Formation action
- Entretiens semi-directifs
- Diagnostic final

Troisième phase : élaboration du plan d'action N°2

- Intégration des phases d'accompagnements individuels et groupes

Quatrième phase : établissement d'un nouveau plan d'action N°3

- Création des focus réunion pour améliorer l'accompagnement et activer la stabilisation des changements.

Les phases 1) 2),3) et 4) sont sous tendues par la collecte de données, l'observation et des entretiens informels.

Conclusion chapitre III

Dans ce chapitre nous avons exposé notre **positionnement épistémologique en nous rattachant au constructivisme pragmatique** car nous pensons qu'il n'est pas possible de prétendre connaître rationnellement un réel en soi (Von Glasersfeld, 2001).

La thèse que nous défendons propose un management qui émane d'une *coconstruction* afin de proposer un autre modèle possible. Ainsi notre cadre théorique, en début de la recherche, était volontairement ouvert par nécessité de facilité la coconstruction, (Roy et Prévost, 2013), nous n'avions donc pas de protocole fixe mais plutôt flexible (Robson, 2011).

L'objectif dans cette recherche est de produire des connaissances sur un phénomène peu étudié, il s'agit de l'introduction d'une part d'éthique du *care* dans le nouveau management public à l'œuvre en EHPAD. Pour cela, nous avons développé une stratégie de recherche sous-tendue par une démarche s'inscrivant dans l'abduction a visée **exploratoire hybride** et **qualitative** : un raisonnement par **boucle récursive,** adduction, déduction, induction (David 1999). Ces aller-retours permanents entre littérature et terrain de recherche nous ont permis d'élaborer notre design de recherche.

Dans la section 2, nous avons exposé notre choix pour l**a recherche-action** dont la visée est transformative. Poursuivant toujours le but de fournir des connaissances activables afin de comprendre et de changer un organisme complexe (Roy et Prévost, 2013), cette approche psychosociale du changement s'est montrée particulièrement adaptée à **la conduite du changement** (Lewin, 1946) que nous avons menée dans le cadre de cette thèse.

En s'approchant aussi près du terrain et des acteurs, le chercheur mobilise des méthodologies d'analyse des données et d'élaboration de résultats surtout qualitatives (Vernazobres, 2009). Nous avons donc utilisé l'étude documentaire afin de pouvoir identifier la charge de travail et la vision de l'accompagnement portée par les soignants à travers leurs transmissions ciblées.

Les entretiens individuels nous ont permis de réaliser un diagnostic et une étude exploratoire modélisées dans une grille d'analyse des champs de forces.

Nous avons utilisé le focus group avec les professionnels afin d'apprécier dans quels champs de forces (Lewin,1943a) se trouvaient ces agents exécutants. Le focus group direction nous a servi à cerner l'influence de certains membres sur la dynamique des membres de ce groupe restreins (Lewin,1943,1947a ,1947b) au sein du CODIR ainsi que la vision du management de chaque responsable.

Utiliser en première intention les entretiens individuels suivis des focus groupe présentent l'avantage d'apprécier les influences qu'exerce le groupe sur les individus et de mettre les personnes en situation (Gavard-Perret et al, 2012).

Quant à l'observation directe, nous l'avons sollicitée en complément des entretiens afin de nous permettre de recueillir des matériaux factuels et non sujets à caution comme peuvent l'être les sources verbales issu d'entretien (Baumard et al, 2014).

Afin d'apporter à notre démarche qualitative rigueur et validité (Denzin,1978 ; Flick, 1998 ; Apostolidis,2006), nous avons opéré une triangulation de tous ces matériaux en combinant différentes approches sur l'objet de recherche.

L'analyse qualitative des matériaux qui en a résulté était de type **thématique.** Parce que nous désirions comprendre la réalité vécue par les agents sur le terrain, nous avons cherché et agencé les éléments afin d'y parvenir. Ceci nous a permis de construire des arbres thématiques symbolisant une arborescence (Gavard-Perret et al, 2012).

Nous avons opté pour une stratégie de codage hybride (Paillé et Mucchielli, 2016) utilisant ainsi une logique déductive et inductive. Cela a consisté à mixer le codage a priori pour les parties relatives à la littérature et le codage à posteriori pour les thèmes émergeants du terrain (Mouricou et Garreau, 2018).

Toutes ces données récoltées ont ensuite subi un traitement manuel et informatique à l'aide du **logiciel NVIVO 12.** Bien que ce ne soit pas le logiciel qui analyse mais bel et bien le chercheur, le logiciel nous a aidé dans la gestion des données. Pendant la phase de décontextualisation, cela a consisté à extraire une partie du texte de son contexte, puis regrouper les extraits sous formes de thèmes relatifs au sujet traité en particulier (Deschenaux et Bourdon, 2005). Puis dans la recontextualisation qui amène le chercheur à modeler un nouveau message par un nouvel assemblage (Blanchet et Gotman, 2001). Tous ces codes et thèmes ont comme finalité de rendre accessible et compréhensible le tout (Deschenaux et Bourdon, 2005).

Il est maintenant temps d'exposer la partie finale de cette thèse résultant de notre analyse exploratoire qualitative de type thématique.

CHAPITRE IV : ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE-ACTION

IV. 1. Diagnostic de l'EHPAD et mise en place du plan d'action N°1

IV. 2. Plan d'action N°2 et ajustements pour un plan d'action N°3

IV. 3. Discussions et perspectives de cette recherche-action

Introduction chapitre IV

Dans cet ultime chapitre, il sera question d'organiser et de présenter les résultats émanant de l'analyse qualitative exploratoire thématique et de la recherche-action.

Afin de pouvoir aborder la partie des résultats dans les meilleures conditions, nous avons souhaité donner au lecteur toutes les informations nécessaires à une pleine compréhension. C'est pourquoi nous allons reprendre dans le détail le déroulé de la recherche-action et apporter pas à pas tous les éléments constituants enrichis de notre compréhension à posteriori.

Ainsi la première section de ce chapitre va consister à légitimer notre intervention puis à établir un diagnostic de l'EHPAD grâce au recueil des données réalisés dans l'analyse de l'étude documentaire, l'observation et les entretiens semi-directifs.

Nous pensons appréhender l'approche qui sous-tend la traçabilité de leurs actions, par l'étude des indicateurs de dépendances, de dotation du personnel, de l'absentéisme, ainsi que des transmissions ciblées des professionnels en relation directe avec les résidents.

Les entretien semi-directifs nous permettront d'apprécier l'opinion des professionnels sur les conditions de travail et le management dans cet EHPAD, ainsi que l'appropriation des principes diffusés lors de l'action de formation.

La récolte de ces premières données nous permettra de réaliser un diagnostic et une analyse des champs de forces à ce stade de la recherche afin de saisir des éléments de contexte utiles pour la suite.

Dans la section 2, nous analyserons les résultats de la mise en place du plan d'action N°1 et des ajustements qui généreront respectivement le plan d'action N° 2 et N°3.

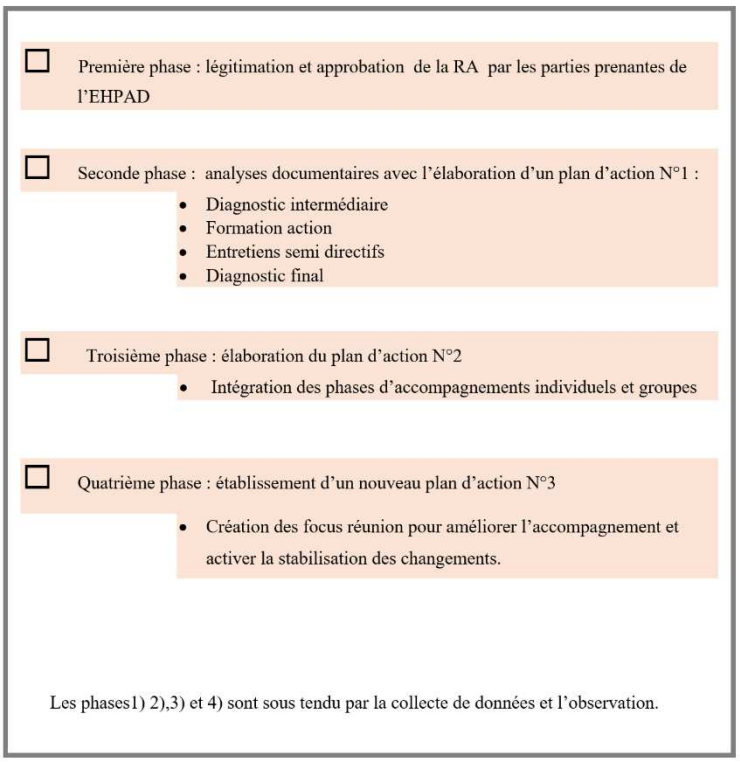
Ce sera aussi l'occasion d'afficher les résultats de l'analyse des thèmes qui ont émergé au fur et à mesure de l'avancée de notre investigation venant ainsi enrichir le cadre théorique.

Afin de faciliter le cheminement lors de ces résultats, nous proposons cette *check-list* qui permettra d'apprécier les actions à réaliser (orange) et les actions validées (vert).

L'encadré 4 identifie les différentes phases de la recherche-action. Nous présenterons son évolution au fur et à mesure de la réalisation des différentes phases.

La section 3 clôturera ce travail de recherche par la discussion des résultats et un retour sur la stratégie de recherche retenue.

Encadré 4 : début de la recherche-action



IV.1. Diagnostic de l'EHPAD et mise en place du plan d'action N°1

Introduction section1

Réaliser un diagnostic va nous permettre d'appréhender cet EHPAD afin d'ajuster les plans d'action adaptés ; l'objectif nous le rappelons et la mise en place du plan d'action N°1 afin d'implanter dans cet EHPAD une nouvelle norme sociale (le *care*) via une action de formation accompagnée d'une action managériale.

Comme nous l'avons précisé dans le chapitre 1, les EHPAD sont des organisations médico-sociales qui peuvent être classées selon trois statuts, public (hospitalier ou territorial) privé à but non lucratif et privé à but lucratif. Bien que ces organisations aient la même gouvernance l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental, leur statut viendra influer sur leurs organisations quotidiennes. Les EHPAD publics issus de l'économie sociale solidaire mettent

en avant une éthique sociale, les établissements commerciaux eux visent le gain financier (Bozio et al, 2016). De manière concrète, cela se traduit par une faible habilitation des EHPAD commerciaux aux aides sociales et logements. Les EHPAD privés à but lucratif valorisent un accompagnement de service à la carte de standing afin de se démarquer d'un modèle qui serait trop social (Smida,2009). On retrouve cette différence dans les profils de directeur d'ESSMS public ou privé non lucratif qui rejettent clairement dans leur grande majorité l'approche gestionnaire et évaluative (Lux,2016). Cela se confirme avec la notion de performance qu'ils jugent étrangère à la culture du secteur (Lux, 2016) et de manière plus large étrangère à l'action sociale et médico-sociale (Loubat,2012).

Nous voyons bien que malgré une logique gestionnaire législative descendante commune via les organes déconcentrés (Agence régionale de santé) et décentralisés (Conseil départementaux) il existe bien une différence de conception de la notion de service selon le statut d'un EHPAD.

Fort de ce constat nous avions pour ce projet de recherche fait le choix de mener les investigations dans des EHPAD ayant un statut différent. L'objectif étant de recueillir des données et de pratiquer une triangulation.

Il nous semble important de préciser qu'au moment du démarrage de cette thèse nous étions employés par un organisme qui nous avez implicitement soumis une sélection de structures à privilégier. Malgré ce pré-tri, peu de réponses nous sont parvenues. Nous avons sollicité des explications auprès des directions à cette faible adhésion au projet. Il semble que la perspective d'une recherche-action à visée transformative ayant comme objectif la conduite du changement ait effrayé les directions d'EHPAD. Finalement seuls deux EHPAD ont répondu, un de statut territorial et un privé à but non lucratif. Ce dernier après la présentation du projet de recherche-action, n'a pas donné suite avançant l'argument de leurs difficultés à s'engager aux vues de leurs nombreux projet en cours. Le choix a donc été simplifié. Il est alors resté fort heureusement un EHPAD territorial qui a souhaité poursuivre sa collaboration à ce projet. Notre terrain d'expérimentation sera donc un EHPAD de la fonction publique territoriale.

IV.1.1. Présentation de l'EHPAD terrain d'expérimentation

Situé dans le sud-ouest de l'Héraultais, le village qui accueille cet EHPAD est une terre viticole. Typiquement languedocien par sa topographie composée de collines et de plaines, le village est riche d'un passé historique.

La communauté des communes dans laquelle est située cet EHPAD compte 25000 habitants. Constituée de huit communes de taille quasi similaire, rurales et viticoles, ce territoire attractif, enregistre, chaque année, un taux de croissance de la population important. Le village connaît une augmentation de 2.6% de sa population en 10 ans et à près de 3690 habitants, le village a vu naître de nouveaux enjeux dont notamment : offrir à ses aînés dépendants, un lieu de vie adapté.

L'EHPAD inauguré en 2008 est situé dans une zone pavillonnaire à huit cents mètres du centre-ville et de ses commerces. Ce positionnement au cœur de la cité assure aux résidents une libre circulation et une pleine inclusion dans la vie du village. Cette localisation facilite également l'accès aux familles et aux professionnels.

La Direction de l'EHPAD est assurée par une directrice. Le CCAS de la commune est l'organisme gestionnaire.

Le bâtiment en forme de « H » comprend deux niveaux. L'étage constitué de 44 chambres, est un secteur dit ouvert, c'est-à-dire que les résidents accueillis sont majoritairement poly pathologiques sans risques avérés de fugues.

Au rez-de-chaussée, on retrouve deux chambres faisant partie du secteur ouvert et un secteur dit protégé de seize lits pour personnes atteintes de polypathologies et notamment de pathologies apparentées Alzheimer avec risque de fugues d'où l'accès réglementé par digicode.

L'établissement est habilité à l'aide sociale pour la totalité de ces lits, soit quarante-six en secteur ouvert dont deux accueils temporaires et seize pour l'unité protégée de vie spécifique Alzheimer. Cette même unité est le terrain d'investigation négociée avec la directrice de l'établissement.

C'est dans ce cadre alliant modernité des infrastructures, esprit d'initiative et transmissions de valeurs, que vient s'insérer l'EHPAD terrain de notre recherche en sciences de gestion.

IV.1.1.1 Légitimation de la recherche-action par les parties prenantes

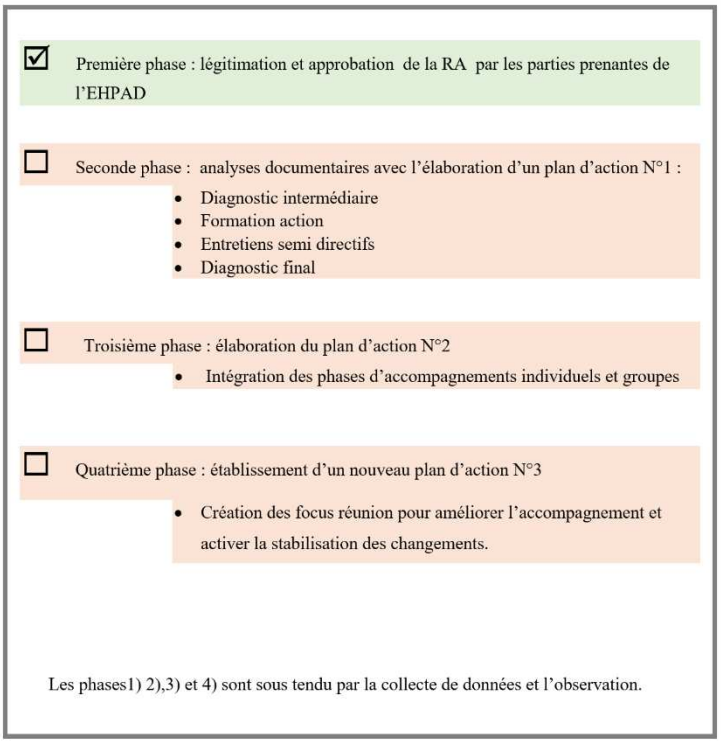
Lorsque l'on s'engage dans une recherche-action, c'est avant tout parce qu'on souhaite changer l'objet défini (Allard-Poesi et Perret, 2003). L'intervention par la recherche-action dans une organisation est de deux ordres. Soit c'est le chercheur qui en est l'instigateur, soit la demande émane d'un milieu en quête d'amélioration de ses pratiques en lien avec un problème identifié

(Morissette, 2013). Il va sans dire qu'une recherche-action ne peut s'engager qu'avec le consentement de toutes les parties prenantes de la recherche en question.

Afin de satisfaire ce préalable, nous avons effectué une présentation du projet de recherche le 21 décembre 2017 dans l'EHPAD terrain d'investigation, devant les professionnels, une délégation des membres du CCAS (dont le président et cinq de ses assesseurs), organisme gestionnaire de l'EHPAD, la directrice de l'EHPAD, des résidents et des familles. Ce moment nous l'avons souhaité et proposé à la directrice afin d'obtenir la validation des parties prenantes, mais aussi pour échanger avec les acteurs agissants et instaurer les bases d'une collaboration axée sur la confiance et l'échange. Nous avons apporté des précisions sur la méthodologie de la recherche-action, sur les bénéfices pour l'EHPAD et ses usagers de participer à ce programme de recherche et sur le service concerné par cette recherche. En effet, la directrice a souhaité que la recherche réponde à une problématique organisationnelle, dans le secteur accueillant des personnes atteintes de pathologies apparentées Alzheimer.

Après avoir répondu aux questions de l'assemblée, le président du CCAS a conclu en demandant si quelqu'un s'opposait à ce programme. Personne ne s'est manifesté ; le programme de recherche dans cet EHPAD a donc été entériné. Cette réunion a marqué officiellement notre entrée sur le terrain de recherche.

Encadré 5 : réalisation de la première phase.



IV.1.1.2. La charge de travail dans l'EHPAD

Nous avons débuté la recherche par de l'étude documentaire. Pour cela nous avons mobilisé des indicateurs significatifs afin de nous donner à l'instant *t* des éléments de compréhension de cet EHPAD. Par cette étude de certains indicateurs officiels et validés par les autorités (agence régionale de sante et conseil départemental), nous souhaitons comprendre le fonctionnement quotidien de cet EHPAD.

Le taux d'encadrement ou ratio d'encadrement est le premier indicateur que nous avons étudié. Même si ce taux n'est pas gage de qualité de vie pour les résidents (Van Campen et Verbeek-Oudijk, 2017), il reste néanmoins un élément d'information importante sur les conditions de travail des professionnels. Ce taux renseigne sur le nombre d'équivalent temps plein (ETP) présents dans l'EHPAD pour 100 résidents.

Le site INSEE.fr définit le sigle ETP « *comme le nombre total d'heures travaillées dans l'activité considérée divisée par la moyenne des heures annuelles travaillées dans des emplois à temps plein sur territoire économique* »[89]. En règle générale ce taux d'encadrement est plus élevé dans les établissements publics (Fourrier, 2020).

Pour l'ensemble de la structure le personnel se décline comme indiqué dans le tableau 11.

Tableau 11 : répartition des ETP dans l'EHPAD

Pôles d'activité	Poste	ETP
Pôle administratif	Direction	1
	Agent administratif	2
Pôle animation	Coordinatrice vie sociale	1
	Animatrice	1
Pôle hébergement	Agent de service	14
Pôle soin	Médecin	0,25
	IDEC	1

[89] https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1107

	Infirmière AS/ AMP	3 15,5
Pôle restauration	Responsable Cuisinier	1 3
Pôle social	Psychologue	0,25
Pôle technique	Responsable technique	1
		44

Dans l'EHPAD, terrain de nos investigations, le taux d'encadrement est de **44** agents pour 62 résidents. Ce taux d'encadrement est à rapprocher du taux médian national qui est de **63, 3 ETP** pour 100 résidents (CNSA, 2019). Il est à noter que parmi les 44 ETP, seuls **19,75 de ces ETP** (0,25 Médecin, 1 IDEC, 3 IDE et 15,5 AS/AMP) peuvent être considérés comme réellement au chevet des résidents. Il est important de noter que l'EHPAD a connu durant cinq ans des difficultés liées au non-financement de postes pourtant attribués lors de la convention tripartite de première génération. Toutefois nous remarquons que cet EHPAD en regard du taux médian national est bien doté. Mais ce chiffre est à modérer, nous allons le voir.

Autre indicateur important à rapprocher de ce taux d'encadrement est le niveau de dépendance des résidents accueillis dans l'EHPAD.

Pour cela deux indicateurs sont à notre disposition : le gir moyen pondéré (GMP) et le pathos moyen pondéré (PMP).

Selon les derniers chiffres fournit par la CNSA en 2019, le taux médian national GMP et PMP (tableau 12) s'établit comme suit :

Tableau 12 : taux médian national GMP et PMP par statut d'après la

Statut juridique	GMP	PMP
Public rattaché à un établissement public de santé	733	207
Public CCAS	**687**	**191**
Public autonome	725	201
Privé non lucratif	700	199
Privé commercial	738	211
Ensemble des EHPAD tarifés en 2017	717	203

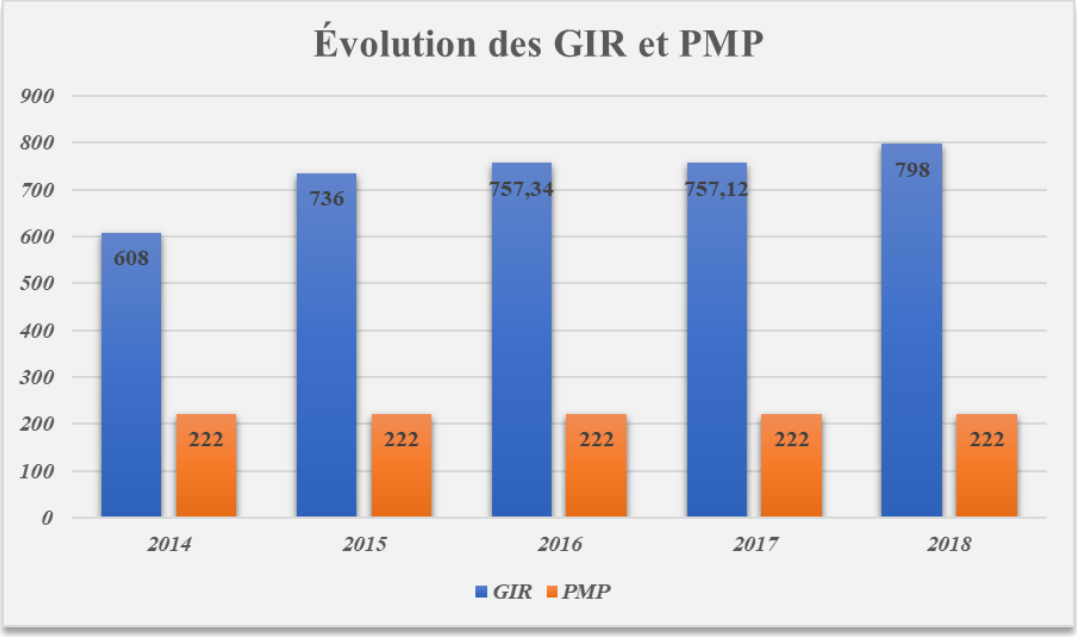
A la lecture de ce tableau, une tendance déjà évoquée en amont, se concrétise. Les EHPAD selon leurs statuts juridiques ne partagent pas la même logique d'accueil des personnes âgées. Au niveau national, cela se traduit par des GMP et PMP les plus bas pour les EHPAD issus de l'économie sociale et solidaire (public, CCAS et Privé non lucratif).

Cela signifie que les EHPAD territoriaux et privés non lucratifs restent fidèles à leurs choix et engagements historiques. Ces structures ont toujours assumé d'accueillir une population avec des dépendances de tous niveaux de manière équilibrée. Certes cette dépendance physique ou psychique peut se révéler parfois faible mais ces structures de l'ESS ne veulent pas se résoudre à exclure l'accueil dans leurs EHPAD des personnes faiblement dépendantes mais isolées socialement (Delouette et Nirello, 2017). Les EHPAD de l'ESS revendiquent l'accompagnement d'une dépendance que l'on pourrait qualifier de sociale (Smida, 2009), même si elle est faiblement cotée dans les GIR ou PATHOS.

A contrario, les autres établissements ont une politique différente. A l'exception des EHPAD rattachés aux hôpitaux, qui de par leurs équipements accueillent des personnes en grande dépendance, les EHPAD commerciaux privés eux grâce à leurs fonds importants ont équipé leurs établissements pour essentiellement recevoir cette clientèle dont les GIR et PATHOS sont élevés et justifient un prix d'admission qui l'est tout autant (Delouette et Nirello, 2017).

Tout cela résulte d'une politique publique qui visent à la médicalisation des EHPAD (Villez 2007) en vue de conduire ces établissements à se spécialiser dans l'accueil de la grande dépendance et de la maladie d'Alzheimer (Broussy, 2013), logique dans laquelle les établissements de l'ESS sont désavantagés par rapport aux EHPAD commerciaux (Delouette et Nirello, 2017).

Afin de se donner une idée d'ensemble sur la dépendance accueillie dans l'EHPAD terrain de notre recherche, nous produisons une représentation des GMP et PMP (histogramme 1) pour l'ensemble de la structure sans distinction de services. A noter que l'inspection ARS a validé un PMP pour la structure en 2019 identique à 2018, c'est-à-dire **253**.



Histogramme 1 : évolution des GMP et PMP dans l'EHPAD sur une période de cinq ans (Source EHPAD terrain de recherche).

Nous avons choisi de relever les indicateurs sur les quatre dernières années d'exercice afin d'obtenir une représentation récente et actuelle de la dépendance dans cet établissement. Nous constatons que ces GIR sont en augmentation constante dans l'EHPAD sur cette période. Hormis l'année 2014, les trois années suivantes se situent largement au-dessus de la médiane nationale tous EHPAD confondus.

A propos de l'indicateur PATHOS, il semble ne pas avoir évolué. Cette image est trompeuse. La raison est que l'autorité tarifaire ARS qui a la charge de cet indicateur l'a réévalué avant 2014, puis en 2019 pour la signature de la convention tripartite de deuxième génération.

Toutefois nous pouvons observer que dans les deux évaluations officielles réalisées par l'ARS et la CPAM, l'indicateur PATHOS validé est tout comme le GIR, très au-dessus de la médiane nationale des EHPAD, tous statuts d'EHPAD confondus.

Au vu des évolutions législatives et de la mise en place des CPOM, il n'y aura pas de renouvellement de la convention tripartite. Ce PATHOS sera conservé jusqu'à signature d'un CPOM qui, au moment où nous écrivons, n'est toujours pas signé pour l'EHPAD, terrain de nos investigations.

Afin d'affiner l'étude de notre terrain recherche, nous avons fait le choix de décliner les GMP et PMP pour le secteur protégé (tableau 13) dans lequel est sectorisé notre recherche. Cette distinction est motivée par la volonté de comprendre s'il existe des contextes différents dans lesquels évoluent les professionnels au sein du même EHPAD.

Les tableaux ci-dessous, permettent de visualiser les GMP et PMP différenciés du secteur protégé. Pour information l'EHPAD ne réalisait pas de GMP et PMP différenciés entre le secteur ouvert et le secteur protégé avant 2014.

Tableau 13 : GMP et PMP validés pour le secteur protégé (Source EHPAD terrain de recherche)

Année	GMP	PMP
2014	736	222
2018	831	229

Pour rappel :

le PMP est un indicateur qui renseigne le poids moyen des soins médicaux dans l'établissement. L'utilité de la coupe PATHOS[90] se situe également dans le fait qu'elle évalue le besoin en

[90] Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS 2 août 2012.

personnel. Les scores qui sont établis lors de cette évaluation sont ensuite traduits en budget financier et ils participeront aux dotations des établissements (CNSA.fr).

La grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressource (AGGIR) est un instrument de mesure qui permet d'évaluer le degré d'autonomie ou de dépendance des personnes âgées. Cette mesure permet d'établir le besoin ou pas d'un plan d'aide d'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). Composée de 6 niveaux de **GIR**, cette grille sert à identifier les besoins de recours à un tiers dans la vie courante dans les actes de vie quotidienne.

En croisant les données issues de l'histogramme 1 et du tableau 13, nous sommes en mesure d'analyser les GMP et PMP au cours des quatre dernières années. Si elle n'est pas du même ordre dans le secteur protégé que dans l'ensemble de l'EHPAD, force est de constater que la dépendance matérialisée par les GMP est constante et soutenue.

Quant à la partie soin, les PMP indiquent également une demande en progression constante avec de forts besoins sur l'ensemble de l'EHPAD.

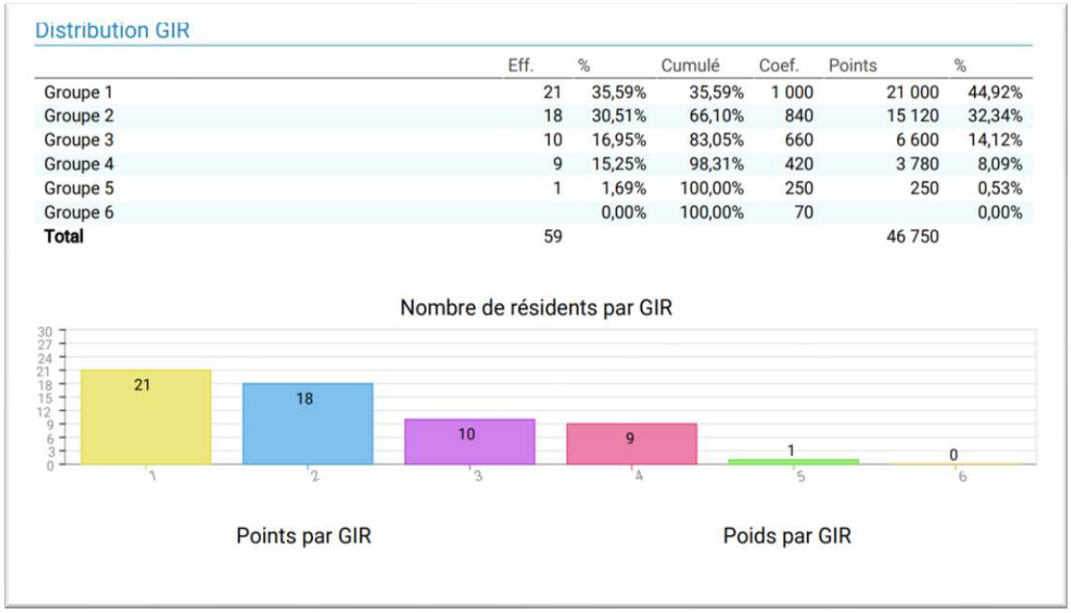
Au vu de tout cela, si l'on rapproche le nombre de personne véritablement au chevet des résidents, nous voulons parler des soignants, avec le nombre de personnes âgées classées *de dépendantes à très dépendantes* c'est -à dire classées dans les GIR 1, 2, 3 et 4, nous relevons 59 personnes (histogramme 2) soit la quasi-totalité des résidents accueillis, alors le taux d'encadrement est faible.

Lorsque l'on croise les trois indicateurs (taux d'encadrement, GMP et PMP), on constate que dans cet EHPAD territorial, la dépendance constatée est très largement au-dessus du taux médian national avec un taux d'encadrement réel faible. Ce niveau dépendance est bien plus élevée dans cet EHPAD CCAS que la médiane nationale des statuts dans lesquels on observe les médianes les plus hautes (tableau 12).

Nous constatons que la tendance nationale plutôt faible pour les EHPAD CCAS, nous ne la retrouvons pas dans cet établissement. Les scores élevés indiquent que le public accueilli dans cet EHPAD est fortement dépendant quel que soit le secteur. Nous l'avons vu, la dotation en personnel plutôt généreuse se révèle trompeuse. Le ratio de soignants disponibles est de 19,75 ETP professionnels soignants sur le terrain auprès des résidents en GIR 1 à 4 s'élevant à 59 résidents (histogramme 2), soit un ratio de **1 soignant pour 3 résidents** dépendants à très dépendants et au total 44 professionnels pour 62 résidents soit 0,66 professionnels pour 1 résidents. Cet EHPAD peut donc être qualifié d'établissement accueillant une population très

dépendante et très demandeuse de soins. Ceci impliquant une très forte charge de travail pour le personnel.

Pour information le Plan Solidarité Grand âge 2007/2012 prévoyait une montée en puissance progressive du taux d'encadrement à l'Horizon 2012. Dans la présentation de ce Plan Solidarité Grand âge, le ministre Philippe Bas[91] opérait une distinction « *pour les personnes âgées les plus malades, les plus dépendantes le ratio sera augmenté à 1 professionnel pour 1 résident* » (Bas, 2006, p.15).



Distribution GIR	Eff.	%	Cumulé	Coef.	Points	%
Groupe 1	21	35,59%	35,59%	1 000	21 000	44,92%
Groupe 2	18	30,51%	66,10%	840	15 120	32,34%
Groupe 3	10	16,95%	83,05%	660	6 600	14,12%
Groupe 4	9	15,25%	98,31%	420	3 780	8,09%
Groupe 5	1	1,69%	100,00%	250	250	0,53%
Groupe 6		0,00%	100,00%	70		0,00%
Total	59				46 750	

Histogramme 2: distribution des GIR de l'EHPAD au 30 /12/2017 (Source EHPAD terrain de recherche)

Les engagements pris par le législateur envers les structures accueillant des résidents fortement dépendants semblent témoigner d'une prise de conscience. Le législateur qui reconnait une charge de travail plus importante dans ce type d'EHPAD, lorsqu'il annonce un ratio de 1 professionnel pour 1 résident gravement malade introduit une confusion. Certes les EHPAD ont besoin de personnel mais en grande majorité de professionnels qui soient au chevet des résidents. En effet au quotidien les soignants font face à une charge de travail en constante augmentation. La prise en charge des résidents de plus en plus dépendant sollicite beaucoup plus les soignants dans les actes de la vie quotidienne. Donc si le législateur souhaite faire face à l'enjeu du vieillissement de la population en institution ce sont de professionnels soignants dont il doit en priorité doter les EHPAD. La caractéristique du métier de soignant en EHPAD est la répétition d'actes pénibles et rationalisés (Marquier et al, 2016). Si aujourd'hui ces professionnels résistent, ce n'est que parce que localement le management accorde de la

[91] Philipe Bas est ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille de 2005 à 2007.

souplesse et de la confiance aux soignants dans l'organisation quotidienne temporisant ainsi avec les injonctions paradoxales (Legros, 2020). En conséquence nous pointons un deuxième enjeu qui concerne les professionnels d'encadrement dont les profils et la formation doivent permettre d'accompagner les soignants au quotidien. Ainsi détaché, ces encadrants pourraient se consacrer à lever ces dysfonctionnements qui minent les EHPAD afin que résidents et soignants puissent gagner en qualité de vie et de travail.

Ce graphique met en évidence le nombre de résidents en GIR 1, 2 et 3 qui sont des indicateurs qui traduisent un niveau de dépendance allant de très lourde à assez lourde. Le nombre de personnes âgées relevant de cette classification s'élève pour l'EHPAD à 49 résidents sur 59 présents au moment de l'évaluation.

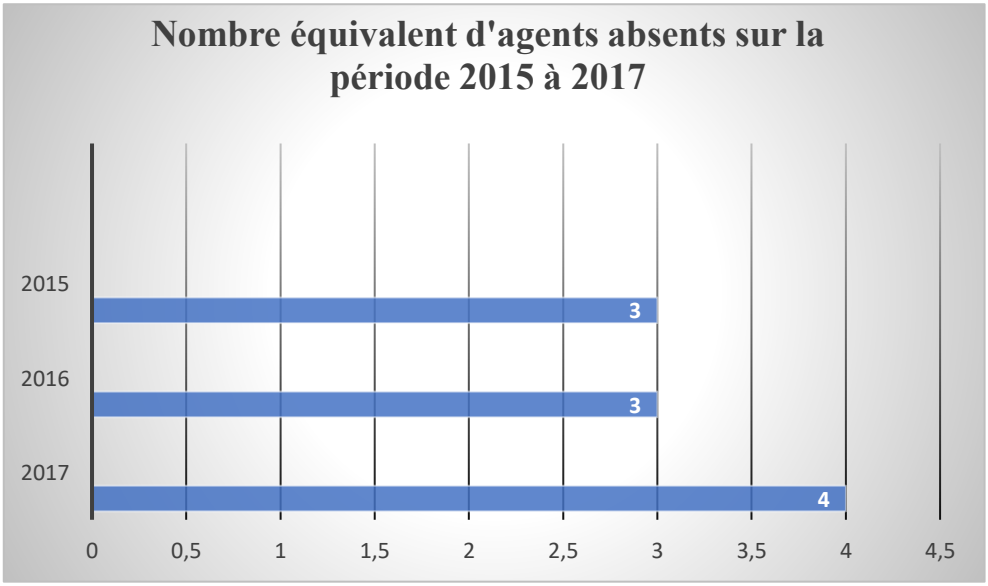
IV.1.1.3. Résultats de l'étude exploratoire documentaire sur l'absentéisme dans l'EHPAD

L'analyse pratiquée par le cabinet d'assurance vaut pour l'année 2017 avec des comparatifs réalisés sur trois ans. Il décline l'absentéisme selon deux modes : l'absentéisme global et les maladies ordinaires. L'intérêt de cette analyse permet d'obtenir une vision d'ensemble de l'établissement sur les questions de l'absentéisme. Ces questions sont importantes à étudier pour au moins trois raisons. La première concerne la qualité du service rendu qui, selon l'importance de l'absentéisme, peut s'en trouver affectée. Le deuxième intérêt est d'ordre budgétaire, en effet un absentéisme important et/ou récurrent peut impacter de manière négative l'équilibre d'une structure et engendrer des disfonctionnements néfastes pour l'établissement. Enfin, comprendre la nature de l'absentéisme permet à la direction d'adapter les réponses et de proposer des solutions en vue d'améliorer la qualité de vie au travail des agents.

Il nous apparaît important de signaler comme le rappelle le cabinet d'assurance que ce rapport est effectué sur un principe déclaratif et qu'il dépend donc des données transmises par l'EHPAD.

La répartition des absences globales

Nous avons choisi d'étudier l'absentéisme global afin de nous donner une vue d'ensemble de l'EHPAD sur cette question. Ces premiers chiffres nous renseignent sur la structuration globale de l'absentéisme dans l'EHPAD pour la période 2015, 2016 et 2017. Si ce chiffre des absences était stable sur les années 2015/2016, il augmente pour l'année 2017.



Histogramme 3 : nombre équivalent d'agents absents sur la période 2015 à 2017 (source : cabinet d'assurance de l'EHPAD)

En observant de plus près ces chiffres, il apparaît que ce taux d'absence connaît un renforcement en 2017. Le cabinet d'assurance remarque dans son rapport à propos de l'EHPAD terrain de nos recherches, que ce taux d'absence global qui se situait dans la moyenne nationale jusqu'en 2016, la dépasse en 2017. Cet absentéisme présent depuis 2015 se confirme et se renforce en 2017.

Le taux d'absence global auquel fait face l'EHPAD est avéré. Même si notre action n'a pas comme objectif direct la résolution de cette problématique, la prise en compte de cette information s'est révélée utile dans la poursuite de la compréhension de la dynamique générale de cet EHPAD.

Une part de cet absentéisme est résiduelle. En effet, en 2017, **quatre agents** comptent plus de 190 jours chacun d'absence[92]. Ces quatre absences au long cours d'agents doivent avoir un impact sur le budget de l'EHPAD. Cet absentéisme résiduel doit également peser inévitablement sur les effectifs, puisqu'il est nécessaire de remplacer ces longs arrêts, plus les autres absences quotidiennes, afin de garantir une qualité de service et de travail dans l'EHPAD. Il nous apparait à ce stade débutant de la recherche important d'établir si ces éléments peuvent

[92] Chiffres Extrait du rapport édité par le cabinet d'assurance en contrat avec l'EHPAD.

représenter des freins aux changements que nous proposons dans le cadre de conduite du changement.

Notre quête de compréhension nous a amené à poser à ce sujet, soit à la directrice soit à son adjoint administratif, des questions du type :

- *Partagez-vous les conclusions du rapport du cabinet d'assurance ?*
- *Quelle (s) analyse(s) faites-vous de cet absentéisme résiduel ?*
- *Est-ce que vous envisagez des mesures pour y remédier ?*
- *Si oui, lesquelles ?*

Nous n'avons obtenu aucune réponse à ces questions de la part des personnes qui étaient en mesure de nous éclairer. Nous avons même ressenti que s'installait au fur et à mesure de nos investigations de la rétention d'informations.

Même s'il nous a été impossible d'avancer sur ces questions par manque d'éléments rendus disponibles ou d'éléments observables, ce temps d'étude de documents administratifs a été porteur. Il nous a révélé une certaine volonté d'opacité de la part de la directrice et de deux de ses adjoints à propos des questions portant sur le fonctionnement de la structure.

In fine, nous nous sommes retrouvés mis à l'écart de ces champs relatifs au management opérationnel. Cela s'est matérialisé par des refus de la directrice de nous accorder l'accès à des temps institutionnels qui avaient été expressément mentionnés, négociés et acceptés en début de recherche :

- Non-participation du doctorant aux réunions avec l'organisme gestionnaire ; motif invoqué par la direction : « *cela ne va pas être intéressant pour vous et je ne suis pas sûre que les membres du CCAS voit d'un bon œil votre présence* » (Extrait discussion directrice 1.1)
- Non-participation du doctorant au CODIR de l'EHPAD : motif invoqué par la direction : « *je ne vois pas ce que vous avez à y faire* » (Extrait discussion directrice 1.2)
- Non-consultation par le doctorant des documents administratifs sur informatique (motif invoqué par la direction : « *je ne veux pas que ces chiffres soient diffusés à l'extérieur de l'EHPAD* » (Extrait discussion directrice 1.3)

Nous analyserons l'intensité de ces comportements dans les champs de forces dans le ***IV.2.1.3***
Ces comportements traduisent selon nous à ce moment-là de la recherche un malaise de la part

de la direction que nous attribuons à une réaction assez classique dans la mise en place d'un processus de changement.

IV.1.2. Étude documentaire des transmissions ciblées soignantes : une orientation vers une vision déficitaire.

Ce deuxième volet de l'étude documentaire est consacré **aux transmissions ciblées des agents intervenant au plus près des résidents dans l'unité de vie protégée spécifique Alzheimer.** Elle montre qu'une petite partie du personnel pratique la traçabilité. Seul le médecin coordonnateur, la psychologue, les infirmières, aide-soignante et aide médico psychologique parce qu'ils sont formés dans le cadre de leurs études rendent compte de leurs actions en les traçant par la voie informatique. Les agents faisant fonction d'aide-soignant, les personnels de service et de restauration qui sont également au plus près des personnes âgées n'ont pas accès à la traçabilité car leurs cursus ne l'incluent pas. Tous ces professionnels considérés comme non soignant doivent transmettre à un soignant ce qu'ils ont observé ou mis en place afin que celui-ci le retranscrive. Cela pose la question de la fidélité et de l'effectivité de la retranscription par un tiers.

Nous avons observé que dans les faits cette retranscription par un tiers été faiblement réalisée. De plus l'étude approfondie de ces transmissions montre que la teneur des informations est uniquement basée sur un registre sanitaire. Cela signifie que les actes tracés ne le sont que pour signaler un problème lié à la santé, au comportement, ou à l'alimentation. L'aspect social, ou même la question des besoins, son étude et la réponse apportée sont absentes de ces transmissions. Pour exemple, voici trois extraits de transmissions relevés concernant le service protégé lors de notre étude documentaire :

1. Cette transmission a été effectué le 03/ **01/2018 à 20h21** par une aide-soignante ; la cible choisie est le ***Comportement.***

   Monsieur T. « M. monte très vite en agressivité »

Nous n'avons pas relevé d'informations complémentaires durant quatre jours. Il n'y a pas eu de suivi retranscrit, jusqu'à l'apparition d'un nouvel évènement relatif à l'agressivité le 23/01/2018.

Se soucier de (caring about) est la seule dimension que nous pouvons valider dans ce cas. Les trois autres : *Prendre en charge (take care of), Prendre soin (care giving)* et *Recevoir le soin (care receiving)* ne sont pas effectives.

2. Retranscrite le **23/ 01/2018 à 13h07** par une aide-soignante, la transmission a été classifiée dans la cible ***Comportement***.

   Madame P. « Impossible de faire une toilette complète, elle me tape avec la serviette et les mains ».

Une action de réponse a été notée par l'aide-soignante *:*

« Discussion. Passé la main à ma collègue pour l'habillage ».

Cette transmission ne fait pas apparaître de la part du soignant une recherche de solution du pourquoi cette dame semble en difficulté. Seul le trouble est relaté avec une réponse qui ne semble pas appropriée et qui oblige l'agent à demander à sa collègue de poursuivre et terminer le soin technique de la toilette.

L'absence de transmissions de suivi nous prive de l'issu de cette situation et nous laisse à penser que ce trouble a duré dans le temps sans trouver d'issues favorables pour la personne et la soignante. L'agent observe, mais on ne sait ce qu'il a mis en place ou pas pour y répondre hormis de passer la main à sa collègue.

Tout comme dans la situation précédente la dimension *Se soucier de (caring about)* est effective, mais les suivantes *Prendre en charge (take care of), Prendre soin (care giving)* et *Recevoir le soin (care receiving)* sont absentes.

3. Cette transmission effectuée le **30/ 01/2018 à18h07** par une aide médico psychologique est notifiée dans la catégorie ***Comportement.***

   Monsieur B. « M. parle énormément…Domine par son langage tout le monde de l'unité, très compliqué de faire des activités avec les autres résidents, j'essaye de lui poser des questions tirées d'un quizz et ses réponses sont complètement à côté ; n'emploiera que des mots en rapports avec son métier ; conflit débutant avec M. T, en viennent aux mains ; monte en pression, cherche sa femme ; finit par aller dans sa chambre ».

Nous retrouvons une action menée par l'aide médico psychologique en réponse à cette situation **:**

« Séparation faites, M. B revient à la charge et veut se battre avec M. T

Signalé à l'infirmière ; je lui donne deux comprimés à 17h30 »

L'agent a suivi la situation et relate les usités de la solution médicale apportée :

« Donné deux comprimés en chambre ; les a pris sans problème. Vide son armoire, ce qui l'occupe et semble l'avoir apaisé ou canalisé »

Voici la réponse émanant de l'infirmière en poste, dont nous avons retranscrit ci-dessous un passage évocateur, et vient enrichir la compréhension sur la prise en charge de la situation :

« *véritable parfait discours de sourds avec au bout de trois jours d'agitation psychomotrice qui pourrait engendrait de l'agressivité physique ; l'isolement peut à certains moment faire partie de la CAT* (conduite à tenir) + *THERAPEUTIQUE […] Son épouse a téléphoné ce soir ; me demande des nouvelles et m'explique qu'elle se fait du souci ; me pose la même question plusieurs fois de suite ; je l'ai un peu rassurée en disant que sa belle-fille était passée dans l'après-midi et qu'après son départ, M. B s'était agité, donc je préférais lui donner des nouvelles plutôt que lui passer au téléphone »*

Cette situation de tension chez ce M. a duré trois jours sans réelle solution apportée autre que l'isolement et la thérapeutique.

Pour cette dernière et riche transmission, plusieurs éléments sont à analyser. La dimension *Se soucier de (caring about*) peut être validée du point de vue de l'aide médico psychologique, mais pas du côté d'infirmière qui qualifie la situation avec ce M. de « *véritable parfait discours de sourd ».* De plus ce M. cherche son épouse et celle-ci appelle pour prendre de ses nouvelles car elle est inquiète et l'IDE prend la décision de ne pas lui passer son époux au téléphone. Là clairement, la dimension du *se soucier de (le caring about),* n'est absolument pas existante pour l'infirmière en poste.

Concernant le *Prendre en charge (take care of),* l'aide médico psychologique essaie de comprendre, mais reste dans une vision centrée sur les pertes de ce M. Cette agent semble dépassée car elle ne semble pas anticiper la situation de conflit potentiel qu'elle repère pourtant avec un autre résident. Quant à *l'infirmière* elle applique un protocole sans chercher ce qui peut générer cette agitation.

A propos des dimensions *de Prendre soin (care giving)* et *Recevoir le soin (care receiving),* elles sont totalement exclues comme lors des précédentes situations.

Nous voyons bien que les transmissions réalisées par les soignants sont axées sur les seuls aspects fonctionnel et pathologique. Certes, la constatation de la situation est réelle, mais le suivi est absent jusqu'à ce qu'un autre évènement apparaisse. Toutes les transmissions observées sur le mois de janvier 2018 semblent se résumer à la mise en lumière des pertes des résidents, à leur inventaire et éventuellement à l'application d'un protocole sanitaire. Cela conduit à véhiculer une image dégradée et parcellaire des personnes accompagnées n'apportant finalement que peu d'informations.

« Les infos, il te faut aller les chercher - car il n'y a pas suffisamment de transmissions alors qu'on passe 10 heures sur 24 dans l'EHPAD ». (Extrait entretien n° 30).

Les actions réalisées par les soignants n'apparaissent que dans un cas et leurs résultats, ne font pas part d'une analyse ou d'une réflexion écrite.

Cela indique que la vision de *care*, de prendre soin n'est pas effective, dans le sens où elle se concentre seulement sur la première dimension : *Se soucier de (caring about),* les trois autres *: Prendre en charge (take care of), Prendre soin (care giving)* et *Recevoir le soin (care receiving)* sont absentes, ce qui ne permet pas à ce *care* de devenir le prendre soin effectif. Le care dont il est question dans ces transmissions est plus proche du cure (Winnicott,1988) que des principes du *care* (Tronto, 2009) tels que nous les proposons dans cette thèse. Cela nous est confirmé par un agent :

« *Dans les fonctions aide-soignante, il y a le technique et le prendre soin de la personne. Ici, il y a plus de soins techniques que du relationnel* ». (Extrait entretien n°17).

L'analyse des transmissions ciblées dans l'unité de vie protégée spécifique Alzheimer sur le mois de janvier nous a permis de fixer une image à un instant *t* du contenu des traçages. Nous avons relevé **dix** transmissions, ce qui est un nombre très faible rapporté au nombre de jours dans le mois ; les dix transmissions relatent des situations problématiques et aucune ne fait état des principes du prendre soin dans leur intégralité. De plus, **100 %** des transmissions ciblées véhiculent une vision déficitaire des personnes âgées et seulement **10 %** font état d'une amélioration de l'état signalé et des mesures engagées pour y parvenir.

Ce qu'il ressort de notre étude documentaire sur les transmissions ciblées est que les agents restent empreints de la logique sanitaire enseignée dans les instituts de formation qui axent leurs apports sur les réponses à apporter aux patients au regard d'une pathologie aigüe. Cet enseignement n'est pas critiquable puisqu'il est général et que les agents (*aide-soignant*,

infirmière) se doivent d'être polyvalents et capables de travailler dans tous les services, mais se révèle inadapté aux services de gérontologie qui sont avant tout des lieux de vie et non des lieux de soins (Villez, 2007). L'aspect de l'accompagnement en gérontologie est très peu développé dans les enseignements et l'étude des transmissions le met bien en évidence car seules les situations problématiques sont tracées. Elles le sont au regard du concept de besoins fondamentaux (Henderson,1977) (encadré 6) classés de 1 à 14 et enseignés en institut de formation (Boittin et *al*, 2002). Cette classification qui fait penser à une hiérarchisation est fortement marquée d'une logique sanitaire et semble influer sur la prise en compte de ces besoins par les soignants.

Seules les aides médico-psychologiques et les assistants en soins gérontologiques qui ont une formation plus axée sur l'accompagnement des personnes, échappent à cette logique, mais leur faible présence, évaluée à 15%[93] des soignants dans la structure, ne permet pas de corriger la tendance générale

Encadré 6 : classification des besoins fondamentaux selon Virginia

1. Respirer
2. Boire et manger
3. Éliminer
4. Se mouvoir, maintenir une bonne posture, maintenir une circulation sanguine adéquate
5. Dormir se reposer
6. Se vêtir, se dévêtir
7. Maintenir la température du corps dans les limites normales
8. Être propre, soigner et protéger ses téguments
9. Eviter les dangers
10. Communiquer
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs
12. S'occuper en vue de se réaliser
13. Se divertir, se récréer
14. Apprendre

Le fait de ne transmettre que des situations problématiques sans y apporter de solutions constructives et contextualisées ne met pas en valeur le travail des soignants. L'impression que cela donne est que leurs actions restent inabouties. Pourtant leur présence physique est effective, ainsi que leur contribution dans la résolution de problèmes, certes faible, mais réelle. Or dans ces transmissions, leur travail quotidien ne se limite qu'à gérer des troubles du comportement, tout le reste du travail en est absent jusqu'à en devenir invisible.

[93] Ce pourcentage arrondit est obtenue en retenant le chiffre de 19,75 soignants dont la structure est officiellement dotée

Les aides-soignantes ont « des savoirs qui sont qualifiés d'invisibles, implicites ou encore profanes ». Or, *les nombreux travaux de recherche sur les savoirs tacites des infirmières ont mis en évidence une approche méthodologique spécifique : les narrations, susceptibles d'être utilisées pour appréhender les savoirs invisibles des AS* » (Croyère, 2013, p.261)

Fort de ce constat, nous interprétons cela comme une possibilité de faire émerger les savoirs invisibles en retravaillant la manière de transmettre les informations dans les transmissions.

Afin d'affiner cette étude documentaire sur la traçabilité des soignants caractérisée par la faiblesse du prendre soin, nous avons souhaité soumettre ces résultats à l'observation des scènes du quotidien. Pour cela, nous avons élaboré une grille d'observation (annexe 3) selon les principes établis de l'éthique du *care* (Tronto, 2009)

IV.1.2.1. L'observation avec la grille de la réciprocité du prendre soin

La trame de cette grille d'observation utilise donc les principes du *care : se soucier, prendre en charge, prendre soin et recevoir le soin*. La réciprocité du prendre soin a été partiellement validée lorsque les quatre principes étaient observés. Cette première étape avait vocation d'en vérifier la fréquence d'apparition. Ensuite la réciprocité du prendre soin était validée et sa présence était actée seulement s'il était établi qu'elle avait un rapport avec les quatre principes.

La première situation d'observation avec la grille de réciprocité du prendre soin se déroule dans **la grande salle du secteur sécurisé.**

Choix et description du lieu d'observation.

Le lieu choisi est la salle principale du CANTOU qui se révèle centrale dans le service par son positionnement architectural et par son utilisation et qui est au départ un espace de circulation aménagé en salle (figure 9).

Cette salle fait office de salle polyvalente au sens où la plus grande partie des interactions soignants /résidents se pratiquent dans cette salle. Les résidents hors temps de repas et de repos passent la majeure partie du temps dans cet espace. Cela fait de ce lieu un site d'observation idéal de la manifestation du prendre soin.

La description qui suit est réalisée depuis l'entrée de cet espace.

D’une superficie de 55 m^2, cet espace est de forme rectangulaire. Dès l’entrée, dans l’unité de vie protégée spécifique Alzheimer, nous nous retrouvons dans un espace qui dessert un premier couloir sur la droite permettant l’accès à la salle de restaurant, la tisanerie et devant nous se trouve la pièce lieu d’observation.

Sur le mur de droite se situe tout d’abord une pièce où les soignants rangent leur matériel et chariot de soins. Puis un deuxième couloir qui donne accès aux chambres. Et enfin après ce second couloir est positionnée le long du mur, une télévision d’environ 100 cm x 60 cm insérée dans un meuble vitré d’environ 150 cm x 120 cm.

Une baie vitrée occupe la totalité du fond de la pièce. Ce mur de verre donne une vue sur le jardin avec en son centre une porte à double battant intégralement vitrée qui donne l’accès sur cet extérieur.

Sur la gauche se situe le bureau de la cadre des soins, suivi des sanitaires du service, d’un couloir desservant sur la gauche des chambres. Après ce couloir, le mur qui ferme ce parallélogramme reçoit trois banquettes de trois places et trois fauteuils disposant chacun d’une table adaptable mobile.

De part et d’autre de la baie vitrée se trouvent deux tables rondes avec quatre chaises chacune. Une dernière table ronde avec quatre chaises est positionnée après entre les sanitaires et les couloirs de gauche

Notre position.

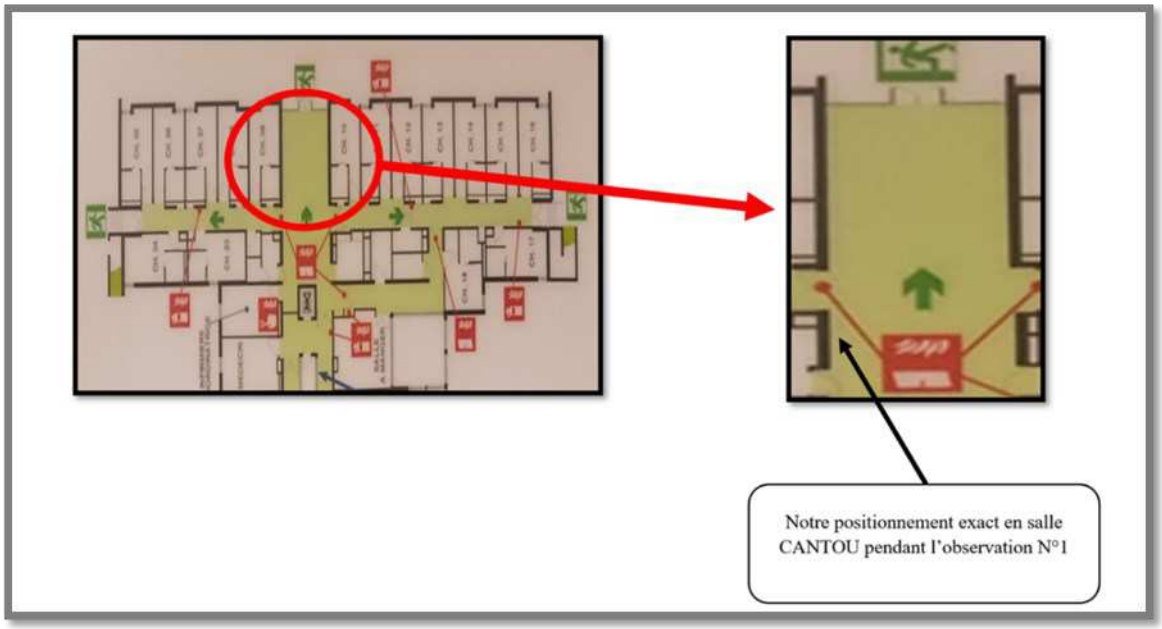


Figure 9 : site d'observation N°1

Nous sommes en observation dans la salle principale du secteur sécurisé. Assis sur une chaise devant une table située du côté gauche de la pièce (voir figure 7). Ce positionnement nous donne accès aux allées et venues des professionnels et des résidents entre cet espace, les chambres et l'extérieur.

Nous avons fait le choix de ne pas nous munir de support de note afin d'induire un minimum de bais d'observation. Seule notre téléphone posé sur la table nous sert de support pour annoter des faits ou paroles qui nous sembleraient importants à retranscrire avec le maximum de fidélité.

Le contexte.

Il est dix heures du matin, nous sommes en observation flottante depuis deux heures. Les agents de soins sont dans le temps fort de réalisation des soins de nursing. Au fur et à mesure que les toilettes sont réalisées, les résidents sont amenés dans cette salle. Les personnes valides sont installées sur des banquettes, chaises, ou fauteuils devant une table et les personnes en fauteuil roulant sont installées devant des tables fixes ou mobiles.

Au fur et à mesure de l'arrivée des résidents, le petit déjeuner leur est servi. Ce service de petit déjeuner débute aux alentours de 08H00 jusque 10h30 pour les derniers, ceci dans le but de respecter le rythme des résidents. Il est réalisé par un agent muni d'un chariot spécifique avec toutes les boissons et denrées nécessaires. Seules les personnes dont les toilettes sont effectuées au lit seront servies en chambre

Les faits observés.

Les soignants observés, quand ils ont fini le soin de nursing de la personne retournent à leurs chariots afin de trier du matériel réutilisable et le linge à laver qui sera mis dans les sacs dédiés. Les soignants à cet instant ne se soucient plus du résident, le laissant aller selon son gré. L'agent au service prépare le petit déjeuner en fonction de la personne qu'il voit arriver. Nous observons que l'agent qui prépare la collation est muni d'une fiche avec le régime et les préférences de chaque résident. Une fois la préparation faite, l'agent sert la personne si elle est assise à table sinon elle procède à son installation.

Après ce temps, aucun professionnel ne vient proposer aux résidents une interaction, les seules que nous ayons observées de cette matinée sont la toilette et le petit déjeuner.

Se soucier de : (validée)

Les agents en effectuant les soins de nursing et en servant le petit déjeuner à des horaires qui respectent leur rythme de vie se soucie de la personne.

Prendre en charge : (partiellement validé)

Nous observons une faible implication dans la réponse apportée par les agents qui semblent plus répondre à une check-list qu'à une recherche de réponse adaptée.

Prendre soin : (non validé)

Même si les agents sont en face de la personne, nous ressentons l'exercice du care au sens du cure c'est-à-dire un soin technique pour les agents.

Recevoir le soin : (non validé)

Aucun des agents qu'ils soient en poste de soignants ou au service du petit déjeuner ne viennent s'enquérir du besoin de la personne. Les actions observées sont organisées en protocole où le besoin est standardisé par des tiers à destination des résidents.

La réciprocité du prendre soin : (non validée)

Il n'est pas possible de valider la réciprocité du prendre soin. Certes les agents valident le *Se soucier de,* mais le *Prendre en charge* et le *Prendre soin* se révèle non valident. Enfin le dernier principe *recevoir le soin* ne peut être assuré car il n'y a pas de place dans cette organisation observée pour l'adaptation de la réponse à un besoin, tout est protocolisé.

L'aspect mécanique de toutes ces interactions démontrent qu'en finalité le *care* / *prendre soin* n'est que faiblement présent et pas suffisamment pour générer une réciprocité du prendre soin.

La deuxième situation d'observation se déroule dans **la salle à manger de l'unité de vie protégée spécifique Alzheimer.**

Description des lieux

La salle à manger est de forme carré et mesure 30 m². L'accès se fait par le couloir de circulation. Une grande baie vitrée coulissante d'environ 4m x 2,50m située à gauche de l'entrée de cette salle donne un accès extérieur sur une terrasse couverte.

Les résidents sont installés devant des tables rondes disposées comme suit **:**

- 2 résidents en fauteuil roulant occupent 1 table à gauche près de l'entrée de la salle,
- 2 résidents en fauteuil roulant et 1 assis sur des chaises occupent la table à gauche dans la continuité de la première,
- 2 résidents en fauteuil roulant et 1 résident assis sur une chaise sont à la table positionnée le long du mur en face l'entrée
- 2 résidents assis sur une chaise sont installés à une table jouxtant la table le long du mur en face de l'entrée
- 1 résident en fauteuil roulant mange seul en salle principale

Notre position.

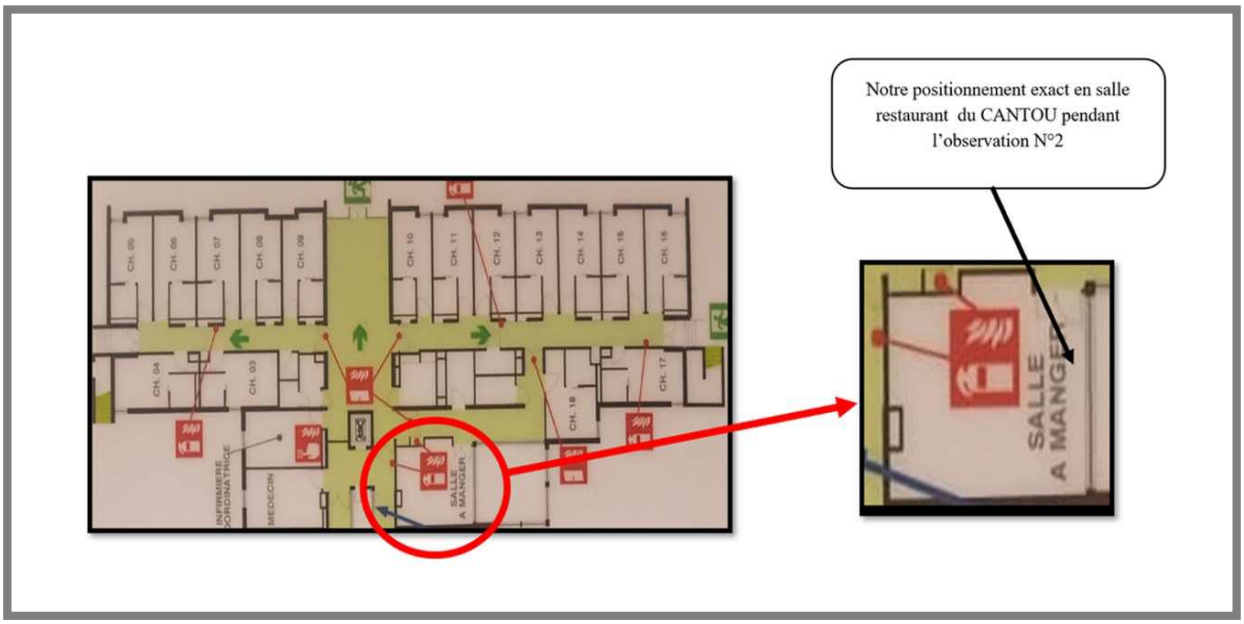


Figure 10 : site d'observation N°2

Nous sommes assis (figure n°10) au niveau de l'entrée de **salle à manger de l'unité de vie protégée spécifiques Alzheimer** ou CANTOU, afin de ne pas gêner les professionnels dans le service, mais également car cette position nous offre une vision panoramique de la salle et des interactions lors du repas.

Le contexte.

Il est 12h. Le service du repas a commencé depuis 15 mn suite à la livraison du chariot repas par un agent de restauration. Les agents ont positionné les résidents selon un plan de table établi et validé par l'encadrement des soins.

Les faits observés.

Trois agents sont au service du repas. Deux sont dédiés à l'aide des personnes en difficulté pour s'alimenter seules. L'agent qui est au service alterne entre le service des plats et la plonge de la vaisselle. Les interactions sont essentiellement entre agents. Nous n'observons aucune interaction entre les résidents.

Tout comme l'observation précédente, ce temps de repas semble calibré par le temps disponible et le respect d'un protocole : chaque personne a une place attribuée, avec un menu type.

Nous ne discutons pas le respect des procédures relatives aux régimes alimentaires, mais nous ne ressentons pas dans ce temps du repas les conditions favorables à la convivialité ou l'expression des résidents qui sont d'ailleurs silencieux, comme absents.

Se soucier de : (validé)

Les agents répondent aux besoins des résidents de s'alimenter

Prendre en charge : (validé)

Une aide par les professionnels est apportée aux résidents rencontrant des difficultés pour s'alimenter seul.

Prendre soin : (non validée)

Ce temps ressemble à un soin où tout est cadré sans réelle interaction comme on pourrait s'y attendre lors d'un repas.

Recevoir le soin : **(non validée)**

Il n'y a aucune réception des agents envers les résidents, ni pendant, ni après le repas.

La réciprocité du prendre soin : (validée)

La validation des principes du *care* lors de ce temps de repas n'est effective que pour les deux premiers. Ensuite nous retrouvons la dimension sanitaire qui tend à tout protocoliser même le repas excluant ainsi toutes dimensions d'échange ou de partage. Nous retrouvons l'absence de réflexion déjà identifiée dans les transmissions. Les agents exécutent le contenu de leurs missions sans faire preuve de réflexivité. D'ailleurs la mise à l'écart d'un résident jugé problématique pendant les repas démontre l'échec des agents face à une réponse adaptée aux besoins de la personne.

Force est de constater que les deux situations observées sont exemptes de prendre soin. Ces observations viennent corroborer le résultat émanant de l'étude des transmissions ciblées des agents et atteste que *le care / le prendre soin* dans cet EHPAD n'est pas la norme.

Ce constat nous a conduit à élaborer un programme de formation afin d'initier un changement de culture par l'apport de connaissances nouvelles et de mises en pratique accompagnées par la conduite du changement. Le déficit de prendre soin dans cet EHPAD nous est apparu criant et nécessitait selon nous d'intervenir en première intention sur cet apport.

Cette formation action nous a conduit à la mise en place du plan d'action N°1.

IV.1.2.2. Plan d'action N°1 : la formation action afin d'introduction d'une vision de care

Ce module de formation a été bâti d'après de l'étude documentaire et l'observation. Afin de répondre aux manques identifiés des professionnels de terrain, nous l'avons construit autour de trois questions :

- Comment apporter aux professionnels une nouvelle perception de l'accompagnement quotidien centré sur les personnes âgées et leurs aidants ?
- Comment rendre désormais les actions des professionnels visibles dans les indicateurs de performance comme le Pathos ?
- Comment opérationnaliser tout cela pendant le temps de la formation-action en vue d'une application terrain en suivant ?

En reprenant le principe de leçon en trois temps de la pédagogie Montessori, nous avons opéré le découpage de la formation selon trois temporalités distinctes avec des objectifs différents.

J1 présentation ; cette première journée était consacrée à la déconstruction des représentations négatives des agents sur les personnes âgées. Pour cela, des jeux de rôle ont été proposés aux stagiaires afin d'appuyer les apports théoriques et d'engager la discussion dans le groupe. Une fois démontré, l'aspect négatif de la vision déficitaire a été déclinée au point de vue des impacts délétères que cela entrainait sur l'organisation quotidienne de travail et sur les personnes (agents, résidents et aidants) dans l'accompagnement. Afin d'être fidèle aux fondements de la méthode Montessori originelle, un temps a été consacré à des exercices d'observation. Nous avons, par des jeux, exposé comment l'observation pouvait permettre d'accéder à des informations seulement disponibles par cette action.

Cette étape passée, il a été possible d'avancer les éléments de reconstruction d'un accompagnement valorisant pour les agents et les personnes âgées. Ainsi nous avons introduit l'idée de capacité ou expertise encore présentes chez les personnes âgées. Cette notion de capacité était peu présente voire ignorée jusque-là et par conséquent non mobilisée par les agents chez les résidents mais également pour les agents eux-mêmes.

Nous avons terminé ce J1 par un travail sur la visibilité des actions. La traçabilité, outil par excellence du NMP, est vue comme un outil de contrôle et de rationalisation qui occulte les manières de faire et les qualités relationnelles engagées (Causse, 2006). La traçabilité des actes de soin instaurée par les évolutions réglementaires est perçue par les professionnels du soin comme « *inutile car correspondant à des tâches supplémentaires non consacrées à la prise en charge du résident et donc non essentielles »* (Marquier et al, 2016, p.13). La traçabilité, qui été introduite à moyen constant, est souvent réalisée à la place d'autres missions, ce qui génère de la frustration chez les soignants (Marquier et al, 2016). Notre objectif a été d'expliquer qu'il était possible d'utiliser ce média afin de rendre visible les actions pratiquées au quotidien par les agents, celles qui disparaissent habituellement car jugées comme non codables (Pierron, 2020) dans une logique d'évaluation. En utilisant la traçabilité, non plus comme un outil de contrôle mais comme un éclairage, c'est une mise en lumière qui s'opère de tous ces actes du quotidien réalisés par les agents travaillant en EHPAD ; toutes ces expertises : un sourire lors de la distribution des traitements, le remplacement d'une ampoule défectueuse dans une salle de bain ou encore l'aide pour des démarches administratives, maintiennent le lien d'humanité. En reconsidérant la traçabilité non plus comme une surveillance du travail mais plutôt comme révélatrice du prendre soin, on introduit une part de *care* dans le NMP, voilà l'objectif.

J2 intégration ; afin de fixer les éléments vus la veille, nous avons proposé un débriefing et sollicité l'aide d'un agent afin qu'il note les réponses. L'avantage était double : permettre au

groupe de mutualiser ses savoirs et de prendre conscience de l'importance de la richesse du partage, ce qui permet de poser les bases d'une coconstruction. En effet plutôt que d'aborder cette notion d'un point de vue seulement théorique, nous avons choisi de l'illustrer par cette mise en action. Ensuite il a été plus facile pour les agents de comprendre que dans une coconstruction tous les acteurs agissent sans attendre tout du chercheur, tous les acteurs agissent de concert. Autre avantage, cela nous a permis de nous positionner en observateur pendant ce temps d'échange du groupe et de repérer les forces motrices dans chaque groupe

Après ce temps, nous avons organisé des répétitions guidées sur les notions acquises en J1. Par groupe de quatre, nous leur avons donné le choix entre quatre ateliers reprenant les thèmes vus en J1 : la vision déficitaire, la vision valorisante, l'observation et la visibilité des actes quotidien. Les groupes passaient à tour de rôle sur ces ateliers de mise en pratique. Notre rôle était alors d'être présent dans chaque atelier de les guider si nécessaire. Avant de changer d'atelier, nous demandions à chaque agent ce qu'il retenait de leurs expériences. Ensuite un débriefing en groupe reconstitué permettait aux agents d'échanger sur leurs vécus. Notre rôle était d'animer ce débriefing, de veiller à ce que chacun s'exprime.

J3 expérimentation ; en s'assurant de toujours mettre la personne en situation de réussite c'est la mise en pratique par les agents des principes vue en J1, expérimentée avec nous en J2 et appliquée par les agents eux-mêmes en J3.

Nous avions demandé à chaque agent lors du J1 de réfléchir sur une interaction à mener en J3. Constitués en binôme les agents préparaient et menaient l'action de leur choix sous notre observation. La constitution en binôme permettait aux agents de se sentir épaulés par leur partenaire. Si l'un deux pour diverses raisons ne prenait pas part à l'action, il participait tout de même en tant qu'observateur.

A la fin de chaque intervention, nous invitions les agents à débriefer avec nous sur leur ressentis, difficultés rencontrées et leurs réussites. Ensuite un retour étaient organisé en groupe reconstitué. Là chacun pouvait partager son vécu et des solutions collégiales étaient élaborées lorsque nécessaire.

Ce J3 a permis aux agents de constater les changements en temps réel et d'apprécier une relation valorisante pour eux et les résidents. Ils ont dans leur très grande majorité remis en question leurs pratiques et changé leurs regards. Notre accompagnement a consisté à leur permettre de s'engager dans cette démarche de changement de vision, dans la plus grande sécurité possible

afin qu'ils puissent se sentir en confiance, s'attribuer tout le mérite et poursuivre la démarche après l'action de formation.

Cette action de formation s'est étalée sur trois mois (janvier, février et mars 2018). À la suite de ce temps, nous avons souhaité recueillir la parole des agents. L'objectif étant de poursuivre l'adaptation de solutions en fonction des problématiques relevées et ainsi affiner notre stratégie de conduite du changement. A ce moment de la recherche, la tenue des entretiens semi-directifs nous a semblé idéale pour finaliser le diagnostic de la structure.

IV.1.3. Les conditions de travail dans cet EHPAD

Bien que la recherche par volonté de la direction soit circonscrite à l'unité de vie protégée spécifique Alzheimer, l'ensemble des professionnels de l'EHAPD a été partie prenante de la recherche-action.

Avant d'entrer directement dans la question du changement, nous avons souhaité recueillir l'avis que les agents portaient sur leur lieu de travail et les conditions d'exercice de leurs métiers.

Ces entretiens se sont déroulés sur un mois pour des raisons d'organisation de l'EHPAD ; ils ont débuté le 28/03/2018, un mois après la fin de l'action de formation et avant de pratiquer l'accompagnement au changement.

Pour la tenue de ces entretiens semi-directifs, nous avions demandé à la directrice de mettre à notre disposition la même salle pendant toute la durée des consultations des agents. Nous motivions cette requête par la nécessité pour les agents d'identifier un lieu unique et fixe qui ne change pas au grès des aléas organisationnels inhérents à l'EHPAD. De plus, connaître le lieu à l'avance permettait de ne pas ajouter de stress. En effet, lors de la présentation aux agents des différents temps qui allaient rythmer la recherche, nous avions perçu des inquiétudes relatives à ces entretiens semi-directifs.

Afin de faciliter la démarche d'obtention de la salle, nous avons proposé à la directrice le bureau de la psychologue qui n'était présente sur la structure qu'une journée par semaine. Cette solution nous paraissait adaptée car elle ne perturbait pas l'organisation de l'EHPAD, les agents connaissaient cet endroit et la seule journée de présence hebdomadaire dans l'EHPAD de la

psychologue nous permettait de planifier aisément des entretiens sans nuire à l'activité de celle-ci. La directrice a accédé à notre demande, ce qui a grandement facilité notre travail.

A propos de la planification des interviews, nous l'avons réalisé avec l'IDEC car elle seule avait une vision complète sur les plannings des agents. Nous avions posé comme préalable que la participation de chaque agent devait recueillir son assentiment et s'effectuer selon la plage horaire de son choix, ceci pour deux raisons ; la première était qu'il n'était pas question de soumettre l'agent à cet exercice s'il manifestait son refus d'y participer ; la deuxième est que les entretiens ne devaient pas représenter une gêne dans son quotidien, donc si l'agent souhaitait participer durant sa présence sur l'EHPAD au cours de son temps de travail, cela devait être rendu possible. Tous ces préalables ont été respectés. Tous les agents à qui il a été proposé de participer à ce temps d'entretien ont accepté librement et ont souhaité le faire durant leurs temps de travail. Seuls les agents de nuit sont revenus sur la structure selon la temporalité qu'ils ont choisie.

Une fois l'accord obtenu de tous les agents sur les jours et heures de leurs passages, l'IDEC a réalisé un récapitulatif affiché dans l'infirmerie ; nous avons débattu de cette solution car elle ne semblait selon nous pas respecter la confidentialité, mais l'IDEC nous a convaincu en avançant l'argument qu'elle avait demandé à tous les agents concernés leur accord obtenu à l'unanimité. L'infirmerie comme lieu d'affichage a été choisi car il est le passage inconditionnel de tous les agents lors de leur prise de service. L'autre intérêt et que cela a permis aux équipes d'organiser leur travail en fonction des absences ainsi programmées.

Nous avons donc réalisé trente-huit entretiens sur une période du 28/03/18 au 21/04/18. Nous tenons à rappeler qu'a cette période nous avions en parallèle une activité salarié à temps complet avec des déplacements sur la France.

Le bureau dans lequel s'est déroulé les entretiens se situe au RDC de la structure (figure 11). L'avantage de ce lieu est qu'il est connu de tous dans l'EHPAD sous la dénomination « bureau de la Psy » bien que commun avec le médecin coordonnateur. Cette pièce rectangulaire d'une vingtaine de mètre carré est équipée de placards situés sur tout le mur de droite ; au milieu de la pièce est positionnée une table ronde dite de réunion avec quatre chaises, une station de travail en L avec ordinateur occupe le fond gauche de la salle et une ouverture de type porte-fenêtre avec volet roulant électrique donne accès au parking personnel situé à l'arrière de l'EHPAD.



Figure 11 : localisation du bureau pour les entretiens semi-directifs

Nous avons opté pour réaliser les entretiens autour de la table ronde, cela nous semblait moins protocolaire que derrière la station de travail avec l'ordinateur. Sur la table, seul étaient présent un cahier, un stylo qui nous servait à la prise de notes éventuelle, notre téléphone, qui faisait office de dictaphone lorsque les répondants acceptaient que l'entretien soit enregistré, et le guide d'entretien.

Pendant les périodes d'interviews, nous avions confectionné un écriteau que nous apposions sur la porte sur lequel était inscrit « merci de ne pas entrer, en entretien ».

Entre chaque entretien, nous tenions la porte du bureau ouverte, ceci afin d'inviter les agents à entrer. Au début de toute session, nous recevions les interviewés et leur proposions de choisir leur place pendant l'entretien : soit en face à face, soit côte à côte, soit dos aux placards, soit face aux placards.

Une fois la place de chacun statuée, nous resituions la phase présente de ces entretiens dans le cadre du projet de recherche et les thèmes qui seraient abordés au cours de nos échanges. Il était également apporté un temps à l'explication de la possibilité d'enregistrer ces interviews. Nous apportions les garanties que les propos tenus enregistrés dans le cadre de ces entretiens resteraient anonymes, mais pas secrets. Cette nuance essentielle nous l'expliquions comme ceci :

- Anonyme signifiait qu'à chaque entretien nous avions attribué un code qui était répertorié sur un document qui permettait d'établir le lien entre le code de l'entretien et l'identité de la personne. Ce document nous étions le seul à y avoir accès, jamais aucune autre personne que nous-même ne serait en mesure d'établir formellement la correspondance entre des propos et une personne.
- Pas secret indique que leurs propos rendus anonymes pouvaient potentiellement être utilisés dans le cadre de cette thèse afin d'appuyer nos propos ou éclairer un contexte.

Tout cela a toujours été bien compris et accepté par les interviewés, nous prenons pour preuve la minorité de refus à l'enregistrement : seulement quatre sur trente-six entretiens et deux focus groupes.

Afin d'instaurer un climat de confiance entre les répondants et nous-même, la première question de ces entretiens semi-directifs devait donc faciliter l'entrée du répondant dans la démarche. Pour cela nous avons fait le choix de commencer par un thème de réchauffement (Gavard-Perret et al, 2012). Celui-ci a pour but de démarrer l'entretien par des sujets connus de l'agent, c'est-à dire relatif à son quotidien de travail afin de le mettre en confiance. Ce premier thème nous avons choisi de l'illustrer par des verbatims que nous avons recontextualisés dans un nouveau corpus et qui sont des Extraits de ces entretiens. Afin de situer les répondants, nous reprenons dans le tableau suivant (Tableau 14) les éléments de leurs profils.

Tableau 14 : profils des répondants qui émettent un avis général positif sur les apports de la formation action

N° Extrait entretien	Pôle	Ancienneté (en nombre d'années)	Catégorie
Extrait entretien **n° 29**	Hébergement	4	C
Extrait entretien **n° 21**	Hébergement	9	C
Extrait entretien **n° 03**	Soin	7	A
Extrait entretien **n° 11**	Soin	9	C
Extrait entretien **n° 20**	Soin	6	C
Extrait entretien **n° 33**	Hébergement	3	C
Extrait entretien **n° 05**	Soin	9	C
Extrait entretien **n° 06**	Soin	9	C
Extrait entretien **n° 24**	Hébergement	1	C
Extrait entretien **n° 30**	Soin	7	C
Extrait entretien **n° 15**	Soin	2	C
Extrait entretien **n° 10**	Hébergement	9	C
Extrait entretien **n° 31**	Soin	5	C
Extrait entretien **n° 07**	Soin	9	A
Extrait entretien **n° 18**	Soin	9	C

Le profil des répondants est hétéroclite. Plusieurs pôles sont représentés : les soins, le social, la restauration, et l'hébergement. Tous les statuts présents dans l'EHPAD au moment de la recherche figurent : titulaire, contractuel, contrat à durée déterminée et contrat à durée indéterminée. La tranche d'âge s'établit entre 25 ans et 60 ans. L'ancienneté des agents dont nous avons extrait les verbatims est comprise entre un an et dix ans soit la date d'ouverture de l'EHPAD.

Grâce à ce panel de profils qui croisent les différents services, âges et expériences, il nous est permis d'obtenir la plus grande diversité d'avis sur cet établissement en regard de toutes les variables possibles à ce moment-là de l'analyse.

Grâce à cette multiplicité de points de vue nous serons en mesure de dégager une image contextualisée de l'EHPAD à l'instant T et ainsi établir au terme de cette section 1 un diagnostic.

Afin qu'aucun lien ne puisse être établi et ne vienne mettre en péril l'anonymat des répondants, un minimum d'informations sont reportées dans les tableaux de profils des répondants.

Avec cette première série de verbatims, nous avons voulu connaître quelles appréciations générales les agents qui ne font pas partie du CODIR de l'EHPAD portaient sur leur lieu de travail ; la question posée est : ***Que pensez-vous de cet EHPAD ?*** avec une question d'approfondissement qui est : ***C'est comment de travailler dans cet EHPAD ?***

La question de l'esthétique a été mentionnée dans les premiers aspects positifs semblant revêtir pour les agents une importance non négligeable :

« C'est bien, il y a un côté bien c'est neuf ; dans l'ensemble tout le monde est sympa. » (Extrait entretien n° 29)

Puis les agents ont fait référence à la question des conditions de travail en mentionnant à plusieurs reprises l'aspect matériel et l'ambiance :

« Je pense que c'est le top, par rapport au matériel qui est adapté. » (Extrait entretien n° 21)

« *Bel EHPAD, avec du matériel. Les résidents sont écoutés de la part de soignants* » (Extrait entretien n° 03)

« *Franchement, on n'a pas à se plaindre* » (Extrait entretien n° 11)

« *C'est un bon EHPAD, c'est bien de travailler ici* » (Extrait entretien n° 20)

« *C'est un bel EHPAD, aéré avec du personnel. J'ai l'impression que les résidents sont là pour la journée et prêts à repartir chez eux le soir* **»**. (Extrait entretien n° 33)

Ces conditions de travail semblent suffisamment bonnes car elles favorisent, selon les répondants, la satisfaction dans l'accomplissement de leurs missions :

« *C'est bien, plaisant de travailler ici. J'ai des satisfactions de venir travailler ici. Jamais, je suis en arrêt ni en retard* » (Extrait entretien n° 21)

« *C'est plutôt positif de travailler ici car j'ai la chance d'avoir ce poste qui me laisse une certaine liberté avec une approche différente des résidents. Le soin toute la journée n'est pas mon kif* » (Extrait entretien n° 05).

« Je pense qu'on soigne bien les résidents » (Extrait entretien n° 06).

Certains agents sont même en mesure d'opérer des comparaisons entre leurs conditions actuelles de travail et des emplois similaires occupés antérieurement :

« Je suis enchantée ravie d'être ici. Cela fonctionne bien par rapport à d'autres structures que j'ai connues » (Extrait entretien n° 24)

« *Par rapport à d'autre EHPAD où je travaillais, c'est pas mal ici. Les résidents sont bien quand ils ont accepté le placement. En tant que professionnel, à mon niveau ça va* » (Extrait entretien n° 30).

« J'aime mieux les relations dans cette EHPAD que dans l'EHPAD que j'ai connu en Moselle » (Extrait entretien n° 15).

Les agents relèvent également la bonne réputation de l'EHPAD à l'extérieur des murs et cela semble avoir un impact. Un agent lie cette reconnaissance à la confiance accordée par les familles quant à l'accompagnement des soignants.

« La maison de retraite a bonne réputation, on s'occupe bien des résidents, c'est propre, ça sent bon, c'est agréable de travailler ici » (Extrait entretien n° 10)

« C'est une bonne structure avec de bons échos à l'extérieur. Les familles nous font confiance dans la majorité » (Extrait entretien n° 03)

Les agents soulignent également la bonne entente entre soignants :

« *Bon cadre de vie, très bonne équipe de soin, solidaire*. (Extrait entretien n° 20)

« C'est bien car il y a une entente entre l'équipe de jour et de nuit. C'est très important ». (Extrait entretien n° 31)

« *Cet EHPAD est pas mal. Il y a une bonne dynamique. Malheureusement, cela peut s'arrêter rapidement* » (Extrait entretien n° 07).

Enfin l'encadrement est reconnu comme participant à ces conditions de travail favorables :

« *C'est une très bonne EHPAD (sic), je pense qu'on a une très bonne directrice je pense que j'ai un chef au top* (responsable hôtelier), *quand c'était l'IDEC ma chef, au top aussi, rien à dire, je pense qu'on n'a pas trop à se plaindre ici* » (Extrait entretien n° 28).

« Je me régale par rapport à ce que j'ai connu dans mon ancien boulot, on s'entend bien avec les collègues des soins et de la cuisine, la chef (IDEC) *est arrangeante et à l'écoute. »* (Extrait entretien n°18)

Les premiers éléments que l'on peut noter avant d'aller plus loin dans l'analyse sont que sur les 29 agents interrogés ne faisant pas partie du CODIR, 15 agents ont donné un avis favorable à la question : « ***Que pensez-vous de cet EHPAD*** » ?

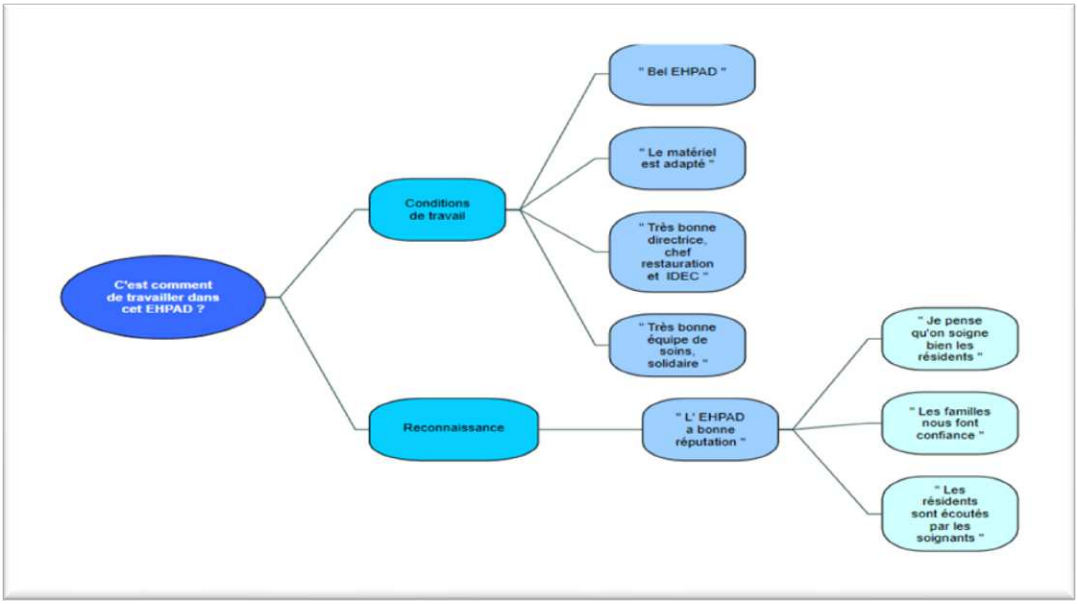
Cela représente plus de 51 % des agents interrogés. C'est donc une majorité de professionnels qui porte un regard plutôt flatteur lors de ces premiers retours d'entretien sur leur lieu de travail et c'est un premier élément à prendre en compte.

Nous avons effectué avec NVIVO12 une récurrence des mots d'une longueur minimales de six lettres les plus utilisés dans ces premières réponses (voir le tableau 15)

Tableau 15 : récurrence des mots de six lettres pour les premières réponses

Mots de 6 lettres minimum	Nombre d'apparition du mot dans le corpus	Pourcentage pondéré
Bonne	7	2 ,11
Travailler	6	1,81
EHPAD	6	1,81
Relation	4	1,21
Résident	4	1,21
J'aime	3	0,91

Afin de rendre cette première série de données plus accessible nous l'avons retranscrite sous la forme d'une carte mentale dans le logiciel NVIVO 12 (carte mentale 1)



Carte mentale 1 : représentation de l'EHPAD recueillie auprès d'une partie des professionnels hors encadrement

L'étude de cette carte mentale à propos de l'avis des professionnels hors CODIR de l'EHPAD nous apporte plusieurs indications.

La première impression qui se dégage est que cet EHPAD est bien perçu par une partie des professionnels qui ont une image positive de leur lieu de travail. Les professionnels reconnaissent que la dotation en matériel est suffisante et soulignent que leurs conditions de travail sont bonnes. Les termes *positif*, *bonne* ou *j'aime* sont plusieurs fois cités pour les qualifier. Un agent met en avant la liberté d'action qui lui est accordée dans ses missions. Un autre emploie même l'expression « *cadre de vie agréable* » (Extrait entretien n° 20) pour qualifier son lieu de travail.

Les locaux semblent bien tenus avec un soin apporté particulier à la diffusion de fragrances agréables.

La qualité d'accompagnement des résidents et la solidarité qui règne au sein de l'équipe soignante est mise en avant. Certains agents opèrent même des comparaisons avec des structures dans lesquelles ils ont exercé et qui étaient, de leur avis, bien moins qualitatives que cet EHPAD. De façon plus large, il semblerait que la reconnaissance de la qualité de cet EHPAD rayonne à l'extérieur de ses murs. D'ailleurs, les agents interprètent cette reconnaissance de la part des familles par la confiance que celles-ci leur témoignent.

Toutefois un propos formulé par un agent présent dans l'établissement depuis l'ouverture retient notre attention et précise que cet équilibre est précaire :

« *Cet EHPAD est pas mal. Il y a une bonne dynamique. Malheureusement, cela peut s'arrêter rapidement* » (Extrait entretien n° 07).

Un autre élément notable vient du fait que les soignants à ce stade de l'étude mentionnent clairement qu'ils ressentent de la reconnaissance et de la confiance de la part des familles mais n'associent pas spontanément leur encadrement à cette reconnaissance.

En rapprochant ces verbatims, il est possible de considérer que nous sommes potentiellement face à des signaux faibles (Ansoff ,1975) au milieu de signaux forts.

IV.1.3.1. Appréhender l'organisation de cet EHPAD par la théorie des signaux faibles.

Les signaux faibles sont des informations imparfaites qui ne permettent pas de comprendre, ni même d'entrevoir la portée d'évènements parfois menaçants (Caron Fasan,2001). Les signaux faibles sont souvent occultés parmi des informations qui font du bruit. Lesca et Blanco en 2002 vont plus loin en redéfinissant le concept d'Ansoff ; ils parlent de *signe d'Alerte Précoce* préfigurant des informations prédictives et de grande utilité pour le manager et l'entreprise. Ces données sont d'ordre qualitative. Selon Philippe Cahen le signal faible est la source d'un processus mental qui nous fait penser plus loin tant en amont de la pensée—sur les causes, qu'en aval de la pensée, le pourquoi—sur les conséquences, le que va-t-il arriver (Cahen, 2010). Les difficultés que l'on rencontre avec les signaux faibles sont de deux ordres : on ne les détecte qu'à condition d'être intuitif et/ou s'ils sont surabondants. La théorie des signaux faibles offre un regard différent et complémentaire pour et sur l'entreprise, qui permet de se reconnecter aux sensations et d'intégrer l'intuition dans le management !

En rapprochant le verbatim N°7 et le fait que les agents n'associent pas la reconnaissance et la confiance comme une attitude provenant de leur encadrement à leurs égards, cela nous indique la possibilité d'un signal faible. Cela nous invite à aller explorer si parmi toutes ces bonnes appréciations, il réside quelques voix dissonantes qui viennent apporter un autre point de vue sur la structure. Nous poursuivons cette démarche compréhensive avec le thème de **l'organisation de travail**. Dans notre stratégie, ce thème doit permettre à l'agent tous profils confondus (CODIR, inclus) de s'exprimer sur ses missions d'où la double question ; ***Qu'est-ce que vous faites ici ?*** avec une question de clarification ***Quelles sont vos missions ?*** Et une question d'approfondissement ***Qu'en pensez -vous ?***

Tableau 16 : profils des répondants sur leurs missions dans l'EHPAD

N° Extrait entretien	Pôle	Ancienneté (en nombre d'années)	Statut
Extrait entretien n° 04	Soin	9	C
Extrait entretien n° 25	Hébergement	9	C
Extrait entretien n° 27	Hébergement	9	C
Extrait entretien n° 30	Soin	8	C
Extrait entretien n° 15	Soin	2	C
Extrait entretien n° 03	Soin	8	A
Extrait entretien n° 36	Administratif	9	A
Extrait entretien n° 28	Hébergement	4	C
Extrait entretien n° 33	Hébergement	3	C
Extrait entretien n° 21	Hébergement	9	C
Extrait entretien n° 35	Soin	9	A
Extrait entretien n° 34	Hébergement	9	C
Extrait entretien n° 32	Social	5	A
Extrait entretien n° 11	Soin	9	C
Extrait entretien n° 31	Soin	5	C
Extrait entretien n° 23	Hébergement	3	C

Il est important de demander aux agents quelles sont leurs missions afin de recueillir des éléments de compréhension, sur le fonctionnement de la structure. Cette investigation va nous permettre d'entrer plus en profondeur dans l'organisation du travail de cet EHPAD (Piot et Thievenaz,2017) et de ses caractéristiques :

« Mes missions ? J'accompagne les personnes dans leur quotidien avec les troubles cognitifs. Au quotidien, c'est une remise en question permanente nécessaire à réévaluer » (Extrait entretien n° 04).

« Je confectionne les repas. J'exécute et réalise les menus imposés, recettes, fiches en cuisine à suivre de près. Nous, on suit une organisation, tout écrite et toute tracée, pas moyen de sortir de ça » (Extrait entretien n° 25).

« Je suis là depuis l'ouverture, je suis agent social, j'ai démarré au petit-déjeuner à l'étage pendant quelques années après je suis passée au cantou, pour les horaires je vais être honnête, je suis restée quelques années, ça me plaisait et je suis passée ensuite à la lingerie pour les horaires, aussi voilà je suis seule avec mes filles et finir à 21h tout le temps c'est un petit peu compliqué voilà » (Extrait entretien n° 27).

« *Mes missions : l'accompagnement, la surveillance et veiller au bon déroulement de la nuit,*

les angoisses etc…

La nuit, on est deux, un aide-soignant et un agent. C'est ma responsabilité d'aide-soignant de gérer la résidence la nuit ». (Extrait entretien n° 30)

« *Je suis ici depuis Novembre 2014 en tant que faisant fonction d'aide-soignant avec une VAE*[94] *que je viens de passer. Mon rôle est l'accompagnement du résident avec une prise en charge globale du résident. Je suis sur un poste de remplacement et en ce moment je suis souvent au secteur protégé. J'ai un planning tous les mois mais je n'ai pas de roulement* » (Extrait entretien n° 15).

« *En tant qu'infirmière je m'occupe de ce qui est médical, mise en relation avec les médecins, les traitements, les rdv, détecter les problèmes, dégradation de l'état de santé* » (Extrait entretien n° 03)

« *alors mes fonctions dans l'établissement sont essentiellement des fonctions de direction de l'établissement , donc de pilote en quelque sorte et donc c'est un rôle qui est assez vaste puisqu'il couvre tous les domaines, il doit englober le domaine administratif, tout ce qui est gestion, ce qui est technique, tout ce qui est respect de la réglementation, tout ce qui est transmission aux autorités de tarification, rendre compte et rendre compte particulièrement au président du CCAS et d'une manière générale aussi être en poste pour non pas diriger les soins mais encadrer les pratiques, toutes les pratiques de l'établissement et ça va de la personne qui fait le ménage à l'infirmière même au médecin coordonnateur puisque le directeur par principe est responsable de tout ce qui se passe dans l'établissement, voilà* ». (Extrait entretien n° 36)

« *Je pense que mes missions sont importantes, pour la qualité de vie du résident par exemple : une lumière qui ne fonctionne pas peut énerver un résident qui perd ses repères.*

Sans me vanter, j'ai réellement la fibre sociale, même à l'armée je faisais du social » (Extrait entretien n° 23)

La charge de travail de certains agents apparaît conséquente. Il semble que polyvalence soit encouragée dans cet EHPAD tant dans le secteur des soins que de la restauration :

[94] Validation des acquis et de l'expérience

« *Je suis rentré comme agent polyvalent en restauration. Je fais la mise de table, je prépare le petit-déjeuner je fais le service en salle de restaurant, entretien des locaux restauration, toilettes.*

Le travail, c'est énorme on a des chariots à remplir ceux des étages du rdc, on fait le service de la salle restaurant, débarrasser le service de salle ; la plonge.

Donc je fais des remplacements cuisine depuis 3 ans et ensuite je suis maintenant à la confection des repas comme cuisinière et depuis 3 mois, je suis à temps plein à la cuisine pour la confection des repas » (Extrait entretien n° 28)

« *d'une manière générale, ce sont des missions qui sont assez larges et qui sont pour certaines assez complexes, qui pour ma part je pense demande une certaine expérience, une certaine maturité aussi et surtout une bonne maîtrise on va dire technique entre guillemets »* (Extrait entretien n°36)

« *Je suis agent de restauration. Je remplis les placards des offices de denrées alimentaires, je mets la table, je fais le service de table, je fais la plonge. J'ai également la mission de faire les commandes quand mon responsable de restauration est absent, j'ai aussi la mission d'être en livraison pour réceptionner les marchandises. De temps en temps, je suis agent d'accueil EHPAD quand l'agent d'accueil n'est pas là. Je me suis aussi engagée bénévolement pour coiffer les résidents qui n'ont pas les moyens de payer cette prestation. Je fais également l'entretien complet (du mur au plafond) de certains locaux en restauration. Mais il en est hors de question car j'ai trop de casquettes c'est le responsable qui ne le veut pas ».* (Extrait entretien n° 33)

« *Je suis agent majoritairement mais quand il y a besoin en tant qu'aide-soignant, l'Infirmière coordonnatrice me met en faisant fonction d'aide-soignant et j'aime cela de temps en temps même si je n'ai pas le salaire d'aide-soignant* ». (Extrait entretien n° 21)

« Je n'encadre qu'une catégorie de personnel ce que je viens de dire, les agents qui assure l'hygiène des locaux auprès des résidents, les agents de soins. D'autres missions sont un peu extérieures à l'encadrement du soin, puisqu'il y a les plannings, la gestion des fournisseurs, les devis lorsqu'il y a des achats de matériel médical, la préparation de la paie des agents que dont je m'occupe, cela représente une quarantaine de personnes, le recrutement tout ça, ce sont les à-côtés qui font pas partie de l'encadrement propre des agents » (Extrait entretien n°35).

« *Je gère les plannings des administratifs, technique, lingerie, restauration, environ 14 agents avec état préparatoire de paies… et je suis catégorie C agent de maitrise principal ;*

Je suis responsable restauration lingerie, sécurité et responsable de l'hygiène (utilisation produit, matériel, démarche qualité des locaux avec conseil, suivi et contrôle…) et je vais essayer de prendre progressivement la partie hébergement

J'aimerais être associé aux embauches de personnel autre que la cuisine et lingerie. je me car je me trompe rarement

Je pense que j'ai beaucoup de missions, mais je suis dans mon truc et tout me plait. J'aurais du mal à laisser une de ces missions.

Je suis le relais entre les agents et l'autorité enfin la direction quand je suis consulté, je donne mon avis comme un consultant technique (Extrait entretien n° 34)

« *Je suis dans l'établissement depuis 2009. J'ai voulu construire ma fiche de poste afin d'y avoir certaines missions : évaluation, diagnostic de la personne âgée, trouble du comportement, trouble de l'humeur, altération cognitive : ça c'est l'aspect purement clinique et psycho technique obligatoire dans les missions du psy avec la convention tripartite. Ensuite, je participe à la rédaction du projet de vie de la personne âgée. Ensuite, j'ai voulu rencontrer absolument toutes les familles pour un accompagnement dans la transition du domicile à la Résidence et de plus les familles m'aident énormément à la constitution de l'histoire de vie. J'ai voulu également mettre en place des réunions pluridisciplinaires, des groupes d'analyse de pratique afin d'avoir un espace pour prendre en compte la parole du soignant, puis avoir des transmissions des troubles du comportement et d'y trouver des réponses ou stratégies et ça me permet d'être en lien avec le cadre de santé pour avoir un discours unique auprès des soignants autour du résident avec un regard mutualisé dans cette réunion.*

Par ailleurs, j'ai également une mission sur la régulation qu'on a rajouté avec l'équipe de restauration 1 fois/mois. C'est une réunion d'information sur les pathologies et les attitudes à avoir auprès du résident lors des repas. Je suis bien sûr en lien avec la Direction pour « capter » les projets en cours.

Tout cela se gère en 1 jour semaine car j'ai une capacité de travail rapide. Tout ce qui est fait est tracé. (Extrait entretien n° 32)

« *Je suis polyvalente. Mi aide-soignante /Mi Animatrice. En tant qu'animatrice j'aimerais être formée. Au départ, on devait le faire juste pour le remplacement de l'animatrice. Depuis cela dure* » (Extrait entretien n° 11).

Après ce second temps d'analyse des entretiens semi-directifs, notre intuition de la présence de signaux faibles (Ansoff, 1975 ; Cahen,2010) semble se préciser au fur et à mesure. Éclipser par une bonne image de l'EHPAD rayonnante à l'extérieur, nous aurions pu occulter ces signaux d'alerte précoce (Lesca et Blanco,2002) noyés parmi les retours positifs d'une grande majorité des agents lors des entretiens semi-directifs. Or là il apparaît que d'après d'autre points de vue fournis par les agents donnant une image différente et complémentaire de l'EHPAD.

Plusieurs verbatims nous invitent à la vigilance sur les conditions de travail dans cet EHPAD. Comme lorsque l'agent de restauration indique que l'organisation de travail est cadrée sans possibilité de sortir un tant soit peu de ce cadre (Extrait entretien, n°25) dans un métier comme la cuisine, cela nous interroge. Certes, les menus doivent respecter des normes précises, mais ce sont des professionnels qui connaissent les enjeux et les règles.

Ou encore la situation de cet agent qui depuis trois ans a fonction d'aide-soignant, en contrat précaire sans roulement fixe (Extrait entretien n° 15), un agent qui travaille donc comme une aide-soignante sans percevoir le salaire qui est attribué aux diplômées et sans disposer d'un rythme de travail équilibré. Cet agent cumule toutes les difficultés.

Que penser des missions surabondantes du responsable hôtelier qui est demandeur d'une telle charge et envisage de rallonger sa liste (Extrait entretien n°34). On est en droit de se demander, comment peut-t-il en une journée assurer convenablement toutes ces missions ?

Comment appréhender la surcharge de travail de cet agent de restauration polyvalent multi-tâches dont les missions vont de la mise de table, à la réception des commandes avec un suivi de la traçabilité des températures, en passant par la fonction agent d'accueil de l'EHPAD lorsque le besoin se présente pour finir par des missions de bénévolat dans la coiffure pour les résidents (Extrait entretien n° 33), tout cela en contrat précaire ! Comment le responsable d'hôtelier et /ou la direction peuvent-ils valider cela ?

Enfin, certaines situations de remplacement paraissent devenir pérennes. C'est la situation de cette aide-soignante qui devait de façon temporaire pallier l'absence de l'animatrice, mais qui constate que la situation perdure. La polyvalence qui lui est demandée en assurant un mi-temps

aide-soignant et un mi-temps animatrice ne semble pas accompagnée. En effet elle n'est pas formée pour ces nouvelles fonctions malgré sa demande (Extrait entretien, n°11).

Tout cela nous engage à approfondir encore un peu plus la question des conditions de travail avec une troisième phase d'analyse de ces entretiens d'agents. Nous souhaitons désormais apprécier comment la charge de travail élevée d'après les indicateurs se traduit sur le terrain et quel type de management est pratiqué.

IV.1.3.2. Quelle place accordée à la reconnaissance, à la confiance et au travail invisible ?

Nous allons donc analyser en approfondissant les thèmes tels que la satisfaction au travail, la reconnaissance et le type de management à l'œuvre au quotidien dans cet EHPAD des questions comme : *Que pensez-vous de votre quotidien de travail ? Comment se manifeste la reconnaissance à votre égard ? Le management est-il facilitant ou limitant, qu'est-ce qui vous permet de le dire* ?

Voici le profil des prochains répondants (Tableau 17) au thèmes la satisfaction au travail, la reconnaissance et le type de management dans cet EHPAD.

Tableau 17 : profils des répondants qui manifestent des difficultés dans leur quotidien de travail

N° extrait entretien	Pôle	Sexe	Age	Ancienneté	Catégorie	Statut
Extrait entretien n° 18	Soin	F	37	2008	C	Titulaire
Extrait entretien n° 11	Soin	F	34	2008	C	Titulaire
Extrait entretien n° 19	Soin	F	48	2008	C	Titulaire
Extrait entretien n° 01	Hébergement	H	54	2008	C	Titulaire
Extrait entretien n° 14	Soin	F	28	2017	C	CDD
Extrait entretien n° 06	Soin	F	43	2008	C	Titulaire
Extrait entretien n° 17	Soin	F	47	2015	C	CDD
Extrait entretien n° 09	Soin	H	29	2015	A	CDD
Extrait entretien n° 05	Soin	F	54	2008	C	Titulaire
Extrait entretien n° 20	Soin	F	38	2011	C	Titulaire
Extrait entretien n° 32	Social	F	49	2012	A	CDI
Extrait entretien n° 03	Soin	F	30	2009	A	CDI
Extrait entretien n° 23	Technique	H	42	2014	C	Titulaire
Extrait entretien n° 02	Soin	F	44	2012	A	CDD
Extrait entretien n° 30	Soin	H	56	2009	C	Titulaire
Extrait entretien n° 25	Hébergement	F	40	2008	C	Titulaire
Extrait entretien n° 04	Soin	F	55	2008	C	Titulaire
Extrait entretien n° 13	Soin	F	42	2008	C	Titulaire

Si l'on ne note pas de plaintes chez les personnels encadrants face à leur charge de travail, les professionnels de terrain encadrés eux manifestent quelques difficultés. La **satisfaction au travail** (Hergue et al, 2019) des professionnels non-CODIR est affectée :

« Les résidents sont plutôt bien et nous aussi, c'est bien ici, même si depuis mon retour je trouve que par rapport au début l'ambiance est plutôt bof » (Extrait entretien n°18)

« *J'aime bien l'ambiance de travail, on s'entend bien entre les collègues et les agents de la cuisine. En ce moment, on a plus de mal avec le responsable de restauration, l'administratif et la Direction.* » (Extrait entretien n°11)

« Je ne suis pas tout à fait contente de mes missions. Notre chef (IDEC) *le voit qu'il manque du personnel, mais pour des raisons de budget la Direction ne remplace pas.*

C'est donc difficile de mettre en place des choses sur la durée, il nous faudrait des mains supplémentaires. Les résidents qui entrent sont de plus en plus grabataires ». (Extrait entretien n°19)

La charge de travail importante se vérifie sur le terrain. Elle est attribuée par les professionnels à une dépendance en augmentation des résidents et un manque de personnel dû à un récent *turn over,* tout ceci venant impacter la qualité de leur travail :

« *Dans notre quotidien, on côtoie les difficultés de la dépendance et ça représente un certain poids parfois* ». (Extrait entretien n° 01)

« Je suis aide-soignant depuis un an et je fais de l'accompagnement auprès des résidents dans leur quotidien. Je les écoute, je satisfais à certaines de leurs demandes.

On peut être frustré par rapport au temps. On prend à peu près quinze minutes pour une toilette et c'est le moment le plus long que je passe avec eux car après dans la journée, c'est juste un passage.

Par exemple, ce soir on est quatre pour le coucher : deux agents qui partent à 19h et deux aide-soignant qui partent à 20h30. C'est trop juste. Au quotidien, il me manque du temps pour me satisfaire du travail que je réalise donc l'accompagnement n'est pas assez complet. Du coup, ma mission du maintien de l'autonomie n'est pas totale. Je priorise mes actions par exemple le maintien de la marche sur le temps que j'ai au moment de la toilette ».

Ce manque de personnel dure depuis environ 1 mois ». (Extrait entretien n° 14)

« *Il est entendu que s'il manque du personnel, les agents de ménage passent en soin et cela arrive assez souvent ; depuis décembre, il manque toujours des personnes et les arrêts sont pas remplacés, avant oui. Ce matin, j'ai dû lâcher une stagiaire car je n'avais pas le temps de développer l'apprentissage alors elle est allée faire des aides toilettes, alors que je devrais l'encadrer. Je ressens une grande fatigue. Il faut aller toujours vite, le soin n'est pas fait correctement. Tout cela dû au manque de temps* ». (Extrait entretien n° 06)

« Mes missions d'aide-soignante baissent en qualité. Quand je suis arrivée en avril l'année dernière, j'ai trouvé qu'on avait le temps mais en ce moment il manque du personnel depuis un moment et c'est épuisant ». (Extrait entretien n° 17)

« Cette année, il y a eu plus de turn- over. Les aides-soignants n'ont pas le temps de former quelqu'un tous les deux jours, d'où impact sur la qualité des soins ». (Extrait entretien n° 09)

La satisfaction au travail des professionnels de terrain au plus près des résidents n'est plus au rendez-vous malgré **la confiance** (Santoni et *al*, 2016 ; Marzano,2012 ; Cornu, 2003) accordée par le cadre des soins aux agents :

« C'est avec l'IDEC que j'ai rapport au quotidien que je discute. Ce sont des rapports facilitants avec la cadre grâce à la confiance qui s'est installée entre nous. Elle n'a pas besoin de me dire à chaque moment ce que je dois faire. J'ai de la liberté dans mes actions, je peux mettre en place sans avoir à passer par elle à chaque fois. ». (Extrait entretien n° 05)

En effet les propos des agents font état d'une rupture de cette confiance envers la direction :

« *C'est un bon EHPAD. On pourrait faire plus de choses si on nous faisait plus confiance de la part de la direction. Quand elle* (la directrice) *n'est pas là, ça tourne bien* ». (Extrait entretien n° 20)

« Depuis peu, il y a eu une rupture motivationnelle car j'ai vu qu'on m'avait berné sur mes échelons. À partir de là, je l'ai vécu comme une rupture affective. Je me croyais en famille et je ne l'étais pas ! Je n'ai plus eu confiance en la direction » (Extrait entretien n° 32).

La **reconnaissance** pour les agents elle, vient des usagers :

« Les résidents sont eux reconnaissants » (Extrait entretien n° 05)

« Les familles nous font confiance dans la majorité » (Extrait entretien n° 03)

Il arrive que cette reconnaissance vienne parfois du CODIR, mais de façon inégale et peut effective même si un de ses membres en donne une définition éclairante :

« Le lien avec les services doit être tous vers le même objectif qui est le bien être des résidents. Il est important de valoriser chaque acte de chacun afin d'avoir une certaine reconnaissance. Cela dépend des personnes mais la psychologue me reconnait comme quelqu'un de proche des résidents et appréciés d'eux. » (Extrait entretien n° 23)

Un seul membre de ce CODIR est cité comme faisant preuve de reconnaissance envers les agents :

« *L'IDEC, plusieurs fois quand j'ai pris sur mon temps de ménage pour passer du temps avec des résidents, m'a dit que c'était bien et m'a encouragé* » (Extrait entretien n° 01).

« *L'IDEC quand je suis arrivée m'a tendu la main, et elle s'est occupée de moi et a fait l'entretien qu'elle avait à faire avec moi. Cela a tout changé avec son sourire.*

Je savais qu'au moins avec cette personne là quelque chose se passait.

Après l'entretien, elle m'a présenté à toute l'équipe qui était en pause et une aide-soignant a dit également salut, tu es la bienvenue. Pour moi c'est important » (Extrait entretien n° 02)

Alors des voix commencent à nous livrer que certains membres de ce CODIR ne valorisent pas du tout les agents allant jusqu'à ignorer leurs actions rendant leurs **travail invisible** (Arborio, 2019. Gomez, 2013 ; Molinier et al, 2009 ; Calmus 2010 ; Bonnet, 2006), instaurant une **reconnaissance empêchée** (Barel et al,2019 ; Clot, 2010 ; El Akremi et al,2009) dans cet EHPAD **:**

« J'espérais qu'en EHPAD j'aurais plus de temps pour mes missions d'infirmière que j'aime que ce serait possible de faire du bien au gens de s'occuper d'eux, mais non. Un chef qui connaît le déroulement d'une journée comprend les autres, non ? La seule chose qu'ils (la directrice et le responsable hôtelier) *voient c'est pourquoi tu n'as pas fini ton travail, Du travail invisible il y en a de fait, mais ça ils ne veulent pas le voir ».* (Extrait entretien n° 02).

« La reconnaissance ? Aucune et même quand tu appelles la nuit, l'astreinte ne vient pas.

Pas de reconnaissance financière non plus à part la prime de nuit. On te dit même pas merci le lendemain quand tu as fait le travail de l'astreinte qui lui est payé pour, alors qu'il est pas venu.

C'est général, il n'y a pas qu'ici que le travail de nuit tu n'es pas pris en considération. (Extrait entretien n° 30)

« *Je suis aidé par l'équipe de soin ou de restauration ou de la lingerie selon la demande quand j'ai une famille en difficulté à l'accueil mais je ne suis pas reconnu par la direction* ». (Extrait entretien n° 25)

Cette **reconnaissance empêchée** (Barel et al,2019 ; Clot, 2010) attribuée à certains membres du CODIR semble dirigée également vers des membres de l'encadrement également membres du CODIR faisant apparaître que le pouvoir dans cet EHPAD est concentré au sein d'un petit groupe :

« Ils sont un petit groupe, la directrice, le responsable restauration, le comptable des gens pas net qui ne respectent pas les gens et encore moins leur travail.

Ce n'est pas la même bande entre le soin et le reste. Ceux qui auront la considération c'est le reste ! » (Extrait entretien n° 04)

« Dans l'équipe de direction, on ne me demande pas trop mon avis. Pour moi une équipe de Direction, c'est prendre l'avis de tout le monde et prendre une décision collégiale. On devrait même prendre l'avis de tout le personnel, des résidents… surtout pour une décision qui impacte l'environnement proche par exemple : l'extension de la salle à manger ou l'installation distributeur de savon » (Extrait entretien n° 23)

« il y a eu un moment une reconnaissance du genre : l'IDEC et moi nous étions sœurs et la directrice était notre mère. Mais les points communs qu'on croyaient avoir ne le sont plus… La directrice a donné du pouvoir à quelqu'un d'autre ce qui nous a peut-être déplu. En revanche, on ne supporte pas l'injustice au regard des résidents et des filles ». (Extrait entretien n° 32)

Sur le terrain les agents ne se sentent pas accompagnés dans leurs difficultés liées à la surcharge de travail. Nous percevons que pour les agents, la **confiance** (Santoni et *al*, 2016 ; Marzano,2012 ; Cornu, 2003) depuis peu est rompue envers la direction.

Cette crise de confiance est corrélée avec une communication qui n'est plus opérante entre la direction et les agents de terrain :

« Avec la Direction, il n'y a même plus de communication. À chaque fois qu'on communique on se fait réprimander, donc on ne dit plus rien. Depuis deux ans et demi, les choses ont changé. Cela a été progressif et là çà s'accentue de plus en plus heureusement que les agents sont soudés car on avance ensemble. Sinon, j'aurais déjà démissionné. (Extrait entretien n°03)

« Pour ma part, il y a un problème aussi de communication avec le responsable de restauration. Il prend mal toutes les informations et ou réflexions qu'on peut lui faire.

Il se sent agressé à chaque fois que je lui parle. Je le dérange car je suis quelqu'un de cash et il n'aime pas cela. » (Extrait entretien n°11).

IV.1.3.3. Le management à l'œuvre dans cet EHPAD.

À ce moment des échanges où la parole commencent à se libérer, il nous a semblé être l'occasion idéale pour appréhender le management à l'œuvre dans cet EHPAD. Nous avons questionné les professionnels ayant avec la direction un lien direct soit hiérarchique, soit fonctionnel dans l'organigramme officiel de la structure (schéma 13).

Les verbatims suivants illustrent le recueil de la parole des managers dans un premier temps puis des professionnels sur l'aspect organisationnel. L'objectif étant de comprendre comment ces managers perçoivent et exercent leurs actions managériales

Tableau 18 : profils des répondants du CODIR à la question sur le management

N° Extrait entretien	Pôles	Ancienneté (en nombre d'années)	Catégorie
Extrait entretien **n° 36**	Administratif	9	A
Extrait entretien **n° 34**	Hébergement	9	C
Extrait entretien **n° 32**	Soin	5	A
Extrait entretien **n° 23**	Hébergement	3	C
Extrait entretien **n° 35**	Soin	9	A

Nous leur avons posé la question : ***que représente pour vous le terme management*** **?** Après la réponse donnée nous enchaînions avec une question d'éclaircissement qui était **: *comment l'appliquez-vous au quotidien*** **?**

« *Alors moi le management m'évoque un peu plusieurs choses ; ça peut évoquer le berger qui conduit son troupeau et donc voilà dans le troupeau il peut y avoir tout et n'importe quoi. Il peut y avoir des personnalités réfractaires, il peut y avoir des personnalités difficiles, il peut y avoir des personnalités avec des égos un peu surdimensionnés et en fait le rôle de manager c'est de faire avancer tout ce monde-là dans le bon sens, ce qui peut se révéler extrêmement compliqué.*

je vais prendre un exemple de management difficile, alors on a une forte personnalité très autoritaire par exemple qui va essayer d'imposer son point de vue qui n'est pas forcément un mauvais point de vue par exemple à des soignants et ce point de vue qui n'est pas un mauvais point de vue peut -être mal exprimé et, étant mal exprimer, mal vécu de l'autre côté, du côté des gens qui le reçoivent donc à ce moment-là le management va consister à essayer d'éclairer la lanterne et de l'un et de l'autre pour que tout le monde puisse voir la même lumière et voit que cette lumière va servir à tout le monde et pas juste des petits positionnements , « oui mais j 'ai raison , et lui il a tort, voilà ». (Extrait entretien n°36)

« *Alors le management c'est comment gérer une équipe pour atteindre l'objectif. En numéro UN c'est la sécurité, c'est le discours que je tiens à mes équipes.*

Et sur le nouvel organigramme, je suis à côté de la directrice et dans le cadre de la prévention en tant qu'assistant de prévention je suis au même niveau que la directrice mais sans lien avec les autres employés. A Paris j'étais directeur, j'ai besoin d'être un peu partout et d'apporter ma rigueur car je trouve qu'il manque de rigueur un peu partout. Ce qui est différent de mes postes antérieurs d'encadrement, c'est qu'il y avait la discipline qui permettait de tenir tout le monde que là dans l'EHPAD, c'est plus difficile (Extrait entretien n° 34)

« Coaching, accompagnement des équipes, redynamisation sur le plan de la motivation des équipes, recadrer des règles quand nécessaire. Je suis semi-directive. Mon management est limitant, puis facilitant. Il faut toujours d'abord le cadre car souvent le contraire est source d'échec et donc on perd la confiance en soi ». (Extrait entretien n° 32)

« C'est la faculté d'arriver à l'objectif final qui est la mission dans les meilleures conditions, avec la meilleure stratégie dans un bon environnement. Moi je ne sépare jamais le côté management avec les fiches de poste à suivre et le l'aspect humain de l'agent.

Pour moi manager ne s'apprend pas à l'école » (Extrait entretien n° 23)

« C'est un bien grand mot ! Pour moi, c'est le fait de coordonner toutes les fonctions de façon à répondre au mieux aux attentes des résidents. Donc, c'est en même temps être présent pour répondre aux attentes des résidents et être à l'écoute des agents.

Au quotidien, il y a des organisations qui sont mises en place et la personne qui manage va pouvoir être là et répondre et aider les agents dans leur quotidien par rapport à ce qu'elles peuvent rencontrer comme difficulté et pouvoir les accompagner pour qu'elles puissent accompagner au mieux les résidents. (Extrait entretien n° 35)

Voyons maintenant comment le management est reçu par les professionnels qui sont managés.

Tableau 19 : profils des répondants qui sont managés

N° Extrait entretien	Pôle	Ancienneté (en nombre d'années)	Catégorie
Extrait entretien **n° 03**	Soin	7	A
Extrait entretien **n° 33**	Hébergement	3	C
Extrait entretien **n° 09**	Soin	7	A
Extrait entretien **n° 12**	Soin	1	C
Extrait entretien **n° 17**	Soin	2	C
Extrait entretien **n° 13**	Soin	9	C

La question posée était : ***comment décririez-vous l'action des personnes reconnues responsables de pôle dans l'EHPAD*** ?

« *Il y a un manager qui est à l'écoute, qui reformule et redirige les agents, c'est l'IDEC, les autres responsables ne le font pas.*

Ils (la directrice et le responsable hôtelier) *ne savent que donner des directives de façon ironique en plus. Je me sens comme un sous- personne du bas peuple.*

La Directrice a toujours été un peu spéciale mais tu arrivais à parler avec elle ; là tu ne peux pas. J'ai l'impression qu'elle ne raisonne même plus : elle m'a demandé d'emmener un résident à l'hôpital pour qu'il prenne une douche ??? Le résident en question ne veut pas se doucher parce qu'il ne l'a jamais fait de sa vie dixit ses enfants. On ne peut pas diriger une structure sociale ainsi (Extrait entretien n°03)

« Le management du chef (restauration) *est limitant, on ne sort pas de nos missions* ». (Extrait entretien n°33)

« Un peu plus de communication interservices, avec la Direction, soins, restauration…

Améliorer le management positif ». (Extrait entretien n°09)

Le responsable de la restauration qui déclare que son action numéro UN comme manager, c'est la sécurité nous décrit les règles de fonctionnement ainsi :

« La règlementation s'arrête à la porte de la cuisine, plonge incluse, c'est une zone règlementée, pour entrer dans cette zone il faut être habilité, formé, avoir les examens des selles, les test bucco nasaux enfin il y a plein de conditions à remplir pour pouvoir manipuler les denrées. » (Extrait entretien n° 34)

Pourtant un agent a remarqué que ces règles, le responsable s'en affranchissait :

« On nous dit que l'on ne peut pas faire n'importe quoi avec la nourriture qu'il y a des règles que l'accès est réglementé en cuisine et j'ai vu à plusieurs reprises le chef de restauration et le comptable rentrer habillé en civil dans la cuisine ; j'ai même vu une fois le chef restauration malaxer une pâte la blouse ouverte, l'alliance au doigt et en plus sortant à plusieurs reprises de la cuisine, donc on se fout de notre gueule » (Extrait entretien n°12).

Nous relevons certaines incohérences entre le discours de certains managers et la réalité perçue par les agents, comme une forme d'injustice qui se manifeste, des passe-droits qu'auraient certains membres du CODIR.

Autre exemple d'injustice vécue par les professionnels, la justification par la directrice de non-remplacement des absences en soins pour raison de difficulté budgétaire de l'EHPAD :

« *La directrice nous a dit en début d'année, que les arrêts maladies ne seraient pas remplacés systématiquement pour cause de restriction budgétaire* » (Extrait entretien n°17)

Or dans le même temps une embauche sur un poste administratif est réalisée :

« On nous menace de faire sauter la prime de fin d'année parce qu'il manque de l'argent mais on embauche une secrétaire de plus deux jours/semaine » (Extrait entretien n°13).

Nous avons croisé les réponses des cinq membres du CODIR et les agents managés. Grâce à cette opération, nous sommes en mesure d'analyser désormais quel style de management (Likert, 1974) est à l'œuvre dans cet EHPAD.

Le management est associé (Extrait entretient N° 36) à la gestion de personnalités et de situations difficiles.

L'allégorie du management utilisée faisant référence à la gestion d'un troupeau nous questionne : est-ce une comparaison maladroite ou la vision décomplexée d'un management directif ou seul le berger saurait ce qui est bon pour le troupeau ? Peut-être que ce manager vit une crise et applique un management adapté à la résolution de celle-ci ? Il reste que cette conception du management directif est partagée par un autre responsable qui mobilise un management par l'autorité et la discipline (Extrait entretient N°34). Un management sous la contrainte avancée de la règlementation pour les agents mais permissif pour celui qui s'en fait le garant. Lors des entretiens, ces deux responsables n'ont pas eu de mots pour valoriser leurs équipes ni vanter leurs mérites. Quant à la confiance dans leurs équipes, ils ne la mentionnent jamais au cours de l'interview.

Le style de management mobilisé par ces deux responsables oscille entre l'autoritaire bienveillant et l'autoritaire exploiteur (Likert, 1974).

Une autre voie managériale co-existe au sein de ce CODIR plus équilibrée avec la volonté de concilier respect de la réglementation et association des agents aux décisions. Une ligne qui assume le respect de l'organisation mise en place pour un service rendu de qualité, mais qui a conscience que cela ne peut se faire aux dépens de la qualité de vie des agents dans leurs missions quotidiennes. Ces trois encadrants se placent dans l'accompagnement des équipes avec l'objectif de cultiver la confiance (Extrait entretien n°32). Ces managers orientent leurs actions vers le service du bien commun et ne se positionnent pas comme les détentrices de tous les savoirs (Extrait entretien n° 35). Ils placent la confiance et la reconnaissance au cœurs des relations avec les agents pour un management participatif (Likert, 1974) (Extrait entretien n° 23).

Après l'analyse de ces verbatims, nous sommes en mesure d'identifier la coexistence de deux styles de management dans cet EHPAD : le management autoritaire et le management participatif (schéma 10).

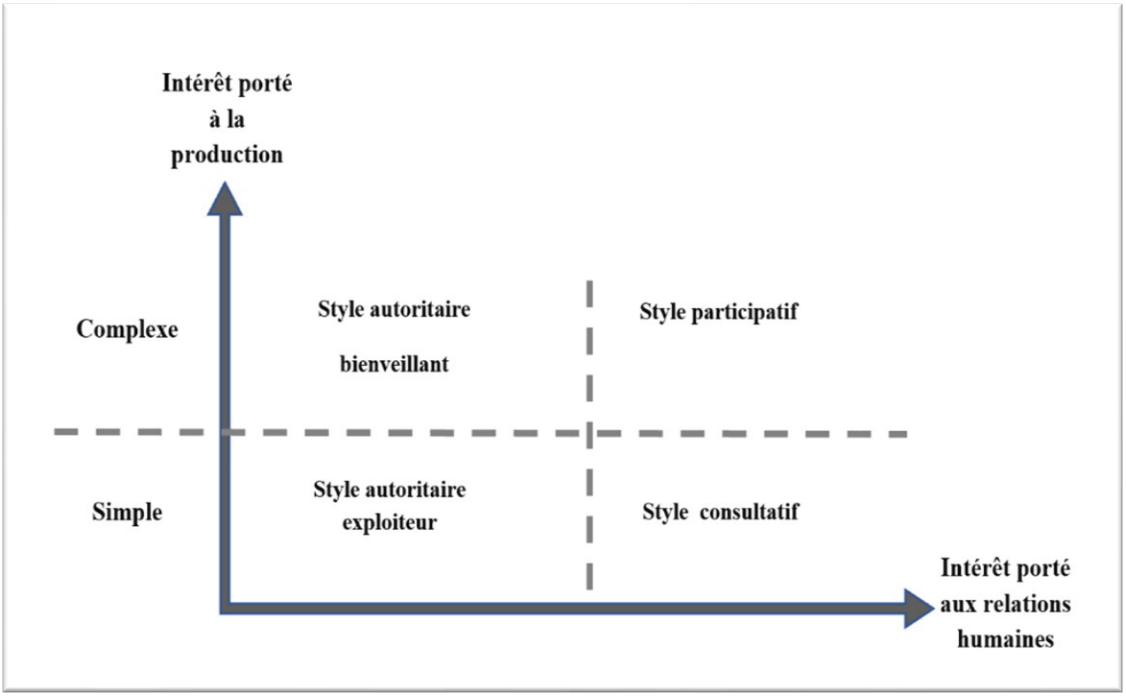


Schéma 10 : les styles de managements d'après Likert (1974)

Le management directif qui s'illustre par une attitude du manager à laisser très peu voire pas du tout de place à ses collaborateurs (Goleman, 2000) comporte deux dimensions.

L'autoritaire exploiteur : il se distingue par la faible voire l'absence de confiance du manager dans ses équipes. Il impose toutes ses décisions dans lesquelles la concertation est réduite à une communication uniquement descendante (Mc Grath et Bates, 2016).

Nous attribuons ce style de management, aux vues des données récoltées pendant les entretiens, à la directrice de l'établissement de par son pouvoir institutionnel de prise de décisions.

- L'autoritaire bienveillant qui se caractérise par la condescendance du manager avec ses équipes induisant une faible participation des collaborateurs et qui désavoue toute communication ascendante (Mc Grath et Bates, 2016).

Le responsable à multi-casquettes, responsable hôtelier, agent de prévention et régisseur correspond à cette dimension autoritaire bienveillante. Tout d'abord par sa mise en avant du

respect de la règlementation pour les équipes, mais en s'en exemptant dans son quotidien. Cela peut être rapproché d'une forme de condescendance. Ensuite par son regret que la discipline ne soit pas actionnable envers les équipes de l'EHPAD, comme c'était le cas dans ses postes antérieurs de responsable. Une discipline qui sous-tend que toute communication émane de l'autorité et seulement d'elle et que toute discussion est proscrite.

Nous souhaitons préciser qu'à la lecture des verbatims de ces deux répondants dans leur intégralité, il est possible de déplacer les deux responsables dans l'une ou l'autre dimensions autoritaires.

Le manager participatif (Goleman, 2000) marque sa différence avec l'autoritaire par sa volonté que tous collaborateurs puissent s'exprimer librement et proposer des idées qui seront appréciées. Les récompenses et les sanctions sont absentes de cette dimension puisque le manager participatif favorise la responsabilisation des agents dans leurs fonctions. Enfin le manager participatif construit son action sur l'instauration d'une confiance partagée et réciproque (Marzano, 2012).

Nous retrouvons dans ce management participatif les trois encadrants du CODIR qui à travers leurs verbatims traduisent toutes les dimensions de ce type de management qui poursuit l'idée d'instaurer de la démocratie dans l'organisation (De Visscher, 2012).

Ce management participatif apparaît malgré tout minoritaire dans la structure. Toutes les décisions finales dans l'EHPAD sont guidées par le seul respect du règlement et du contrôle justifiant de la part de la direction et de l'assistant prévention un management directif.

Il apparaît comme une évidence que le style de management de type autoritaire ou directif (Goleman, 2000 ; Mc Grath et Bates, 2016 ; Likert, 1974) est bien le management qui règne dans l'EHPAD. La suite de l'analyse des entretiens semi-directifs va venir conforter et préciser notre analyse

Tableau 20 : profils de professionnels confirmant l'autocratie managériale de la direction

N° Extrait entretien	Pôle	Ancienneté (en nombre d'années)	Catégorie
Extrait entretien **n° 32**	Soin	5	A
Extrait entretien **n° 08**	Hébergement	2	C
Extrait entretien **n° 28**	Hébergement	4	C
Extrait entretien **n° 14**	Soin	1	C
Extrait entretien **n° 05**	Soin	9	C
Extrait entretien **n° 12**	Soin	1	C
Extrait entretien **n° 04**	Soin	9	C
Extrait entretien **n° 09**	Soin	2	A
Extrait entretien **n° 10**	Hébergement	9	C
Extrait entretien **n° 13**	Soin	9	C
Extrait entretien **n° 11**	Soin	9	C
Extrait entretien **n° 19**	Soin	9	C

Avec la déclaration de ce membre du CODIR le management de style autoritaire de la directrice s'enrichit de la qualification d'**autocratique** (Anzieu et Martin,1968, 2017 ; Lewin et al, 1939) :

« La directrice a un management autocratique, limitant : tout doit passer par elle…

En cuisine, les filles obéissent au doigt et à l'œil, et la directrice aime ça et encourage ça ;

Et parfois il y a des contre-ordres opérés par la Directrice par exemple j'avais demandé qu'une dame puisse disposer de la clé de sa chambre, ce qui est normal. Eh bien la directrice a donné le contre-ordre au technicien de ne pas donner la clé à cette dame.

Il ne faut pas se laisser bluffer par un jeu de rôles, le responsable de restauration et le comptable, s'ils avaient été dans un autre système d'organisation ils auraient adhéré. Pour moi, c'est la Directrice qui leur a donné et laissé croire qu'ils avaient des pouvoirs. Ils passent aux yeux des agents pour les deux méchants, mais je ne crois pas qu'ils décident de quoique ce soit ; ici, c'est la directrice qui dirige et décide. » (Extrait entretien n°32)

Nous relevons des manifestations qui sont imputables à l'action d'une autocratie managériale (Anzieu et Martin,1968, 2017) à travers les expressions formulées par les agents en réactions aux menaces et chantages qu'ils disent subir :

« Il y a du chantage maintenant ! Si vous mettez pas le tablier en plastique pour les toilettes, vous n'aurez pas la prime, les arrêts maladie nous coûtent chers, donc pas de prime etc. » (Extrait entretien n°08)

« Quand je demande un roulement fixe, le chef (restauration) *me menace « vous n'aurez pas la prime » mais moi je suis roulante, je m'en fous de la prime »* (Extrait entretien n° 28)

Dans leurs propos, les agents vont commencer à remettre en cause la convivialité de la structure pourtant mis en avant au début des entretiens :

« C'est un bel EHPAD mais impersonnel. Il manque de vie. » (Extrait entretien n° 14)

« *Il* (l'EHPAD) *manque de personnalité. Il est trop cadré. Cela manque de tonus, de vie notamment l'unité fermée* » (Extrait entretien n° 05)

« Il n'y a pas de vie dans cet EHPAD, la déco est froide c'est trop net ! » (Extrait entretien n° 12).

Les professionnels vont peu à peu faire état d'une tension croissante dans l'EHPAD qu'ils attribuent à un tournant financier de la direction les plongeant dans un mal-être :

« *Il y a de la tension surtout ces derniers temps dans l'EHPAD, mais pas en rapport avec les tensions d'un point de vue national. La tension ici est vraiment plus ciblée* » (Extrait entretien n° 02).

« J'étais très fière de cet EHPAD, mais aujourd'hui la dimension financière me choque ; la mort n'est pas respectée ! » (Extrait entretien n° 04)

« Cette année il y a eu un changement du point de vue financier. C'est la 1ère année où on nous parle à une réunion des nombreux arrêts maladies en nommant les agents. J'ai ressenti un vrai problème de budget. Tout cela entache les conditions de travail car les arrêts ne sont pas remplacés. Cela a un impact sur la fatigue des agents. Et puis avec la Direction, c'est le management avec le martinet ». (Extrait entretien n°09)

« Je ressens un changement d'ambiance différent en négatif depuis deux à trois ans.

Et puis ici si tu ne plais pas tu dégages » (Extrait entretien n° 10)

« *Je pense que certaines personnes qui ont des responsabilités devraient être à la retraite, et d'autres personnes n'ont rien à faire ici.*

Une personne avec un rôle très important dans la structure n'a pas d'humanité (directrice). On ne renvoie pas un vieux dans sa chambre. Parce qu'il bave ou parle tout seul » (Extrait entretien n° 13)

« Je ne sais pas si c'est l'approche de la retraite ou la vieillesse mais la Directrice est stressée et du coup elle est stressante. Par exemple, en animation, elle peut me suivre pendant des heures pour des petites cuillères qu'elle a peur que je ne ramène pas à la cuisine thérapeutique. Elle est obsessionnelle, avec des tocs.

Humainement, c'est compliqué. Quand on veut dire quelque chose à quelqu'un, on le regarde en face et on lui dit, on n'envoie pas une personne le dire à sa place, surtout quand on est directeur. Elle est capable de nous dire que quelqu'un a dit un truc sans que ce soit réellement vrai. » (Extrait entretien n°11)

« *Je ressens un mal-être selon les jours. Toute la partie soin n'est pas bien actuellement car on ne peut pas faire ce qu'on aimerait faire. On sent comme un blocage de la Direction qui nous empêche d'avancer* » (Extrait entretien n° 19)

A la lecture de ces verbatims, la compréhension du style de management autoritaire s'est affinée, ce dernier étant clairement défini comme autocratique. Les exemples donnés par les agents viennent corroborer l'autocratie qu'il règne dans l'EHPAD avec des menaces, du chantage et l'exercice d'une pression permanente sur les agents de la part des deux managers précédemment reconnus comme autoritaires.

La forte présence de l'aspect financier dans les propos des agents nous semble faire écho à la question du poids de l'absentéisme sur l'EHPAD. En effet, nous avions mis en évidence que l'absentéisme dans l'EHPAD pour l'année 2017 s'élevait à l'équivalent d'une absence cumulée de **quatre agents.** Les absences étaient jusque-là remplacées, mais l'impact sur le budget a conduit la direction à revoir sa stratégie et à fonctionner à effectif constant. Ce changement est confirmé par l'extrait d'entretien n° 09 qui confirme que de la direction a convié le personnel à une réunion dont l'objet était le retentissement de l'absentéisme sur la partie financière de l'EHPAD et que le choix de ne plus remplacer les arrêts maladie a été annoncé aux équipes.

Au vu de toutes ces données, il apparaît que cet EHPAD vit une crise et ceci peut expliquer le durcissement du management vécu par les agents. La temporalité des changements d'attitudes de la direction correspond à la remise du rapport par le cabinet d'assurance sur l'absentéisme dans l'EHPAD ainsi qu'aux déclarations des agents**.**

Sans justifier le management autoritaire, inclure le contexte dans lequel il s'exerce permet d'analyser la situation. Cela nous amène à établir que si ce type de management peut se révéler adapté par temps de crise (Goleman, 2000), il produit des effets délétères dans cet EHPAD**.** Il en résulte l'instauration d'un climat déséquilibré et détérioré dans l'EHPAD.

Le concept de **climat organisationnel** émerge au cours des entretiens semi-directifs et implique de l'intégrer dans notre cheminement de conduite du changement.

IV.1.3.4. Le climat organisationnel

Nous avons choisi cette définition pour le climat organisationnel qui le décrit comme « *une caractéristique de l'organisation qui décrit la relation entre les acteurs et l'organisation telle que mesurée par la perception que se font la majorité des acteurs de la façon dont ils sont traités et gérés* » (Roy, 1984, p.34).

Nous retrouvons dans cette définition les éléments composant la formule de Lewin (1951), **(C)** le comportement de l'individu est fonction de **(P)** la personnalité de celui-ci en interaction avec **(E)** l'environnement dans lequel il se situe, ce qui donne **: C=f (Px E).**

Ainsi la notion **(C)** de comportement de l'individu peut être approchée à travers les verbatims ; ceux-ci permettent de mettre en évidence un changement dans le style de management de la directrice et du responsable hôtelier selon le ressenti des équipes de l'EHPAD :

« Avant on fêtait l'anniversaire du personnel, on faisait des apéros. Maintenant, on voit bien qu'il ne faut pas mélanger les torchons et les serviettes. Cela s'est fait petit à petit ». (Extrait entretien n° 25)

Une rupture dans la communication s'est installée entre les soignants et la directrice instaurant un malaise pour lequel l'IDEC a tenté une médiation :

« Il a fallu que notre cadre aille souffler à la direction qu'il fallait qu'elle vienne nous expliquer le pourquoi du comment car elle ne s'est jamais dit qu'elle pouvait communiquer avec nous ». (Extrait entretien n° 11)

Concernant la dimension d'environnement **(E),** il reflète un management, qualifié d'autocratique et qui a pris de dessus sur le management participatif dans l'EHPAD.

Les agents ont le sentiment qu'il existe dans l'EHPAD des règles à géométrie variable toujours en leur défaveur, ce qui ne fait qu'augmenter la tension et la crise entre le pôle soin et la direction. Cela se manifeste notamment par des missions de contrôle des équipes soignantes par le responsable hôtelier sur ordre de la directrice en l'absence de la cadre des soins :

« Quand je monte dans les étages on dit que je dépasse mes missions que j'ai pas les compétences, il a rien à voir avec nous, c'est ça que j'entends actuellement. Mais la directrice me dit vous montez, alors je fais quoi ? Elle me dit, l'IDEC n'est pas là donc vous montez ». (Extrait entretien n° 34)

Les résultats de ces actions commandées par la directrice provoquent l'indignation du côté des soignants :

« Je dis non à la validation des actions du responsable restauration aux dépends de l'IDEC ». (Extrait entretien n° 04)

Les soignants vivent comme une injustice quand la directrice demande au responsable de restauration de monter dans les étages faire des vérifications de pratiques seulement lorsque l'IDEC est absente.

Enfin la personnalité (P) dont il est question est clairement ciblée par les agents comme étant le caractère autoritaire de la directrice :

« *Si la directrice décrète quelque chose, ça reste ; c'est difficile de changer les choses dans cet EHPAD* » (Extrait entretien n°02)

Le climat organisationnel extrêmement tendu évolue vers de l'agressivité caractéristique d'un management autocratique (Anzieu et Martin, 1968, 2017), se manifestant par une opposition entre les soignants, la directrice et le responsable de restauration. Ce face à face entre les soignants et les membres de la direction représentant l'axe autoritaire est à son paroxysme, il existe une tension qui menace à tout moment d'éclater :

« Oui aujourd'hui en soins on est solidaires et plus nombreuses et toutes d'accord sur l'incohérence de la directrice et du chef de restauration. On est à préparer en amont sur ce qu'on va nous reprocher.

Tout cela a un impact négatif sur la maison de retraite, car nous comme on le ressent, les résidents et les familles le ressentent aussi.

Aujourd'hui il y a une espèce d'opposition entre soignant et non soignant dans l'EHPAD. Mais, je pense que cela ne va pas durer longtemps car on va vers de la maltraitance ». (Extrait entretien n° 03)

« Il faut arrêter de nous dire qu'on ne sera pas payé car il y a des chambres vides, qu'il faut mettre le tablier à chaque toilette qui fait du bruit. Ici, c'est hygiène, hygiène, l'hygiène ». (Extrait entretien n°20)

In fine tous les éléments du diagnostic de cet EHPAD nous conduisent au constat que la gestion de la dynamique interne est délaissée au profit de la dynamique externe. Cela se révèle être un mauvais choix car elles sont aussi importantes l'une que l'autre et agissent l'une sur l'autre. Le témoignage n°03 confirme que le climat organisationnel exécrable en interne rejaillit sur les usagers et leur famille qui communiqueront cette tension à l'extérieur de l'EHPAD.

Des travaux ont établi une corrélation entre le climat de travail et les agressions dans le milieu de travail (Courcy et Savoie, 2004). En effet le conflit social dans les organisations se traduit par un mal-être intériorisé collectivement qui se manifeste par des réactions conflictuelles allant jusqu'à la violence (Masclet, 2010).

« Je compare mes collègues avec les branches sur un arbre qui se détachent, se détachent… qui perdent la motivation et l'envie à cause de réflexions injustifiées.

Pour savoir si j'ai un bon soignant, je me demande si je pourrais lui confier mes parents que j'aime. Les WE et JF, les filles sont zens, le travail est fait dans la sérénité » (Extrait entretien n° 03)

« *J'ai cette envie d'aller voir ailleurs car depuis quelque temps, pour moi ce que l'on nous fait vivre à nous les soignants en ce moment ressemblent un peu à du harcèlement* ». (Extrait entretien n° 13)

« Nous (les soignants) *on était remonté comme des coucous. On était prêt à lui* (la directrice) *envoyer l'inspection du travail et le midi libre ».* (Extrait entretien n° 11)

La directrice de cet EHPAD, lorsqu'elle néglige la dynamique interne, s'expose à de fortes tensions qui viennent grever le bon fonctionnement de son organisation (Boucher, 1990).

Selon la formule **C=f (Px E), (C)** le comportement de l'individu est fonction de **(P),** la personnalité de celui-ci en interaction avec **(E),** l'environnement dans lequel il se situe. Nous en retrouvons toutes les composantes synthétisées **dans** ce verbatim :

« La Directrice a toujours été un peu spéciale mais tu arrivais à parler avec elle ; là tu ne peux pas. On ne peut pas diriger une structure sociale ainsi ». (Extrait entretien n°03)

Ainsi l'environnement **(E)** apparaît comme constitué des éléments du climat organisationnel (Brunet et Savoie, 2016, Glick, 1985) laissant entrevoir qu'une action sur **(E)** rendrait envisageable la modification de **(C)** qui sont les comportements répondant à l'influence de l'environnement **(E)** (Brunet et Savoie,2016 ; Roch,2008).

L'identification et l'action sur le concept de climat organisationnel revêtent donc une importance capitale dans toutes actions ayant comme objectif de modifier les comportements d'un groupe d'individus au travail (Brunet et Savoie, 2016).

Maintenant que nous avons mis à jour un climat organisationnel déséquilibré dans l'EHPAD, il nous reste à identifier à travers les entretiens quelles sont les forces propices et les forces hostiles aux changements afin de nous permettre d'ajuster le plan d'action N°1.

IV.1.3.5. Les freins et leviers de changement dans l'EHPAD

Pour agir sur la transformation de cette structure, il nous est dorénavant nécessaire d'établir quelles peuvent être les sources de résistances. C'est donc en prenant la mesure des forces opposées mais également les forces motrices de changement, que nous pourrons adapter notre action. A ces fins nous soumettons la question aux agents : ***quels pourraient être selon vous les freins ou leviers à une transformation dans l'EHPAD ?***

« Il faudrait plus de légèreté dans le fonctionnement, dans l'environnement d'après moi. Ici, il ne faut pas mélanger la cuillère violette avec la rose… » (Extrait entretien n°07)

« Ça ne peut pas changer du jour au lendemain parce que l'on te dit quand tu fais une remarque, que tu n'es pas autorisé à le faire ». (Extrait entretien n°04)

« Le côté négatif est qu'on est entouré, trop, enfin on a des freins, tu te sens empêché dans tes missions ». (Extrait entretien n°29)

« *La Direction ne s'est pas rendu compte du changement qu'il y aurait. Il faut lâcher et la directrice ne sait pas le faire. La directrice n'a pas compris que dans cette recherche, elle allait devoir lâcher des choses, alors que ce n'est pas sa façon de manager, elle aime tout contrôler. La direction est autocratique et le responsable de restauration est un ancien gendarme…* ». (Extrait entretien n°32)

« Je préfèrerais avoir plus de rigueur et qu'on nous le dise mais avoir plus de choses autorisées pour les résidents ». (Extrait entretien n°20)

« *Le responsable de cuisine a ses têtes qui plaisent ou pas. Je lui ai déjà dit qu'il ne fallait pas être aussi carré. Il entend ce que je dis mais il est têtu* ». (Extrait entretien n°19)

Ces verbatims viennent confirmer que l'autoritarisme incarnée par le management autocratique de la directrice et de son responsable hôtelier représente une difficulté majeure dans l'évolution des pratiques organisationnelles.

Maintenant il nous reste à évaluer quel a été l'impact de l'action de formation sur les professionnels de l'EHPAD. Notre intention est d'apprécier quels effets ont produit l'action de formation sur des personnels. Nous avions établi (***IV.1.2. Étude documentaire des transmissions ciblées soignantes*****)** que leurs visions, relevées à travers leurs transmissions étaient essentiellement sanitaires, c'est-à-dire centrées sur les pathologies et les pertes considérant les personnes âgées plutôt déficitaires que capacitaires.

La formation action un levier de transformation

Le programme de l'action de formation a été bâti selon les données récoltées lors de l'étude documentaire qui révèlent une absence de manifestation du *care,* de prendre soins dans les transmissions reflétant ainsi les pratiques quotidiennes. L'action de formation a donc comme objectif d'amener à l'ensemble des professionnels de nouvelles connaissances en vue de

modifier les pratiques antérieures dans le pôle des soins mais également dans tous les autres pôles. Nous tenons à préciser que les réponses qui vont suivre sont venues spontanément des agents sans que nous ne mentionnons le terme formation, ou Montessori, ceci afin de réduire les biais de réponses. Ces répondants se sont donc exprimés à la suite de la question : ***comment voyez-vous le changement dans l'EHPAD ?***

Tableau 21 : profils des répondants à propos des apports de la formation-action

N° Extrait entretien	Pôle	Ancienneté (en nombre d'années)	Catégorie
Extrait entretien n° 03	Soin	7	A
Extrait entretien n° 23	Hébergement	3	C
Extrait entretien n° 35	Soin	9	A
Extrait entretien n° 01	Hébergement	9	C
Extrait entretien n° 28	Hébergement	4	C

Recueillir l'avis d'une infirmière sur les changements revêt une haute importance selon nous. En effet ces professionnelles parce qu'elles ont la responsabilité de l'organisation des soins quotidiens sont en permanence à l'écoute des équipes qui officient au plus proche des résidents et de la dynamique qui s'y exerce :

« Après la formation Montessori j'ai vu mes collègues au niveau soin très enthousiastes dès le départ, en laissant le choix aux résidents, en les faisant participer et prendre les décisions. C'est important pour eux ». (Extrait entretien n°03)

Ces changements attribués aux apports de la formation action sont corroborés par un personnel non soignant. La parole de ce responsable de pôle est d'autant plus significative de par son positionnement non soignant et de membre du CODIR :

« *Je pense qu'il y a eu une prise de conscience. Les filles essaient de faire au mieux avec les résidents* ». (Extrait entretien n°23)

Enfin l'avis de la référente des soignants, l'IDEC confirme que le travail est profond et apporte de réelles améliorations en termes de pratiques professionnelles et de service rendu à l'usager :

« *L'équipe des soignants a bien évolué et ont amélioré leurs pratiques auprès des résidents en proposant des choses plutôt qu'en imposant, chose que l'on ne faisait pas du tout au début. On fait du bon travail même si certaines choses pourraient être améliorées, on a réellement amélioré le quotidien des résidents par la prise en charge de l'autonomie et de toutes les possibilités au quotidien en s'appuyant sur leurs compétences, depuis peu avec les apports de la formation action. Tout ça a fait bouger pas mal de choses et pour beaucoup ça fonctionne* ». (Extrait entretien n°35).

En croisant la parole de cette infirmière, de ce professionnel non soignant membre du CODIR et de l'infirmière coordinatrice, nous obtenons une indication intéressante de la portée des changements qui s'opèrent auprès des professionnels.

Ces premiers éléments plutôt positifs relèvent de parole de professionnels qui ont la capacité d'apporter leurs avis sur des changements globaux au niveau des groupes.

Afin d'affiner encore un peu plus la portée de l'action de formation, il convient de recueillir et d'étudier si les changements sont également individuels et dépassent le seul pôle des soins. La parole de cet agent d'entretien affecté à l'hygiène des locaux avec donc un rapport très restreint aux personnes âgées nous parait éclairant :

« En ce qui me concerne, j'ai décidé depuis la formation de prendre du temps, de passer un moment avec les résidents en dehors de la performance au travail, notamment avec les résidents du Cantou (secteur protégé). *Pouvoir par exemple tout simplement aller faire un tour au jardin avec deux, trois résidents, leur faire sentir les fleurs et ressentir leur bien-être* » (Extrait entretien n°01)

Même si la notion de performance au travail semble encore affiliée à la production de travail quantifiable, le verbatim de l'agent d'entretien marque une véritable mutation dans la volonté d'accorder plus de place aux actions directement liées aux résidents, des actions qualifiables de prendre soin.

Les propos que nous rapporte cet agent de restauration, nous semble attester qu'une évolution s'est produite dans la compréhension de son rôle dans l'organisation :

« *Moi je vais proposer des choses ; je viens de sortir de chez le responsable et je lui dis qu'il faut faire des légumes farcis, les personnes âgées adorent ça. Mon boulot, c'est de dire au responsable ce que veulent les résidents* » (Extrait entretien n° 28)

Le retour de cet agent de restauration est remarquable à double titre. Tout d'abord parce que dans le programme de changement, la restauration, même si elle est partie prenante dans la recherche, est un service par lequel les agents ne sont pas concernés en premier lieu. En effet les professionnels de ce pôle officient dans le secteur ouvert soit en confection des repas, soit en salle de restaurant alors que la recherche-action est centrée sur le secteur fermé. Ensuite l'implication dont fait preuve cet agent dans la démarche démontre que l'action de formation a apporté des axes de transformation tous secteurs confondus. La restauration avec son responsable autoritaire n'est pas à proprement parlé un espace propice à la transformation. Alors, constater que le changement s'exprime jusque dans cet espace hostile au changement est une indication à prendre en compte pour la suite de la recherche.

Les premières indications semblent témoigner d'une réception plutôt positive de la formation action avec des impacts positifs sur les équipes mais également au niveau individuel. La première base délivrée pendant l'action de formation, *apporter aux professionnels une nouvelle perception de l'accompagnement quotidien centré sur les personnes âgées et leurs aidants*, semble s'installer dans les pratiques quotidiennes.

Tout porte à penser que l'introduction de ces apports va agir comme de nouvelles forces dans les champs de force sur lesquelles nous pourront nous appuyer afin d'influer positivement en vue de rééquilibrer le climat organisationnel et ainsi conduire du changement.

IV.1.4. Analyse des champs de force : matérialisation du diagnostic.

Pratiquer une analyse des champs de forces dans nos travaux en fin de diagnostic est essentiel pour deux raisons. La première consiste à rendre concret une notion qui peut se révéler abstraite. Il nous semble plus aisé d'apprécier la tension d'une force lorsqu'elle est retranscrite que lorsqu'il faut l'imaginer.

La deuxième découle de cette matérialisation. En donnant une image à un instant *t,* cela offre la possibilité de suivre l'évolution des changements en fonction des stratégies et actions menées tout au long du processus et adapter le plan d'action.

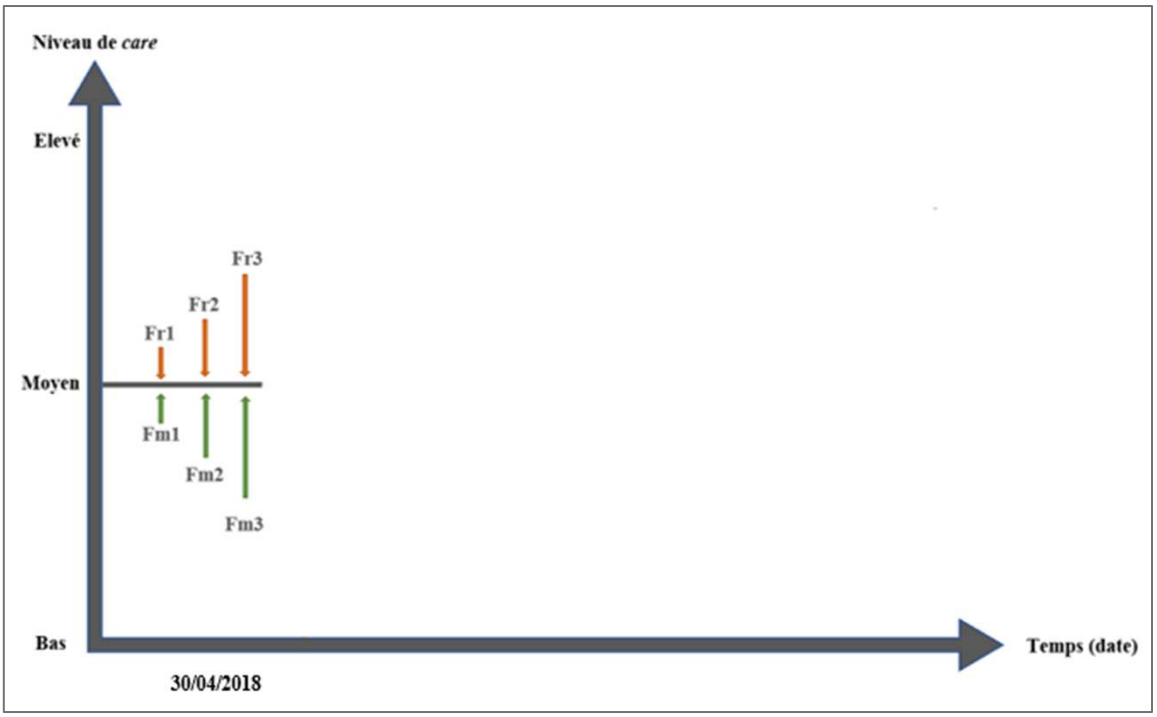
Nous avons donc analysé, répertorié les champs de forces résultants de ce diagnostic. Pour cela nous nous sommes inspirés des grilles d'analyse de Kurt Lewin (Lewin, 1943a) et de celle de Mc Garth et Bates (2014, 2016) afin de créer une grille d'analyse.

Il est important de préciser que l'analyse d'un champ de forces tel que Kurt Lewin la concevait se pratiquait dans le champ social. Nous avons isolé dans ce champ social une partie de ces aspects et ainsi établit un espace de phase. Notre analyse ne portera que sur certains facteurs de cet espace de phase dont nous avons extrait les variables qui nous paraissent pertinente. Ainsi l'analyse sera pratiquée en regard d'un niveau de *care* établit au moment du diagnostic, du plan d'action N°2, du plan d'action N°3 et selon le recueil de données réalisé par l'étude documentaire et les entretiens semi-directifs et informels.

La notion de **tension** dont il est question dans la théorie du champ se définit comme la source d'énergie interne à un système. Elle est générée par la différence entre les objectifs proposés et ceux réalisables à un instant t. Une fois l'objectif atteint, la tension va se relâcher (Lewin, 1947a).

Ainsi matérialisée sur un graphique avec en abscisse le niveau de *care* et en ordonnée le moment de relevé de ce niveau de *care*, il devient possible de visualiser à un instant *t* les forces motrices et résistantes en présence avant l'action de changement proposée dont l'objectif nous le rappelons est d'introduire une part de *care* dans le management de cet EHPAD.

Le 30 avril 2018, à l'issu de l'étude documentaire, les forces résistantes et les forces motrices maintiennent un équilibre quasi-stationnaire (Graphique 4). Au moment de ce diagnostic, nous avons fait le choix de positionner le niveau de *care* au niveau moyen, car pour l'heure le *care* n'a pas été observé dans l'EHPAD.



Graphique 4 : analyse des champs de forces

au terme du diagnostic le 30 avril 2018

À ce moment précis de la recherche-action, cela indique que les conditions ne sont pas propices au changement et l'élévation du niveau de *care* dans l'EHPAD.

Voyons quels sont les élments indicatifs que nous avons retenus qui justifient chaque degré de ces forces.

Les *Forces motrices*

La question de la sous-cotation en personnels **(Fm1)** entre **dans la catégorie des forces motrices qui peuvent élever faiblement le niveau de *care*,** ni la structure, ni le chercheur n'ont de prise sur les réformes annoncées par le législateur. Toutefois, nous avons répertorié ces éléments comme une force motrice car si nos actions permettent de réenvisager l'organisation quotidienne concertée de l'EHPAD, cela peut représenter une première étape vers le changement. Nous évaluons donc la force au vu de l'action possible sur la conduite du changement en termes de répercussions.

Malgré l'absence de prendre soin dans les transmissions, les agents utilisent l'outil informatique pour tracer **(Fm2)**. Ceci est donc selon nous une force motrice pour le changement car étant

coutumier de cette pratique, les professionnels n'ont pas à l'acquérir. Cependant le contenu et l'utilisation des transmissions conduit à relever que son **action est moyenne sur le niveau de *care*.**

Le management participatif existe dans l'EHPAD **(Fm3)** mais il est minoritaire face au management directif. Toutefois parce que nous pensons qu'il représente une véritable alternative nous l'avons classé dans les forces motrices capables **d'agir fortement sur l'élévation du niveau de *care*.**

Les Forces résistantes

Le rapport réalisé par un cabinet extérieur **(Fr1)** est une force résistante pour le changement ayant une **faible action sur l'abaissement du niveau de *care***. Cette classification, nous l'argumentons par le fait que le rapport fait preuve d'une certaine objectivité puisqu'il est produit par un organisme externe. Cependant nous n'avons pas eu accès à tous les documents de la structure et ne pouvons attester de la solidité des données originelles. Nous n'excluons donc pas la possibilité que ce rapport soit orienté par la direction puisque réalisé sur du déclaratif. En conséquence, nous le référençons dans les forces résistantes, car nous n'avons relevé aucune action pour enrayer cette problématique de la part de la direction qui, de plus, utilise ce rapport pour faire pression sur les agents.

- ***Forces résistantes***

L'absence de *care* que nous avons relevée dans le contenu des transmissions ciblées **(Fr2)** peut paraître problématique car ce sont ces principes que nous souhaitons intégrer en partie dans le management différent de l'EHPAD. Avec la persistance d'une culture sanitaire dans les pratiques des agents de cet EHPAD, le changement ne sera pas possible ou sera un changement de niveau 1. Rappelons que ce type de changement n'agit qu'en surface avec des transformations limitées qui amènent le système à rester invariant ; le changement de type 2, lui, est radical et discontinu sur l'ensemble du système ce qui conduit à une modification de tous les repères cognitifs et culturels (Hadini et *al*, 2020 Watzlawick, 1975). C'est ce changement de niveau 2 que nous visons. Alors bien que ce déficit soit avéré, nous l'apprécions comme relevant d'un manque d'informations des soignants améliorable grâce à des apports théoriques et pratiques.

En conséquence nous établissons que le contenu des transmissions ciblées a une action **moyenne sur le maintien du *care* à un niveau bas**.

Le management dans cet EHPAD est qualifié de directif et d'autocratique **(Fr3)** et cela apparaît comme problématique dans un projet de conduite du changement. En effet, les éléments recueillis lors des entretiens semi-directifs font état d'un management autoritaire avec un contrôle accru régnant dans cet EHPAD :

« Le chef (restauration) *me menace ' vous n'aurez pas la prime', mais moi je suis roulante je m'en fous de la prime »* (Extrait entretien n° 28)

« La directrice a un management autocratique, limitant : tout doit passer par elle… » (Extrait entretien N°32).

Au vu de cela, nous avons qualifié cette force résistante comme ayant une action. Au-delà de l'aspect directif qui peut se justifier par temps de crise (Goleman, 2000) c'est de l'absence de variation dans le management qui nous semble problématique avec un mode autoritaire qui ne parait pas pouvoir évoluer. Un management autoritaire dont nous savons d'après de nombreuses recherches qu'il produit des effets délétères sur le climat social d'un groupe (Lewin et al, 1939). Dans ces conditions, il est complexe de mener une action de changement avec une direction qui s'est engagée dans la démarche mais qui au fur et à mesure des avancées se désengage et cherche à reprendre le contrôle. La conduite du changement dépend de la participation à la coconstruction de toutes les parties, direction inclus.

Le management directif, autocratique dans cet EHPAD représente **le plus haut niveau d'action** agissant contre la conduite de changement.

L'équilibre quasi-stationnaire constaté dans l'EHPAD au moment du diagnostic n'est pas favorable à l'élévation du niveau de *care*

A ce moment précis de la recherche nous avons évalué l'influence des forces motrices et des forces résistantes sur le niveau de *care*. Le second point qui a retenu notre attention est la tension au sein des différentes forces. En effet nous savons qu'une tension élevée dans une force produit des impacts différents dans l'action que l'on engage sur le changement. Dans le cas présent du diagnostic nous avons constaté que la tension au sein des forces motrices et résistantes est faible. Il conviendra d'avancer dans l'analyse des résultats afin de pouvoir apprécier comment évoluent ces éléments.

Il est désormais possible de dégager une image de cet EHPAD après notre entrée dans la recherche-action. L'espace de phase étudié met en lumière des forces résistantes et motrices égales en tension et en grandeur s'opposant de manière à instaurer un équilibre quasi stationnaire ; en l'état, le changement n'est pas possible sans une action sur elles. Deux options se présentent ; alors soit agir directement sur les forces présentes avec la volonté d'augmenter leurs intensités vers la direction choisit, soit ajouter de nouvelles forces vers cette même direction afin d'affaiblir les forces hostiles au changement. Nous avons opté pour la deuxième solution qui s'inscrit dans les travaux de Lewin (1947a et b).

Grace aux apports de la formation action et leurs acquisitions nous souhaitons pratiquer l'insertion de nouvelles forces ayant vocation d'agir comme une décristallisation (Lewin,1947) avec l'objectif d'affaiblir les forces résistantes aux changements.

L'analyse des champs de force réalisée au terme du diagnostic marque la fin de celui-ci et le point de départ de la phase d'accompagnement du plan d'action N°1(encadré 7).

Conclusion section 1

Dans cette section, il était question pour nous à travers l'étude documentaire de comprendre en partie le fonctionnement de cet EHPAD.

Grâce aux différents indicateurs officiels et validés, nous avons pu mettre en lumière certains manques notamment en termes de moyens humains malgré des chiffres flatteurs de prime abord.

La réalité a montré que la charge de travail élevée résultant de la grande dépendance est reconnue par le législateur. Toutefois elle n'est pas réellement prise en compte par ce dernier dans le soulagement des soignants au quotidien avec une dotation qui se révèle inadaptée.

L'étude documentaire des chiffres sur l'absentéisme nous a permis de faire émerger d'une part un absentéisme résiduel et d'autres part des attitudes d'opposition de différentes origines.

Enfin, nous avons pu via l'étude des transmissions ciblées appréhender le quotidien de travail des soignants. Il apparaît tout d'abord qu'une disparité d'accès à l'outil informatique existe entre les professionnels les plus en contact avec les résidents. En effet, seuls les diplômés médecin, psychologue, infirmières, aides-soignantes, aide-médico psychologiques parce que formées peuvent tracer informatiquement leurs actes. La conséquence est que cela peut influer sur la teneur des informations transmises et venir fausser la réalité vécue sur le terrain. Toutefois, nous avons noté que l'utilisation de l'informatique est la norme dans cet EHPAD pour les transmissions ciblées.

Le contenu des transmissions révèle que seuls les problèmes d'ordre sanitaire et relatifs à la pathologie sont signalés. L'absence de transmissions à visée sociale relatant la vie quotidienne et les réalisations valorisantes vient conforter la prédominance d'une vision soignante centrée sur les pertes. Finalement, cela révèle l'absence ou la très faible pratique du *care* au sens de prendre soin. Nous avons confirmé cela par une observation flottante réalisée avec une grille d'observation de la réciprocité du prendre soin de deux temps relatifs à des scènes de la vie quotidienne.

Ce déficit de prendre soin au niveau des équipes nous a amené à mettre en place un plan d'action N°1. En effet, il nous est apparu nécessaire pour la poursuite de conduite du changement d'agir en premier lieu sur cet aspect. C'est ainsi que nous avons développé un programme de formation spécifique inspiré de la méthode Montessori intégrant trois axes résultant des manques

identifiés lors de l'étude documentaire : apporter de nouveaux savoirs sur l'accompagnement des usagers, rendre visible le travail de *care* dans les indicateurs gestionnaires et opérationnaliser le tout afin que cela soit applicable sur le terrain.

Ce choix s'est révélé être le bon surtout après la révélation lors des entretiens semi-directifs d'un climat organisationnel totalement déséquilibré dans l'EHPAD. À l'origine de cela, nous avons mis à jour que la vision managériale dominante était directive et autocratique. Ce plan d'action N°1 se justifiait donc par le caractère prioritaire de rééquilibrage du climat organisationnel avant d'entreprendre toute action de changement (Brunet et Savoie, 2016).

In fine, l'analyse des champs de force (Mc Garth et Bates*,* 2014, 2016 ; Lewin, 1943a) montre que dans cet EHPAD les forces motrices et résistantes se neutralisent instaurant ainsi un équilibre stationnaire (Allard-Poesi, 2009) qui condamne le niveau de *care* à demeurer moyen.

Toute notre action de chercheur consiste en l'instauration de nouvelles forces afin d'assainir le climat organisationnel via la formation action et le plan d'action N°1. Maintenant, il reste à d'établir un plan d'action n°2 en vue d'accompagner ces changements.

Encadré 7 : réalisation de la seconde phase de la recherche-action

☑ Première phase : légitimation et approbation de la RA par les parties prenantes de l'EHPAD

☑ Seconde phase : analyses documentaires avec l'élaboration d'un plan d'action N°1 :

- Diagnostic intermédiaire
- Formation action
- Entretiens semi directifs
- Diagnostic final

☐ Troisième phase : élaboration du plan d'action N°2

- Intégration des phases d'accompagnements individuels et groupes

☐ Quatrième phase : établissement d'un nouveau plan d'action N°3

- Création des focus réunion pour améliorer l'accompagnement et activer la stabilisation des changements.

Les phases1),2),3) et 4) sont sous tendu par la collecte de données et l'observation.

IV.2. Plan d'action N°2 et ajustements pour un plan d'action N°3

Introduction section 2

Dans cette section 2, nous allons analyser l'évolution du cadre théorique ouvert vers le cadre théorique finalisé.

Ainsi nous allons pouvoir apprécier quelles sont les forces motrices et résistantes aux changements dans cet EHPAD.

Alors nous serons en mesure d'apprécier quels ont été les effets du plan d'action N°1 et les adaptations apportées pour l'élaboration des plans d'action n°2 et n°3.

L'analyse de ces stratégies utilisées nous permettra d'attester ou non de l'implantation des principes du *care/* prendre soin dans le management.

IV.2.1. L'accompagnement au rééquilibrage du climat organisationnel et au changement

Avant de commencer l'accompagnement dans ce plan d'action n°2, il nous a semblé cohérent d'informer la directrice des différents éléments émanant du diagnostic. Même si la coconstruction avec elle n'était jusqu'ici pas effective, nous souhaitions rester dans cette dynamique car nous ne désespérions pas qu'elle nous y rejoigne. Nous avons donc sollicité un entretien avec elle afin de la renseigner sur les éléments récoltés qui décrivaient selon nous les contours d'une crise qui semblait s'installer et prendre de l'ampleur dans l'EHPAD. Sans rentrer dans les détails des entretiens semi-directifs, nous lui avons exposé la tendance générale qui se dégageait de ces premières interviews sur le climat organisationnel et sur les effets néfastes que cela engendrait dans la relation personnels /direction.

Elle a écouté et a semblé très attentive, mais aussi accuser le coup. La réunion a duré trente minutes et s'est terminée car elle avait un autre rendez-vous. Sans avoir donné aucun avis sur ce que nous venions de lui exposer, elle nous a donné rendez-vous ultérieurement sans poser de date : « *on s'en reparle, Jean-Philippe* », puis fin de la discussion.

IV2.1.1. Plan d'action N°2 : l'accompagnement au changement sur le terrain.

L'objectif de ce plan d'action n°2 était double : mettre en pratique des principes favorisant l'introduction du *care* vu en formation et initier la coconstruction en se rendant disponible sur le terrain auprès des agents. Notre présence aux cotés des agents avait comme but de lever toutes les difficultés de mise en place de ces nouvelles pratiques professionnelles guidaient par le *care,* le prendre soin.

Nous avons débuté cet accompagnement des agents sur le terrain le 08 mars 2018 dans l'unité de vie protégée spécifique Alzheimer par l'analyse du service du goûter qui se déroulait l'après-midi à partir de 15h jusque 16h.

Cette action a été co-choisit avec les paramètres suivants :

- Ne pas rajouter une charge de travail supplémentaire, que nous avions déjà évaluée importante (*IV.1.1.3)*
- Ne pas mobiliser des moyens autres que ceux déjà disponibles,
- Ne pas mettre les agents en difficultés avec une action nouvelle.

Nous avons réalisé une observation dont nous avons partagé les résultats avec les agents. Le constat que nous avons validé ensemble mettait en évidence une distribution classique ; des agents qui donnent une collation aux résidents sans réels échanges puisque tous les goûts et possibilités alimentaires des résidents étaient renseignés sur une fiche que chaque agent respectait scrupuleusement. Les agents délivraient la collation et les résidents la recevaient. Cette action se déroulait selon un mode mécanique appliqué par tous les agents en poste à ce moment-là comme cela a déjà été vu lors de nos observations 1 et 2.

Une fois cette choisit et validé par les agents, nous avons fait part de notre objectif aux agents qui était de questionner ce temps de goûter, une action simple, quotidienne et connue de tous, afin d'y intégrer les quatre principes du *care*. Bien évidement tout ceci dans le strict respect des directives alimentaires de chaque résident, mais faisant évoluer cette pratique en intégrant par exemple un questionnement à destination du résident comme :

- Mon besoin professionnel de donner le goûter n'est peut-être pas celui du résident de le recevoir, ce qui correspondrai *à se soucier de*
- Quel est le besoin du résident à ce moment, ce qui correspondrai à *prendre en charge*
- Que puis-je mettre en place pour répondre au besoin identifié, ce qui correspond à *prendre soin*

- La réponse que j'apporte au besoin identifié est-elle validée par le résident ce qui correspond à *recevoir le soin*

L'introduction de ces questionnements vue déjà en formation action avaient vocation de sortir de l'aspect mécanique de la relation entre soignants et résidents.

Avec ces mises en pratique en temp réel, nous comptions favoriser la propagation de l'information, susciter l'échange et la discussion entre les agents et peu à peu nous retirer afin de laisser les agents en autonomie de réflexion et d'action.

Nous avons sollicité les agents afin qu'ils nous illustrent quels changements possibles ils envisageaient dans la pratique. Leur participation a été riche et très pertinente mais au moment de la mise en pratique sur le terrain, les agents ont unanimement souhaité que ce soit nous qui allions l'expérimenter ; nous avons accepté en leurs demandant d'observer la scène afin que nous puissions tous l'analyser ensuite ; nous avons donc réalisé l'action selon leurs directives et l'objectif co-décidé : créer une interaction avec des résidents atteint de démence lors du temps du goûter.

Les faits :

Les agents ont souhaité que lors de cette action, nous allions à la rencontre d'une dame récemment entrée dans l'EHPAD. Leur demande était motivée par le fait que malgré un syndrome démentiel avéré dans son diagnostic, ils soupçonnaient chez cette dame des capacités inexploitées. Nous avons donc avec le groupe validé la mise en pratique auprès de cette personne.

La dame est assise sur un fauteuil roulant devant une table, le visage fermé sans aucune interaction avec l'environnement. Les agents présents lors de l'exercice avaient recherché dans son dossier des informations sur cette dame. Elle avait été serveuse dans un bar. Nous sommes allez au-devant elle :

« *-Bonjour madame je m'appelle Jean-Philippe, comment allez-vous ?*
L- Je m'appelle L. et je vais et vous ?

JP- J'ai le service du goûter à assurer cet après -midi, et je ne sais pas trop comment m'y prendre ?

L-Laisse je vais faire. Son besoin identifié à ce moment-là est d'être utile (*se soucier de*)

JP-ça ne vous dérange pas

L-Non, penses-tu. Son besoin est d'être utile

JP – qu'est-ce que je peux faire pour vous aider (prendre en charge)

L-Met toi là et fais-moi passer les affaires.

Nous avons pris place à côté d'elle comme elle nous l'avait indiqué et avons veillé à ce qu'elle ait le matériel nécessaire pour assurer le service du goûter *(prendre soin).*

La dame s'est mise derrière le chariot du goûter et malgré son fauteuil roulant a commencé à prendre possession des lieux. Bien-sûr il a fallu veiller à ce que les obligations alimentaires de chacun soient respectées, mais cette dame a très vite pris le contrôle de la situation en me guidant.
À la fin, nous avons remercié la dame pour son aide en lui demandant si cela avait été pour elle.

« *Oui t'avais qu'à me le demander* » a-t-elle répondu en souriant. (*réception du care*)

Une fois l'action réalisée, les agents ont partagé leurs observations. Ce qu'il en est ressorti est que tous les agents ont identifié les quatre phases de *care (se soucier de ; prendre en charge ; prendre soin ; réception du care*). Ils ont établi que le soin ce n'était pas qu'un acte lié au nursing ou au traitement médicamenteux ; que d'autre solutions existaient à condition d'identifier les besoins.

Cet exemple a convaincu les agents qui ont remarqué que les difficultés de cette dame avaient disparues, que les interactions avaient eu lieu entre cette dame et les autres résidents, ce qui n'avait pas été observé jusque-là ; cette dame paraissait plus enjouée après l'action et que son besoin était d'être active et utile. Ils ont surtout manifesté leur étonnement dans la facilité de mise en pratique et tous ont manifesté leur volonté de pratiquer ainsi dorénavant.

Une dynamique s'est installée et rapidement cette résidente attendant ce moment et les équipes évoluant, le service du goûter a été renouvelé car empreint des principes de *care* (*se soucier de, prendre en charge, prendre soin* et *réception du care*).

Nous avions convenu avec les agents de la nécessité de laisser des traces écrites. Chaque temps d'expérimentation était suivi d'une mise en forme écrite faisant apparaître la part de *care,* de prendre soin mobilisée dans l'action menée. Ainsi les agents ont établi un support de transmission du travail prêt à être retranscrit dans le logiciel NetSoin[95].

[95] Ce logiciel utilisé dans la structure représente une aide quotidienne pour les professionnels paramédicaux ou non en EHPAD dans l'organisation de leurs tâches. NetSoin : Logiciel pour maison de retraite EPHAD par Teranga Software (testntrust.fr)

Cet accompagnement sur le terrain avait comme but de donner aux agents des pistes de réflexion afin qu'ils s'engagent dans une démarche réflexive et d'application collégiale.

Lors de cet accompagnement sur le terrain, nous avons pu apprécier deux éléments : les agents avaient intégré les principes forts vus en formation : les personnes âgées conservent des capacités ; les agents ont intégré les principes du *care* et ils les avaient appliqués dans une réflexion pour la coconstruction d'une intervention.

IV.2.1.2. L'accompagnement au changement dans les réunions pluridisciplinaires

Pour le second aspect de l'accompagnement, nous souhaitions permettre les retours d'expérience en groupes reconstitués afin de lever toutes difficultés de mise en pratique. Notre proposition d'accompagnement des équipes qui a débuté le 05/04/2018 a été guidée par les restrictions organisationnelles imposées par la directrice et l'IDEC. Selon leur point de vue, il n'était pas envisageable de créer un temps supplémentaire de réunion. Les raisons qu'elles nous ont avancées étaient que cela engendrerait des difficultés d'organisation. Nous avons donc demandé à participer à la réunion hebdomadaire coanimée par l'IDEC et la psychologue qui se tenait dans l'unité de vie protégée spécifique Alzheimer afin de pratiquer l'accompagnement des équipes sur un temps de réunion.

Tous les jeudis, une réunion d'équipe pluridisciplinaire était réalisée dans la salle à manger de l'unité de vie protégée spécifique Alzheimer avec l'ensemble des soignants. Pendant l'heure de cette réunion, l'IDEC faisait passer des infos et apportait son expertise des soins lors des situations individuelles abordées par la psychologue qui passait en revue les situations problématiques mentionnées par les agents. La psychologue apportait son expertise quant à l'accompagnement centré sur la personne en réalisant des mises à jour sur les principes de pratiques professionnelles de ce point de vue. Son intervention avait vocation d'analyse des pratiques. L'IDEC validait ou pas l'aspect organisationnel des réponses apportées lors de ce temps de rencontre.

L'IDEC et la psychologue ont accepté notre proposition d'intervenir régulièrement sur ce temps de réunion du jeudi. Participer à cette réunion revêtait plusieurs intérêts. Tout d'abord cela nous permettait de tenir informé les professionnels sur la mise en place des actions et d'assurer l'accompagnement au cours de cette recherche-action. De plus, en étant au côté de ces deux professionnelles de l'équipe d'encadrement, cela nous permettait de comprendre une partie de

la dynamique au sein du CODIR, d'échanger avec elles sur le projet de management du prendre soin et d'en faire nos relais sur le terrain.

Encadré 8 : réalisation de la troisième phase de la recherche-action

☑ Première phase : légitimation et approbation de la RA par les parties prenantes de l'EHPAD

☑ Seconde phase : analyses documentaires avec l'élaboration d'un plan d'action N°1 :

- Diagnostic intermédiaire
- Formation action
- Entretiens semi directifs
- Diagnostic final

☑ Troisième phase : élaboration du plan d'action N°2

- Intégration des phases d'accompagnements individuels et groupes

☐ Quatrième phase : établissement d'un nouveau plan d'action N°3

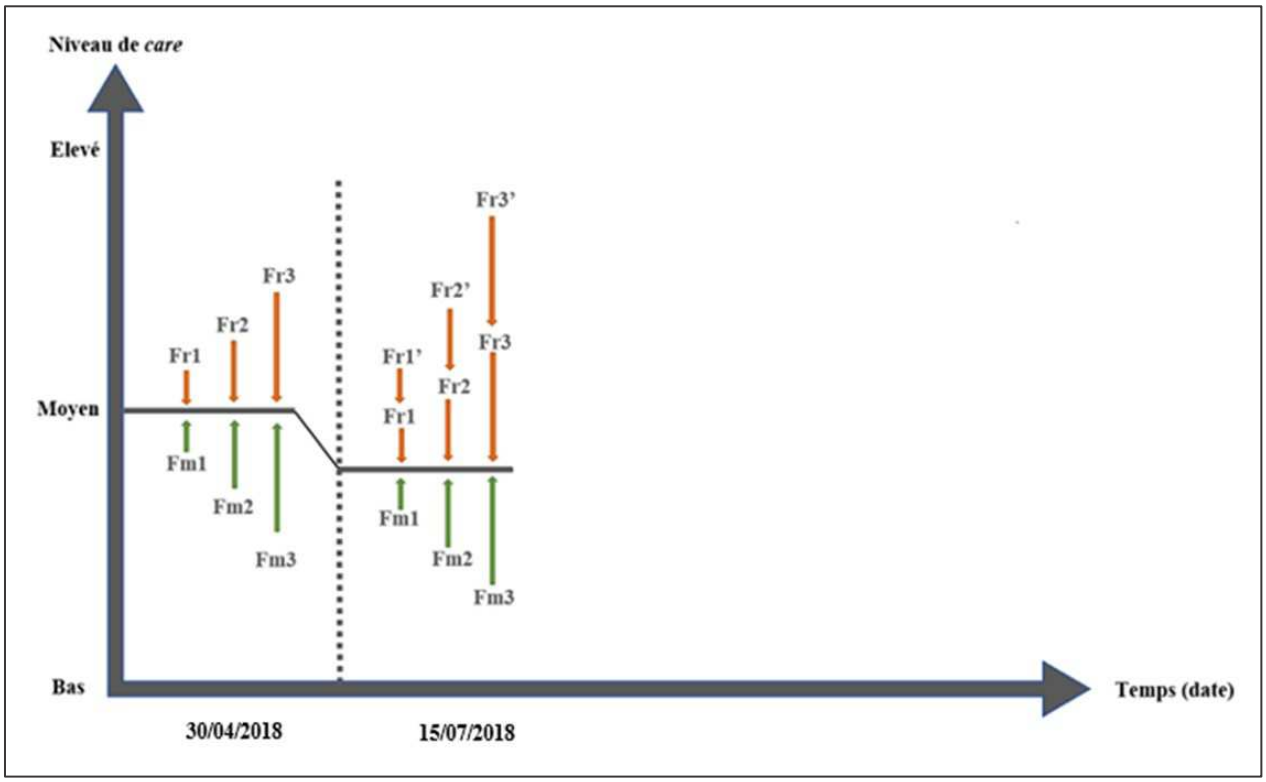
- Création des focus réunion pour améliorer l'accompagnement et activer la stabilisation des changements.

Les phases1) 2),3) et 4) sont sous tendu par la collecte de données et l'observation.

IV.2.1.3 Analyses des champs de forces et résultats du plan d'action N°2

Nous sommes le 15/07/2018, la recherche-action a débuté depuis sept mois dont quatre consacrés à l'accompagnement. Malgré notre présence aux côtés des agents sur le terrain en temps réel, malgré notre accompagnement en réunion hebdomadaire, le changement ne s'inscrit pas au quotidien. Notre stratégie d'accompagnement s'avère inopérante. Malgré l'application par les agents des principes de *care* (*se soucier de, prendre en charge, prendre soin* et *réception du care*), nous n'observons pas la réciprocité qui est la marque d'une pleine application du *care.*

Afin de visualiser les blocages, nous avons pratiqué une analyse des champs de forces de ce plan d'action n°2



Graphique 5 : analyse des champs de forces comparatif entre diagnostic et plan d'action N°2 le 15 juillet 2018

A la lecture de ce graphique 5, nous constatons que les forces résistantes ont augmenté en tension (Fr1→ Fr 1' ; Fr2→ Fr 2' ; Fr3→ Fr 3') tandis que les forces motrices (Fm1 ; Fm2 ; Fm3) elles non. Le résultat est que le niveau de *care* a baissé par rapport au niveau établi au moment du diagnostic.

Après analyse, nous établissons que nous sommes à l'origine de l'augmentation de la tension des forces résistantes agissant **pour un abaissement du niveau de *care***. En effet la formation action du plan d'action N°1 a atteint son objectif d'apporter une nouvelle culture adoptée par les professionnels. En revanche le plan d'action N°2, sensé accompagner cette transformation, agit *in fine* contre le changement. Nous avons généré une augmentation de tension qui engendre une plus forte résistance au changement et notre action s'inscrit paradoxalement dans une logique de blocage.

De toute évidence le plan d'action N°2 ne produit pas l'effet escompté. Certes une nouvelle culture existe dans l'EHPAD, mais elle ne parvient pas à prendre le dessus sur l'ancienne qui reste dominante.

Le changement qui agit aujourd'hui dans cet EHPAD est de type 1 avec des transformations à la marge qui maintiennent le système dans un équilibre quasi stationnaire (Allard-Poesi, 2009) ; nous somme bien loin du changement radical de système de type 2 (Hadini et al, 2020 Watzlawick, 1975) que nous visions.

Il nous apparaît nécessaire d'analyser plus finement la situation afin de comprendre comment faire baisser cette tension dans les forces résistantes et ainsi favoriser l'élévation du niveau de *care* par une action sur les forces motrices. Alors, il nous semble à ce moment précis de la recherche, crucial de proposer un accompagnement qui permette une plus grande appropriation par les agents des principes de coconstruction.

IV.2.2 Les réajustements qui créent le plan d'action N°3.

Le premier constat que nous avons fait était que les actions de changement ne sont pas durables dans le temps. Chacun des agents font selon leurs aspirations sans concertation et sans continuité. L'organisation revient inévitablement à son équilibre antérieur celui de non-changement. Nous ne constatons pas de changement significatif au niveau du collectif des agents dans leur pratiques. Paradoxalement sur le plan individuel, la grande majorité des professionnels évoluent dans leurs postures.

A propos des changements qui ne se fixent pas, nous avons constaté qu'en majorité, les agents nous attendent pour initier des actions. Lorsque nous sommes absents, la dynamique s'affaiblit. Les agents qui agissent sont peu nombreux et ne se concertent pas.

Les agents que nous avions identifiés comme des leaders proposent des évolutions en termes d'organisation mais sans que cela ne crée une dynamique de changement collective au sein du secteur protégé. Enfin, lorsque nous sommes absents de la structure aucun des relais que nous avions identifiés (IDEC et psychologue) ne se saisissent de la conduite de changement.

Il ne fait aucun doute que nous avons commis des erreurs lors de cette phase d'accompagnement.

Afin de comprendre ce qui a pu nous échapper, nous nous sommes remis en position d'observateur. Durant quinze jours (du 16/07 au 30/07/2018), nous avons observé afin de comprendre pourquoi le changement ne s'installait pas. Nos positions d'observation ont été multiples en termes de lieux et de plages horaires afin d'être en mesure de croiser un maximum de données.

Grâce à cette posture, nous avons été en mesure de déceler une problématique organisationnelle qui pouvait en partie expliquer ce très faible engagement des équipes dans le changement. En effet, nous avons repéré un déséquilibre de répartition du personnel sur l'unité de vie protégée spécifique Alzheimer.

L'après-midi dans le secteur sécurisé, l'agent était seul de 14 h à 16h. Durant ces deux heures, l'agent seul devait assurer la réponse aux besoins des résidents, c'est-à-dire accompagner les personnes aux toilettes, assurer les soins de nursing, accompagner au coucher les résidents fatigués dans leur chambre pour la sieste, distribuer et aider à la prise des collations, accueillir les visites, ranger le linge propre des résidents revenu de la lingerie dans leur chambre, le tout en assurant la sécurité des dix-sept résidents. Cette organisation de toute évidence ne favorise pas la mise en place d'actions reprenant les principes vus pendant l'action de formation et les accompagnements individuels et de groupes.

Nous avons soumis les résultats de notre observation à l'IDEC et à la directrice en proposant de revoir l'organisation afin de l'améliorer. La directrice a validé une réorganisation à moyen constant.

Avec l'IDEC, nous avons revu les plannings afin d'étudier s'il était possible de corriger ce temps de présence d'agent en secteur protégé sur l'après-midi. Il s'est avéré qu'en modifiant un horaire dit coupé (de 07h30 à 13 h 30 et de 16h30 à 20h30) en un horaire dit de longue (de 09 h à 19h) nous permettions la présence de deux agents sur toute la journée. *In fine* nous avons renforcé la présence soignante tout cela à moyen constant comme imposé par la directrice.

L'autre information que nous avons retirée de cette mise en retrait du terrain comme acteur agissant concernait notre positionnement. Il nous est apparu que nous avions été trop présents dans l'action de changement. Notre volonté d'impulser une dynamique nous a conduit à ne pas suffisamment inclure les acteurs afin que ceux-ci la comprennent, l'acceptent et la perpétuent. Nous étions trop axés sur le pilotage de la conduite du changement délaissant sans nous en rendre compte l'aspect de coconstruction.

Les agents ont pu alors nous percevoir comme le spécialiste, le responsable et s'en remettaient essentiellement à nous. Il nous semblait que les agents attendaient beaucoup de nous et ne s'engageaient pas dans la démarche. Ils semblaient se retrancher derrière l'attente de propositions émanant de notre seule part. D'ailleurs dans cette phase d'observation où notre action sur le terrain à leur côté était moindre, ils venaient nous solliciter avant d'agir. À ce moment-là, il nous est apparu que notre proactivité avait pu agir comme un effet limitant pour les agents dans toutes leurs initiatives et propositions. Le mode de management que nous pratiquions ne se distinguait pas assez de ce que les agents connaissaient antérieurement, c'est-à-dire un management qui ne les associent pas suffisamment.

Enfin en assistant comme observateur à la réunion hebdomadaire du jeudi, il nous a semblé que notre positionnement dans cette réunion n'était pas pertinent.

Tout d'abord parce que la lisibilité pour les agents n'était pas facilitée. Effectivement nous intervenions de façon très succincte dans une réunion déjà repérée par les agents comme un temps d'échange entre eux, l'IDEC et la psychologue. Ce temps était dédié à la diffusion d'informations soit techniques, soit relevant des histoires de vie des résidents ou encore à la résolution de problématiques rencontrées par les professionnels sur l'accompagnement des résidents.

L'espace négocié dont nous disposions dans cette réunion pour l'accompagnement ne pouvait pas suffire pour un accompagnement au changement.

En effet en observant les deux intervenantes (IDEC et psychologue), nous avons pu apprécier la densité et la diversité des thèmes et informations délivrées sur une cadence très élevée lors des réunions. Le temps imparti à cette réunion était limité à une heure car ce temps de rencontre était couplé au temps de pause des agents. Même s'il y avait des échanges, la communication était majoritairement descendante.

Comment imaginer que dans une telle configuration notre intervention supplémentaire puisse être profitable à l'accompagnement au changement ? Il nous apparaissait évident que de telles conditions de réunion avaient pu nous conduire à occulter des informations importantes par manque de temps. Il est même probable que les messages que nous avions délivrés étaient brouillés et mobilisaient un mode de communication descendante. De plus ce partage du temps de parole avec les deux intervenantes s'est révélé rapidement compliqué. En effet les deux intervenantes nous ont formulé à plusieurs reprises que nos interventions au cours de ces réunions étaient du temps de communication en moins pour elles. Nous n'avions de toute

évidence pas notre place dans ce format de réunion que nous souhaitions dédier à l'accompagnement du changement. Force est de constater que l'accompagnement que nous avions proposé sous ces formes tant sur le terrain que dans ces réunions n'était pas opérant.

Cette analyse faite, nous en avons retiré des enseignements : la coconstruction doit -être centrale. Grâce à cela, cette recherche sera action et pourra ainsi se prévaloir de démarche scientifique de conduite du changement et atteindre son but de transformation (Allard-Poesi, 2009).

Nous avons donc afin de répondre à cette problématique, fait évoluer notre accompagnement en élaborant un plan d'action n°3. L'idée nouvelle que nous avons introduite était d'adapter le principe des focus groupe à une réunion dédiée intégralement à la conduite du changement.

Pour cela, nous avons exposé à l'IDEC et la psychologue et aux agents, la problématique que nous avions identifiée et qui pouvait expliquer le non-changement. Ce constat, tous l'ont partagé. Nous avons tout d'abord proposé aux deux intervenantes de nous céder de leur temps de réunion. Une fois par mois, nous serions titulaires avec les agents de ce temps de réunion hebdomadaire. Ensuite nous avons proposé aux agents de coconstruire ce temps de rencontre intégralement dédié à la conduite du changement et à sa stabilisation. Nous serions avec les agents responsables de son organisation en termes de contenu et d'actions à mener. Tous ont validé le principe d'une fois par mois avec la possibilité pour l'IDE et la psychologue de participer en tant qu'invitées.

Nous avons exposé dans les même termes la problématique et l'apport de cette solution nouvelle à la directrice (encadré 09).

Encadré 09 : organisation du nouvel outil 'les focus réunion'

Une fois par mois le doctorant coanimera avec les agents la réunion du jeudi entre 10h et 11h15 dans la salle à manger du secteur protégé. Tous les professionnels de tous les services pourront y assister avec l'accord de leur chef de pôle.

Le doctorant et les agents seront titulaires de cette réunion. Tous les agents pourront proposer des thèmes à traiter en ordre du jour.
Cette réunion sera coconstruite avec les agents, ensembles, ils :
1-analyserons les activités
2-proposerons des axes d'amélioration
3-réaliserons un plan d'action lorsque nécessaire

A la demande des agents, le doctorant réalisera un compte rendu qu'il transmettra avec la validation des agents à la directrice, l'IDEC et la psychologue.
Trois fois par mois l'IDEC et la psychologue tiendront la réunion comme auparavant.

Cette proposition d'organisation a été intégralement validée le 05/09 comme nouveau mode de fonctionnent par la Directrice, l'IDEC, la psychologue et les professionnels.

IV.2.2.1. Accompagnement et stabilisation : troisième et dernière étape du processus de conduite du changement

Nous avons donc décliné les principes des focus group sous forme de réunion mensuelle. Nos souhaits étaient multiples : assurer un suivi des changements, valoriser les actions mises en place par les agents et stabiliser ces changements le tout sans ajouter un temps de réunion imposé.

Nous avons souhaité conserver ce que nous considérions comme un avantage : un espace déjà identifié par les agents comme un temps de rencontre en organisant sur ce créneau une réunion mensuelle. En effet, les agents gardaient la dynamique de réunion sans que cela ne leur ajoute un temps supplémentaire qui risquait de surcharger leur quotidien de travail. Toutefois, sous cette nouvelle formule dédiée à l'accompagnement des changements, la différenciation avec la réunion tenue par l'IDEC et la psychologue, était effective.

Ces focus réunions ont été coconstruits, d'ailleurs les agents ont souhaité appeler ces réunions les « réunions Montessori ».

Ainsi la dissociation que nous souhaitions entre les actions de terrain et leurs débriefings devenaient possibles. De plus, il nous est apparu que notre positionnement se clarifiait. Tant sur le terrain que dans le co-pilotage de ces focus réunion, nous pouvions nous dédier exclusivement à l'accompagnement de la conduite du changement. Tout ceci contribuait à faciliter la collaboration avec les agents.

Dans chaque réunion, nous sollicitions les agents pour élaborer l'ordre du jour de chaque rencontre. Nous le rédigions et l'affichions quinze jours à l'avance. Il reprenait les points que les agents souhaitent aborder ou traiter. C'était également pour nous l'occasion de traiter des sujets qui émanaient de notre observation. Les agents pouvaient échanger sur leurs difficultés et leurs réussites.

Nous avons utilisé ce temps afin de résoudre collectivement des problématiques que nous avions observées ou ressenties mais également partagées avec les agents. Par exemple, nous pouvions travailler sur l'aspect technique d'une situation, c'est-à-dire comment arriver à ce que tous les agents puissent tracer les actions qu'ils mènent ; mais, nous pouvions aussi échanger sur la marche à suivre lorsque de nouvelles pratiques avaient du mal à être réalisées et pérennisées. Nous réfléchissions ensemble sur ce qui posait problème soit parce que ce n'était pas compris, soit parce que cela n'était pas actionnable en l'état.

En début de chaque réunion, nous rappelions les règles établies : écoute et respect. Chacune et chacun étant assurés qu'aucun jugement de valeur ne serait porté sur les propos qu'il ou elle tiendrait et que toutes les idées étaient accueillies dans cet espace d'échanges et de coconstruction.

Le rôle de ces focus réunions était également de stabiliser toute décision validée par le groupe. Ainsi tout changement était connu et respecté par tous. Cela pouvait aller de la mise en place d'un processus pour l'expérimentation de nouvelles pratiques à la validation d'un nouveau processus par retour d'expérience. Cette stabilisation pouvait intervenir par la volonté des agents ou à notre suggestion.

Maintenant que la phase d'accompagnement semblait mieux définie et plus équilibrée, nous avons souhaité l'appuyer avec une étude plus fine sur les raisons qui pouvaient engendrer des blocages. La question du management directif par exemple représentait selon nous une force contre le changement et l'élévation du niveau de *care*. Traiter cette question du management directif nous paraissait important sous peine de laisser s'introduire des entraves à la pleine expansion des transformations et surtout à leur stabilisation.

Afin de parvenir à cette identification des forces résistantes au changement, nous avons mobilisé le principe des focus group afin de mettre en lumière les influences de personnes sur d'autres dans cette organisation (Gavard-Perret et al, 2012).

Encadré 10 : réalisation de la quatrième et dernière phase de la recherche-action

☑ Première phase : légitimation et approbation de la RA par les parties prenantes de l'EHPAD

☑ Seconde phase : analyses documentaires avec l'élaboration d'un plan d'action N°1 :

- Diagnostic intermédiaire
- Formation action
- Entretiens semi directifs
- Diagnostic final

☑ Troisième phase : élaboration du plan d'action N°2

- Intégration des phases d'accompagnements individuels et groupes

☑ Quatrième phase : établissement d'un nouveau plan d'action N°3

- Création des focus réunion pour améliorer l'accompagnement et activer la stabilisation des changements.

Les phases1),2),3) et 4) sont sous tendu par la collecte de données et l'observation.

Nous avons informé la directrice, les responsables de service et les agents de notre souhait d'organiser deux entretiens de groupe de type focus à destination des professionnels d'un côté et des membres du CODIR de l'autre et ceci afin d'avancer dans nos travaux de recherche.

Nous avons volontairement délivré peu d'informations. Cependant, nous avons renseigné les professionnels et les membres du CODIR sur la composition de deux groupes distincts réunis afin de discuter de l'avancement des travaux de recherche. Les dates conjointement établies des focus groupe professionnel étaient le 20 octobre 2018 pour le focus professionnel et le 21 octobre 2018 pour le focus CODIR. La diffusion minimale d'infos et les dates rapprochées

avaient comme fonction de limiter le transfert d'informations entre les deux groupes afin de garder un maximum de spontanéité chez les participants

IV.2.2.2. Focus group professionnel

Nous avons utilisé les entretiens de groupe pour les professionnels car ils sont recommandés pour l'exploration de phénomènes tels que l'attitude d'un groupe face à des pratiques nouvelles ou l'étude des influences de personnes sur d'autres dans une organisation (Gavard-Perret et al, 2012). Lors d'une recherche-action, ils sont appropriés pour la résolution de problèmes en vue d'une amélioration des situation (Baribeau et Germain,2010).

En l'occurrence, la problématique rencontrée était que le changement de pratiques professionnelles ne parvenait pas à s'ancrer au quotidien malgré une appropriation des principes de bases de la formation action et un accompagnement de notre part dans ces changements durant deux mois. Nous souhaitions donc à ce moment de l'accompagnement comprendre pourquoi.

Le lieu de tenue de ce focus group professionnel a été choisi et imposé par la direction : il s'agit de la salle polyvalente de l'EHPAD (figure 12). Cette grande salle à multiples fonctions a révélé quelques inconvénients d'usage :

- la grande superficie (50m²) ne favorise pas dans le cadre de focus groupes les échanges car elle établit de grande distance entre les participants.
- La présence d'un sanitaire. Celui-ci est très utilisé par les résidents et les visites car il est le seul au rez-de-chaussée accessible sans digicode.
- La zone de stockage dans laquelle sont rangées des tables, des chaises et du matériel encombrant susceptible d'être emprunté à tout moment,
- Le placard, lieu de rangement des activités ludiques est mobilisé par les résidents, les familles, les clubs du troisième âge du village qui viennent chercher tous supports utiles à l'élaboration d'activités.

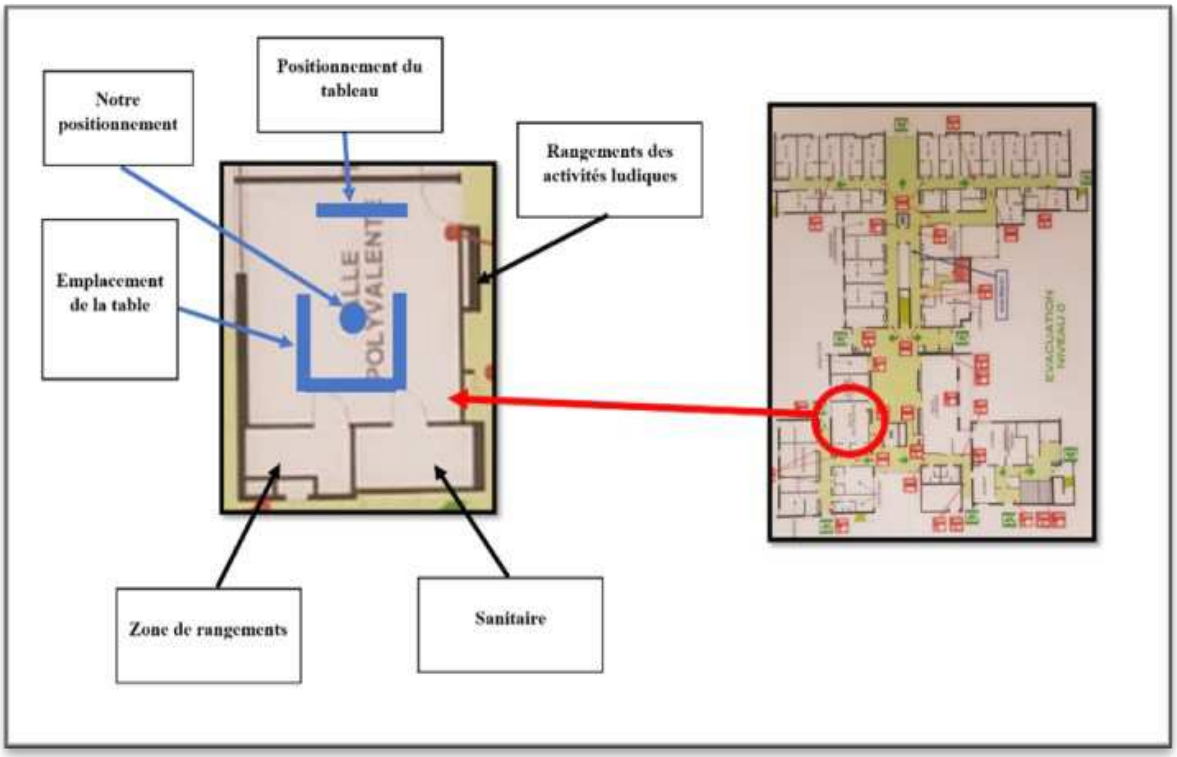


Figure 12 : agencement de la salle du focus group

Pour toutes ces raisons cette salle n'était pas idéale pour les agents et pour nous. Les nombreuses interruptions ont généré quantité de parasitage durant la tenue de ce focus group. Les agents étaient assis autour de la table que nous avions agencée ensemble en forme de U (figure 12), ceci afin de favoriser l'interaction des participants. Nous étions positionnés au milieu de la partie ouverte du U.

Ces entretiens de groupes reprennent également les principes de la dynamique des groupes (Anzieu et Martin, 1968,2017 ; Mucchielli, 1967,2017 ; Lewin,1943,1947a ,1947b).

Tableau 22 : participants aux focus groupes professionnels

Participant	Catégorie	Ancienneté (en nombre d'année)	Pôle	Durée entretien (en mn)
P 01	C	9	Hébergement	150
P 02	C	9	Soin	150
P 03	C	9	Soin	150
P 04	C	8	Soin	150
P 05	C	9	Soin	150
P 06	C	9	Hébergement	150
P 07	C	9	Hébergement	150
P 08	C	3	Hébergement	150
P 09	C	6	Soin	150
P 10	C	1	Soin	150
P 11	C	9	Admin	150
P 12	C	4	Hébergement	150

- Le nombre de participants respecte ces principes et ne dépasse pas la douzaine, car il est établi que la forme la plus propice au changement est le groupe restreint composé au minimum de six personnes et au maximum de douze (Anzieu et Martin, 1968,2017). Le groupe de professionnels participants à ce focus groupe était composé de 12 professionnels, non cadre de catégorie C (Tableau 22).

- les réunions reposent sur l'instauration d'une parole libre, autorisant toutes les opinions à condition qu'elles soient respectueuses (Anzieu et Martin, 1968,2017). Le rôle de l'animateur, notre rôle, est de valoriser la parole d'autrui est de garantir à chacun d'être entendu est reconnu. (De Visscher, 2012).

- Enfin ils apportent aux participants des informations simples. Dans notre cas, cela a consisté à faire un état des lieux de l'avancement du projet de recherche et à inviter les participants à se prononcer sur ces éléments présentés.

Nous avons bâti ces focus group en reprenant une partie du modèle des entretiens semi-directifs.

La question de réchauffement a subi une adaptation propre aux entretiens de groupe. Nous avons proposé un jeu de rôle dont la vocation est de créer une baisse de tension sensée favoriser l'engagement.

Le centrage du sujet et l'approfondissement se sont faits à l'aide de post-it sur lequel chaque participant inscrivait ce que lui inspirait la question. Puis à tour de rôle, chacun venait coller sur un tableau ses *post-it* et expliquer au groupe ses écrits. Ainsi grâce à cette alternance de phases écrites et orales, individuelles et collectives, nous souhaitions éviter le conformisme, le ralliement à l'idée portée par le leader (Gavard-Perret et al, 2012) et de plus cela nous a fourni des traces écrites utiles lors de l'analyse de ces données.

L'approfondissement s'est fait lors des restitutions écrites des agents**.**

Nous avons introduit le débat par la question ***: « quels sont les obstacles au changement de pratiques professionnelles ? ».*** L'objectif de cette question et des questions de relance était de recueillir l'avis du groupe face aux difficultés que nous rencontrions dans l'instauration de ces nouvelles pratiques professionnelles et de trouver ensemble comment les lever.

Le groupe de professionnels constitué de volontaires a fait preuve d'agacements et même d'agressivité dans ces mots envers l'encadrement et plus précisément la directrice et son adjoint, le responsable de restauration tout au long de l'exercice. La question que nous avons posée à susciter de vives réactions dont nous livrons une reconstitution.

Cette première série met en lumière l'inertie qu'il règne dans l'EHPAD :

« *On nous fait croire qu'on veut changer les choses mais en fait on ne change rien du tout.* » (Extrait fpP.05)

« *Quand on a su que l'on serait formé à Montessori on était tous motivé, mais en quelque temps, tout s'est dégradé !* » (Extrait fpP.08).

Dans ce verbatim, cet agent administratif fait part d'une frustration qui s'est généralisée auprès des professionnels. Le sentiment du groupe est que lorsqu'ils ont voulu mettre en pratique les contenus de la formation, ils disent avoir essuyé des refus et des blocages de la direction. Tout cela a dégradé encore un peu plus une communication déjà en crise avec la direction.

Les agents avancent des exemples précis pour illustrer leur grande frustration :

« Par exemple la fête des 10 ans de l'EHPAD, les filles essaient de faire les choses selon le choix des résidents, sauf qu'il y a eu des interventions de la directrice et du chef de restauration qui voulaient que ce soit comme ça et pas autrement qui font que tout le monde se désiste » (Extrait fpP.02)

Il faut savoir que dans cet EHPAD chaque année lors de la fête de la résidence, de nombreux professionnels organisent des activités et participent bénévolement à la préparation de ce temps. Or cette année symbolique qui devait être une fête puisque l'EHPAD célèbre ses dix ans, les agents n'ont ni le gout ni l'envie d'y participer.

Lorsque nous relançons sur la question du changement qui ne s'installe pas, les agents attribuent ce blocage à une omniprésence quotidienne qui limite leurs marges de manœuvre :

« on a des freins, tu te sens empêché dans tes missions ». (Extrait fpP.09)

« On le voit avec les nouvelles animations et les préparatifs des 10 ans de la Résidence. On aurait aimé leur laisser (aux résidents) *des jeux, objets à disposition, mais tout doit rester enfermé dans le placard de la salle polyvalente, on ne peut pas. Nous on avance, mais derrière on est retenu.* » (Extrait fpP.03).

Et puis les attaques se dirigent vers des personnes clairement identifiées comme des obstacles aux transformations. Les agents remettent même en question la compréhension de certains managers quant à l'objectif du projet :

« J'ai l'impression qu'on a évolué mais sans eux (directrice et chef de restauration) *par l'intermédiaire des formations réalisées. On est plus à l'écoute, on donne du choix aux résidents »* (Extrait fpP.02)

« Je pense que la directrice et le chef de restauration n'ont pas tout intégré. Je fais une différence entre comprendre et intégrer. Ils ont compris (la directrice et le chef restauration) *mais pas tout intégré avec peu de remise en question ». (Extrait* fpP.04)

« *Il est temps que la direction s'adapte aux demandes de résidents* ». (Extrait fpP.10)

« Oui on le voit, les filles sont obligées de se battre au quotidien pour permettre aux résidents de personnaliser leur porte de chambre ce qui leur permet de se repérer.

La directrice ne facilite pas ça, elle souhaite que cela soit harmonieux, d'après ses goûts à elles et pas ceux des résidents ! » (Extrait fpP.11)

Les agents qui reprennent en exemple des principes vu en formation remarquent qu'ils sont absents de la démarche de la direction. Cela semble avoir des retentissements importants sur les équipes qui opèrent des distinctions entre les membres facilitateurs et ceux que ne le sont pas :

« *Oui c'est facile avec elle (IDEC), mais avec les autres, pas du tout* (la directrice et le chef de restauration) » (Extrait fpP.07)

Un élément vient nous interpeller, un agent de la cuisine fait part de certaines avancées alors que ce service est hors de la zone concernée par la recherche :

Pour moi, les changements en cuisine avec l'accompagnement de certains résidents selon Montessori ont permis une ouverture (Extrait fpP.12).

Ce verbatim a retenu notre attention, car apprendre que des changements s'opéraient en cuisine a été une surprise à double titre. D'une part parce le management autoritaire du responsable semblait annihiler tout développement d'action nouvelles et d'autre part en raison de l'éviction dès le départ par la directrice de ce lieu comme terrain d'investigation. Nous allons donc à l'avenir suivre avec intérêt l'évolution du personnel de restauration.

Il apparaît que les agents ont interprété l'acceptation de ce programme de recherche par la direction comme une ouverture vers le changement, mais qu'en définitive il n'en a rien été. Le résultat est une défiance des soignants vis-à-vis de la directrice et du chef de restauration :

« Aujourd'hui en soin on est solidaire et plus nombreuses et toutes d'accord sur l'incohérence de la directrice et du chef de restauration. fpP 06).

Les difficultés rapportées dans ce groupe quant aux freins que les agents ressentaient nous ont conduit à adopter deux positionnements oscillants entre intervenir et ne pas intervenir. Intervenir afin de les accompagner à verbaliser toutes ces frustrations tout en les régulant. Et ne pas intervenir, être là mais en retrait avec l'objectif de laisser le groupe progresser vers une sortie de crise tout en régulant les prises de parole et en récoltant les informations utiles pour la compréhension des blocages (Blanchet et Trognon, 2008).

La compréhension que nous établissons sur ce groupe des professionnels est que la tension élevée provient d'une reconnaissance empêchée (Barel et al,2019 ; Clot, 2010 ; El Akremi et al,2009). Ils n'ont pas obtenu de leur hiérarchie, incarnée par la directrice, toute son attention quant à leurs investissements. Les agents ne se sentent pas reconnus, et nous avons constaté qu'ils n'avaient pas la possibilité de le verbaliser tant la communication est uniquement descendante, sans possibilité d'échanges.

Ce qui vient majorer cela est que les agents sont engagés dans le changement, mais se sentent entravés dans sa mise en pratique. Selon nous, le contexte de contrainte imposé par le management autoritaire (Lewin,1947) est trop important dans l'EHPAD pour permettre que la décision prise par les agents de changer de culture s'exprime. Il n'est pas possible pour eux d'avancer car ils interprètent l'attitude de la directrice comme une opposition au changement.

Les agents veulent changer mais sont contraints de ne pas le faire, ce qui explique que lorsque nous introduisons des perspectives de changement telles que celles qui sont offertes par la réunion mensuelle, plutôt que de voir les forces s'affaiblir, elles augmentent en tension. Le management autoritaire fait ici clairement obstacle.

Désormais, notre action doit être ciblée sur les freins au sein du CODIR. Notre objectif est de resituer la directrice dans le projet de changement qu'elle a accepté et contre lequel elle semble lutter. Pour cela, nous allons utiliser ce focus CODIR avec l'intention de créer une *catharsis*.

IV.2.2.3. Focus group CODIR

L'intérêt pour nous de réunir les membres du CODIR dans un focus group était de comprendre la dynamique qui anime ce groupe de direction au sein de l'EHPAD, afin de dégager des marges de manœuvre dans le rééquilibrage du climat organisationnel.

Ces entretiens de groupes reprennent les principes de la dynamique des groupes (Anzieu et Martin, 1968,2017 ; Mucchielli, 1967, 2017 ; Lewin,1943,1947a ,1947b). Ce focus groupe était composé de sept personnes ayant une reconnaissance ou un positionnement dans l'organigramme institutionnel de responsable (Tableau 23). Cependant une exception a été faite sur demande de l'IDEC. Celle-ci nous a demandé la possibilité d'intégrer une infirmière dans ce focus CODIR qui l'assistait dans des tâches administratives et de coordination des équipes. Au vu de ses missions, sa présence nous semblé cohérente dans ce focus CODIR.

Tableau 23 : participants au focus group CODIR

N° personne	Catégorie	Ancienneté (en nombre d'années)	Pôle	Durée entretien (en mn)
Personne n° **01**	A	8	Soin	150
Personne n° **02**	A	5	Soin	150
Personne n° **03**	C	3	Hébergement	150
Personne n° **04**	C	9	Hébergement	150
Personne n° **05**	C	3	Administration	150
Personne n° **06**	A	9	Soin	150
Personne n° **07**	A	9	Administration	150

Les règles de fonctionnement de ce focus étaient similaires à celui des professionnels, à savoir que l'expression d'une parole libre était garantie et toutes les opinions étaient acceptées à condition d'être respectueuses (Anzieu et Martin, 1968,2017). Notre rôle d'animateur consistait à valoriser, réguler et encourager l'expression de tous les participants afin que tous soient entendu et reconnu. (De Visscher, 2012).

Une fois ces consignes délivrées, nous nous sommes assurés que tout un chacun était d'accord avec celles-ci. Ensuite nous avons rappelé que notre présence et nos actions avaient été validées par les membres de l'organisme gestionnaire et la directrice. Nous avons invité celle-ci à

infirmer ou confirmer nos dires. La directrice a confirmé. Nous avons poursuivi en resituant notre action dans ce travail de recherche. Ce point fait, nous avons proposé un jeu de rôle dont la vocation est de créer une baisse de tension et favoriser l'engagement.

Puis nous avons ouvert le débat avec une question de départ ***: « comment exercez-vous le management au quotidien ? »*** L'objectif par cette question et les questions de relances était de recueillir, de comprendre comment chaque responsable appréhendait son action et comment ils la motivaient. Nous avons réitéré la technique des *post-it* qui nous avait donné grande satisfaction lors du précédent focus group professionnels.

La salle qui nous été attribuée était la cuisine thérapeutique. Cette pièce de 35m² environ est équipée d'appareils électroménagers et d'un évier avec point d'eau. Elle est utilisée par les agents lors d'ateliers de cuisine dit thérapeutiques avec les résidents. Cette pièce est également utilisée tous les midis par l'équipe de direction pour les pauses repas. Enfin cette cuisine sur réservation peut accueillir des résidents et leurs familles et/ou proches pour un repas plus intime.

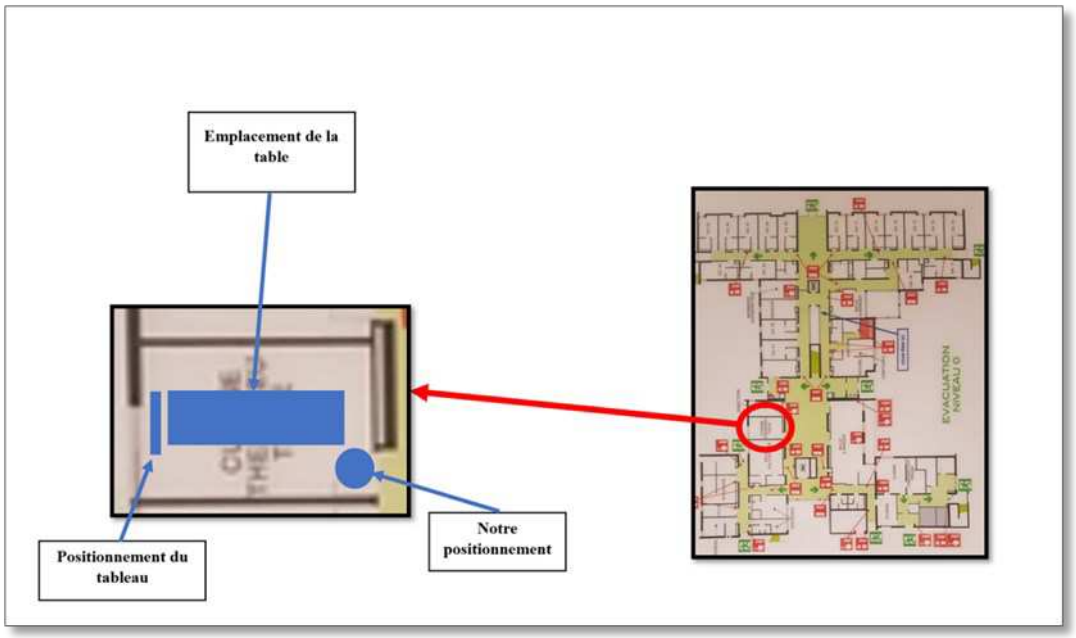


Figure 13 : agencement de la salle du focus CODIR

Le centre de la pièce est occupé par une table rectangulaire et huit chaises qui laissent peu de place pour circuler autour. En bout de cette table au fond de la salle, une baie vitrée coulissante apporte une lumière naturelle.

Afin de faciliter l'accès au tableau par les participants et de nous permettre de circuler, nous avons proposé à la directrice d'aménager l'espace. Elle a refusé catégoriquement en justifiant que d'autre réunion avait eu lieu dans cet espace et que cela s'était très bien passé avec la configuration habituelle. Nous avons donc utilisé cette salle en l'état malgré les difficultés que cela représentait.

Les membres CODIR étaient assis de part et d'autre de la table. En conséquence, la seule position qui permettait à tous les participants de voir le tableau sur lesquels seraient posés les *post-it* était en bout de table. Cet emplacement qui était le seul confortable visuellement pour les participants s'est fait au détriment de la circulation dans la pièce puisqu'ainsi situé l'espace était saturé. De plus cette disposition a hypothéqué pour nous toute présence face au groupe (figure 13, ci-dessus).

L'autre difficulté était que les agents ne pourraient pas se déplacer pour aller apposer leur *post-it* sur le tableau. Nous avons donc convenu avec les membres CODIR que la personne la plus proche du tableau aurait la charge de recevoir les *post-it* et de les coller.

Le manque de place nous a donc contraint d'animer le groupe en position aveugle, c'est-à-dire que nous étions la plupart du temps en retrait du groupe, au niveau de l'espace entrée de la salle seule place disponible pour nous. Cette difficulté s'est finalement révélée un avantage, car nous disparaissions du champ de vison des participants et ainsi n'intervenions que pour relancer la discussion.

L'ambiance qui au départ dans ce focus CODIR était légèrement tendue, s'est rapidement apaisée après le jeu de rôle. Nous avons lancé les débats avec la question d'ouverture ***« comment exercez-vous le management au quotidien ?***

Ce focus en grande partie n'a pas donné grand-chose, car les participants ont avancé des propos assez consensuels. Nous les avons sentis comme bloqués adoptant dans leurs grandes majorités des postures. Nous n'avons pu jusque-là déterminer si la présence de la directrice qui malgré nos sollicitations est restée très en retrait, était la cause de ces échanges assez pauvre.

Le seul moment intéressant a été ce moment où le responsable de restauration à décrit son management comme empreint de sollicitude à l'égard des agents sous sa responsabilité.

« *Moi j'essaie de tout faciliter, leur faciliter le travail en leur faisant des fiches recettes et affichant les effectifs, j'essaie de leur faciliter le travail pour qu'ils soient au maximum sur leur cuisine, après il y a des limites, je limite, il y a le cadre, le cadre limite. C'est ce que je pense, peut-être qu'eux ils vont dire que je suis plus limitant que facilitant, mais moi personnellement, j'essaie de faciliter le travail de tout le monde* » (Extrait fcP.04)

A cet instant un autre participant l'a coupé dans ces propos en lui apportant la contradiction :

« Toi tu n'es pas facilitant, tu aimes que les choses soient carrés, tu n'as pas un management facilitant. L'IDEC et moi on est sur du management participatif mais pas toi ! Toi tu es militaire tout doit être carré » (Extrait fcP.02)

Le ton est monté entre les deux protagonistes laissant apparaître de fortes distensions et des failles dans l'entente affichée depuis le début de ce focus group. Mais rapidement la directrice assez silencieuse depuis le début est intervenue donnant raison au chef de restauration sur sa vision.

« *ça veut pas dire qu'il faut être sans arrêt dans le contrôle, mais la confiance n'exclue pas le contrôle et particulièrement dans les EHPAD et particulièrement auprès des personnes âgées. C'est malheureux, il faut contrôler on sait pas ce qui se passe dans la chambre, parce que quand le chat n'est pas là, les souris dansent, c'est bien connu, d'accord, et particulièrement dans ce milieu EHPAD* ». (Extrait fcP.06)

Cette intervention de la directrice a comme figé les participants qui commençaient à se libérer. Il s'en est suivi un moment d'échanges plus feutrés mais laissant apparaître une forte tension dans ce groupe. L'influence et le contrôle qu'exerce la directrice sur ces collaborateurs nous ont semblé à cet instant très fort. Avec cette intervention la directrice a complètement neutralisé les échanges rendant caduques toutes nos tentatives de faire émerger des paroles libres.

Nous avons donc entamé la clôture de ce focus en donnant la parole à tour de rôle à chaque participant en leur demandant un mot de conclusion. Nous avions observé tout au long du focus

que l'infirmière invitée par l'IDEC avait une posture qui semblait marquer un désintéressement (tantôt bras croisés, tantôt le regard perdu en direction de la fenêtre). Sa posture durant les discussions nous semblait traduire la volonté de ne pas participer, d'ailleurs nous l'avions sollicité à quelques reprises sans qu'elle ne saisisse l'occasion. Nous avions été intrigués par cette attitude car l'IDEC avait souhaité sa présence et sa participation. Nous l'avons donc sollicité une dernière fois en lui donnant la primeur de débuter ce tour de conclusion. Elle qui n'avait pas souhaité intervenir et qui n'avait pas dit un mot jusque-là, à notre question : ***est-ce que vous souhaitez dire quelque chose pour conclure ?*** Elle a lancé au groupe :

« Non mais c'est n'importe quoi, c'est le bal des faux-culs à vous entendre tout va bien vous faites tout ce qu'il faut et les agents sont heureux » (Extrait fcP.01)

Avec cette prise de parole tout a basculé ; la directrice a mis immédiatement fin au focus et a demandé à s'entretenir dans son bureau avec l'IDE. La discussion a commencé devant la salle du focus. L'infirmière qui n'avait pas dit un mot pendant le focus semblait maintenant intarissable notamment sur le comportement du responsable de restauration quant à ces relations irrespectueuses avec les personnels soignants. La directrice semblait débordée. La discussion s'est prolongée entre les deux femmes dans le bureau de la directrice.

Ce focus qui malgré quelques échanges entre participants semblait totalement sous le contrôle de la directrice a soudainement échappé à son contrôle au moment du bouclage par les déclarations de cette infirmière 'invitée' de dernière minute.

Malgré nos nombreuses tentatives dans les jours qui ont suivi, la directrice a toujours fuit la discussion sur cet évènement. Toutefois nous avons observé un changement d'attitude de sa part. En effet les semaines qui ont suivi ont été marquées par une évolution de la directrice qui avait semble-t-il pris la mesure du climat délétère qui régnait dans l'EHPAD découlant de son autocratie managériale.

IV.2.3.les changements s'installent

Sans que cela ne soit perceptible immédiatement, les focus group, vont marquer un point de rupture selon nous. En effet dans les jours qui ont suivi, nous avons ressenti qu'une partie de la tension perceptible chez les soignants s'était en partie levée. De manière imperceptible toutes les actions instaurées dans les précédents plans d'action qui étaient restées inactives car toujours vue sous le prisme de la difficulté ont peu à peu été envisagées par les agents comme possibles.

Nous avons assisté à l'émergence d'une volonté de la part de soignants de s'inscrire dans une dynamique empreinte d'une volonté constructive rendant la stabilisation enfin activable. Du côté du management autoritaire même si l'attitude du responsable de restauration apparaissait identique, la directrice semblait desserrer très légèrement son contrôle.

Depuis le focus CODIR la directrice nous a progressivement intégré aux réunions du CODIR. Elle s'est montrée plus ouverte à la discussion et aux propositions de changement. Sa référence à la réglementation était beaucoup moins prégnante et des actions jusque-là inenvisageables selon le chef de restauration ont pu être mises en place[96].

Nous avons également été concernés par le changement de comportement de la directrice. Jusque-là notre impression était qu'elle manifestait peu d'intérêt sur notre recherche-action au sein de l'établissement, allant jusqu'à tenir des propos déroutant lors d'une des rares CODIR à laquelle nous avions été invités (18 / 04/ 2018) :

« *Vous faites un doctorat en science des gestions ? Je ne sais pas ce que c'est ! Un master en management oui, mais un doctorat non !* » (Extrait N°01 discussion informelle directrice N°1).

Désormais elle nous consultait très régulièrement pour des avis sur la manière de faire avec les personnels soignants. Nous étions invités à toutes les réunions CODIR. Après chaque réunion du CODIR, elle nous demandait de rester pour recueillir notre avis sur les thèmes abordés. Nous avons même pu assister à une réunion sur le budget avec les membres du CCAS.

IV.2.3.1 La recherche-action révèle des potentialités dans et en dehors de l'unité de vie protégée.

Nous avions remarqué lors du focus professionnels les mots de cet agent de restauration :

« *Pour moi, les changements en cuisine avec l'accompagnement de certains résidents selon Montessori ont permis une ouverture* (Extrait fpP.12).

Intrigué par cette phrase, nous avons demandé à la directrice d'aller en observation dans le secteur ouvert en salle à manger pendant le service de midi. Ce qu'elle a accepté.

[96] L'épluchage de pomme de terre par un résident anciennement cuisinier pour réalisation de frite maison ont été proposées au menu de l'EHPAD tous les mercredis

Là, nous avons assisté à une mise en place du premier principe de base que nous avions délivré pendant l'action formation, c'est-à-dire : *une nouvelle perception de l'accompagnement quotidien centré sur les personnes âgées et leurs aidants*.

Tous les jours les personnes âgées et les personnes en situation de handicap vieillissante venaient solliciter l'agent de service afin de pouvoir participer à la mise de table, au service du repas et du plateau de fromages. Chacun participait selon son choix aux activités qu'ils souhaitaient. Certaines personnes qui auparavant s'isolaient en chambre pour prendre leur repas du midi, revenaient manger en salle de restaurant, et restaient après la fin de service pour se retrouver autour d'un café que l'agent leur offrait. L'agent qui avait pris cette initiative semblait avoir totalement intégré la démarche de changement de pratique.

Cette observation nous a conduit à deux actions. La première, demander à cet agent si elle voulait bien partager avec les équipes son expérience lors de la prochaine réunion mensuelle Montessori.

Au cours de sa présentation l'agent a fait part de difficultés de mise en place et des freins qu'elle rencontrait avec son responsable. Les professionnels présents dans le focus réunion nous ont demandé pourquoi nous ne pouvions pas aider cet agent de restauration dans sa progression. Lorsqu'un milieu en quête d'amélioration de ses pratiques en lien avec un problème identifié (Morissette, 2013) demande une intervention cela représente un des préalables au principe d'intervention dans une recherche-action. Nous sommes donc allés informer la directrice en lui demandant d'intégrer le service de restauration comme terrain d'investigation de la recherche suite à la demande d'un agent en difficulté, ce qu'elle a accepté.

Dès lors nous avons intégré les agents de la restauration dans le processus d'accompagnement au changement. Toutefois il restait un élément de taille à travailler, il s'agit des transmissions ciblées qui était inexistantes dans ce service de restauration et de manière générale trop peu fréquentes et centrées sur les pertes dans l'unité de vie protégée. Nous avons donc entrepris un travail en focus réunion à ce sujet.

IV.2.3.2. Le principe de coconstruction guide les focus réunion

Malgré une avancée réelle que nous avons observée dans les pratiques, cela ne se traduisait pas dans les transmissions ciblées. Nous avons donc concentré notre action sur ce point.

Lors de la réunion Montessori du 13/12/2018 nous avons fait part aux agents présents de notre interrogation quant à la non-traduction des actes dans les écrits. Des tentatives avaient été réalisées afin d'adapter le logiciel de traçabilité, mais cela n'était pas probant. La discussion s'est alors installée autour de cette problématique.

Pour chaque focus réunion, nous réalisions un compte rendu qui était diffusé dans la semaine à la direction, l'équipe administrative, l'équipe technique et aux équipes soignantes via un classeur déjà existant. Voici un Extrait de l'exemplaire de compte rendu de cette réunion (Tableau 24, ci-dessous).

Tableau 24 : extrait de compte rendu focus réunion du13/12/2018

Sujets traités	Difficultés rencontrés	Solutions proposés	Objectifs
Traçabilité Pour le secteur soins	Les agents font remonter les difficultés pour tracer, • Trop de lieux possibles dans le logiciel NET SOINS) • La manière de tracer qui n'est pas claire pour tout le monde	Un seul lieu de traçage. Le lieu choisit est celui utilisé par tous les agents lors des transmissions ciblées. Mise en place d'une CIBLE MONTESSORI ACTIVITES. Process écrit pour traçabilité.	Permettre : • L'accès aux données simplifiées (un seul lieu) • La récurrence, • La visibilité des données
Traçabilité Pour le secteur restauration	Les agents de restauration ne peuvent tracer sur le logiciel de soins car pas d'accès.	Réalisation de tableau prérempli avec toutes les activités réalisées par les résidents. Les agents cochent et signent à chaque repas ; L'Infirmier se propose de récupérer les tableaux journaliers et renseigner le logiciel à l'aide de ceux-ci	Permettre la traçabilité des activités proposées en restauration qui n'était jusqu'ici pas techniquement possible pour les agents de restauration

Il apparaît clairement dans cet Extrait de compte rendu toutes les difficultés rencontrées par les agents lors de l'acte de traçage des informations. Il est important de signaler avant toutes choses que le logiciel dont il est question venait d'être acquis depuis seulement quelque mois par la structure. Les agents étaient encore tâtonnants quant à son utilisation et à toutes les possibilités que celui-ci offrait.

Les premiers essais qui ont consisté à tracer les actions valorisantes réalisées par les résidents mettant en lumière tout le travail invisible des agents se sont heurtées à la configuration du logiciel. Selon les agents, il existait une multitude d'informations à tracer dans de multiples

pages du logiciel, ce qui venait parasiter leurs écrits et qui au final les décourageait pour la majorité d'entre eux à poursuivre l'action. Les agents ont avoué au cours de la réunion qu'ils n'étaient pas tous égaux face à l'outil informatique. Ils ont également fait part des accrocs auxquels ils faisant face sur la teneur des contenus à tracer dans ces transmissions. L'autre difficulté majeure concernait le personnel de restauration qui n'était pas formé à l'exercice et n'avaient pas d'accès à un ordinateur dans leur zone de travail.

Les discussions ont donné lieu à des solutions émanant du groupe. Tout d'abord les agents de soins ont souhaité n'avoir qu'une page dédiée aux informations dans le logiciel. Un agent qui connaissait ce logiciel a proposé de créer un onglet « **cible Montessori activités »** qui pourrait répondre à cette première requête.

Pour les agents de restauration il a été convenu que quotidiennement une trame papier des actions à tracer serait mise à leur disposition. Les infirmiers ont proposé de relever en fin de journée cette trame papier renseignée afin de reporter les informations sur la nouvelle section créée dans le logiciel.

Une fois ces difficultés écartées et les solutions validées par les agents, une infirmière s'est proposée de réaliser une affiche afin de faciliter l'acquisition pour tous de cette nouvelle marche à suivre. Les agents ont validé cela ; cette procédure, le groupe a décidé de la positionner à côté des postes informatiques utilisés pour les transmissions. Cette procédure a été réalisée et mise à l'essai à partir du 16 décembre 2018 et validée par la directrice le 30/01 2019 (voir annexe N°5).

IV.2.3.3. L'évolution des transmissions ciblées

Durant le mois de janvier 2019 afin de vérifier si ce principe de stabilisation donnait des résultats observables, nous avons souhaité étudier le contenu de transmissions ciblées des agents dans le secteur de vie protégée. Nous avons choisi de reprendre ici des exemples comparables à l'analyse réalisée dans l'étude documentaire. Les deux situations qui suivent sont relatives à des résidents déjà cités en exemple qui mettent régulièrement les professionnels en difficulté. Ce choix, nous l'avons fait afin de pouvoir comparer le contenu des retranscriptions de transmission à douze mois d'intervalles et la conduite du changement mise en place.

1. Cette transmission a été effectuée le **23/ 01/2019 à 17h 08** par une aide médico psychologique. La cible choisit est le ***Comportement.***

Monsieur T. « Ce matin agité, violent envers autre résidents dans l'unité ».

L'agent poursuit :

« *a été amené dans l'atrium* (lieu en secteur ouvert) *pour qu'il se calme. Il est content d'y voir Mme A. Puis-je l'ai invité à se joindre au repas de la cuisine thérapeutique* ».

L'agent va transmettre une troisième et dernière partie :

« *Tout s'est bien passé, Mr a très bien mangé ; calmé il a pu retourner en secteur protégé* »

Le début de transmission relève un comportement d'agressivité qui évolue selon l'agent transmetteur vers de la violence envers les autres résidents de l'unité de vie protégée Alzheimer.

- *Se soucier de (caring about)* **est validé** car l'agent reconnait un besoin non satisfait chez ce Monsieur.

Dans la suite de cette transmission, l'agent va essayer d'évaluer le besoin de ce Monsieur. Précisons que la difficulté réside dans le fait que ce Monsieur est atteint de démence ce qui rend difficile d'identifier un besoin émanant de sa part. L'agent fait la supposition que la situation est peut- être due à l'environnement.

- *Prendre en charge (take care of)* **est validé** par le fait que l'agent met en place une réponse afin de satisfaire le besoin de ce Monsieur.

L'agent décide donc de conduire ce Monsieur hors du secteur fermé pour aller en secteur ouvert où il manifeste de la joie en y rencontrant une dame.

- *Prendre soin (care giving)* **est validé** car l'agent est bien dans une relation directe avec ce Monsieur.

L'agent conclut en évaluant la réception et l'adéquation de la réponse apportée.

- *Recevoir le soin (care receiving)* **est validé** par le fait que l'attention de l'agent est centrée sur les effets positifs que produit la solution mise en place sur le comportement de ce Monsieur.

Cette première transmission valide l'intégralité des principes du *care* (Tronto, 2009)

2. Retranscrite le **11/ 01/2019 à 10h28**, par une faisant fonction d'aide-soignante, la transmission a été classifiée dans la cible ***Activités et loisirs***

Madame P. « déambule, tape sur les murs ».

L'agent faisant fonction d'aide-soignante effectue une seconde transmission :

« Prise avec moi pour une séance coiffure ».

Le professionnel clôt la transmission :

« Mme est restée calme et a apprécié que je m'occupe d'elle »

Le premier élément marquant une différence qui n'est pas des moindres est la cible choisit par l'agent. Alors que la dame dont il est question manifeste des troubles cognitifs évidents, l'agent ne cible pas cette transmission dans *comportement* mais ***Activités et loisirs***. Cela met en lumière selon nous que la vision sanitaire qui aurait conduit ce professionnel à catégoriser cette manifestation comme émanant de la pathologie, n'est plus présente chez cet agent. L'agent évalue ce comportement comme le résultat de l'action de l'environnement et par conséquent seul une action sur l'environnement peut agir sur le comportement nous ramenant à la formule **C=F (P, E)** (Allard-Poesi, 2009 ; Lewin, 1943b). La vision n'est plus sanitaire, mais psychosociale.

- *Se soucier de (caring about)* **est validé** car l'agent reconnait un besoin non satisfait pour cette dame qui provient de l'environnement et non résultant d'une seule pathologie.

L'agent répond au besoin de cette dame dont il avait été évalué en réunion hebdomadaire par la Psychologue, de son besoin d'être rassuré par le contact humain.

- *Prendre en charge (take care of)* **est validé** car l'agent met en place une réponse afin de satisfaire le besoin de cette dame.

La solution proposée par l'agent installe entre la dame et elle une proximité caractéristique de l'éthique du *care* (Tronto, 2009)

- *Prendre soin (care giving)* **est validé** car le soin esthétique de coiffure met en relation directe l'agent émetteur du soin et la dame réceptrice de ce soin. Notons que la définition du soin s'est enrichie car elle intègre dorénavant pour cet agent, les attentions du quotidien comme un soin esthétique.

L'agent transmet que l'effet du soin produit un effet positif chez cette dame et surtout mentionne que la dame a apprécié ce moment.

- *Recevoir le soin (care receiving)* **est validé** car l'agent est attentif à la réception du soin et de l'effet positif qu'il produit pour cette dame.

Cette seconde transmission valide l'intégralité des principes du *care* (Tronto, 2009).

Après analyse de ces transmissions ciblées, nous constatons une réelle évolution. Les transmissions sont plus courtes, plus précises et plus complètes. Le problème est identifié sans être rattaché systématiquement à une cause pathologique et il apparaît dorénavant : une description de la démarche engagée et une conclusion avec les résultats produits pour la personne accompagnée.

La seconde transformation dans le relevé des écrits professionnels concerne la nouvelle cible créée en focus réunion grâce à la procédure coconstruite. Réalisées quotidiennement dans un format différent, ces transmissions informatiques sont centrées sur le groupe avec une attention particulière de tous les membres qui le compose. Ces transmissions sont composées de trois parties : **données (D), actions (A), résultats (R).**

Nous vous livrons un Extrait de retranscription de cette pratique qui n'existait pas jusqu'ici.

Le **04/01/2019 à 13h26** un agent faisant fonction d'aide-soignante écrit ceci dans la cible ***Activités Montessori :***

> **D :** *Mise en place d'activités coloriages en relation avec l'histoire de vie de chacun*
>
> **A :** *Coloriage pour Mr D. d'un troupeau de chèvre*
>
> *Coloriage pour Me B. d'un camion*
>
> *Coloriage pour Me A. de dés à couture et machine à coudre*
>
> **R :** *Mr D. à réagit positivement en parlant de son troupeau en Corse*
>
> *Me B. a parlé du camion de son père qu'elle conduisait*
>
> *Me A. s'est rappelé ses travaux de couture*

L'agent fait une synthèse :

> *« Très bonne participation de chacun avec Me P., Mr B. et Me I. qui n'ont pas colorié mais ont participé par leurs présences tout le long de l'activité.*
>
> *Me P. est restée assise autour de la table ».*

Cette transmission illustre le changement observé dans l'unité de vie protégée Alzheimer relatif à la réorganisation de l'unité. En effet l'agent qui anime cette activité avait auparavant la charge d'effectuer la préparation et le service des petits déjeuner, du goûter et du ménage des locaux. Un rôle important mais très limité dans la capacité d'exprimer toutes ses aptitudes. Aujourd'hui la place qu'elle occupe est centrale dans l'unité et fait appel à ses capacités d'analyse d'une situation et de coconstruction de solutions avec les résidents.

L'activité décrite met en valeur tout ce travail de maintien de l'autonomie, de création de lien qui participe à instaurer un environnement renouvelé beaucoup moins générateur d'angoisse pour les résidents. Car si les résidents s'expriment, sont calmes et communiquent entre eux, alors qu'il y a un an en arrière les transmissions décrivaient le contraire c'est bien le fruit du travail des agents. Avec ce nouveau positionnement, les qualités de cet agent sont mises en valeur et le travail invisible émerge dans les écrits professionnels.

La transmission suivante met en avant le travail de collaboration entre agent, l'expansion du terrain de recherche et la portée sociale du changement engagé.

Le **23/01/2019 à 18h53** une infirmière retranscrit la transmission réalisée sur la trame papier par l'agent de la cuisine. L'infirmière écrit ceci dans la cible ***Activités Montessori :***

D : *proposition hier par S. de la cuisine à Mr F., de ranger les chaises dans l'atrium le soir.*

R : *Mr F. accepte avec plaisir. Ce soir vient de lui-même en me disant qu'il rangera les chaises rouges quand tout le monde sera monté. Il prend sa mission très à cœur.*

Vers 20h00 Mr. range les chaises dans l'atrium avec beaucoup d'application.

D : *Accepte de venir aussi venir m'aider le midi, il a juste peur de ne pas s'en souvenir, il faut juste lui rappeler vers 11h30.*

R : *Cela permet aussi de lever l'isolement car ainsi Mr. descend manger en salle le mdi.*

Mr est descendu deux jours à 12h

Dans cet écrit plusieurs élément sont à noter. Tout d'abord l'impossibilité technique des agents de cuisine à valoriser leur travail d'accompagnement est levée grâce à la collaboration entre équipes décidée en focus réunion par les agents. Ensuite cette transmission illustre que le changement de culture a bien dépassé le cadre du seul secteur de vie protégé. Nous sommes en secteur ouvert avec une interaction entre un agent de la cuisine, une infirmière et un résident de l'étage. Un membre du CODIR me déclarait lors d'une discussion informelle :

« J'ai l'impression qu'il y a plusieurs navires et certains tirent la couverture à eux. Il y a le service soin, la restauration et l'admin » (Extrait discussion informelle membre CODIR N°.01).

Le cloisonnement qui été observé jusqu'ici n'est plus.

Enfin là encore le travail invisible apparaît. Ce Mr qui va peu à peu sortir de son isolement est le résultat d'une coconstruction. En effet si ce Monsieur se sent suffisamment en confiance pour sortir de sa chambre, c'est parce que la collaboration entre l'agent de cuisine qui propose une solution émanant de son observation et l'infirmière qui la retranscrit fidèlement dans les transmissions ***Activités Montessori*** sont au service de ses besoins.

Les transmissions ciblées sont dorénavant au service des agents et des résidents dans le sens où elles viennent valoriser chacun d'eux. Quant aux transmissions ***Activités Montessori*** elles viennent compléter les transmissions ciblées et ainsi permettent au travail invisible des agents de devenir visible et donc appréciable.

À ce moment-là, nous avons pu apprécier que les focus réunion avait rempli leurs fonctions d'accompagnement, en créant un espace d'échanges, d'apprentissages, de coconstruction et de stabilisation des évolutions conduisant à un changement de culture.

Avec ces focus réunion la démarche processuelle de conduite de changement en trois temps a pris forme. Ces focus réunion nous ont permis d'adopter un positionnement beaucoup plus équilibré et concentré sur la création d'espaces de rencontre d'échanges. Ainsi notre action a réellement pu se concentrer sur l'accompagnement et la conduite du changement. Tous les acteurs ont pu s'engager dans la coconstruction et les changements ont pu s'opérer offrant la possibilité à chacun de prendre part à la transformation de l'organisation.

IV.2.3.4. Le prendre soin devient observable dans le management

Afin de prendre la mesure du degré d'instauration des principes du *care*/prendre soin, nous avons réalisé une observation avec la grille de réciprocité du prendre soin déjà utilisé précédemment, mais notre cible est dorénavant les membres du CODIR afin d'apprécier comment évolue leur management.

Prenons par deux exemples de situations observées.

Première situation

Notre position :

Nous sommes en observation dans la salle à manger une heure avant le début du service de midi.

Les faits :

Les agents de restauration déplorent de ne pas pouvoir accéder à la réunion hebdomadaire du service de soin. Ils estiment que cela les prive d'informations importantes sur les résidents ce qui les met en difficulté lors du service du repas en salle à manger.

Les agents de restauration demandent à leur responsable de pouvoir assister à cette réunion qui se déroule une fois par semaine de 10 h à 11h15 dans le secteur protégé en présence de tous les soignants en poste, de l'IDEC et de la psychologue.

Nous avons observé le responsable de restauration face à cette demande des agents de son service.

Se soucier de : (non validée) Le responsable dit ne pas voir quel est l'intérêt de participer à cette réunion pour des agents de restauration alors que c'est une réunion de soignant.

Prendre en charge : (validée) Après discussion avec les agents il leur accorde de participer à cette réunion ;

Prendre soin : (validée) Les agents de restauration pourront assister à ces réunions uniquement si elles sont à jour dans leurs tâches.

Recevoir le soin : (non validée) Les agents de restauration proposent de revoir l'organisation car le plus gros des tâches à réaliser se situe sur la plage horaire de la réunion. Le responsable refuse.

La réciprocité du prendre soin : (non validée) Il n'est pas possible de valider la réciprocité du prendre soin car le responsable de restauration ne semble pas *se soucier* du besoin des agents. L'autorisation de participer (*Prendre en charge)* à la réunion hebdomadaire est conditionnelle. En effet lorsque les agents proposent une réorganisation du service afin de répondre à cette condition, le responsable de restauration refuse. Ceci rend *de facto* impossible le *Prendre soin*. Les éléments permettant d'identifier la dimension de *Recevoir le soin* n'est pas présente dans cette observation.

Deuxième situation :

Notre position : nous sommes en observation de la réunion hebdomadaire dans le secteur protégé. Il est 11h15.

Les faits :

À la fin d'une réunion un agent qui semble préoccupé s'approche de la psychologue et demande à lui parler.

Se soucier de : (validée) La psychologue accepte alors que les sollicitations sont nombreuses car elle n'est présente qu'un jour par semaine sur la structure.

Prendre en charge : (validée) Elles se mettent sur une table à l'écart du groupe qui fait sa pause.

Prendre soin : (validée) La discussion dure dix minutes, le téléphone de la psychologue sonne elle n'y répond pas car elle semble totalement à l'écoute de l'agent.

Recevoir le soin : **(validée)** Au bout de dix minutes la psychologue lui demande si ça va mieux et lui propose de continuer la discussion dans son bureau ; l'agent lui dit que ça va mieux et la remercie. L'entrevue se termine.

La réciprocité du prendre soin : (validée) Les quatre phases de *care* ont été validées et produisent chez l'agent un effet positif. L'agent semble détendu après cette entrevue improvisée. Elle reprend son activité et va même opérer un retour de ce qu'elle a reçu. Cet agent va proposer à une résidente de sortir dans le jardin pour marcher et voir les fleurs. La résidente

ravie accepte. Nous validons la réciprocité car elle est en rapport avec les quatre phases de *care* précédentes et ce don désintéressé de l'agent est réalisé à destination d'une personne qui n'est pas directement responsable de l'amélioration des capacités (de l'agent).

Ces deux situations démontrent que la réciprocité demande d'engager dans le management les quatre dimensions du *care*. Sans ce préalable, il n'est pas envisageable d'amorcer la possibilité de la réciprocité du prendre dans le management.

Pour la situation N°2 qui favorise l'expression de la réciprocité il émerge du manager des qualités de proximité, d'observation, d'écoute, de disponibilité et de ressentir de l'intérêt pour l'agent en tant que personne. Des compétences qui font appel aux émotions et qui demandent la capacité d'identifier ses émotions, les ressentir, les observer et les reconnaitre, ce qui constitue déjà une mise en pratique de l'intelligence émotionnelle (Goleman, 1998). Ces compétences émotionnelles semblent, absentes de la situation N°1, tenant de la ligne du management par le contrôle.

Les compétences émotionnelles (Figure14) qui se conjuguent sur deux dimensions (personnelle et interpersonnelle) mobilisent des habiletés analytiques (identifier et comprendre) de ce qui est en train de se passer à un instant T et des compétences stratégiques (exprimer, réguler et utiliser) de comment vont être employées ses émotions (Kotsou, 2019) .Ce travail sur soi réalisé, il devient possible d'être plus attentif aux signaux et aux émotions d'autrui, et donc de mieux vivre en groupe dans « *une attitude de sollicitude mutuelle* » (Kotsou, 2020, p.41), dans une réciprocité du prendre soin.

Grace à l'observation de la réciprocité du prendre soin dans ces situations de management, l'accent est mis sur leur différences dans leurs capacités à générer ou non les conditions préalables d'un management du prendre soin.

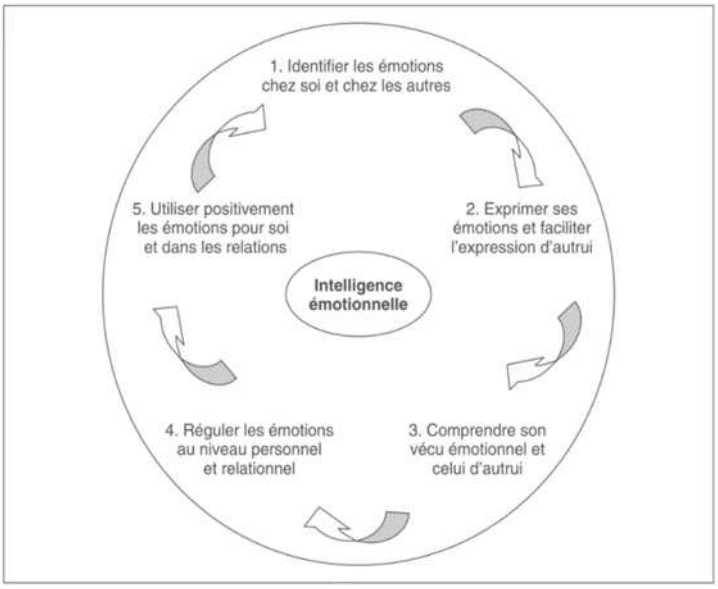


Figure14 :modèle des compétences émotionnelles

(Kotsou,2019)

IV.2.3.5. le prendre soin apparait dans l'indicateur PATHOS.

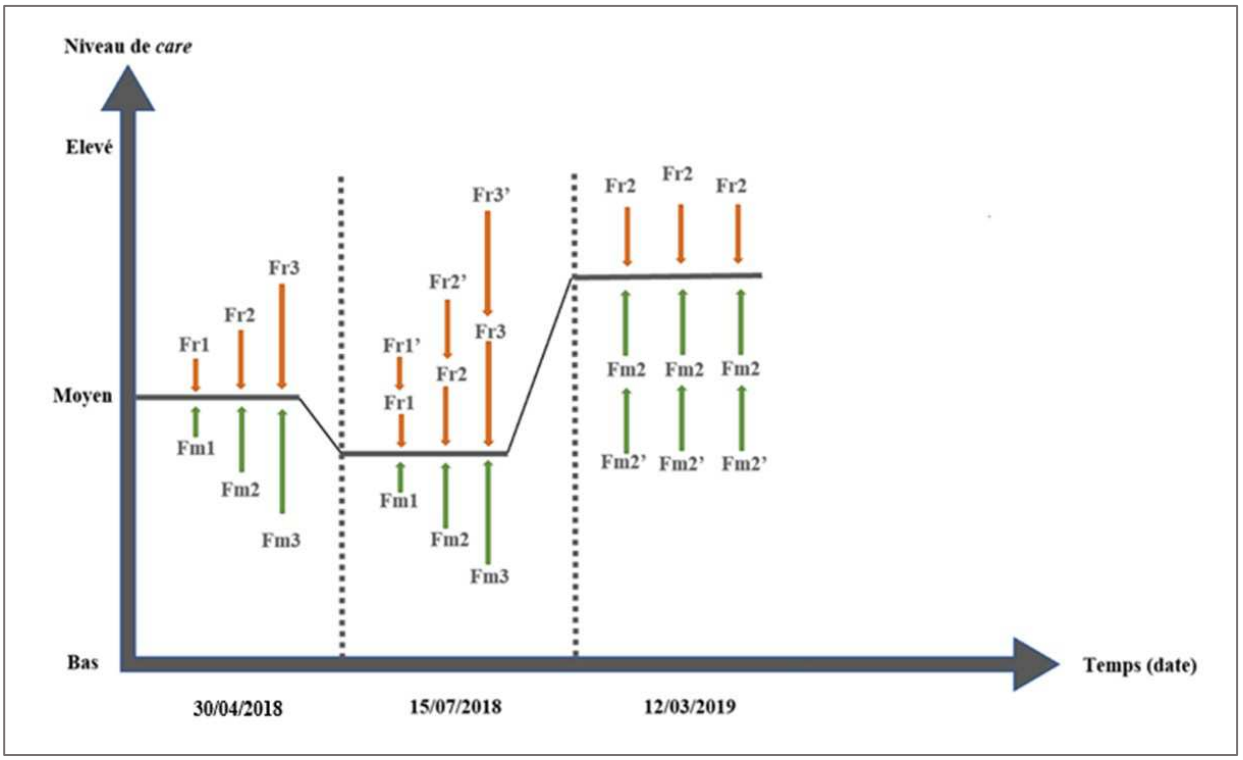
Tout ce travail maintenant réalisé a conduit les équipes à tracer et mettre en évidence non plus les pertes mais bien les potentialités des résidents ce qui correspond à un changement de culture.

Afin de vérifier comment cela se traduisait dans les champs de forces, nous en avons effectué une analyse. Dans cette analyse des champs de forces désormais toutes les forces motrices agissent afin d'élever le niveau de *care* sans que les forces résistantes affaiblissent ne puissent interférer. Ceci correspond avec le changement observé sur le terrain et matérialise les évolutions.

Ce graphique6, met en évidence une augmentation modérée de la tension des forces motrices (Fm2→Fm2') tandis que la tension observée précédemment dans les forces résistantes à considérablement baissé (Fr1 ; Fr2 ; Fr3). Le résultat est que la résistance au changement est moindre, ce qui permet au **niveau de *care* d'augmenter** par rapport aux précédentes mesures.

Le plan d'action N°3 a créé l'action corrective que nous souhaitons. Toutefois un état de tension dans les forces est toujours présent et même si celui-ci est modéré, cela indique que l'équilibre quasi stationnaire dans l'espace de phase de cette zone du champ ne peut être acté. Pour l'heure, nous continuons à qualifier le changement dans l'EHPAD de type 1 avec des transformations

qui lorsqu'elles seront ancrées grâce à la poursuite de l'accompagnement garantirons un nouvel équilibre quasi stationnaire (Allard-Poesi, 2009) sans risque de retourner à l'équilibre antérieur.



Graphique 6 : analyse des champs de force suite au plan d'action N°3

Cette nouvelle dynamique sous tendue par un accompagnement stabilisant des changements dans les focus réunions rend désormais le travail de *care* visible et appréciable dans les transmissions professionnelles ; reste à voir si le travail invisible apparait dans l'indicateur PATHOS. Depuis 1997[97] la grille AGGIR permet de déterminer la dépendance moyenne des personnes accueillies dans les EHPAD. Ce degré de dépendance établit octroie des dotations, aux structures afin d'assurer la prise en charge[98] . Afin d'appréhender au plus près les besoins des EHPAD l'article 56 de la loi n°2007-290 du 05 mars 2007 a instauré l'outil PATHOS[99]. Ces deux indicateurs qui en plus d'évaluer à un instant T la perte d'autonomie et la charge en soins médico-technique permettent d'établir le budget soin d'un EHPAD.

L'outils PATHOS « *a été conçu dans l'optique de retracer les états pathologiques et le besoin de soins de personnes âgées de plus de soixante ans vivant en institution, en intégrant le*

[97] Loi du 4 janvier 1997 et le décret 99-316
[98] Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS (2012)
[99] Ibid.

principe selon lequel le juste soin des états pathologiques présents chez une personne âgée est une condition nécessaire pour limiter l'altération fonctionnelle qu'elle présente. Ce référentiel est donc en soi complémentaire du référentiel AGGIR qui, lui, évalue l'altération fonctionnelle » (Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS ,2012, p.13).

Cet outil n'est pas selon le *Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS*, calibré pour comptabiliser les actes tel que l'écoute, l'organisation de la vie collective, la vie de groupe. etc. qui sont demandeuses en temps d'aides-soignants ; il reconnait pourtant que ces actions produisent des effets bénéfiques en termes de motivation sur les équipes[100] .

Cette évaluation appelée *coupe PATHOS* se pratique en deux temps, tous les cinq ans et est à l'initiative de l'ARS. Le premier temps est la préparation et l'envoi à l'agence régionale de santé (ARS) de cette évaluation sous la responsabilité du médecin coordinateur de l'EHPAD. Le second temps se fait dans l'EHPAD avec le médecin coordonnateur, les professionnels qu'il juge pertinents pour l'exercice et d'un médecin de l'ARS. Celui-ci va s'appuyer sur des dossiers médicaux sélectionnés en amont de manière aléatoire avec les justificatifs relatifs, comme les transmissions écrites, pour valider sur site ou pas le score proposé par le médecin coordonnateur.

Pour la coupe PATHOS qui a eu lieu en avril 2019, le médecin de l'ARS a validé un PATHOS en hausse qui est passé d'un score de **222** à **259**. Sans affirmer par manque d'éléments probant que cette revue à la hausse du score PATHOS soit pleinement issus du travail de conduite du changement, il semble qu'une partie lui soit imputable. En effet de l'avis du médecin coordonnateur de l'IDEC et de la psychologue qui ont préparé et mené l'exercice et avec qui nous avons échangé, l'état des personnes dont les dossiers ont été choisis aléatoirement présentaient beaucoup moins de problématiques médicales qu'à leurs entrées. Leurs états étaient jugés par ces professionnels en amélioration depuis quelques semaines. Le choix qu'ils ont alors fait est de justifier cette amélioration par la nouvelle prise en charge guidée par les principes du *care*, appuyée par la double transmission développée lors de cette recherche. Un choix qu'il faut saluer car ce positionnement courait le risque de ne pas être vu comme cela par le médecin inspecteur. En effet l'équipe médicale et paramédicale de l'EHPAD demandait autant de moyen afin de perpétuer cet accompagnement couteux en temps soignant mais

[100] Ibid.

économe en dépense de soin car les personnes âgées accueillies semblaient toutes bénéficier d'une meilleure qualité de prise en charge avec des *altérations fonctionnelles moindre.*

Outre l'augmentation du score PATHOS, qui assure pour l'EHPAD une dotation supplémentaire de temps médecin, psychologue, infirmier, le fait marquant est que des éléments de justification comme les transmissions ciblées et activités Montessori ont contribué à cela. En effet, le seul dossier médical ne suffit pas dans cette évaluation, il faut prouver que le temps investi pour le soin l'a été sur une longue période. La seule preuve de cela, ce sont les transmissions des agents qui donnent à voir tout ce travail qui auparavant était invisible. Ce réajustement n'a pu être motivé que par des dossiers médicaux appuyés par des transmissions qui ont donné à la démarche une cohérence d'ensemble.

Par conséquent l'élément fort de cette recherche-action se situe dans l'acte de reconnaissance du travail invisible. En effet, l'outil PATHOS dont le *Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS* nous dit qu'il n'est pas calibré pour apprécier tous les actes de soins dans le travail gériatrique est remis en question dans cette recherche-action. Ce médecin de l'ARS en validant un PATHOS à la hausse a reconnu que ces actions empreintes de *care* produisent des effets bénéfiques en termes de dynamique d'équipes et d'amélioration sur les altérations fonctionnelles des résidents. Sans affirmer qu'il rend le travail de *care codable* (Pierron, 2020), l'utilisation de l'outils PATHOS par ce médecin de l'ARS a rendu dans tous les cas le travail invisible et de prendre soin appréciables.

IV.2.3.6. Clôture de la recherche-action.

Le 16 /05/2019 à la fin d'une réunion, la directrice nous a demandé de rester. Là dans son bureau assis autour de la table de réunion, la directrice nous a proposé un café et nous avons discuté en tête à tête de management des EHPAD de façon générale et des résultats de la coupe PATHOS dont nous savions qu'ils représentaient pour elle un intérêt majeur ; d'ailleurs l'avons senti soulagée et satisfaite de ces très bons résultats. Nous avons profité de ce moment pour évoquer la fin de la recherche-action. Ensemble nous avons réalisé le bilan assez général car nous ressentions comme une forme de pudeur de la part de la directrice qui l'empêchait de se livrer totalement. Malgré cela cette discussion informelle était très détendue et fort agréable. Puis sans que rien ne le laisse transparaitre, sous une forme que nous qualifierons de lâcher prise, la directrice nous dit :

« *je reconnais avoir fait un transfert, je vous ai vu comme un problème. J'ai compris avec le temps que ce n'était pas vous le problème* » (Extrait N° 01 discussion informelle directrice N° 02).

Cette phrase inattendue, nous l'avons reçue comme une prise de conscience de sa part de la nécessité de mettre fin à une période de tension élevée et d'un climat d'organisation délétère pour s'engager vers l'ouverture d'une nouvelle voie managériale dans cet EHPAD.

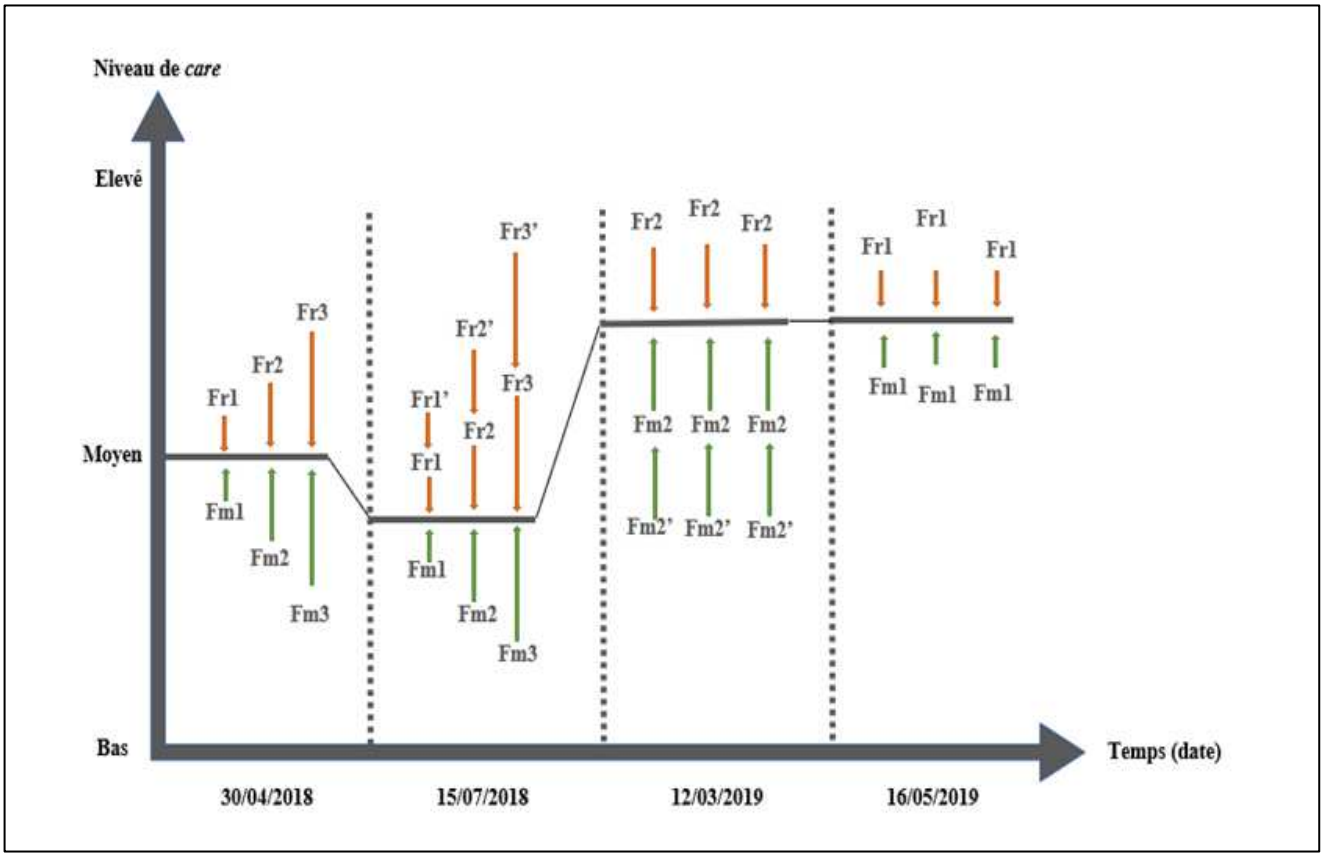
Après cette entrevue, nous avons observé que la directrice opérait un changement visible d'attitude. Cela s'est caractérisé par le souci d'améliorer son rapport avec les professionnels.

La directrice a fait part d'une volonté manifeste de changer de mode de management. Certes, la réglementation et l'autorité était toujours présente mais elle ne présentait plus un obstacle aux avancées et surtout ce management qualifié d'autocratique s'est peu à peu infléchi. Cette mobilisation de l'intelligence émotionnelle à ce moment de la recherche a conduit la directrice à faire évoluer son management vers un gestion plus mesurée avec plus d'ouverture aux changements et avec un intérêt plus marqué pour le contact avec les équipes.

Quinze jours après cette discussion et un temps passé à l'observation, nous avons réalisé le 30 mai 2019 une dernière analyse du champ de force clôturant la recherche-action sur le terrain.

Ce graphique 6 qui intègre la dernière analyse de champs de forces réalisé au terme de la coupe PATHOS, récapitule l'ensemble de l'évolution des forces en fonction des différentes étapes du conduite du changement.

Cette ultime analyse du champ de forces met en évidence que l'ensemble des forces est devenu stable (Fr1, Fr2, Fr3 ; Fm1, Fm2, Fm3) la tension a disparu en totalité des forces. Un nouvel équilibre quasi stationnaire est stabilisé avec la confirmation d'**un niveau de *care* élevé** en fin d'expérimentation. Nous sommes désormais en mesure de valider le changement radical de système de type 2 (Hadini et al, 2020 Watzlawick, 1975) qui était l'objectif que nous poursuivions. Cela nous permet également d'entériner la pertinence de la méthodologie de conduite du changement mobilisée lors de cette recherche-action.



Graphique 7 : ultime analyse du champ de force

Synthèse de l'analyse des champs de forces lors de la recherche-action

1. Le diagnostic se caractérise par un équilibre quasi-stationnaire qui maintien un niveau de *care* moyen.
2. Après les plans d'action 1&2 les forces résistantes au changement augmentent en tension ce qui abaissent le niveau de *care*.
3. Le plan d'action N° 3 permet d'abaisser la tension des forces résistantes ; les forces motrices augmentent modérément en tension ce qui crée un déséquilibre en direction d'une zone du champ propice au changement et à l'élévation du niveau de *care*.
4. L'accompagnement au changement permet de supprimer la tension pour l'ensemble des forces ; un nouvel équilibre quasi stationnaire est établi avec un niveau de *care* élevé.

Conclusion section 2

Nous venons de voir dans cette section 2 que la démarche de la recherche-action est bien cyclique, alternant planification, action, observation et réflexion sans cesse répétées en vue d'obtenir la résolution de la situation problématique et d'instaurer les conditions d'apprentissages possibles (Morissette, 2013).

Le climat organisationnel déséquilibré qui s'est révélé lors du diagnostic a demandé une attention forte. Malgré les plans d'action 1&2, les blocages persistaient.

L'ouverture de cette dernière phase de la recherche-action par les deux focus groupes ont permis d'identifier l'origine de ces freins aux changements. Tout d'abord avec les professionnels qui nous ont confirmé qu'ils se sentaient contraints dans leur volonté de changer par les agissements de la directrice. Ensuite, lors du focus CODIR au cours duquel la directrice a pris la mesure du climat organisationnelle déséquilibré dans l'EHPAD. Cette prise de conscience a levé les freins aux changements. Alors le plan d'action N°3 a pu bénéficier de toute la latitude pour déployer son contenu : réorganisation du service, extension du terrain de recherche au pôle restauration et accompagnement au changement par les réunions mensuelles Montessori.

Grace à la l'analyse par graphique des champs de forces, nous avons pu suivre l'évolution du changement. Ainsi nous avons été en mesure d'apprécier les effets de nos actions, les corriger quand l'élévation de tension sur les forces résistantes devenait problématique. La maitrise de cette tension nous a conduit à l'utiliser tantôt en l'augmentant sur les forces motrices en vue d'évoluer vers une zone du champ propice au changement tantôt en la supprimant sur l'ensemble des forces afin de stabiliser l'équilibre à un niveau de *care* élevé.

Ainsi la méthodologie de recherche-action que nous avions proposée a démontré sa pertinence dans l'accompagnement et la conduite du changement. En créant un espace d'échanges, d'apprentissages, de coconstruction et de stabilisation des évolutions, un changement de culture s'est opéré dans cet EHPAD.

IV. 3. Discussions et perspectives de cette recherche-action

Introduction section 3

Dans ce dernier chapitre nous allons engager la discussion générale sur notre travail de recherche en confrontant les changements observés et les propositions. Cette discussion va nous permettre de confronter les résultats obtenus avec les choix méthodologiques et théoriques retenus. Ainsi nous serons en mesure d'en apprécier la pertinence et les apports de compréhension et de connaissances pour l'enrichissement de la discipline (Thiétart, 2014).

Le point de départ de cette recherche-action émane de la volonté commune d'une directrice d'EHPAD et d'un doctorant en sciences de gestion d'agir pour le changement. Le projet que nous avions présenté mentionnait notre souhait de mettre en place et d'étudier une voie managériale différente et actionnable pour un EHPAD.

La directrice de l'EHPAD s'est montrée désireuse de participer à ce programme en évoquant son *besoin permanant d'amélioration*[101] dans lequel elle se positionne et engage l'organisation qu'elle dirige. Cet élément correspondait pleinement à l'une des deux conditions incontournables de la tenue d'une recherche-action : l'identification d'un réel problème ou **besoin de progrès dans l'entreprise,** lorsque les dirigeants ne pensent pas avoir les ressources internes pour y remédier (Sardas et Guinette, 2003).

Finalement, comment avons-nous répondu à la question de recherche qui est : ***Comment mobiliser les principes de l'éthique du care dans une démarche managériale en EHPAD ?***

Il s'agit de savoir si le processus de recherche-action permet de relier la conduite du changement et les changements qui en découlent et de répondre à la proposition centrale : « ***La dimension du prendre soin mise en place avec l'approche psychosociale de la conduite du changement dans le management local d'un EHPAD produit des améliorations organisationnelles.*** »

En effet, dans quelle mesure le rééquilibrage du climat organisationnel opéré dans cette recherche-action permet-il la révélation de potentialité chez les professionnels (Jeannin et Sarré-Charrier, en 2014) ? Peut-on dire que l'approche psychosociale du changement (Hadini

[101] Terme employé par la directrice à propos de son choix de s'engager dans ce programme de recherche-action en sciences de gestion.

et al, 2020) favorise l'apprentissage expérientiel (Rogers,1970,2007 ; Kolb, 1984, Lewin, 1949) et *in fine* la coconstruction ? Peut-on valider l'idée selon laquelle le management du prendre soin met en lumière la mobilisation de l'intelligence émotionnelle comme une attitude de sollicitude mutuelle (Kotsou, 2020) ? Enfin, est-ce que la réciprocité du prendre soin dans le management proposé rend visible le travail de *care* dans les transmissions professionnelles, dans les indicateurs de performance comme le PATHOS ?

Autant de questions que nous allons lever dans cette ultime section.

IV.3.1.1 Résultats

Plus que jamais les mots de Kurt Lewin n'ont eu de sens au cours de cette recherche-action en management. En effet, cette recherche s'est révélée être un processus complexe d'apprentissage, processus itératif, où le voyage a été plus important que la destination et dont les résultats imprévisibles n'ont été que le fruit d'essais et d'erreurs (Lewin, 1947a).

IV.3.1.1. Discussion autour de la proposition 1

Nous devons à présent avouer ne pas avoir pris au début de cette recherche toute la mesure de la complexité de conduire le changement dans une organisation où le management autocratique est majoritaire. Plus d'une fois nous avons douté du succès d'amélioration dans cet EHPAD.

Nous avions l'intuition que quelque chose nous échappait sans savoir quoi. Les refus nombreux de la directrice de nous associer aux réunions ou de nous fournir les documents utiles à notre recherche étaient dissonants avec sa volonté affichée lors de la présentation de ce projet de changement. De plus, le diagnostic nous avait révélé une faible présence du prendre soin dans les transmissions ciblées et dans les observations des pratiques des soignants.

Pour cela, il a été nécessaire de travailler selon deux axes. Tout d'abord proposer par une action formation adaptée, une philosophie du soin différente afin que les pratiques professionnelles soient renouvelées. Le diagnostic qui avait révélé des déficits de reconnaissance, de confiance et de considération dans cet EHPAD nécessitait selon nous en priorité de réintroduire ces principes via une action de formation. Le but recherché par cette formation était de créer un émoi émotionnel afin que chacun prenne conscience des disfonctionnements organisationnels. Certes nous étions conscients que dans un tel climat organisationnel cette pratique comportait des risques d'emballement, mais en accompagnant cette prise de conscience, l'impact pouvait s'avérer positif pour la suite du processus.

Nous avons utilisé la méthode Montessori qui propose une approche différente du soin et de l'accompagnement des personnes âgées. Ainsi ce socle établi, nous avons été en mesure d'introduire les principes de l'éthique du *care* : *se soucier, prendre en charge, prendre soin et recevoir le soin.* Cette manière combinée de procéder nous a semblé probante dans la reconnexion des agents avec leurs pratiques professionnelles, la qualité de vie des résidents mais également la qualité de vie au travail. L'action de formation a été le point de départ qui a permis à terme de redonner du sens aux pratiques des agents.

Dans un second temps, nous nous sommes attelés à recréer du lien entre tous les acteurs de notre terrain de recherche. Au fur et à mesure des entretiens semi-directifs, nous avons découvert le malaise vécu par les agents[102] et la rupture entre eux et certains membres de l'encadrement. A ce moment, nous avons compris que cet EHPAD vivait une profonde crise qui se manifestant par un climat organisationnel déséquilibré dans lequel rien ne serait possible en l'état. il devenait primordial de rééquilibrer ce climat organisationnel. De notre point de vue d'acteur agissant venant de l'extérieur de l'organisation, la priorité était de réactiver la dimension sociale et démocratique qui semblait éteinte dans les rapports entre direction et professionnels de terrain.
Les entretiens semi-directifs ont agi sans que nous l'ayons initialement prévu comme un exutoire où tout un chacun a pu exprimer ses doutes et rancœurs sans être jugé sans risquer d'être puni pour dire ce qu'il pensait. Ce temps de rencontre avec les agents, nous l'avons construit avec l'intention d'instaurer les bases d'une relation de confiance entre nous. D'ailleurs les nombreuses confessions des agents ont été la marque de l'atteinte de l'objectif.

La position de médiateur dans laquelle nous nous sommes retrouvés malgré nous a participé à une reprise du dialogue entre les parties. Ce fut le premier signe de changement qui a indiqué que le climat organisationnel était plus équilibré, plus démocratique, où chacun pouvait s'exprimer, sans forcément être entendu par la direction, mais la possibilité était là.

La réorganisation du secteur protégé a été le deuxième acte de changement certes timide, mais réel. En validant la modification d'horaires de travail, la directrice a participé à la réinstauration d'une équité entre les agents de soins et permis aux changements de s'appliquer Ainsi les conditions favorables pour la mise en pratique des nouveaux acquis professionnels ont été

[102] Lors des entretiens semi-directifs une majorité d'agents se sont confié en nous autorisant à faire part de leurs sentiments dans un cadre général mais en demandant de ne pas retranscrire leurs propos.

créées. La chance a été donnée à des agents de prendre des responsabilités et d'exprimer des compétences jusqu'ici insoupçonnées.

Nous pensons à cet agent faisant fonction d'aide-soignante qui a incarné dans le secteur protégé les principes du *care* au quotidien. Elle a démontré à ses collègues souvent sceptiques, qu'une autre manière d'appréhender le quotidien des personnes atteintes de démence était possible. Les résultats probants qu'a obtenu cet agent faisant fonction ont participé au changement de culture sur le terrain. En s'appuyant sur les quatre dimensions du *care*, elle a réussi à faire réémerger les capacités présentes chez les résidents. Cet agent a changé auprès des équipes, mais aussi des familles, l'image du secteur protégé Alzheimer. Initialement vu comme un lieu angoissant occupé par des personnes âgées disparaissant derrière leurs démences et leur perte de capacité, cet espace a changé. Il est devenu un espace de vie désormais plus agréable, habité par des personnes âgées qui chaque jour mettent en valeur leur potentialités et leur personnalité.

Mais l'action ne s'est pas cantonnée à ce secteur puisque d'autres agents, à l'extérieur de ce secteur, ont pu s'exprimer et faire preuve de leurs compétences comme si cette action formation et ces entretiens semi- directifs les avaient libérés, autorisés à agir de manière ciblée dans l'intérêt du résident.

Nous pensons à cette femme, agent de la cuisine, qui a mis en place des actions valorisantes auprès des résidents. Celle-ci, malgré le management directif et autoritaire de son responsable, a mis à profit l'espace de la salle restauration qui rassemble tous les jours lors des repas les résidents de l'EHPAD (hors secteur Alzheimer). Elle a réussi à sortir de l'isolement un résident en appliquant les quatre principes du *care*. Les procédures de traçage mises en place lui ont permis d'être reconnue dans ses pratiques et selon ses propres mots, « *maintenant je sais si je fais bien ou pas* » (extrait entretien informel N°16).

Nous en concluons que l'influence du *care* mis en œuvre selon la conduite processuelle du changement sur le climat organisationnel, comme l'illustrent ces deux exemples, s'est révélée majeure.

<u>Notre expérience de chercheur lors de cette proposition 1</u>

Notre positionnement lors de cette première phase de la recherche a été celle d'un perturbateur perturbé. Perturbateur car apporter le changement dans cet EHPAD impliquait de remettre en question l'organisation afin de l'améliorer. Cette phase devait être accompagnée par la directrice que nous pensions compter parmi nos alliés dans ce projet. Mais il n'en a rien été,

d'alliée, elle est devenue notre principale opposante. Tous les éléments que la directrice avait acceptés à propos de cette recherche, elle les a remis en question un à un : accès aux documents, participation aux instances de l'EHPAD, partage d'information, liberté d'action dans les mises en pratique. Certes nous avons mené l'action de formation comme prévu, mais les tentatives de déstabilisation de la directrice ont été légion.

La seconde difficulté fut de constater au fur et à mesure des entretiens semi-directifs, la crise démocratique que vivaient les agents. Là, même si nous étions perturbés, il a fallu les écouter, les rassurer, maintenir malgré tout un lien entre eux et la directrice, nous rassurer et garder l'esprit clair afin de poursuivre notre cheminement en ne prenant comme seul parti que l'instauration de rapports basés sur la confiance et la reconnaissance.

Toutes ces difficultés prévues et imprévues n'ont pu être levées que par la conviction qu'il était possible d'arriver à conduire le changement dans cet EHPAD. La nécessité de changer le fonctionnement de l'organisation, nous la partagions avec les acteurs. Cette volonté de réinstaurer un climat organisationnel et équilibré, ils l'ont formulée par eux-mêmes et pour les usagers et eux-mêmes, à travers l'idée de créer une organisation plus démocratique.

Avec la proposition 1 : la conduite processuelle du changement rééquilibre le climat organisationnel et facilite la révélation de talents dans l'EHPAD, nous souhaitions étudier notre intuition qui postule que le climat organisationnel influence l'expression des potentialités professionnelles. Au vu des éléments avancés précédemment, il est désormais possible de **valider** la proposition 1.

La validation de cette proposition 1 est confortée par ces deux responsables de l'EHPAD qui à la question que nous leur avons posée lors d'entretiens informels, *quel changement a produit cette recherche dans l'EHPAD*, ont répondu :

« *Ce que je trouve très, très, très positif, c'est que ça a permis de révéler des personnalités qui étaient, on va dire enfermées entre guillemets dans un rôle et qui en fait pouvaient faire beaucoup mieux et beaucoup plus, je pense par exemple à quelqu'un comme N. ou T. au CANTOU (secteur protégé) ou même S. en cuisine, voilà des personnalités comme ça qui se sont révélées* » (Extrait Entretien Informel N°12).

« *Les agents ne voient plus en premier la pathologie des résidents, ça c'est un vrai changement. Maintenant les agents prennent en considération la parole du résident à lui donner du choix et*

lui propose le choix, ne serait-ce que dans le choix du petit déjeuner, des vêtements, dans le choix du moment de la toilette le matin ou l'après-midi. Une certaine remise en question de pratiques alors qu'avant les agents faisaient les choses par habitude sans forcément réfléchir à l'acte » (Extrait Entretien Informel N° 14).

IV.3.1.2. Discussion autour de la proposition 2

Dans ce travail de recherche, nous abordons le changement selon l'approche psychosociale. Cela suppose de considérer le changement dans l'organisation sous un angle systémique qui intègre la participation des acteurs (Hadini et al, 2020).

Il est avéré que la durabilité du changement dépend de deux variables incontournables : l'acceptation de tous les acteurs et un management facilitant (Bernoux, 2002). Cela suppose que le changement ne peut que se coconstruire selon une dimension importante de collaboration quotidienne (Bernoux, 2002). De ce point de vue, nous devons admettre qu'au moment de la mise en place des accompagnements terrain et en réunion, notre management était pauvre en coconstruction. En effet par souci excessif de transmission et de réussite de la démarche, mais aussi par manque d'expérience en matière de coconstruction, nous avons trop contrôlé, trop dirigé et pas assez partagé avec les agents. La coconstruction souhaitée et annoncée, à ce moment de la recherche n'était pas effective tout comme le changement d'ailleurs.

La traduction de cela dans l'analyse des champs de force nous a aidé à prendre du recul et à apprendre de nos erreurs. Avec cette prise de conscience une règle s'est alors imposée à nous : il n'y a pas de changement possible sans une intention démocratique et de la coconstruction ! En cela le modèle de Lewin est exigeant mais s'avère extrêmement efficient dans la conduite du changement. En effet, dès la mise en place du plan d'action n°3 instaurant un nouveau cadre pour les réunions mensuelles d'accompagnement, nous avons fait évoluer notre posture. Nous n'étions plus focalisés sur le pilotage de notre recherche mais dans l'élaboration commune de solutions adaptées à la réalité des agents. Notre positionnement n'était plus seulement celui du chercheur dont dépend l'élaboration de solutions, mais celui d'un acteur agissant et interagissant parmi les autres acteurs qui collaborent à l'amélioration du service. Ainsi nous pouvions être tantôt guide, tantôt guidé.

Étant confrontés à la réalité concrète, les compétences des uns et des autres se sont développées de manière beaucoup plus puissante (Mandeville, 1998). Cette concrétude de l'expérience

(Rogers, 1970, 2007 ; Kolb, 1984, Lewin, 1949), nous l'avons éprouvée également dans la prise de conscience de nos erreurs et l'incapacité à agir sur le changement, confirmant ainsi que l'apprentissage expérientiel est essentiel dans le changement. En effet, selon Kurt Lewin, l'apprentissage et la compréhension du processus grâce à la coconstruction en situation réelle conduit les groupes à changer (Lewin, 1946) et nous faisions partie du groupe en tant que co-apprenant, coconstructeur.

Grâce à l'apprentissage par l'expérience, nous avons bâti le plan d'action n°3 autour de la dimension centrale de coconstruction dont l'efficacité et l'efficience a permis d'engager tous les acteurs dans une dynamique de changement. Les professionnels ont alors pu s'engager parce que nous leur laissions la place d'être partenaire de recherche. Notre présence plus discrète a permis aux professionnels d'apprendre en faisant, en étant confrontés aux situations. Nous avons alors avancé ensemble vers la compréhension et la construction de solutions actionnables et adaptées aux problématiques locales de cet EHPAD. La coconstruction, nous l'avons appliquée avec les professionnels grâce à l'apprentissage en situation concrète. Le nouveau format de focus réunion a permis de stabiliser toutes les avancées. L'apport de nouveaux savoirs pour les agents comme pour nous a agi à deux niveaux : l'individu et l'individu au sein des groupes restreints. Cette intention démocratique nous a permis de sortir de l'opposition stérile entre individuel et social dans la constitution d'apprentissage (Balleux, 2000). Ce concept d'apprentissage expérientiel prend place dans nos travaux sur la conduite du changement car le changement visé est social avec la progression individuelle dans un groupe.

Notre expérience de chercheur lors de cette proposition 2

Lorsque nous avons abordé la phase de coconstrution, la situation dans l'EHPAD était celle-ci : un personnel formé et désireux de mettre en pratique les nouveaux savoirs, une directrice et un responsable de restauration opposant à cette démarche qui nous affaiblissaient par des entraves permanentes à notre action.

Avec le recul, nous pouvons dire que notre attitude manquait de discernement. En effet nous étions marqués par les difficultés relationnelles avec la directrice. Ce manque de prise de distance nous a conduit à nous centrer sur le résultat de la recherche. Nous nous sommes engagés dans cette phase avec la volonté trop ferme de mener à bien le changement sans écouter comme il se doit les professionnels.

Le cadre réflexif qu'impose la recherche-action nous a permis de nous recentrer et par la même occasion de repositionner notre action. Ainsi lorsque nous avons pris de la distance afin

d'observer nous avons compris que la coconstruction impliquait le partage. Nous avions soit à guider c'est-à-dire à donner un point de vue et laisser les agents l'amender et le faire évoluer, soit accueillir les idées des agents dans lesquelles nous devenions contributeurs tout autant qu'eux. L'apprentissage s'est déroulé selon une dynamique de progression mutuelle. Nous avons appris à redresser le cap du changement malgré les tentatives de déstabilisation de la directrice et son adjoint ; les agents ont appris qu'ils avaient une place et un rôle à jouer dans le changement.

En somme, nous avons tous appris à faire partie d'un groupe. La résolution d'un problème n'était plus le fait d'une personne, mais d'un groupe. Cet apprentissage face à la concrétude a guidé cette coconstrution faisant évoluer la situation dans le sens du changement.

Ainsi la Proposition 2 : l'acquisition du principe de coconstruction central dans la recherche-action est facilitée par l'apprentissage expérientiel est **validée.**

IV.3.1.3. Discussion autour de la proposition 3

En mobilisant ce cadre théorique et méthodologique qui allie l'éthique du *care* instaurée grâce à la conduite processuelle du changement en EHPAD, nous souhaitions ouvrir une nouvelle voie qui implique un management qui le permet.

Intégrer les principes de l'éthique du *care* dans le management, c'est laisser une place de choix au domaine des affects, du sensible, des intentions, des attitudes et de la valorisation du contexte de la prise de décision (Petit, 2013). Mais le *care* peut se révéler invisible pour ceux qui n'ont pas saisi son importance, pour ceux qui ne font pas appel à leur sensibilité. Le *care* a ceci de particulier qu'il ne peut être perçu qu'à condition de solliciter son l'intelligence émotionnelle. Goleman (1998) définit l'intelligence émotionnelle comme l'attitude maîtresse car elle a le pouvoir de stimuler ou d'inhiber toutes les autres facultés intellectuelles. C'est pourquoi nous souhaitions évaluer dans cette proposition 3 le rôle que joue l'intelligence émotionnelle dans le management du prendre soin que nous proposons.

Cette question de l'influence de l'intelligence émotionnelle dans le management déjà traité montre qu'elle surpasse les compétences intellectuelles, qu'elle est déterminante dans la performance et qu'elle modifie les pratiques managériales (El Ghazi et Cherkaoui,2019). Des changements de paradigmes managériaux dans le secteur des soins ont également été constatés. Introduire le *care* dans le management d'un EHPAD demande de la méthode, certes, mais

également de la gestion technique et émotionnelle. Le *care* demande d'avoir personnellement fait ce travail d'indentification des émotions afin de pouvoir les déceler lorsqu'elles émanent d'un individu et/ou d'un groupe (Kotsou, 2020) et de pouvoir les gérer une fois libérées dans une réciprocité du prendre soin. *In fine,* aucun outil ne peut détecter le *care*, ce sont les êtres humains qui sont en mesure de l'identifier puis de le valoriser à travers des outils et non l'inverse.

Nous l'avons bien vu lors du diagnostic et jusqu'à la mise en place du plan d'action n°3, la directrice n'était pas dans la mobilisation de ses capacités émotionnelles et ne voyait pas qu'autour d'elle le climat organisationnel se délitait. À ce premier niveau de hiérarchie, la non-sollicitation de son intelligence émotionnelle a conduit la direction à mener un management qui s'opposait au changement (Di Fabio, 2011). La direction en début de recherche était constituée d'un binôme : la directrice et le responsable de restauration. Pour l'avoir observé *in situ*, dans le pôle restauration, le management du responsable de restauration est de type top *down*, c'est le responsable qui fixe les priorités et les agents ont peu de marge de manœuvre ; d'ailleurs lors de son entretien, le responsable n'a jamais fait mention d'un quelconque échange avec ses équipes sur l'organisation, c'est lui qui fixe les objectifs toujours en regard de la législation dont il a une lecture très contraignante. Il n'y a pas de confiance établie entre le responsable de restauration, les personnels de restauration et du soin et plus généralement les professionnels exerçant dans l'EHPAD. La dimension qui domine dans le management du responsable de restauration est le contrôle.

A contrario, le responsable technique encourage les résidents à réaliser des tâches quotidiennes de bricolage. Il gagnerait du temps à le faire lui-même certes, mais il a pris conscience de la nécessité d'impliquer plus les résidents dans la vie quotidienne de l'EHPAD. Ce responsable technique a appris à utiliser sa sensibilité afin d'identifier le besoin des résidents et d'y répondre. Sans renier ses besoins de professionnel, mais sans en faire un préalable à toutes interactions non plus, il mobilise son intelligence émotionnelle aux services de tous, personnels inclus. Cela, nous ne l'avons pas observé chez le responsable de restauration.

Au début de cette recherche-action la directrice et le responsable de restauration avaient tous deux un management de type *top down*. Ils partageaient d'ailleurs la même lecture de la vision limitante de la règlementation.

Plan d'action après plan d'action, la directrice de l'EHPAD a commencé à intégrer les principes du *care* et s'est désolidarisée du responsable de restauration. Certes elle est restée attachée à

une lecture limitante de la réglementation, mais son attitude envers les agents a changé, elle a cherché à faire évoluer l'image parfois rigide qu'elle pouvait renvoyer. Le contrôle qui était très présent dans son discours s'est rééquilibré en intégrant des notions d'attention pour les agents et de mise en valeur de leur travail jusqu'à reconnaître l'évolution positive de certains agents dans leurs missions.

Tout a changé voire même basculé lorsqu'elle a accepté de ressentir et de laisser une place à ses émotions lors de l'entretien improvisé à la hâte à la fin du focus group CODIR avec l'infirmière qui a déclenché une catharsis chez la directrice. À partir de ce moment, il semble que la directrice ait capté toute la sensibilité qui l'entourait.

Nous le voyons ce management du prendre soin que nous proposons ne peut fonctionner si le manager ne mobilise pas ses émotions car le *care* est toujours présent mais pas toujours identifié, reconnu, valorisé et appliqué pleinement. L'intelligence émotionnelle représente donc un enjeu majeur dans les organisations sanitaires et médico-sociales (Dickason, 2020) pour qui souhaite mettre en place un management du prendre soin.

Dans cet EHPAD, le management directif n'est pas le seul à exister. Au côté du responsable technique, nous avons identifié deux autres personnes qui intègrent l'intelligence émotionnelle dans leurs interactions avec les professionnels. Le responsable des soins fait preuve d'une volonté d'écoute et d'adaptation aux besoins. Son management est de type *botton up* basé sur une prise de conseils auprès des agents toujours avec en point de mire la qualité, la sécurité et la satisfaction des agents pour une meilleure qualité de service auprès des résidents. Le management de ce responsable s'incarne par une véritable attention portée à l'identification de ces émotions et de celles des agents :

« *Je suis sensible c'est vrai, je ressens dans les échanges avec les agents quand quelqu'un ne va pas. Mais je passe à côté de plein de choses, après j'ai d'autre moyen de savoir, par exemple dans une équipe il y a toujours quelqu'un qui va venir me dire quelque chose qui va permettre avec d'autre éléments de me dire « là y a un truc qui va pas », je le sens aussi quand je fais la pause repas à midi avec les filles, c'est pour ça que je ne mange pas avec l'équipe de direction parce que ce moment de midi pour moi, c'est l'occasion de prendre le temps avec les filles et là je capte des choses. C'est aussi pour ça que la porte de mon bureau est toujours ouverte, les agents viennent facilement dans mon bureau et sous prétexte de venir me voir pour une question sur le planning, je demande comment s'est passé la matinée ou l'après -midi. Tiens aujourd'hui je l'ai fait avec une aide-soignante qui est à l'essai, elle m'a dit « l'équipe est super, elles m'ont*

bien montré, j'aime beaucoup le cadre on se sent bien » et pour moi c'est important parce que cette fille qui est à l'essai et qui a essentiellement travaillé à l'hôpital, si elle est sensible à l'ambiance alors qu'elle vient du sanitaire, ça c'est un bon signal. Bref, voilà, c'est ce genre de contact que j'ai avec mes équipes et c'est comme ça que je prends la température, parce que mon temps est très compté, je dois donc saisir les petits moments d'échange et d'observation pour pouvoir toujours être dans l'ambiance du service. C'est donc au coup par coup, Des fois je loupe des choses aussi que je n'ai pas vu venir, mais en règle générale, on arrive à trouver un terrain d'entente » (Extrait entretien informel n°16).

Notre expérience de chercheur lors de cette proposition 3.

Lors de cette coconstrution du management du prendre soin, notre expérience de chercheur a été dominée par l'introspection. L'arbitrage que nous avons eu à pratiquer a toujours été en recherche d'un équilibre. Assumer sa sensibilité sans le vivre comme une faiblesse, afin de démontrer que les affects avaient leur place dans le management, qu'il était possible de mener des actions complexes et d'assumer sa vulnérabilité sans qu'elle apparaisse comme une faiblesse.

Il nous a fallu assumer de ne pas savoir précisément quel était le chemin mais être convainquant dans le fait que ce parcours construit ensemble nous conduirait à une arrivée gratifiante pour tous. Nous avons dû faire toujours preuve d'ouverture et accepter que les personnes ne puissent ou ne souhaitent évoluer, sans se laisser dominer par les sentiments des autres.

Nous avons appris à accepter nos émotions pour mieux être en capacité d'accepter celles d'autrui. *In fine* durant cette recherche-action nous avons accepté que nous n'avions pas d'adversaire mais seulement des partenaires qui soit vous aide à changer l'action, soit par leurs oppositions vous amènent à changer votre manière de percevoir et d'appréhender la situation que vous vivez comme problématique

Toute la complexité de ce travail de réflexivité a résidé à surmonter deux difficultés. La première, trouver la bonne distance afin de ne jamais s'extraire du groupe tout en prenant le recul nécessaire pour la réflexion. La deuxième, traduire en action les fruits de cette réflexion tout en acceptant que sa réception dépende de l'histoire de vie de chacun et du contexte en cours.

Il apparaît désormais possible de se prononcer sur cette Proposition 3 : le management du prendre soin mobilise l'intelligence émotionnelle**.** De toute évidence les éléments étayés du discours d'un responsable amènent à la conclusion que cette proposition 3 **est validée**.

IV.3.1.4. Discussion autour de la proposition 4

En répondant à cette proposition 4, c'est l'innovation managériale dans le domaine de la performance qui est questionnée. Lorsque nous parlons d'innovation managériale, nous entendons *« l'adoption par une organisation de pratiques ou de méthodes de management nouvelles pour elle, dans l'objectif d'améliorer sa performance globale »* (Le Roy et al,2013, p.85). Avec l'introduction de la réciprocité du prendre soin dans le management et dans les pratiques quotidiennes, nous serons en mesure d'apprécier comment réagit un outil de contrôle tel que la traçabilité dévolue à la performance économique, lorsqu'il est guidé par un management qui intègre la recherche de la réciprocité et du prendre soin.

Le *care* ne s'inscrit pas dans une logique comptable, ni dans une logique gestionnaire qui traduit un acte en chiffre. Le *care* ne s'évalue pas de manière classique, on ne peut quantifier le *care* de manière à lui attribuer un score comme on le ferait avec un taux d'absentéisme ou d'accidents du travail par exemple. Si sa présence, sa visibilité deviennent effectives dans des grilles d'observation ou des graphiques comme dans notre thèse, c'est uniquement parce que celui qui les retranscrit à la capacité de les voir. Ce sont les professionnels de terrain, le chercheur, le médecin inspecteur de l'ARS qui sont en mesure de l'identifier puis de le soumettre à une évaluation au sens de lui donner de la valeur. Ainsi ce niveau de *care* plus ou moins élevé pourra être apprécié mais le résultat certes appuyé sur des outils ne peut être capté que par l'expérience humaine. C'est en cela que le *care* vient questionner la performance du point de vue de la logique gestionnaire : il possède sa propre échelle de mesure qui n'est pas le chiffre mais une appréciation justifiée de performance dont les résultats lui sont imputables. En ce sens, la mise en pratique et la validation des quatre étapes (Tronto, 2009) dont est constitué le *care* permettent d'assurer les conditions d'une possible réciprocité du prendre soin observable. Alors cette réciprocité du prendre soin devient la preuve de la mobilisation des principes de l'éthique du *care* (Tronto, 2009).

Nous avons modélisé et défini la réciprocité du prendre soin comme la production de tout acte qui a pour objectif de garantir la continuité de la vie d'individus, de(s) groupe(s) et/ou de forme (s) de vie. La seule volonté qui anime la réciprocité du prendre soin est la satisfaction des

besoins individuels ou collectifs afin de maintenir ou d'aider chacun dans le recouvrement de ses potentialités d'action. Ainsi l'individu, le(s) groupe(s), la(es) forme(s) de vie seront en mesure d'effectuer un retour proportionnel à leurs capacités comme don désintéressé à l'humanité matérialisant ainsi leurs interdépendances.

Cet EHPAD a fait le choix d'accueillir des personnes handicapées vieillissantes. La difficulté avec ce public accueilli est que selon les critères de dépendances GIR et PATHOS, c'est un public autonome dans les actes de la vie quotidienne, mais qui demande un très grand investissement dans l'accompagnements social. Cette particularité n'apparaissait pas jusque-là dans les indicateurs et n'était donc pas prise en compte. Grâce à l'investissement de tous les professionnels de soin et de la psychologue, cet accompagnement social et médico- social est apparu au grand jour. Ainsi le médecin de l'ARS qui a inspecté l'EHPAD l'a pris en considération et validé grâce à la justification quotidienne de l'accompagnement via la double traçabilité.

La revalorisation de ce public handicapé vieillissant oublié a bénéficié aux personnes âgées. En effet, la revalorisation du PATHOS a non seulement généré un maintien des postes des soignants, mais a également permis d'envisager un renforcement des équipes par l'embauche de deux aides médico-psychologiques dédiées aux personnes handicapées vieillissantes. Voilà un bel exemple de réciprocité, des actions de *care* à destination des personnes accueillies qui, *in fine,* prend la forme d'une reconnaissance envers le travail d'accompagnement effectué quotidiennement par les professionnels. La revalorisation importante du PATHOS par ce médecin inspecteur de l'ARS sonne comme un encouragement pour les professionnels de cet EHPAD à continuer leur travail de qualité et de prise en compte de ce public accueilli.

Le prendre soin dans le management agit selon un continuum, car la réciprocité, qui valide ce prendre soin, traduit cette adaptation permanente au monde (Kolb, 1984) qui garantit la prise en considération de la concrétude de la réponse apportée à la situation vécue (Molinier et *al* , 2009).

Nous pensons dorénavant possible de rompre avec l'idée reçue qui conduit à considérer le travail de *care* comme invisible, n'apparaissant que quand il est mal réalisé ou inexistant (Molinier et al, 2009). Désormais, ce travail de *care* est visible et valorisable pour ce qu'il apporte et non plus pour ce qu'il n'apporte pas.

La corrélation entre *care* / prendre soin, traçabilité et travail de *care* visible dans les indicateurs de performance, c'est un responsable de l'EHPAD qui en pratique une juste synthèse :

« Le travail sur les transmissions ciblé des agents que vous et nous avons entrepris a eu une influence positive, car cela a permis de faire reconnaitre le travail quotidien que les agents font auprès des résidents. Ce travail sur la traçabilité mis en place par le chercheur et suivi par les agents majoritairement a eu selon moi un impact très positif sur le PATHOS. Ce travail a notamment été très utile car il était très difficile de mesurer et de valoriser l'accompagnement au quotidien des agents avec le public des personnes handicapées vieillissantes que nous accueillons. Du coup, là, cela été une vrai révélation » (Extrait entretiens informels n°15).

Notre expérience de chercheur lors de cette proposition 4

Afin de mener à bien la concrétisation de cette proposition 4, il nous a fallu lever deux difficultés.

La première consistait à trouver comment déceler l'impalpable et le rendre autant que possible observable. Rester fidèle à l'esprit de *l'éthique du care* qui impose de ne pas le traduire en nombres, mais tout de même le rendre visible.

Pour cela, nous avons utilisé l'outil de la traçabilité réglementaire. Mais, cette solution déclenchait une seconde difficulté. Les soignants voient cet outil comme un temps perdu dévolue au comptage et à l'évaluation (Pierron et al, 2020) au détriment du temps passé au chevet des résidents.

A ce moment précis, l'approche lewinienne s'est révélée d'une aide inestimable. En effet si cette démarche implique toujours explications, expérimentions, partages entre les acteurs et le chercheur (Autissier et al, 2018), elle demande également la capacité de négocier et de convaincre les acteurs afin qu'ils rejoignent par moment votre position. Donc, à cet instant, ce sont les qualités d'écoute, d'adaptabilité, et de persuasion toujours mesurées qu'il a été nécessaire de mobiliser afin de traduire tout cela en une démarche concrète.

La visibilité du travail de *care* dans les transmissions professionnelles et dans les indicateurs de performance comme le PATHOS est un résultat de ce travail de conduite du changement. Tous ces changements qui en découlent peuvent être attribués à la recherche-action à visée transformative.

Ainsi la Proposition 4 : l'intégration de la réciprocité du prendre soin dans la traçabilité rend le travail de *care* visible dans cet EHPAD, peut **être validée**.

La validation de ces quatre propositions permet de valider la proposition centrale de recherche qui est : ***La dimension du prendre soin mise en place avec l'approche psychosociale de la conduite du changement dans le management local d'un EHPAD produit des améliorations organisationnelles.***

Nous sommes également en mesure de répondre à la question de recherche posée dans cette thèse :

Comment mobiliser les principes de l'éthique du care dans une démarche managériale en EHPAD ?

Nous avons apporté les garanties que les principes de l'éthique du *care* sont compatibles avec la gouvernance actuelle des EHPAD et, comme nous venons de le voir, cela apporte des améliorations organisationnelles tant sociales qu'économiques.

IV.3.1.2. Contributions méthodologiques

Le modèle de changement de Kurt Lewin a connu de nombreuses critiques ces dernières décennies, critiques bien souvent infondées car seulement ciblées sur la conduite du changement en trois temps (Burnes, 2004). Mais le modèle de Kurt Lewin ne se réduit pas à cela, il est constitué de quatre parties : la théorie du champ, la dynamique des groupes, le modèle de changement en trois phases et la recherche-action.

a) Les apports de la théorie du champ

Ils se sont révélés majeur dans notre recherche. Le travail de *care* est central en EHPAD et pourtant nul n'y accorde l'importance qui lui est dû. Personne ne met en valeur le travail des soignants, ne vante leur expertise ni l'institution ni les familles, assignant ces travailleuses qui exécutent des tâches en gériatrie que tout un chacun croit pouvoir réaliser à l'invisibilité (Molinier, 2010). Car le travail de *care* et ceux qui le délivrent sont réduit à l'invisibilité (Molinier, 2009). L'enjeu consistait en début de cette recherche à lever une partie de cette invisibilité, car comment attribuer une valeur à ce qui ne peut être vu ? La théorie du champ et sa compréhension ont été déterminantes en cela. En adaptant la grille des champs de forces, la lecture d'un niveau de *care* est devenue possible, ainsi que sa prise en compte dans la performance attendue d'un lieu de vie comme l'EHPAD.

b) L'utilisation de la dynamique des groupes

Elle nous a permis d'agir sur trois niveaux. Le premier est la mise en place d'une nouvelle norme sociale dans l'EHPAD. Le deuxième levier d'action a été d'identifier et d'agir sur les freins aux changements. Le troisième a été d'organiser la coconstruction de solutions applicables et appliquées par la majorité des agents. Le tout a initié une nouvelle dynamique dans l'EHPAD à laquelle les changements sont imputables.

c) La conduite en trois temps du changement

Elle a démontré qu'elle pouvait évoluer et se révéler tout aussi efficace. Dans la pratique, nous avons observé que la temporalité ternaire de conduite du changement n'avait pas été la norme dans notre recherche-action. En effet, il s'est avéré que les phases accompagnements et stabilisation se soient parfois superposées.

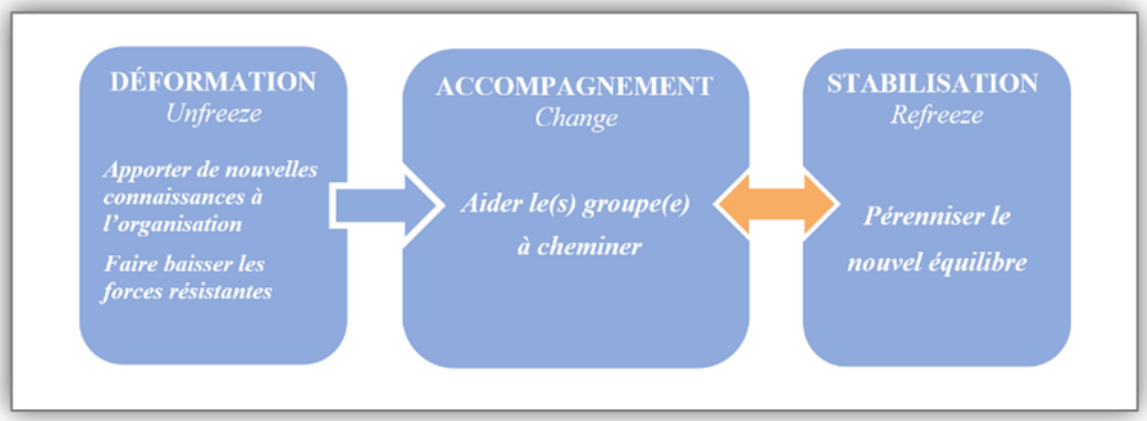


Figure 15 : modèle adapté de Kurt Lewin résultant de notre recherche-action

Lors des focus réunion Montessori par exemple, les acteurs ont coconstruit le principe de nouvelle traçabilité des activités Montessori. Ils ont ensuite réalisé une procédure qui est un acte de changement qui pérennisait le dispositif (annexe n°5) avant même de l'expérimenter. Ainsi la stabilisation est venue se superposer à l'accompagnement (voir figure 15) sans que cela ne fasse obstacle à l'instauration d'un changement. Les phases accompagnement et stabilisation ont clôturé l'action de changement. En pratique, cela a consisté à assurer que le respect de la procédure était effectif dans la pratique quotidienne de l'action de traçabilité.

d) Le cadre de la recherche-action

La recherche-action est un cadre idéal qui permet de conjuguer ces trois concepts ci-dessus afin de changer l'objet de recherche et de le comprendre. Seul ce type de recherche apporte

la possibilité au chercheur d'être en relation avec les acteurs agissant et interagissant (Dumez, 2016). De cette interactivité naissent les conditions d'une performance adaptée aux enjeux vécus par l'organisation, basée sur la coopération entre les acteurs (Plane, 2000).

Ce modèle inter-lié pour conduire le changement émane de la démarche phénoménale de Kurt Lewin qui s'est employé à saisir le complexe et l'insaisissable que représentent le comportement d'une personne ou la dynamique d'un groupe (Beauduin, 2000). La matérialisation du *care* et la modélisation de la réciprocité du prendre soin sont à mettre au crédit de cette méthodologie. Conjugués à cette recherche-action et à l'application du modèle à la problématiques d'un EHPAD, l'ensemble représente un apport méthodologique important pour la discipline.

IV.3.1.3. Contributions managériales pour l'EHPAD terrain de recherche

La conduite du changement avec l'insertion du principe du *care*/prendre soin et de la réciprocité qui le caractérise a permis de créer un espace au milieu des nombreuses contraintes et d'apporter une autre grille de lecture du terrain d'expérimentation : il est possible de concilier respect de la réglementation, respect des équilibres financiers et adaptabilité. Cet EHPAD malgré la rigidité dans laquelle celui-ci était engagé a pu gagner en souplesse et ainsi répondre aux besoins de changements de pratiques des agents et d'améliorer la dynamique interne, d'instaurer les bases d'une performance sociale avec un climat organisationnel rééquilibré tout en améliorant sa performance financière. Afin que puisse se développer cette nouvelle norme sociale que représente le *care* dans l'EHPAD terrain de recherche, nous proposons les actions suivantes

a) Permettre la reconnaissance des travailleurs du *care*

Nous venons de le voir dans les entretiens semi-directifs, les agents souffrent de ne pas être reconnus dans leur tâches quotidiennes effectuées auprès des résidents. D'ailleurs, personne n'admet avoir appris de ces travailleuses invisibles qui exécutent des tâches en gériatrie que tout un chacun croit pouvoir réaliser (Molinier, 2010).

Afin de réinstaurer une connaissance et une reconnaissance du travail des agents en gériatrie, un système de mise en valeur pourrait être établi. Nous proposons de **mettre à l'honneur toute action exemplaire mobilisant les principes du *care* avec une réciprocité avérée**. L'idée est d'institutionnaliser ce partage de retour d'expérience Un temps de préparation serait accordé par la structure afin de présenter, lors de réunions institutionnelles de l'EHPAD (CODIR, CVS

etc …), les moyens engagés et les résultats obtenus. Le bénéfice d'une telle pratique présenterait plusieurs avantages :

- Accentuer la visibilité aux yeux de tous du travail de *care* et apporter reconnaissance à son(ses) auteur(e)(s) ;
- Aguerrir les soignants à la méthodologie de projet. Ainsi les agents en utilisant les recueils de données (observations, verbatims, etc.), apporteront des éléments concrets de la mobilisation des principes du *care* et de la manifestation de la réciprocité. Cette pratique permet également d'apporter confiance et responsabilité de la direction envers les agents ;
- Améliorer la qualité de service ;
- Ancrer la culture du *care* dans les pratiques professionnelles par le partage et la reproductibilité ;
- Solliciter l'entraide et la collaboration entre agents afin de créer une dynamique positive dans les équipes.

Avec l'institutionnalisation de ces retours d'expérience dans cet EHPAD, la dynamique de changement engagée lors de recherche-action sera en mesure de perdurer. En effet l'apprentissage expérientiel (Rogers,1970,2007 ; Kolb, 1984, Lewin, 1949) dont nous avons démontré le rôle central dans la coconstruction, pourra se perpétuer entre agents, direction et usagers.

b) Partager la culture du management du prendre soin avec les infirmières.

Dans nos résultats, nous avons mis en lumière l'importance des émotions dans le management. Cela ne fait que confirmer que le sensible a toute sa place dans la gestion d'un EHPAD (Pierron, 2020) qui est une organisation très règlementée et soumise à des enjeux économiques forts.

Cette invitation envers les directions à utiliser leur sensibilité et donc l'intelligence émotionnelle a un double impact. Pour les soignants, quand ils sont reconnus dans leurs émotions, cela déclenche une amélioration de la confiance envers leurs encadrants. Cette confiance réinstaurée entre soignants et managers améliore les comportements participatifs et instaure une dynamique de changement. Le second effet positif démontré dans nos travaux est que le management du prendre soin qui mobilise l'intelligence émotionnelle des encadrants améliore la performance sociale et économique.

In fine, s'engager dans un management du prendre soin, pourrait bien répondre aux enjeux de société face auxquels se trouvent les EHPAD : allier le confort de vie des résidents et la qualité d'exercice des professionnels (Montagard, 2018).

Au vu de tout cela, nous proposons l'action suivante pour l'EHPAD terrain de recherche : **la direction est tutrice de chaque infirmière pour la formation au management du prendre soin**. Ce rôle de tuteur consisterait pour la direction (entendu au sens de directrice ou directeur) d'accompagner les infirmières à se positionner comme manager de proximité. Le tutorat serait basé sur la transmission des valeurs de confiance, de reconnaissance, d'accueil et de mobilisation des émotions au service d'une gestion du quotidien valorisant l'interdépendance.

Cette action revêt plusieurs avantages :

- Envoyer le message à tous les professionnels selon lequel la direction prône le management du prendre soin et souhaite le partager ;
- Former les infirmières au management du prendre soin. Ces agents qui sont statutairement parlant chef d'équipe, n'ont aucun cours de management durant leur cursus. Avec cette pratique, ils bénéficieraient d'apports managériaux qu'ils pourraient exercer dans une plus grande proximité avec les autres agents ce que ne peut pas faire une direction ;
- Apporter la vision selon laquelle le management n'est pas centralisé dans les seules mains de la direction, qu'il est partagé au service de la qualité de vie au travail et de la qualité de vie des résidents.

Les directions en participant à la formation des managers de proximité incarnés par les infirmières et infirmiers transmettent la dimension positive des émotions. Ainsi le message qui est envoyé aux agents par la direction est que mobiliser sa sensibilité, écouter ses émotions ne représente pas un handicap incompatible avec des fonctions d'encadrement, mais au contraire une qualité reconnue qui nous lie toutes et tous.

c) Accompagner la démocratie en organisation

Cette méthodologie utilisée par le chercheur peut être adoptée comme pratique au quotidien par un manager. Avec l'adoption de la coconstruction, le manager va conjointement avec les acteurs échanger sur la situation qui pose un problème. Ainsi direction et agents vont ensemble stabiliser des données non répertoriées afin que ces matériaux utiles à la recherche deviennent des pratiques actionnables sur le terrain (Figure 16). Grâce à la mise en commun de leurs

expertises, leurs cadres de référence et leurs vécus, ils vont partager une image de la situation afin d'engager l'action (Roy et Prévost, 2013).

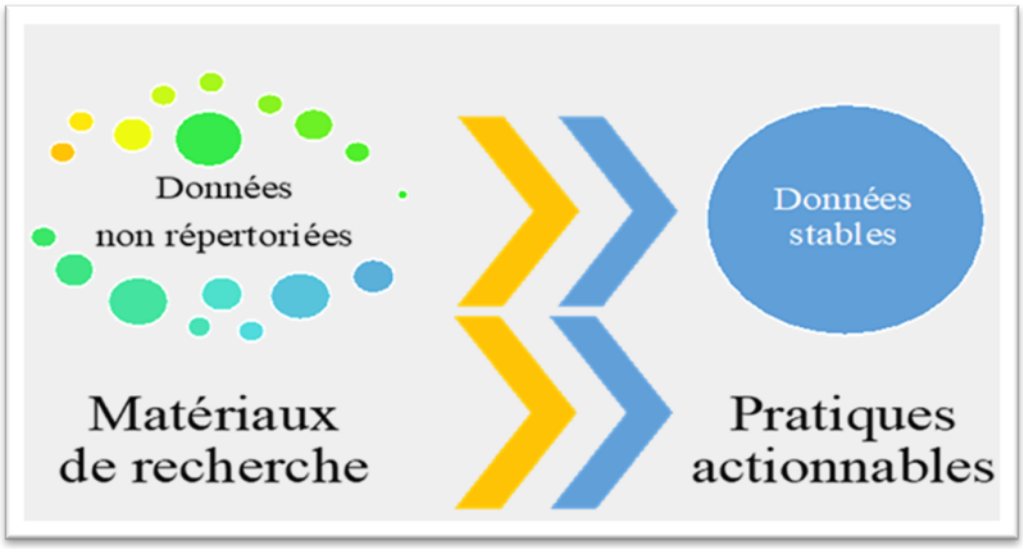


Figure 16 : représentation du management de conduite du changement

Le premier acte de ce cheminement conjoint est la planification qui va permettre de formaliser la compréhension de la situation, d'établir une liste d'actions capables de résoudre la problématique et de rendre compte de l'expérimentation ; en suivant, l'action va consister à l'observation des effets de la planification sur la situation ; la réflexion se pratiquera au cours du déroulement de l'action ; la mise en commun de l'expérimentation permettra d'engranger de l'expérience et de proposer une nouveau plan d'action à la lumière de la nouvelle compréhension désormais acquise (Morissette, 2013).

La pertinence du modèle de conduite du changement selon Kurt Lewin se révèle dans sa capacité à gérer les déséquilibres en vue d'établir de nouveaux équilibres. Cette démarche lewinienne de conduite du changement consiste à opérer « *un dosage entre déstabilisation canalisée afin de créer les conditions favorisant des transformations durables et la nécessaire stabilisation contribuant à la légitimité de ces transformations* (Plane, p.154, 2000). Car le changement n'est ni plus ni moins que la migration d'une zone vers une autre ; d'une zone qui n'est plus satisfaisante, qui ne répond plus au besoin mais qui est connue et rassurante vers une zone incertaine par son caractère inconnu et hypothétique générant des tensions et résistances. Là où la démarche lewinienne apporte une aide indéniable au manager c'est sur cette capacité à maîtriser les tensions des forces grâce à la théorie du champ. Avec la dynamique des groupes et le modèle ternaire, c'est agir individuellement et au sein du groupe. Car conduire le

changement, c'est inévitablement générer des déséquilibres sans lesquels le changement n'est pas possible.

Avec l'instauration des principes du *care* via la conduite du changement selon Kurt Lewin dans les sciences de gestion, c'est de la démocratie organisationnelle dont il est question (Jaumier et al,2019). Nous ne sommes pas en accord avec l'idée reçue que la démocratie en organisation serait caduque car il y aurait une hiérarchie et des managers. Le frein que nous avons identifié à la démocratie dans cet EHPAD, c'est le management directif et non pas la seule présence d'un manager. La directrice a d'ailleurs fait évoluer son management en y intégrant les émotions. Malgré tout cet EHPAD a un fonctionnement très centralisé ; toutes les décisions sont prises par le comité de direction (CODIR), un groupe restrient de personnes ayant des fonctions de responsable. Nous proposons d'ouvrir ce CODIR. Afin de prolonger cette réflexion en acte, nous soumettons l'idée suivante : **intégrer les agents et les usagers dans les organes décisionnaires de l'EHPAD.** L'idée poursuit est le principe de l'innovation qui consiste pour une organisation a adopter de nouvelles pratiques afin d'améliorer sa performance globale (Le Roy et al, 2013). Tout comme un conseil d'administration ce nouvel organe de concertation et de décision fonctionnerait selon deux procédés dont le premier est :

- Intégrer des agents n'ayant pas de reconnaissance institutionnelle de responsable dans l'EHPAD. Ainsi le message transmis indique que toute personne travaillant dans l'EHPAD détient un rôle et une responsabilisation dans les discussions de l'organisation ;

- Intégrer les usagers ou leurs représentants dans ce nouveau CODIR ; ainsi la dimension de lieu de résidence co-existerait avec celle de lieu de travail ce qui rééquilibrerait les décisions.

- Accorder un voix pour chaque membre, cela indique que chaque voix a la même valeur que l'on soit agent de ménage, usagers ou directeur (rice).

Le seconde manière qui permettrait selon nous de déployer la démocratie dans cet EHPAD est la suivante : toute décision **pour être valide devra réunir un *Corum* constitué pour moitié de professionnel non-cadre de l'EHPAD et d'usager ou de son représentant**. Ceci représenterait un enjeu pour la direction qui devra :

- Intégrer les besoins de toutes les parties prenantes internes, externes et intéressées de l'EHPAD,
- Adapter la réponse en tenant compte des enjeux sociaux, sociétaux, économiques et règlementaires,
- Expliquer le projet en interne mais également en externe afin de le rendre accessible à tous,
- Convaincre car la décision ne dépendrait plus des seuls responsables de l'EHPAD mais de l'adhésion pour moitié des parties prenantes internes, externes et intéressées de l'EHPAD,

Ces trois contributions managériales partagent toutes la même volonté : être actionnables et répondre au besoin de reconnaissance et de démocratie des agents travaillant en EHPAD. Ainsi la démarche managériale sera en mesure d'œuvrer pour une meilleur qualité de vie et de service de tous les acteurs interagissant.

IV.3.2. Retour sur la stratégie de recherche retenue

Notre objectif pour cette recherche n'était pas d'établir de lois universelles exclusivement basées sur un raisonnement hypothético-déductif (Allard-Poesi et Perret, 2014). Nous avons dépassé l'opposition entre les démarches hypothético-déductive, inductive et abductive (David, 1999). En effet grâce à l'articulation de ces trois formes de raisonnement, il nous a été possible d'inscrire notre recherche dans une démarche scientifique qui élabore des connaissances.

IV.3.2.1. Le raisonnement par boucle récursives

En mobilisant le processus de raisonnement par boucles récursives, l'abduction nous a permis de construire une hypothèse explicative et d'identifier les données problématiques (David, 1999), la déduction a rendu possible l'exploration des conséquences supposées de l'hypothèse (David, 1999) ; l'induction nous a assuré la confirmation ou l'infirmation des théories et règles mobilisées.

Ainsi notre recherche-action a été rythmée par ces aller-retours entre le matériau empirique et l'acquisition de connaissance théoriques (Chader, 2019) afin d'être en mesure d'élaborer rigoureusement de nouvelles conceptualisations théoriques et d'en assurer la robustesse et la validité (Allard-Poesi et Perret, 2014).

IV.3.2.2. Notre recherche exploratoire hybride.

Le phénomène que nous avons étudié dans notre recherche est l'introduction du principe de réciprocité du prendre soin qui marque l'application des principes de l'éthique du *care* dans le management d'un EHPAD, un sujet peu étudié.

Cette quête de compréhension des comportements induisant des processus afin de les rendre intelligibles (Evrard et al, 1997), avait comme finalité d'accroître nos connaissances sur un sujet mal connu (Miles et Huberman, 2003). Notre démarche dont le but était de donner du sens aux phénomènes observés (Charrière -Petit et Durieux 2014) nous a conduit à réaliser des allers-retours afin de doter de sens les observations empiriques. Tout ceci a inscrit de fait nos travaux dans la cadre d'une recherche exploratoire hybride.

D'autre part, la recherche-action menée nous a demandé une grande flexibilité et une réactivité situationnelle (Catroux, 2002) que seule l'approche qualitative était en mesure de nous apporter. En effet, la démarche qualitative nous a permis de saisir et d'analyser les données comme les discours ou les relations entre les personnes.

Toujours dans le cadre de cette démarche scientifique compréhensive, nous avons mobilisé la description. De notre point de vue, utiliser la description n'a pas remis en question la dimension scientifique de la recherche qualitative. En effet, pour établir la présence de la réciprocité du prendre soin, il nous a été nécessaire de décrire précisément les interactions et la position des acteurs. Ainsi, notre quête de compréhension a nécessité de contextualiser tous les éléments influant sur le sens (Dumez, 2016), tout en prenant garde d'éviter une production pléthorique et circulaire (Dumez, 2010).

Enfin, au début de la recherche et ceci dans l'optique d'inciter la coconstruction, notre cadre théorique était ouvert (Roy et Prévost, 2013). Cette particularité est plus aisée dans le cadre d'une approche qualitative qui est plus à même de fournir des données capables de saisir l'acteur agissant et interagissant (Dumez, 2016).

IV.3.2.3. Synthèse du cadre méthodologique et empirique

Afin de répondre à l'objectif que nous nous étions fixés, c'est-à-dire analyser les acteurs en action, la démarche qualitative a représenté le cadre idéal. En effet le mode de recueil de données que nous avons utilisé s'est appuyé sur les discours des acteurs, leurs intentions, les modalités de leurs actions ainsi que leurs interactions. Cette objectivation des éléments d'un

contexte, nous l'avons obtenu grâce des modes de recueil de données multiples faits d'actions et d'interactions (Dumez, 2013).

Grâce aux études documentaires notamment et aux transmissions ciblées des professionnels, nous avons mis en lumière l'absence de manifestation du prendre soin et donc de la réciprocité dans les pratiques quotidiennes. Cette absence de réciprocité a été confirmée grâce à l'observation directe (Arborio et Fournier, 2015) et grâce à la grille réalisée dans le cadre de la recherche-action puis des observations flottantes (Wacheux ,1999).

Nous avons effectué au total trente-huit entretiens semi-directifs qui nous ont permis d'identifier les champs de forces (Lewin ,1951) et les résistances aux changements Lewin (1943a). Les entretiens semi-directifs avec guide en plus des thèmes définis au départ qui sont **le travail invisible** (Arborio, 2019. Gomez, 2013 ; Molinier et al, 2009 ; Calmus 2010 ; Bonnet, 2006) et la **reconnaissance empêchée** (Barel et al,2019 ; Clot, 2010 ; El Akremi et al,2009) ont facilité l'exploration et favorisé l'émergence de thèmes non établis a priori. En effet, ce temps de rencontre direct avec les professionnels nous a révélé un **climat organisationnel** (Brunet et Savoie,2016) déséquilibré, un management autoritaire (Lewin, 1943b) et autocratique (Anzieu et Martin,1968, 2017, la centralité de **l'apprentissage expérientiel** (Rogers,1970,2007 ; Kolb, 1984, Lewin, 1949) et la place de **l'intelligence émotionnelle** (Kotsou, 2020 ; Goleman,1998) dans le management initiateur de prendre soin et de la réciprocité (Thouard, 2019 ; Laugier, 2009).

Avec les focus group, nous avons utilisé la dynamique de groupe (Anzieu et Martin, 1968,2017) afin de favoriser l'expression des sentiments, des ressentis et des résistances au sein des deux groupes (Leclerc et al, 2011). Cette méthode de recueil de données qui ne vise pas le consensus général, nous a permis de créer une catharsis dans le groupe direction qui est venue déloger et déranger la conformité du groupe (Anzieu et Martin, 1968 ,2017) et ainsi permettre aux actions de changements de se mettre réellement en place.

Cette alternance de phases individuelles et collectives, de phases écrites et orales (Gavard-Perret et al, 2012) nous a permis de faire émerger des problématiques cachées et ainsi permettre aux actions de changements de se mettre réellement en place.

Tous ces différents modes de recueil de données participent à l'exploration, la compréhension de l'objet de recherche. Ces différentes combinaisons multipliant les angles d'approches avaient

comme objectif d'opérer une triangulation des données (Caillaud et Flick, 2016) en perspective d'assurer la validité scientifique de notre démarche de recherche (Savoie-Zajc, 2019).

IV.3.2.4. L'analyse thématique

Au cours de notre recherche qualitative, nous avons généré un nombre considérable de données dont le volume aurait pu être problématique (Mouricou et Garreau, 2018). C'est en ce sens que le recours au logiciel NVIVO 12 s'est révélé avantageux. Tout d'abord sur la collecte qui s'est avérée facilitée puis sur l'organisation et l'analyse de contenus issus de sources multiples (Plard et Martineau, 2019).

Grâce au logiciel de traitement, l'exploitation d'une partie du corpus selon le principe de l'analyse thématique a facilité l'évaluation des parties pertinentes en regard des thèmes retenus (Gavard-Perret et al, 2012). La technique de codage utilisée est le codage a postériori (Allard-Poesi, 2003).

Le codage a postériori ou codage ouvert (Corbin et Strauss, 2014) nous a conduit selon une logique inductive à construire sur la base des données notre grille de codage (Mouricou et Garreau, 2018, p.4,). A partir des données brutes, les mots en l'occurrence des mots clés récurrents et des idées ont émergé du corpus dessinant ainsi des catégories accueillant les données.

Le logiciel NVIVO 12 par sa grande souplesse s'est adapté à notre logique d'enquête (Ollivier, 2017). Chemin faisant, nous avons élaboré un arbre thématique hiérarchisé constitué de thèmes centraux incluant des sous-thèmes complémentaires.

IV.3.3. Les perspectives de cette recherche-action

IV.3.3.1. Application totale des principes du care en EHPAD

Il nous est possible désormais d'exprimer le sentiment grandissant que nous avons éprouvé au fur et à mesure des avancées dans cette recherche. Nous pensons que ce travail de recherche terminé n'est qu'une invitation à aller plus loin dans le secteur des EHPAD. Ce travail n'est en finalité que la première étape d'un processus de recherche en management selon nous. En effet maintenant que la question de l'opérationnalisation du *care* / prendre soin dans le mangement est levée, il peut être envisagé un projet qui viendrait questionner les outils du management gestionnaire. Cette prochaine recherche aurait comme finalité de s'affranchir des outils de

contrôle afin d'appliquer une généralisation du *care* dans la gouvernance d'un EHPAD. Il serait alors utile de négocier avec un EHPAD et ses partenaires (les conseils départementaux et l'agence régionale de santé), un moratoire budgétaire afin de permettre une expérimentation totale des principes du *care* en lieu et place des principes gestionnaires. L'idée serait que durant le temps de l'expérimentation, les budgets de l'EHPAD terrain de recherche ne soient plus liés aux indicateurs GIR et PATHOS. Ainsi la recherche serait en mesure d'expérimenter sur le moyen terme comment la qualité de vie des résidents et des professionnels d'un EHPAD réagit lorsque l'unité de mesure est le prendre soin, la vulnérabilité et non plus la dépendance, quand la performance sociale devient préalable à la performance économique. Est-ce que libérer de certaines de ses contraintes, l'EHPAD gagne en performance grâce à un management de la réciprocité du prendre soin ? Ainsi il serait possible d'évaluer le lien entre qualité de vie des résidents, de travail des professionnels et budget de fonctionnement.

IV.3.3.2. Intégration des principes de la réciprocité du prendre soin dans les enseignements

Le management que nous avons défendu dans cette thèse ne se définit pas comme la seule utilisation de techniques limitantes mais plutôt comme un art qui ouvre (Thévenet,2014) des espaces démocratiques dans l'organisation. C'est pour cela qu'accorder une place plus importante aux principes de l'éthique du *care* dans les enseignements en science de gestion nous paraît une piste sérieuse. En effet intégrer une part de *care* dans le management c'est prendre conscience que la notion de prendre soin renvoie à la vulnérabilité qui jalonne à maintes reprises l'existence de tout être humain qui aura plusieurs fois besoin d'aides. Nous sommes tous, dans les groupes, dans les organisations, de manière collective et/ou individuelle quel que soit l'âge, l'origine ou la condition sociale, quotidiennement interdépendants (Kiledjian,2012).

Si la fonction première du management est bien d'accompagner les femmes et les hommes en situation de travail (Plane, 2019), alors doter les futurs encadrants des principes du *care* et de réciprocité paraît être une orientation sensée. A ce propos, l'exemple des infirmières et infirmiers est édifiant ! Comme nous l'avons souligné plus haut, d'après leurs statuts professionnels, elles ou ils sont chef d'équipe mais leurs enseignements ne prévoient aucun temps sur le sujet du management. C'est pour cela que les directeurs, cadres et infirmières d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en disposant de ces savoirs des

principes de la réciprocité du prendre soin disposeraient de la capacité d'agir ensemble dans l'intérêt du bien commun (Lecomte, 2016).

IV.3.3.3. Réciprocité du prendre soin et responsabilité sociétale des entreprises

Etudier comment interagit le concept réciprocité avec de performance globale

Le concept de performance étant au cœur des préoccupations des sciences de gestion, il existe un intérêt certain à utiliser le concept de réciprocité du prendre soin afin d'établir comment il réagit avec le concept de performance globale. La responsabilité sociétale des entreprises (RSE) est aujourd'hui un enjeu grandissant dans les organisations. L'idée d'une performance globale défendue dans ce concept intègre les dimensions économiques, sociales, sociétales et environnementales afin de répondre aux besoins de toutes les parties prenantes d'une organisation (Bertézène et Vallat,2016).

Souvent la RSE peine à s'intégrer dans les organisations car l'articulation et l'équilibrage entre les dimensions économiques, sociales/sociétales et environnementales peuvent être assimilées à une prise de risques (Bertézène et Vallat,2016) et cette perception freine le changement. Le management innovant que nous proposons est bâti sur une approche pragmatique de conduite du changement qui permet l'accompagnement dans ces déséquilibres qui précèdent toute évolution d'une organisation vers l'instauration d'un nouvel équilibre. Il a été établi dans nos travaux que la stratégie employée pose les bases d'une performance sociale. Quant à la dimension de redevabilité, un des principes fondamentaux de la norme ISO 26000 (Aubrun et al, 2010), elle nous semble renvoyer à la logique de don et de réciprocité identifiée dans la réciprocité du prendre soin dont est empreint le management innovant que nous proposons. Nous sommes conscients que proposer le management du prendre soin dans le cadre d'une recherche alliant une norme peut dérouter. Cependant cette proposition permettrai de poursuivre la même logique déclinée tout au long de nos travaux : comment faire apparaitre la dimension sociale dans les indicateurs afin qu'elle soit prise en compte.

Pour toutes ces raisons, coupler ce management du prendre soin avec la RSE parait ouvrir de nouvelles possibilités d'études.

Enfin l'objectif de la performance globale équilibrée selon ces trois piliers économiques, sociaux/sociétaux et environnementaux de la RSE nous semble faire écho à la définition du *care* que donne Tronto et Fischer en 2009.

IV.3.3.4. Management du prendre soin mobilisable dans la recherche des coûts et performances cachés

La recherche-action que nous avons menée dans cet EHPAD s'est essentiellement concentrée sur la mise en place d'une nouvelle norme sociale par la conduite du changement. La question économique n'était pas l'objet de cette recherche.

Toutefois au terme de nos travaux, il nous semble que la question économique et plus précisément l'analyse des coûts et performances cachés pourrait faire l'objet d'une nouvelle recherche et ceci pour au moins deux raisons. Le management du prendre soin de par sa structuration permet d'aller rechercher la dimension cachée du travail de *care* et d'accompagner sa révélation. En effet le management du prendre soin avec sa capacité à révéler le travail invisible participe à cette recherche des coûts et performances cachées. Le management par le *care* partage les objectifs de cette démarche socio-économique qui sont : l'élaboration et la transmissions des connaissances qui s'effectuent au niveau des groupes, des équipes ou de l'organisation (Buono et al,2018).

En revanche, ce management du prendre soin ne peut évaluer le poids économique des dysfonctionnements d'une organisation. C'est en cela qu'une recherche qualimétrique nous semblerait pertinente car elle apporterait des réponses étayées sur les impacts financiers et le développement humain d'une organisation (Savall et Zardet,2015). Ainsi cette vision plus équilibrée permettrait de faciliter la mutation managériale dans les EHPAD en convertissant les coûts cachés en performance durable (Cappelletti et Levieux,2008).

Synthèse des apports théoriques et méthodologiques

- La réciprocité du prendre soin est le gage d'une application des principes de l'éthique du *care.*
- La conduite processuelle du changement rééquilibre le climat organisationnel et facilite la révélation de talents dans l'EHPAD.
- L'acquisition du principe de coconstruction central dans la recherche-action est facilitée par l'apprentissage expérientiel.
- Le management du prendre soin mobilise l'intelligence émotionnelle,
- L'intégration de la réciprocité du prendre soin dans la traçabilité rend le travail de *care* visible dans cet EHPAD,
- Les principes de l'éthique du *care* sont mobilisables dans une démarche managériale en EHPAD grâce à la conduite processuelle du changement
- La temporalité ternaire de conduite du changement selon le modèle de Lewin n'a pas toujours été la norme dans notre recherche (superpositions des phases accompagnement et stabilisation) sans que cela n'affecte son efficacité.
- Le modèle inter-lié de conduite du changement de Kurt Lewin est pertinent pour des organisations complexes comme les EHPAD

Conclusion section 3

La discussion générale engagée dans cette section 3 sur notre travail de recherche s'est faite en regard des choix méthodologiques et théoriques retenus, des changements observés et de leur validation au cœur des propositions de recherche.

Ainsi nous avons été en mesure d'établir que les résultats obtenus l'étaient bien en rapport de la méthodologie employée. L'impact de nos actions positives sur le niveau de *care* ont été validés : un climat organisationnel équilibré favorise la révélation de potentialité chez les professionnels, le rôle central de l'apprentissage expérientiel dans la coconstruction, la mobilisation de l'intelligence émotionnelle dans le management du prendre soin et la visibilité du travail de *care* dans les transmissions professionnelles et dans les indicateurs de performance.

Tout ceci nous a permis de valider le processus de recherche-action, en fournissant les éléments de réponse à la question de recherche : *Comment mobiliser les principes de l'éthique du care dans une démarche managériale en EHPAD ?*

Ensuite nous avons été en mesure de relier la conduite du changement et les changements observés et de valider la proposition centrale : **« La dimension du prendre soin mise en place avec l'approche psychosociale de la conduite du changement dans le management local d'un EHPAD produit des améliorations organisationnelles ».**

Parce nous inscrivons notre démarche dans le constructivisme pragmatique, nous avons proposé dans les contributions managériales, trois solutions actionnables dans cet EHPAD qui ont pour objectif : rétablir la reconnaissance des travailleurs du *care*, perpétuer la pratique du prendre soin et déployer la démocratie en organisation.

Conclusion du chapitre IV

Durant cet ultime chapitre nous avons déroulé, dans le détail, les étapes de la recherche-action enrichies de notre compréhension à posteriori. Ainsi après que notre présence sur le terrain a été légitimée par les parties prenantes internes et externes de l'EHPAD, nous avons procédé à un diagnostic de l'EHPAD. Au terme de celui-ci nous avons effectué une analyse des champs de forces qui a révélé un équilibre quasi stationnaire ne favorisant pas l'élévation du niveau de *care* que nous avons établi au départ de cette recherche à un niveau moyen. Ceci nous a conduit à mettre en place le plan d'action N°1 construit autour d'une action de formation. Le plan d'action n°1 avait pour ambition de déformer la valeur sociale en cours dans cet EHPAD afin de promouvoir une autre manière de vivre ensemble dans l'EHPAD permettant d'élever le niveau de *care*. Nous pensions que le climat organisationnel était bon, or nous avons constaté qu'il était au contraire déséquilibré. Cela nous a contraint à adapter notre action.

Une fois cela fait, le déploiement du plan d'action N° 2 nous a permis de nous concentrer sur l'accompagnement de la conduite du changement sur le terrain et en réunion hebdomadaire.

Les nombreux blocages persistants et le changement peu effectif, nous ont amenés à réaliser une nouvelle analyse des champs de forces. Celle-ci a révélé une augmentation de la tension au sein des forces résistantes au changement à la suite de nos interventions, hypothéquant ainsi toute élévation du niveau de *care*.

La prise recul lors de l'observation et la remise en question de notre posture lors de cette recherche nous ont amené à réaliser deux focus group afin de comprendre quels étaient les freins au changement chez les professionnels et au sein du comité directeur de l'EHPAD. Au terme de celui-ci la prise de conscience par la directrice d'un mauvais climat organisationnel au sein de l'EHPAD nous a permis le déploiement d'un plan d'action N°3 bâtis autour de la coconstruction pour un accompagnement et une stabilisation des actions de changement.

L'analyse des champs de forces au terme de ce plan d'action N°3 démontre que le niveau de *care* a augmenté, avec des forces motrices présentant une tension modérée. Une ultime analyse des champs de forces réalisée met en évidence une disparition de la tension dans l'ensemble des forces et d'un nouvel équilibre quasi stationnaire stabilisant désormais le niveau de *care* à un niveau élevé.

CONCLUSION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE

Les raisons qui nous ont amenées à nous intéresser au management en EHPAD sont liées à notre parcours professionnel. Pendant vingt ans, nous avons été en relation avec ces structures sous différentes formes, soit comme employé de la fonction publique en qualité d'aide-soignant, soit comme intervenant libéral avec des missions d'évaluateur externe, puis de formateur. Toutes ces expériences nous ont apporté une angle d'observation différent, qui conduisait toujours à la même constatation : le management local d'un EHPAD est centré sur la dimension économique et règlementaire et n'intègre pas la dimension du prendre soin.

Nous avons donc commencé ce travail de recherche avec l'ambition d'explorer la possibilité d'une autre voie managériale en sciences de gestion. En effet l'objectif premier était de se rapprocher d'un modèle possible et actionnable (Chanal et al, 1997 ; Detchessahar et al, 2012) dans une organisation médico-sociale telle qu'un EHPAD.

Afin de proposer une alternative managériale sérieuse, nous nous sommes appuyés sur l'éthique du *care* qui ouvre une voie différente (Gilligan et al, 1982, 1986, 2008) et ouvre une perspective morale et politique singulière. Lorsque l'on s'engage dans la voie du *care*, il n'est plus question désormais de parler de conquête mais de quête, le souci de soi est supplanté par le souci des autres (Pesqueux, 2012) quant à la réflexion, elle s'affranchit de l'intérêt purement économique.

S'inscrire dans la logique de l'éthique du *care,* c'est s'intéresser au travail du *care*, à ces tâches qui jusqu'ici étaient jugées ingrates et sans grande valeur comme le travail en gériatrie (Molinier, 2009). Alors ce qui apparaissait comme périphérique devient central et les personnes qui l'accomplissent deviennent les détentrices/détenteurs de savoir-faire et deviennent important(e)(s) (Molinier, 2009). L'éthique du *care* est constituée de quatre principes indissociables qui sont : Se soucier de quelqu'un ou de quelque chose, prendre en charge, prendre soin et recevoir du soin.

La difficulté du *care* et du travail de *care* pour le gestionnaire réside dans l'incapacité de mesurer le care par des indicateurs. Le *care* doit être apprécié et observé dans la finalité de son processus par la manifestation de ce que nous nommons la réciprocité du prendre soin. Nous avons modélisé cette réciprocité du prendre soin en la définissant comme :
la production de tout acte comme but en soi qui a pour objectif de garantir la continuité de la vie d'individus, de(s) groupe(s) et/ou de forme (s) de vie.

Finalement la réciprocité du prendre soin est une étape qui questionne les pratiques managériales et qui nous mène à penser le management de manière responsable. Ainsi le développement de pratiques managériales durables est l'occasion de renouer avec la raison d'être d'une organisation qui prétend être humaine (Meyronin et Grassin, 2019).

La réciprocité du prendre soin devient ainsi la preuve que les étapes du *care* (Tronto, 2009) ont été appliquées et respectées.

La question qui s'est alors posée était la suivante :

Comment mobiliser les principes de l'éthique du care dans une démarche managériale en EHPAD ?

Le management que nous proposons utilise le *care* comme nouvelle base théorique, ce qui a généré des changements dans l'organisation qui est le terrain d'expérimentation. Parce que le changement semble étroitement lié au sens, il ne peut y avoir d'actions de changement sans que les acteurs ne puissent leur donner un sens (Bernoux, 2002). C'est pour cela que le changement ne peut s'appliquer de manière permanente qu'à la condition d'être accepté durablement par les acteurs et que ceux-ci n'y soient pas contraints par le management (Bernoux, 2002). Il apparaît comme une évidence que le changement ne peut être envisagé sans une dimension importante de collaboration quotidienne (Bernoux, 2002).

La grille de lecture que l'on utilisera pour appréhender le changement aura une incidence sur son interprétation. Le processus de changement peut être vu à partir de trois types d'approches différentes : « *l'approche cognitive et sociale, l'approche managériale et l'approche temporelle* » (Hadini et al., 2020). Notre choix s'est porté sur l'approche psychosociale, qui aborde le changement sous un angle systémique de l'organisation en incluant la participation des acteurs (Bernoux, 2002). Les travaux de Kurt Lewin s'inscrivent dans cette logique et son approche inter-liée (Burnes, 2004) (champ des forces dynamique des groupes, conduite du changement et recherche -action) nous apparaît comme déterminante dans la compréhension, l'accompagnement du changement organisationnel.

A présent la proposition centrale de recherche peut-être formulée : ***La dimension du prendre soin mise en place avec l'approche psychosociale de la conduite du changement dans le management local d'un EHPAD produit des améliorations organisationnelles.***

Mobiliser le *care*, le prendre soin comme base théorique dans la management, c'est entrouvrir une nouvelle voie qui, si elle porte ses fruits, permettra d'engager la discussion et de s'interroger sur la globalité du fonctionnement de ces structures et ainsi de réenvisager la logique managériale à laquelle les EHPAD sont liés. Structuré par le modèle de conduite du changement de Kurt Lewin, ce nouveau cadre théorique est le gage d'une conduite de changement avec des réponses adaptées.

La stratégie de recherche retenue est la recherche qualitative qui laisse une grande liberté au chercheur qui bricole (Denzin et Lincoln, 1998) avec les matériaux, la démarche d'analyse et le déroulement du projet, ce qui favorise la créativité que n'offre pas la démarche quantitative (Giordano et Jolibert, 2016). Grâce aux méthodes qualitatives, des variables inaccessibles par questionnaires (Silva et Sousa ,2016) ont pu être exploitées. La recherche-action réduit les distances entre le chercheur et son objet d'étude, lui donnant accès à des données inaccessibles autrement. Par conséquent, adopter la méthodologie inter-liée du changement selon le modèle de Kurt Lewin, c'est acquérir la capacité à piloter les tensions présentes en chaque individu sans les subir afin d'accompagner la transformation d'une organisation vers un équilibre stabilisé et durable dans une nouvelle zone choisie. La démarche cyclique (Greenwood et Levin, 1998) et longitudinale (Buono et al, 2018) qui caractérise la recherche-action vient questionner l'épistémologie en sciences de gestion. Les données non répertoriées (Buono et al, 2018) mises à jour grâce à la proximité du chercheur avec le terrain et les acteurs agissants (Dumez, 2015), attestent tout l'intérêt de cette méthodologie. Enfin, la récolte de données et leurs triangulations remettent en question les critiques de scientificité (Denzin, 1978 ; Flick, 1998 ; Apostolidis, 2006 ; Savoie-Zajc, 2019) dont les sciences sociales sont trop souvent affublées.

Le recueil des données a été réalisé selon quatre modes : l'étude documentaire, trente-huit entretiens semi-directifs avec grille d'entretien, deux focus groupes et l'observation (avec grille et/ou prise de note).

Afin de faciliter le traitement de la proposition centrale nous l'avons subdivisé en quatre sous proposition.

P1 : la conduite processuelle du changement rééquilibre le climat organisationnel et facilite la révélation de talents dans l'EHPAD.

P2 : l'acquisition du principe de coconstruction central dans la recherche-action est facilitée par l'apprentissage expérientiel.

P3 : le management du prendre soin mobilise l'intelligence émotionnelle.

P4 : l'intégration de la réciprocité du prendre soin dans la traçabilité rend le travail de *care* visible dans cet EHPAD.

Les éléments émanant des résultats prouvent qu'il existe un intérêt à explorer l'application des principes de l'éthique du *care* dans le management des EHPAD et plus largement dans les structures et services à destination de public dit fragile.

Avant de pouvoir explorer la proposition 1, nous avons dû traiter la question du climat organisationnel qui s'est imposé à nous, Ceci est normal dans un cadre théorique ouvert et flexible (Robson, 2011) adopté dans une recherche-action. . Ce thème du climat organisationnel s'est révélé en deux phases. Tout d'abord lors du démarrage de la recherche, avec une directrice qui refusé toute participation de notre part aux instances de l'EHPAD, a tenté d'interférer lors de la formation-action puis dans son refus de nous transmettre les documents utilises pour l'étude documentaire. Ensuite ce climat organisationnel déséquilibrée s'est confirmé lors des entretiens semi-directifs. Nous avons alors découvert le malaise vécu par les agents [103] et la rupture entre eux et certains membres de l'encadrement. De notre point de vue d'acteur agissant venant de l'extérieur de l'organisation la priorité était de réactiver la dimension sociale et démocratique qui semblait éteinte dans les rapports entre direction et professionnels de terrain. La position de médiateur dans laquelle nous nous sommes retrouvés malgré nous a participé à une reprise du dialogue entre les parties. Ce fut le premier signe de changement qui a indiqué que le climat organisationnel était plus équilibré, plus démocratique, où chacun pouvait s'exprimer, sans forcément être entendu par la direction. Nous avons pu alors travaillé sur la réorganisation du secteur protégé et créer les conditions favorables pour la mise en pratique des nouveaux acquis professionnels. Certains agents ont pu prendre des responsabilités et d'exprimer des compétences jusque-là insoupçonnées. Cette révélation de talents a de plus été reconnue par deux membres de la direction lors d'entretiens informels. Ceci nous permet de valider la **P1 : la conduite processuelle du changement rééquilibre le climat organisationnel et facilite la révélation de talents dans l'EHPAD.**

Au moment de nous engager dans la phase de coconstrution, le personnel était formé et manifestait son désir de mettre en pratique les nouveaux savoirs ; la directrice et le responsable

[103] Lors des entretiens semi-directifs une majorité d'agents se sont confié en nous autorisant à faire part de leurs sentiments dans un cadre général mais en demandant de ne pas retranscrire leurs propos.

de restauration s'opposaient à cette démarche de changement. Pour notre part, nous pouvons dire a postériori que nous manquions de discernement. Nous étions marqués par les entraves et les difficultés relationnelles quotidienne que nous vivions avec la directrice. Cette absence de réflexivité nous a conduit faire preuve de rigidité. Nous avons abordé cette phase de la recherche-action avec la volonté trop ferme de mener à bien le changement sans écouter comme il se doit les professionnels.

La cadre réflexif qu'impose la recherche-action, nous a permis de nous recentrer et repositionner notre action. Nous avons ressenti le besoins de prendre de la distance avec le terrain afin de l'observer. Ainsi nous avons compris que la coconstruction impliquait le partage. Nous avions soit à exposer un point de vue et laisser les agents l'amender et le faire évoluer, soit accepter les idées des agents dans lesquelles nous devenions contributeur tout autant qu'eux. L'apprentissage c'est déroulé selon une dynamique de progression mutuelle. Nous avons appris, malgré les tentatives de déstabilisations de la directrice et son adjoint, à redresser et maintenir le cap du changement. les agents ont appris qu'ils étaient co-acteurs de la recherche et par conséquent avaient leur place et un rôle à jouer dans le changement.

Nous et les agents avons appris à faire partie d'un groupe. La résolution d'un problème n'était plus le fait d'une personne mais d'un groupe. Cet apprentissage face à la concrétude, a guidé cette coconstrution faisant évoluer la situation dans le sens du changement.

Ainsi la proposition 2 : **l'acquisition du principe de coconstruction central dans la recherche-action est facilitée par l'apprentissage expérientie**l est devenu concret et nous avons pu valider cette proposition.

Cette recherche-action a démarré dans un climat de défiance da la part de la directrice et du responsable de restauration envers nous.

Au fur et à mesure que la recherche avançait la directrice de l'EHPAD a commencé à intégrer les principes du *care.* Son attitude envers les agents a évolué, son discours s'est rééquilibré en laissant place à plus de considération pour les agents et à la mise en valeur de leur travail jusqu'à reconnaître l'évolution positive de certains agents dans leurs missions.

Tout a basculé lorsqu' à la fin du focus group CODIR une infirmière a déclenché par ses propos une catharsis auprès de la directrice. A ce moment la directrice à accepter de laisser une place à ses émotions et a capté toute la sensibilité qui l'entourait.

Ces éléments plaident pour la place prépondérante qu'occupe les émotions dans le management du prendre soin que nous proposons. En effet ce management du prendre soin n'existe qu'à la condition que le manager mobilise ses émotions car le *care* même s'il n'est pas toujours identifié il est présent et ne demande qu'à être activé grâce à l'intelligence émotionnelle (Goleman, 1998). Un élément de preuve qui démontre que lorsque l'intelligence émotionnelle est mobilisée les pratiques managériales se modifient (El Ghazi et Cherkaoui,2019) jusqu'à accepter plus facilement le changement (Di Fabio, 2011). C'est donc un enjeu majeur de faire une place aux émotions dans les organisations sanitaires et médico-sociales (Dickason, 2020) qui souhaite mettre en place un management du prendre soin. Aux vues de tout cela, nous avons validé la **P3 : le management du prendre soin mobilise l'intelligence émotionnelle.**

On ne peut quantifier le *care* en lui attribuant un score et c'est là toute la difficulté de ce travail : un acte de prendre soin ne correspond pas un chiffre. Sa visibilité dans des grilles d'observation ou des graphiques comme dans notre thèse, dépends de celui qui a la capacité de voir et de le retranscrire. Une fois identifier le *care* peut être soumis à une évaluation au sens de lui donner de la valeur. Parce qu'il possède sa propre échelle de mesure qui n'est pas le chiffre mais une appréciation justifiée de performance, le niveau de *care* vient questionner la performance du point de vue de la logique gestionnaire. Certes la mise en pratique et la validation des quatre étapes du *care* (Tronto, 2009) constitue des éléments de preuve de sa présence. L'observation de la réciprocité du prendre qui s'en suivent deviennent des éléments tangibles de la mobilisation des principes de l'éthique du *care* (Tronto, 2009). Mais seule l'expérience humaine peut capter un niveau plus ou moins élevé de *care*.

L'EHPAD terrain de recherche accueille une dizaine de personnes handicapées vieillissantes. La difficulté avec ce public accueilli est que selon les critères de dépendances GIR et PATHOS, c'est un public jugé autonome dans les actes de la vie quotidienne, mais qui demande un très grand investissement dans l'accompagnements social. Cette particularité n'était pas prise en compte dans l'indicateur PATHOS. Grâce à l'investissement de tous les professionnels qui a justifié quotidiennement cet accompagnement spécifique par la double traçabilité, cet accompagnement social et médico - social invisible est devenu visible. A tel point que le médecin de l'ARS qui a inspecté l'EHPAD l'a évalué et fait apparaitre dans ces appréciations. La revalorisation de ce public handicapé vieillissant oublié a bénéficié aux personnes âgées. Cette revalorisation du PATHOS inattendue a généré un maintien des postes des soignants mais a également permis l'embauche de deux aides médico psychologiques dédiées aux personnes

handicapées vieillissantes, dégageant ainsi deux aides-soignantes auprès des personnes âgées, un bel exemple de réciprocité.

Désormais ce travail de *care* est visible et valorisable pour ce qu'il apporte et non plus pour ce qu'il n'apporte pas.

La visibilité du travail de *care* dans les transmissions professionnelles et dans les indicateurs de performance comme le PATHOS est un résultat de ce travail de conduite du changement. Tous ces changements qui en découlent peuvent être attribués à la recherche-action à visée transformative. Ainsi la **P4 : l'intégration de la réciprocité du prendre soin dans la traçabilité rend le travail de *care* visible dans cet EHPAD,** a été validée.

Le positionnement constructiviste adopté dans cette recherche-action nous a livré une fois la transformation réalisée une meilleure compréhension de l'objet de recherche. Cette structure qui paraissait en bonne santé était au bord d'une implosion. Le management autoritaire généralement adapté aux situations de crise (Goleman,2000 ; Barel et al., 2019) était inopérant ne faisant qu'accentuer cette crise. Avant la transformation, le management dans cet EHPAD était uniquement centré sur l'efficacité économique (Maisonnasse et al ,2019) et la règlementation vécue par la direction comme un carcan réglementaire (Villez, 2019).

Plus que jamais ce modèle inter-lié de Lewin s'est révélé pertinent quand la volonté est d'instaurer un changement radical de culture. Ce modèle a démontré son adéquation avec les problématiques rencontrées en EHPAD et plus largement lorsqu'il s'agit de valoriser le travail invisible

Le cadre théorique inédit qui articule l'éthique du *care* avec la conduite du changement selon le modèle de Kurt Lewin a permis d'établir un socle robuste (Burnes, 2004).

Nous avons apporté les garanties que les principes de l'éthique du *care* sont compatibles avec la gouvernance actuelle des EHPAD et comme nous venons de le voir, cela apporte des améliorations organisationnelles tant sociales qu'économiques.

Cette recherche-action en EHPAD peut éclairer sur le profil des managers majoritairement recrutés aujourd'hui pour gouverner les EHPAD en France ; des profils plus tournés vers la gestion de tableaux de bord et de budget que vers la gestion des richesses humaines qui demande des compétences émotionnelles peu valorisées à ce jour (Pierron, 2020). Peut-être que ce travail est une piste de compréhension des problématiques vécues dans les EHPAD du territoire

national dont le management priorise la vision économique au détriment de la dimension sociale ?

Ainsi les résultats de cette recherche nous semblent apporter des éléments supplémentaires qui viennent conforter et asseoir un peu plus la légitimité du positionnement constructiviste (Plane, 2019) dans l'apport de solutions coconstruites, adaptées et actionnables (Detchessahar et al. 2012). Nous avons d'ailleurs proposer trois solutions actionnables dans cet EHPAD qui visent à **rétablir la reconnaissance des travailleurs du *care*, perpétuer la pratique du prendre soin et déployer la démocratie en organisation**.

L'approche lewinienne du changement qui ne semblait plus correspondre aux réalités des organisations de notre époque (Burnes, 2004) se révèle toujours aussi pertinente et activable. À travers nos travaux, nous apportons des éléments qui prouvent que cette approche de conduite du changement est adaptée aux milieux complexes. Au-delà des structures médico-sociales qui pâtissent de l'injonction à exclure tout ce qui fait sens dans l'accompagnement humain, ce modèle est pertinent dans l'instauration d'espace démocratique dans les organisations. Ce modèle est parmi tous ceux existant l'un des rares si ce n'est le seul, capable de mettre à jour le travail invisible, parce qu'il a été construit avec la volonté de rendre accessible l'inaccessible : le comportement humain. Par conséquent, la structure même de ce modèle de conduite de changement, nous voulons parler de théorie du champ, des focus groupe, de la recherche-action, la dynamique des groupes restreint et la conduite processuelle du changement, sont à n'en pas douter un modèle inter lié actuel tant il a démontré durant cette recherche sa pertinence. Pour un manager, comprendre l'approche lewinienne représenterait un avantage non négligeable tant les organisations sont des écosystèmes soumis à des changements profonds. Plus encore qu'une théorie, c'est une forte contribution à la compréhension de l'humain que nous livre Lewin (Beauduin, 2000), et *in fine* de pilotage de projets dont le constituant principal est l'humain.

Alors est-ce que ce type de recherche avec ce cadre théorique est à privilégier ? Si le projet poursuivi est la conduite de changement qui implique un changement radical de culture (Hadini et al, 2020), nous pensons qu'il est le plus adapté parce qu'il associe tous les acteurs et que cette double dimension méthodologique et démocratique (De Visscher, 2012 ; Lewin,1949) est essentielle dans la transformation durable d'une organisation.

Cette recherche en sciences de gestion en modélisant la réciprocité du prendre soin comme révélateur de l'application des principes de l'éthique du *care* dans le management, a libéré le

care (Molinier et Paperman, 2020) et levée l'invisibilité sur le travail du *care* à laquelle il était assigné (Molinier, 2009). Ainsi il devient à nouveau possible de faire le pari de l'autre (Fagbohoun, 2016) afin de redonner sa place à la confiance pour un management plus humain, moins gestionnaire, plus responsable et finalement plus adapté à la mission de ces structures médico-sociales.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, A. (2003). La description face à la temporalité. *Pratiques de la description*, 41-53.

Abdouni, S. (2019). Aide sociale aux personnes âgées ou handicapées : les départements ont attribué 2 millions de prestations fin 2018.

Abenhaim, L. (2003). Canicules. La santé publique en question, *Paris, Fayard*.

Abord de Chatillon, E., Becuwe, A., Brasseur, M. et Chague, V. (2017). Prendre soin des services publics : le management en question. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 25(1), 2-2. doi :10.3917/rimhe.025.0002.

Abord de Chatillon, E., Blondet, C., Branchet, B., Crambes, C., Commeiras, N., Malaquin, M., ... et Valette, A. (2016). La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé) -observations de terrain et analyses à partir de l'enquête Conditions de Travail 2013. Rapport à la DGAFP : programme « Les conditions de travail dans la crise : post-enquêtes et exploitations secondaires.

Abord de Chatillon, E., et Desmarais, C. (2012). Le Nouveau Management Public crée-t-il les conditions de nouvelles souffrances au travail. *Management International*.

Aubrun, M., Bermond, F., Brun, E., Cortot, J.-L., Delchet-Cochet, K., Graffin, O., JOUNOT, A et Ponrouch, A. (2010). ISO 26000 Responsabilité sociétale : comprendre, déployer, évaluer. *La Plaine Saint-Denis : AFNOR*

Achtnicht, M., Rennings, K., et Hertin, J. (2009). Experiences with integrated impact assessment–empirical evidence from a survey in three European member states. Environnemental Policy and Governance, 19(5), 321-335.

Albert, M. et Cadieux, P. (2017). L'autopraxéographie : Des réflexivités comme moyen de construire du savoir scientifique ou de prendre du recul par rapport à une pratique difficilement vécue. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels,* HS (Supplément), 163-175. https://doi.org/10.3917/rips1.hs04.0163.

Alexis, H. (2008). De l'usage du symbolique dans l'élaboration d'un sens commun : entre management et manipulation. MEI, 29, 99-111.

Alis, D. et Fergelot, V. (2012). Le rôle des cadres intermédiaires dans le processus de changement des collectivités publiques : pour un modèle dynamique de la construction de rôle. Management international/International Management/ Gestion Internacional, 25-37.

Allard-Poesi et Perret, V. In Thiétart, R. A. (2014). Méthodes de recherche en management-4ème édition. *Dunod*.

Allard-Poesi, F. (2017). Kurt Lewin – De la théorie du champ à une science du social, in Sandra Charreire Petit et al., *Les Grands Auteurs en Management, EMS Editions* | « Grands auteurs » | pages 510 à 530.

Allard-Poesi, F. (2009). Kurt Lewin-De la théorie du champ à une science du social. *Éditions EMS.*

Allard-Poesi, F. et V. Perret (2003). La recherche-action », dans Y. Giordano (dir.), Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative, Paris, *Éditions EMS*, p. 85-132.

Allard-Poesi, F. et V. Perret (2004a). La construction collective du problème dans la recherche-action : difficultés, ressorts et enjeux, *Finance Contrôle Stratégie*, vol.7, n°4, p.5-36.

Allard-Poesi, F. et V. Perret (2004b). La recherche-action, e-thèque, col. Méthodes quantitatives et qualitatives. http://www.e-theque.com/ .

Allard-Poesi, F., et Perret, V. (2003). La recherche-action.

Allport, G. W. (1948). 'Foreword'. In Lewin, G. W. (Ed.), Resolving Social Conflict. London : *Harper& Row.*

Alter, N. (2010). Travail et déni du don. *Revue du MAUSS,* (1), 175-194.
Alter, N. (2011a). Don, ingratitude et management, retour sur les suicides au travail. *Revue française de gestion,* (211), 47-61.
Alter, N. (2011b). Le paradigme du don : critique, ou leçon de management ? In Annales des Mines-Réalités industrielles (No. 1, pp. 46-51*). Eska.*
Amar A. et Berthier L. (2007), Le nouveau management public : avantages et limites. *Gestion et management publics*, 5, 1-14.
André K. (2013) ; Entre insouciance et souci de l'autre-L 'éthique du care dans l'enseignement en gestion*, Gestion et Management, université Panthéon-Sorbonne*-Paris1, Français.
Andrien, L. (2014). Penser la gestion médico-sociale. Revue française de gestion, (6), 127-140.
Angot, J., et Milano, P. (2014). Comment lier concepts et données. In R. A. Thiétart (Ed.), Méthodes de recherche en Management (4ème ed.) : 197–218. *Dunod.*
Ansoff,I (1975).Managing Statégic Surprise by Response to Weak Signals, *California Management Review,* VolXVIII,n°2,p21-33.
Anzieu, D., Béjarano, A., Kaës, R., Missenard, A., et Pontalis, J. B. (1972). Le travail psychanalytique dans les groupes, coll. «. Inconscient et culture », *Dunod*.
Anzieu, D., et Martin, J. Y. (1968,2017). La dynamique des groupes restreints. *Presses univ. de France.*
Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. Psicologia : *Teoria e pesquisa*, 22(2), 211-226.
Arborio A.-M., Fournier P. (2015). L'observation directe : l'enquête et ses méthodes, Paris, *Armand Colin*.
Arborio, A. M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 93-126.
Arborio, A. M. (2019). Les "faisant fonction" d'aide-soignante face à la validation des acquis de l'expérience (VAE) : au risque de l'invalidation par d'autres professionnels.
Arborio, A.-M., (2012). Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital, 2e édition augmentée d'une préface, *Economica*, Paris.
Argoud, D. (2010). Approche historique des dispositifs gérontologiques en France. *Gérontologie et société*, 33(1), 103-110.
Argoud, D. (2016). Nouveaux acteurs, nouveaux enjeux : quel avenir pour l'action sociale vieillesse ? *Vie sociale*, 15(3): 101-115.
Argyris C. (1995), « Action Science and Organizational Learning », *Journal of Managerial Psychology*, vol.10, n°6, p.20-26.
Argyris, C. et Schön D.A. (1974). Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness, San Francisco, *Jossey-Bass*.
Argyris, C., R. Putnam et D. McLain Smith (1985), Action Science: Concepts, Methods and Skills for Research and Intervention, San Francisco, *Jossey-Bass*.
Argyris,C., et Schön ,D ..A., (1991) .Participatory Action Research and Action Science Compared, A Commentary", in WHYTE (W.F.) (Ed.), *Participatory Action Research*, London : (85-95).
Atamer, T., Durand, R. et Reynaud, E. (2005). Développer l'innovation. *Revue française de gestion*, no 155(2), 13-21. doi :10.3166/rfg.155.13-21.
Aubert, N. (2016). La participation des salariés : une expression du don dans les organisations. RIMHE : *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise,* 21(2), 69-90. doi :10.3917/rimhe.021.0069.
Aubert, P., Dubost, C. L., Lapinte, A., Legendre, B., Loiseau, R., Papuchon, A., ... et Sterchele, C. (2020). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives.
Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., et Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.

Aubry, F., et Couturier, Y. (2013). L'épuisement professionnel des aides-soignantes en gériatrie en France et au Québec : un effet de l'incohérence des objectifs organisationnels. Épuisement professionnel, *Approches innovantes et pluridisciplinaires*.

Autissier, D. (2021). Le besoin de réenchanter l'entreprise. *Managériale, I., & Opérationnelle*, E.

Autissier, D., Johnson, K., et Metais-Wiersch, E. (2018). Du changement à la transformation. *Question (s) de management*, (2), 45-54.

Avenier, M. J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : post-modernisme ou pragmatisme ? *Management Avenir*, (3), 372-391.

Avenier, M. J., et Gavard-Perret, M. L. (2012). Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique (No. halshs-00355392).

Avenier, M.-J. (1997), La stratégie chemin faisant, Paris, *Economica*.

Avenier, M.-J., et Thomas, C. (2015). Finding one's way around various methodological guidelines for doing rigorous case studies: A comparison of four epistemological frameworks. *Systèmes d'Information Et Management,* 20(1) : 61–98.

Balleux, B. (2000. Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes : vingt-cinq ans de recherche. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(2), 263-286.

Barel, Y., Frémeaux, S., et Mahieu, P. A. (2019). Reconnaissance du travail et insécurité perçue de l'emploi. *Management Avenir*, (4), 37-58.

Baret, C. (2012). Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) parviennent-ils à concilier objectifs économiques et missions médico-sociales ? Une proposition de matrice stratégique. RIMHE : *Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*, (2), 66-82.

Baribeau, C., et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives,* 29(1), 28-49.

Baronian, L. (2013). L'âge du nouveau taylorisme, *Revue de la régulation [*En ligne], 14. URL : http://journals.openedition.org/regulation/10324 ; DOI : 10.4000/regulation.10324.

Barthélemy, J. (2012). Pour une recherche en gestion conciliant rigueur et pertinence. *Revue française de gestion*, (9), 269-283.

Bas, P. (2006). Plan solidarité grand âge 2007-2012 : http://www. cnsa. fr. IMG/pdf/plan_solidarite_grand_ age. pdf.

Bateson G., (1980). Vers une théorie de la schizophrénie », in : « Vers une écologie de l'esprit », *Seuil*, Paris, Tome II, pages 9 à 34.

Batifoulier, P., Caillé, A., et Chanial, P. (2013). Marchandiser les soins nuit gravement à la santé. *Revue du MAUSS semestrielle*, (41).

Batifoulier, P., et Ventelou, B. (2008). L'érosion de la "part gratuite" en médecine libérale. La Société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée, *La Découverte*, 443-459.

Baudier, F. (2019). Crise à l'hôpital et dans les EHPAD, même combat : abattons les murs ! *Santé Publique*, vol. 31(2), 293-295. doi :10.3917/spub.192.0293.

Bauduret, J. F., et Jaeger, M. (2001). Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation. *Dunod.*

Baumard, P. (1997). Constructivisme et processus de la recherche. *Cahiers de Recherche LAREGO.*

Baumard, P. Donada, C., Ibert, J. et Xuereb, J.M. In Thiétart, R. A. (2014). Méthodes de recherche en management-4ème édition. *Dunod*.

Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique. In : *Politix*, vol. 9, n°35. Entrées en politique. Apprentissages et savoir-faire, sous la direction de Michel Offerlé et Frédéric Sawicki. pp. 226-257.

Beaudoin, G. (2000). Kurt Lewin : de la dynamique individuelle à la dynamique de groupe (Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières).

Belghit, A. G. (2020). La gestion du capital humain : maîtriser les risques en EHPAD. *Management Avenir*, (3), 17-39.

Belghiti-Mahut, S., de Beaufort, V., Lafont, A. et Yousfi, O. (2018). Éditorial. Innovation, entrepreneuriat et genre : *nouvelles perspectives. Innovations*, 57(3), 5-10. doi :10.3917/inno.057.0005.
Ben Aissa, H. (2001). Quelle méthodologie de recherche appropriée pour une construction de la recherche en gestion ? *In Conférence de l'AIMS*.
Ben-Ahmed, L. (2012). La question de la stigmatisation des gérontechnologies de téléassistance et géolocalisation. *Les cahiers de l'année gérontologique*, 4(4), 394-397.
Benghozi, P. (2019). Le lien-supervision : l'étayage d'une recherche-action. Dialogue, 224(2), 133-150. doi :10.3917/dia.224.0133.
Bengouffa, A., (2005). La problématique du changement : entre concepts et réalités, *ENSP ALGER.*
Bensebaa, F. (2017). XXVII. Andrew Pettigrew – L'approche dynamique, contextuelle et longitudinale du changement organisationnel in Sandra Charreire Petit et al., Les Grands Auteurs en Management, *EMS Editions*, « Grands auteurs », pages 419 à 438.
Berland, N., Piot, C. et Stolowy, H. (2013). La revue de littérature : état de l'état de l'art. *Comptabilité - Contrôle - Audit, tome* 19(3), 3-7. doi :10.3917/cca.193.0003.
Bernoux, P. (2002). Le changement dans les organisations : entre structures et interactions. *Relations industrielles/Industrial relations*, 57(1), 77-99.
Bertézène, S., et Dubrion, B. (2012). L'évaluation du travail dans les établissements de santé publics : déstabilisation des acteurs et remise en question des valeurs. *Humanisme et entreprise,* (4), 1-16.
Bertézène, S., et Vallat, D. (2016). Changement et engagement dans une stratégie RSE le cas des établissements sociaux et médico-sociaux français. RIMHE : *Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise,* (2), 3-23.
Bessemoulin, P., Bourdette, N., Courtier, P., et Manach, J. (2004). La canicule d'août 2003 en France et en Europe. La météorologie.
Bessire, D., et Mesure, H. (2009). Penser l'entreprise comme communauté : fondements, définition et implications. *Management Avenir*, (10), 30-50.
Bezes, P. (2012). État, experts et savoirs néo-managériaux. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (3), 16-37.
Bidan, M. (2021) in Frimousse, S., & Peretti, J. M. (2021). Repenser la culture d'entreprise après la crise Covid-19. *Question (s) de management*, (1), 151-206.
Bilbaut, P. A. (2017). Feller Élise, 2017, Du vieillard au retraité. La construction de la vieillesse dans la France du XXe siècle, Paris, *Harmattan,* 438 p. Population, 72(3), 555-557.
Billaud, S., et Xing., J, (2016). On n'est pas si mauvaises ! » Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité », Sociologies [En ligne], Dossiers, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité, mis en ligne le 16 juin 2016, consulté le 17 mars 2020. URL : http://journals.openedition.org/sociologies/5372.
Billé, M., et Polard, J. (2018). Vieillir : une chance à cultiver….
Blake, R.R., et Mouton, J.-S. (1987). La 3ème dimension du management. Paris*, Seuil*
Blanchet, A., et Gotman, A. (2001). L'enquête et ses méthodes l'entretien, 2001. Paris *: Nathan Université.*
Blanchet, A., et Trognon, A. (2008). La psychologie des groupes. Paris, France : *Armand Colin*, DL
Blanchet, M. (2016). Regards croisés d'acteurs gérontologiques territorialisés sur la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST). In Annales de géographie (No. 2, pp. 170-192*). Armand Colin.*
Blanco, S. et H. Lesca (2002), « Contribution à la capacité d'anticipation des entreprises par la sensibilisation aux signaux faibles », VIe CIFPME 2002, Montréal, octobre.

Bocco, B. S. (2010). Perception de la notion de performance par les dirigeants de petites entreprises en Afrique. *La Revue des Sciences de Gestion*, (1), 117-124.
Boittin, I., Lagoutte, M., Lantz, M.-C. (2002). Virginia Henderson : 1897-1996 : biographie et analyse de son œuvre. *Recherche en soins infirmiers*, n° 68, p. 5-17.
Boko, V., et Bonnet, M. (2018). Chapitre 13. Pratiquer une recherche-intervention qualimétrique.
Bonnet, M. (2006). Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (1), 73-85.
Boucher, R. C. (1990). Le climat organisationnel : l'harmonisation de deux personnalités. *Théories et pratiques actuelles du management*, 79.
Bourdon, S. (2002). The integration of qualitative data analysis software in research strategies : Resistances and possibilities. In Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: *Qualitative Social Research* (Vol. 3, No. 2).
Bourgeois, E. (2013). Expérience et apprentissage. La contribution de John Dewey. *Expérience, activité, apprentissage*, 13-38.
Boursier, P., et Mills, C. (2019). Démanteler la protection sociale : pour qui et pourquoi ?
Boutigny, E. (2005). Vers un renouvellement de la démarche qualitative en sciences de gestion ? *Management & Avenir*, 4(2), 59-69. https://doi.org/10.3917/mav.004.0059.
Boutin G., L'entretien de recherche qualitatif, Sainte-Foy, *Presses de l'Université du Québec*, 1997.
Boyne, G. A. (2003). Sources of public service improvement: A critical review and research agenda. *Journal of public administration research and theory*, 13(3), 367-394.
Bozio, A., Gramain, A., Martin, C., et Masson, A. (2016). Quelles politiques publiques pour la dépendance ? *Notes du conseil d'analyse économique*, (8), 1-12.
Brami, G. (2013). Les paradoxes de l'évolution des EHPAD. *Empan*, (3), 56-61.
Brami, G. (2019). L'innovation technologique dans les EHPAD, un processus continuel d'intégration technologique dans des structures à forte dimension humaine. *Vie sociale*, 28(4), 145-152. doi :10.3917/vsoc.194.0145.
Broussy, L. (2013). L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro ! Paris, *la Documentation française*.
Brugère, F. et le Blanc, G. (2020). Le lieu du soin. *Esprit,* mai (5), 77-85. https://doi.org/10.3917/espri.2005.0077.
Bruna M. G. (2013). Le portage d'une politique diversité comme processus de changement organisationnel : phénoménologie et jeux d'acteurs. *Question (s) de Management*, (2), 25-35.
Bruna, M., et Chauvet, M. (2013). La diversité, un levier de performance : plaidoyer pour un management innovateur et créatif. *Management international/International Management/Gestion Internacional*, 17, 70-84.
Brunet, L., et Savoie, A. (2016). Le climat de travail : Au cœur de la dynamique organisationnelle. Éditions *EMS*.
Bungener, M. (2004). Canicule estivale : la triple vulnérabilité des personnes âgées », *Mouvements,* n° 32, mars-avril, p.75-82.
Buono, A. F., Savall, H., et Cappelletti, L. (Eds.). (2018). La Recherche-Intervention Dans les Entreprises et les Organisations. IAP.
Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal, *Journal of Management Studies*, Vol. 41, No. 6, p. 977-1002.
Chanal, V., Lesca, H., et Martinet, A. C. (1997). Recherche ingénierique et connaissances procédurales en sciences de gestion : réflexions épistémologiques et méthodologiques. *Revue française de gestion,* 116, 41-51.
Cahen, P. (2010). Signaux faibles, mode d'emploi : Déceler les tendances, anticiper les ruptures. *Editions Eyrolles.*

Caillaud, S., et Flick, U. (2016). Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. Les représentations sociales. *Théories, méthodes et applications*, 227-240.
Caillé, A. (2004). Marcel Mauss et le paradigme du don. *Sociologie et sociétés*, 36(2), 141-176.
Caillé, A., Chanial, P., Gauthier, F., et Robertson, F. (2019). Le don d'hospitalité. Quand recevoir, c'est donner. *Revue du MAUSS*, (1), 5-26.
Caillé, A., et Grésy, J. É. (2018). Œil pour œil, don pour don : La psychologie revisitée. *Desclée de Brouwer.*
Caillé.A, Gresy. J-É, (2014), La Révolution du don. Le management repensé, coll. « Économie humaine », Paris, *Le Seuil*.
Cajaiba, A. P., et Avenier, M. J. (2013). Recherches collaboratives et constructivisme pragmatique : éclairages pratiques. Recherches qualitatives, 32(2), 201-226.
Calmus, M. C. (2010). Exploitées. Le travail invisible des femmes, Textes réunis par Nadine Jasmin. *Mouvements,* (4), 141-144.
Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori programming for dementia. Non-pharmacological therapies in dementia, 1(2).
Camp, C. J., Judge, K. S., Bye, C. A., Fox, K. M., Bowden, J., Bell, M., ... et Mattern, J. M. (1997). An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. *The Gerontologist,* 37(5), 688-692.
Camp, C.J., Vance,D., Kabacoff,M.,Greenwalt,L.(1996) ; Montessori method :Innovative interventions for adults with Alzheimers's disease.Montessori life,12-1.
Cappelletti, L., et Levieux, P. (2008). Le contrôle de gestion socio-économique : convertir les coûts cachés en performance durable. *Paris : Editions d'Organisation.*
Caron-Fasan, M. L. (2001). Une méthode de gestion de l'attention aux signaux faibles. *Revue Système d'Information et Management,* (0), 4.
Carontini, E. (1990). Le rôle de l'abduction dans le processus d'interprétation, in Sfez, L. et Coutlée, G. (Ed.), Technologies et symboliques de la communication, *Presses Universitaires de Grenoble.*
Carson T. R. (1990), « What kind of knowing is critical action research? », *Theory into Practice*, vol.29, n°3, p.167-173.
Castel, O. (2015). La réciprocité au cœur de la structuration et du fonctionnement de l'Économie sociale et solidaire. *Revue française de socio-économie*, (1), 175-192.
Catroux, M (2002). Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique, Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité [En ligne], Vol. XXI N ° 3 : http:// *journals.openedition.org*/apliut/4276 ; DOI : 10.4000/apliut.4276.
Causse, L. (2006). L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté. Le bas de l'échelle, la construction sociale des situations subalternes, 67-69.
Chader, A. (2019). Le leadership émotionnel : les compétences émotionnelles au service du leadership (Doctoral dissertation, Université Paul Valéry-Montpellier III).
Chanal, V., H. Lesca et A.C. Martinet (1997). Vers une ingénierie de le recherche en sciences de gestion, *Revue française de gestion*, no 116, p. 41-51.
Chanial, P. (2007). La reconnaissance fait-elle société ? Pour un contre-Hobbes sociologique. Alain Caillé, La quête de reconnaissance, La Découverte, TAP/*Bibliothèque du MAUSS*, 209-242.
Chanial, P. (2010). Le New Public Management est-il bon pour la santé ? *Revue du MAUSS*, (1), 135-150.
Charpentier, F. (2017). Les retraites de demain permettront-elles de couvrir le risque de dépendance ? *Nouvelle revue de psychosociologie*, (1), 31-43.
Charreire Petit S. et Durieux F. (2007). Explorer et tester : les deux voies de la recherche, in Thiétart R.A. et coll., Méthodes de recherche en management, Paris, *Dunod*, 58-83.

Charreire Petit, S. (2017) XV. Chris Argyris – Apprentissage organisationnel et connaissances actionnables in Sandra Charreire Petit et al., Les Grands Auteurs en Management*, EMS Editions,* « Grands auteurs », pages 234 à 251.
Chauvière, M. (2016). Trop de gestion tue le social : essai sur une discrète chalandisation. *La découverte.*
Chédotel, F. (2005). L'improvisation organisationnelle : Concilier formalisation et flexibilité d'un projet. *Revue française de gestion*, 1(1), 123-140. https://doi.org/10.3166/rfg.154.123-140
Choffel, D., et Aldrin, J. (2015). Réflexions autour de la notion « d'accountability » à travers l'application d'une grille d'analyse sur deux études de terrain en management public. *Gestion et management public*, 4(3), 45-58.
Clarkson M. B. (1995), "A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance", *Academy of Management Review*, 20 (1), p. 92-117.
Clot, Y. (2010). Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, Paris, *La Découverte*, 192.
Clot, Y. (2012). Le travail soigné, ressort pour une nouvelle entreprise. La nouvelle revue du travail [En ligne], 1 | 2012, mis en ligne le 10 décembre 2012, consulté le 18 mars 2020. URL : http://*journals.openedition.org*/nrt/108 ; DOI : https://doi.org/10.4000/nrt.108.
Cloutier, J. (2003). Qu'est-ce que l'innovation sociale ? (pp. 1-46). Montréal : *Crises*.
Collière, M. F. (1996). Soigner... le premier art de la vie. *Masson*.
Commeiras, N., De Chatillon, E. A., et Loup, P. (2018). Les effets des conditions de travail sur la santé au travail : quelles actions de prévention ? Le cas des établissements hospitaliers. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 79(3), 276.
Cooley, C. H. (2002). Groupes primaires, nature humaine et idéal démocratique. *Revue du MAUSS*, no 19(1), 97-112. doi :10.3917/rdm.019.0097.
Corbel, P. et Simoni, G. (2012). Innovation et partage des connaissances. Revue française de gestion, 221(2), 71-75. https://www.cairn.info/*revue-francaise-de-gestion*-2012-2-page-71.htm.
Corbin, J., et Strauss, A. (2014). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. *Sage publications*.
Cordelier, B., et Montagnac-Marie, H. (2008). Conduire le changement organisationnel ? (No. 33, pp. 8-16). *Presses universitaires de Bordeaux*.
Cornu, L. (2003). La confiance. *Le Télémaque,* (2), 21-30.
Coron, G. (2017). Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social. *La Revue de l'IRES,* (1), 213-235.
Corroy, S. (2011). Enjeux autour des différents outils de contractualisation applicables aux EHPAD : l'exemple de la Seine et Marne.
Courcy, F., et Savoie, A. (2004). Le rôle du climat de travail dans la prédiction différenciée des agressions en milieu de travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 10(1), 45-60.
Croguennec, Y. (2019). Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits.
Croyère, N. (2013). Les savoirs d'expérience des aides-soignantes dans l'accompagnement de fin de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Doctoral dissertation, université Sherbrooke).
Crozier, M. et E. Friedberg (1977). L'acteur et le système, Paris, *Seuil*.
Cultiaux, J. et Léon, X. (2019). Les jeux du pouvoir dans l'entreprise libérée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 27(1), 109-124. doi :10.3917/nrp.027.0109.
Cultiaux, J. (2012) Nouveau management public et sujet critique : enjeux idéologiques, collectifs et subjectifs », *Nouvelle revue de psychosociologie* (n° 13), p. 195-207.
Cummings, T. G. et Worley, C. G. (1997). Organization Development and Change, 6th edition. Cincinnati, OH : *South-Western College Publishing*.

Curchod, C. (2003). La méthode comparative en sciences de gestion : vers une approche quali-quantitative de la réalité managériale. *Finance Contrôle Stratégie*, 6(2), 155-177
D'Arripe, A., et Routier, C. (2013). Au-delà de l'opposition entre savoir profane et savoir expert : une triangulation des méthodes. *Recherche Qualitative*, Hors-série (15), 221-233.
Damamme, A. (2020). Langages du care : temps, contraintes, responsabilités. *Sociologies*.
Dancausse F. et Chaumat E. (2008). Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins, *Masson*, Paris, Guide méthodologique en soins généraux et en psychiatrie, 3ème Edition.
David A. (2001). La recherche-intervention, généralisation des méthodes de recherche en management, in A. David, A. Hatchuel. & C. Laufer (dir.) Les nouvelles fondations des sciences de gestion, Editions *Vuibert*.
David, A. (1999). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. In *Conférence de l'AIMS (*pp. 1-23).
David, A., A. Hatchuel et R. Laufer (2000). Les nouvelles fondations des sciences de gestion, Paris, *Vuibert*.
Davister, C. (2006). La gestion des ressources humaines en économie sociale, *Les Cahiers de la Chaire Cera*, n° 1.
De Gaulejac, V. (2011). L'injonction d'être sujet dans la société hypermoderne : la psychanalyse et l'idéologie de la réalisation de soi-même*. Revue française de psychanalyse*, vol. 75(4), 995-1006. doi :10.3917/rfp.754.0995.
De Gaulejac, V. (2013). La recherche malade du management. *Quae.*
De Visscher, P. (2006). Un construct égaré : celui de la dynamique des groupes restreints. Les *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, numéro 70(2), 53-61. doi :10.3917/cips.070.0053.
De Visscher, P. (2012). Dynamique des groupes : Connexions ou divergences ? Avatars historiques et défrichements taxinomiques. *Connexions,* 98(2), 109-134. doi :10.3917/cnx.098.0109.
De Witt-Hoblit, I., Miller, M. N., et Camp, C. J. (2016). Effects of Sustained, Coordinated Activities Programming in Long-Term Care: The Memory in Rhythm® Program. Advances in Aging Research, 5(01), 1.
Debout, C. (2012). Nursing (soins infirmiers). Dans : Monique Formarier éd., Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition (pp. 222-226). Toulouse, France : *Association de recherche en soins infirmiers*. doi : 10.3917/arsi.forma.2012.01.0222.
Dehbi, S., et Angade, K. (2019). Du positionnement épistémologique a la méthodologie de recherche : quelle démarche pour la recherche en science de gestion ? *Revue Economie, Gestion et Société,* 1(20).
Dejours, C. et Gernet, I. (2012). Travail subjectivité et confiance, *Eres, nouvelles revue de psychologie,* n° 13, 75-91.
Delassus, E. (2012). L'éthique du care Vulnérabilité, autonomie et justice.
Delassus, E. (2015). Manager selon le care, *qualitique*.
Delassus, E. (2017). La personne et les éthiques du care. *Recherche en soins infirmiers,* (3), 6-11.
Delassus, E. (2019). Le bonheur au travail : un exemple de mauvaise foi managériale ?
Delouette I. et Nirello L. (2016). Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Journal de gestion et d'économie médicales,* 34(7), 387-408.
Delouette, I., et Nirello, L. (2017). La régulation publique dans le secteur des EHPAD. *RECMA*, (2), 58-72.
Denglos, G. (2007). Création de valeur et gouvernance de l'entreprise. *La Revue des Sciences de Gestion,* (2), 103-112.
Denzin, N. (1970). The research act. Chicago : *Aldine*

Denzin, N. (1978). Triangulation: A case for methodological evaluation and combination. *Sociological methods,* 339-357.
Denzin, N.K. et Lincoln, Y.S. (1998). The landscape of qualitative research. Theories and issues. *Thousand Oaks, Sage Publications*.
Deschenaux, F., et Bourdon, S. (2005). Introduction à l'analyse qualitative informatisée. *Les cahiers pédagogiques de l'Association pour la recherche qualitative,* Montreal : UQAM.
Detchessahar M. Devigne, M., Grevin, A., Stimec, A. (2012). Santé et souffrance au travail, le management en question. Contribution au débat sur les excès et les déficits du management : trois études de cas dans des établissements de santé, *Armand Collin, Recherches*. 2012, p.293-318.
Di Fabio, A. (2011). Intelligence émotionnelle et résistance au changement : quelques résultats empiriques. *Psychologie du travail et des organisations*, 17(1), 91-106.
Di Patrizio, G. (2019). Les EHPAD entre processus victimaire et rédemption, Recherches & éducations. URL : http://*journals.openedition.org/rechercheseducations*/7768 .
Dickason, R. (2020). L'émotionnel aux confins de la vie : une approche prospective des compétences en gériatrie hospitalière. *Management Avenir Sante*, (1), 39-61.
Ditandy, C., et Meyronin, B. (2014). La symétrie des attentions, ambition ou utopie ? *L'Expansion Management Review,* (3), 10-17.
Divay, S. (2011). Confusion dans la transmission intergénérationnelle du métier de soignante. Recherches familiales, (1), 101-114.
Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé,* vol. 36(1), 39-64. Doi :10.3917/sss.361.0039.
Dohou, A., et Berland, N. (2007). Mesure de la performance globale des entreprises. *Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*.
Dormont, B., et Martin, C. (2011). L'efficacité des EHPAD en France (No. urn : hdl : 123456789/9269). *Université Paris-Dauphine*.
Dromard, I., et Roth, T. (2019). Faire le travail autrement. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (1), 185-196.
Dubost, J. (1987). L'intervention psycho-sociologique, collec ; sociologies, Paris, *PUF*, 350.
Dubouloz, S. et Bocquet, R. (2013). Innovation organisationnelle : S'ouvrir pour innover plus ? *Revue française de gestion*, 235(6), 129-147. https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2013-6-page-129.htm.
Dumez, H. (2010). La description : point aveugle de la recherche qualitative. *Le Libellio d'Aegis*, 6(2), 28-43.
Dumez, H. (2012). Qu'est-ce que l'abduction, et en quoi peut-elle avoir un rapport avec la recherche qualitative. *Le libellio d'Aegis*, 8(3), 3-9.
Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. Annales des Mines - *Gérer et comprendre*, 112(2), 29-42. https://doi.org/10.3917/geco.112.0029.
Dumez H. (2015). Méthode de la recherche qualitative, *Vuibert.*
Dumez, H. (2016). Méthodologie de la recherche qualitative : Les questions clés de la démarche compréhensive. *Vuibert*.
Dumoulin, R., et Gauzente, C. (2009). Les facteurs d'institutionnalisation de la franchise et leurs conséquences sur la performance. *Management Avenir,* (2), 155-170.
Dupré-Lévêque, D., et Charlanne, D. (2015). Entrée et accueil des personnes âgées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). *La Revue de gériatrie,* 40(7), 409-416.
Dussuet A., Nirello N., Puissant E. (2017). De la restriction des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social, *La revue de l'IRESS* (n°91-92) p.185-244.

Duthil, G. (2007). L'arrivée du privé dans la prise en charge des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 30(4), 185-200.
El Akremi, A., Sassi, N. et Bouzidi, S. (2009). Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 64 (4), 662–684. https://doi.org/10.7202/038878ar.
El ghazi, S., et Cherkaoui, M. (2019). Intelligence émotionnelle et performance organisationnelle : Une relecture des fondements de base. *International Journal of Management Sciences*, 2(4).
Elbaum, M. (2008). Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de « cinquième risque » ? *Droit social,* 11, 1091-1102.
Éloi, M., et Martin, P. (2017). La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations. *Revue française des affaires sociales*, (1), 21-40.
Ennuyer, B. (2019). la construction du champ de la dépendance de la définition du mot au débat sur le « cinquième risque1 ». Vieillesses et vieillissements : *Regards sociologiques*, 111.
Evrard, Y., Pras, B., Roux, E., Desmet, P., Dussaix, A. M., et Lilien, G. L. (2009). *Market-Fondements et méthodes des recherches en marketing* (No. hal-00490724).
Fagbohoun, S. (2016). La confiance, un levier efficace pour le management d'équipes pluriculturelles ? in Richard Delaye et al., La confiance, *EMS éditions*139 -152
Fals-Borda, O., et Rahman, M.A. (1991). Action and Knowledge. Breaking the Monopoly with Participatory Action Research, New York: *Apex*.
Faulx, D. (2019). Kurt Lewin et l'accompagnement du changement. *Psychologies pour la formation,* 37-54.
Favetta, V., et Feuillebois-Martinez, B. (2011). Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, (4), 60-75.
Feller, E. (2004). La représentation sociale du vieillissement : évolution et paradoxe. In En ligne : http://www. ucanss. fr/universites/2004/conf/conference_n11. pdf (consulté le 1er mars 2010).
Feller, É. (2017). Du vieillard au retraité. La construction de la vieillesse dans la France du xx e siècle, 2.
Fermon, B., et Grandjean, P. (2015). Performance et innovation dans les établissements de santé. *Dunod*.
Fiasse, G. (2008). Asymétrie, gratuité et réciprocité. Paul Ricoeur. De l'homme faillible à l'homme capable, 119-156.
Fiat, É. (2018). Ode à la fatigue. *Éditions de l'Observatoire*.
Flick, U. (1998). Triangulation–Geltungsbegründung oder Erkenntniszuwachs. Zeitschrift für *Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 18(4), 443-447.
Fortier, I. (2013). Ethos public et quête de sens dans cette ère de réforme : le NMP, ses critiques et les luttes pour la reconnaissance d'une spécificité du secteur public. *@ GRH*, (4), 157-198.
Foudriat, M. (2013). Conclusion. Dans : M. Foudriat, Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux : Perspectives théoriques croisées (pp. 327-338). Rennes, France *: Presses de l'EHESP*.
Fourcade, J. (2005). De l'hospice a l'EHPAD : passage d'un projet de soin a un projet de vie.
Fourrier, M. (2020). Bien vieillir en EHPAD : une gageure ? *Imaginaire & Inconscient*, 45(1), 123-131. https://doi.org/10.3917/imin.045.0123.
Fréry, F. (2010). Le management 2.0 ou la fin de l'entreprise ? *L'Expansion Management Review*, (2), 52-60.
Frimousse, S., Mansouri, N., et Peretti, J. M. (2006). La performance sociale et la légitimité institutionnelle.
Frinault, T. (2005). La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap. *Politix*, 72(4), 11-31. Doi :10.3917/pox.072.0011.

Frinault, T. (2013). Réforme française de l'allocation dépendance et gestion départementale. *Gouvernement et action publique*, 2(1), 39-62.
Furstenberg, C. (2011). Rencontre autour du « prendre soin ». *Recherche en soins infirmiers*, n°107.
Gaille, M. (2020). Les ressources de la pensée du care. Pour un soin plus humain. *Archives de Philosophie,* 83(4), 41-58.
Gallois, F. et Rauly, A. (2019). De la relation de soins à la relation de service : quelle organisation de la télésurveillance médicale *? Revue Française de Socio-Économie*, 23(2), 203-219. Doi :10.3917/rfse.023.0203.
Garfinkel, H. (2007). Recherches en ethnométhodologie, trad. coord. par M. Barthélémy et L. Quéré, Paris, *PUF*.
Garric, N., et Herbland, A. (2020). Présentation. Nouveaux discours de la santé et soin relationnel. *Langage et société*, (1), 15-30.
Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., et Jolibert, A. (2012). Méthodologie de la recherche en sciences de gestion. Réussir son mémoire ou sa thèse, 2.
Georgescu, I., et Naro, G. (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital : Une étude qualitative du concept de « rapm » auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 18(3), 67-95.
Georgescu, I., et Ologeanu, R. (2019). Travail réel, travail perçu et mesuré du médecin. in Michèle Maury et al., Les médecins ont aussi leurs maux à dire, *ERES* | « Questions de société » 87 à 100.
Gilbert, P., Teglborg, A. C., et Raulet-Croset, N. (2017). L'entreprise libérée, innovation radicale ou simple avatar du management participatif ? *In Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 1, pp. 38-49). FFE.
Gilligan, C., Laugier, S., Kwiatek, A., Paperman, P., et Laugier, S. (2008). Une voix différente : pour une éthique du" care" (pp. 23-25). Paris : *Flammarion*.
Gilson, M. (2014). De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIIIe siècle à nos jours : Yannick Marec et Daniel Réguer, *Presses universitaires de Rouen et du Havre*, Collection « Histoire et Patrimoines », 2013, 568 p.- isbn : 978-2-8777-5564-1. Revue d'histoire de la protection sociale, 7(1), 172-175. Doi :10.3917/rhps.007.0172.
Giordano, Y., et Jolibert, A. (2016). Pourquoi je préfère la recherche quantitative/Pourquoi je préfère la recherche qualitative. *Revue internationale PME,* 29(2), 7-17.
Girin, J. (1990). Analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode », dans A.C. Martinet (dir.), Épistémologie et sciences de gestion, Paris, *Economica*, p. 141-182.
Girod-Séville, M. et V. Perret (1999). Fondements épistémologiques de la recherche », dans R.A. Thiétart et collab., Méthodes de recherche en management, Paris, *Dunod,* 1999, p. 13-33.
Giroux, D. (2010). L'approche Montessori utilisée avec des personnes atteintes de démence : Les effets sur le bien-être et les comportements des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs modérés à sévères. *Éditions Universitaires Européennes*.
Glémain, P., Fiot, M., Berrut, G., Piolet, D., et Raison, C. (2010). Contribution en vue de l'étude économique et sociale des demandeurs d'APA présentant des altérations cognitives.
Glick, W. H. (1985). Conceptualizing and measuring organizational and psychological climate: Pitfalls in multilevel research. *Academy of management review*, 10(3), 601-616.
Godbout, J., et Caillé, A. (1992). L'esprit du don. Paris : *La découverte.*
Goffman, E. (1968). Asile, études sur la condition sociale des malades mentaux, *Minuit*.
Goleman, D. (1998). L'intelligence émotionnelle : accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle, Trad Piélat, T. *J'ai lu*.

Goleman, D. (2000). The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations. San Francisco, CA, *Jossey-Bass*.
Gomez, P. Y., Jaeger, M., Chaillou, A., et Roblin, L. (2019). Changer de perspective : le travail comme soin. *Revue Projet*, (3), 38-43.
Gomez, P.Y. (2013). Le travail invisible. Enquête sur une disparition. *François Bourin Editeur*.
Gonzalez-Laporte, C. (2014) Recherche-action participative, collaborative, intervention... Quelles explicitations ? [Rapport de recherche] *Labex ITEM*. hal-01022115.
Gotteland, D., Haon, C., et Jolibert, A. (2012). Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : Réussir son mémoire ou sa thèse. *Pearson Education France*.
Grand, A. (2016). Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement en France. *Vie sociale,* 15(3), p.16
Grandjean, P. (2015). La performance, contenus et formes. Performance et innovation dans les établissements de santé, 9-30.
Gravitz, M., (2001). Méthodes des sciences sociales, Paris, *Daloz*,1er ed.
Greenwood D.J. et Levin M. (1998). Action Research, Science, and the Co-optation of Social Research, Studies in Cultures, *Organizations & Societies*, vol.4, n°2, p.237-262.
Grenier, C., Gambarelli, F., Brami, G., Kazarian, H., Bottero, J., Antoine, D. et Pradier, C. (2011). Innover pour un Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes du futur : les propositions des professionnels des Alpes-Maritimes. Santé Publique, vol. 23(4), 329-337. Doi :10.3917/spub.114.0329.
Grevin, A. (2013). Pour un réalisme de la recherche et du management : reconnaître le don au cœur du travail. *Economies et sociétés* (Paris), 47(1), 33-62.
Grevin, A. (2018). Soigner les dynamiques de don pour soigner le travail. *Recherches en Sciences de Gestion,* 126(3), 157-179. Doi :10.3917/resg.126.0157.
Grima, F. (2017). XXI. Michel Crozier – Acteurs et systèmes : L'analyse stratégique des organisations in Sandra Charreire Petit et al., Les Grands Auteurs en Management, *EMS Editions*, « Grands auteurs », pages 331 à 342.
Grimand, A.et Vandangeon-Derumez, I. (2001). Le rôle des acteurs et des dispositifs de gestion dans la construction des apprentissages stratégiques, in Desreumaux A., Marchesnay, M. et Palpacuer F. (eds), Perspectives en Management Stratégique, *Editions EMS*, pp 59-82.
Gros, F. (2012). Le Principe Sécurité, *Gallimard*.
Grunow, D. (1995). The Research Design in Organization Studies: Problems and Prospects, *Organization Science*, vol. 6, n° 1, pp. 93-103.
Guérin, S. (2010). Expérience du don et du care, société de service et personnes âgées. *Gérontologie et société*, 33(4), 167-186.
Guérin, S. (2013). Les coûts de la dépendance : la dépendance, une affaire de famille. *Empan*, (3), 34-41.
Guibert, P., Lazuech, G. et Troger, V. (2013). Les femmes de chambre de l'hôtellerie de luxe ou le déclassement d'une élite invisible, *Formation emploi*, 123 | 27-44.
Guikas, I., Morin, D., et Bigras, M. (2016). Développement d'une grille d'observation : considérations théoriques et méthodologiques. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 27, 163-178.
Guillemard, A. M. (1986). Le déclin du social : formation et crise des politiques de la vieillesse. *FeniXX*.
Hadini, M., Ali, M. B., Rifai, S., Bouksour, O., et Adri, A. (2020). Le Changement Organisationnel : Etat de l'Art [Organizational Change : State of the Art]. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 28(3), 697-710.
Hallée, Y. et Garneau, J. M. É. (2019). L'abduction comme mode d'inférence et méthode de recherche : de l'origine à aujourd'hui. *Recherches qualitatives*, 38 (1), 124–140. https://doi.org/10.7202/1059651ar

Hardy, J. P. (2019). Quel CPOM et avec quel EPRD ? Manuel de direction en action sociale et médico-sociale-2e ed.
Hatchuel, A. (2001). Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective, in A. David, A. Hatchuel et R. Laufer (dir.) Les nouvelles fondations des sciences de gestion, Editions *Vuibert*.
Hatchuel, A. (2005). Pour une épistémologie de l'action. L'expérience des sciences de gestion. Entre connaissance et organisation : *l'activité collective*, 72-92.
Hayek, F. A(1973).Droit , législation et liberté : règles et ordre(vol.1) *; PUF,* 1992(3e éd.).
Helman, A. (2013). L'hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça ? *Revue du MAUSS*, (1), 35-40.
Hénaff, M. (2008). Lévi-Strauss et le principe de réciprocité. *European Journal of Sociology/Archives Européennes de Sociologie*, 49(2), 315-321.
Hénaff, M. (2010). Mauss et l'invention de la réciprocité. *Revue du MAUSS*, (2), 71-86.
Henderson, V. (1977). Principes fondamentaux des soins infirmiers. Genève : *Conseil international des infirmières* (CII). 62 p. (610.7301 HEN) .
Hendrick, S. (2018). Les dérives de l'idéologie gestionnaire dans le champ de la santé mentale. *Thérapie familiale*, 39(1), 79-106.
Hendry, C. (1996). Understanding and creating whole organizational change through learning theory. *Human Relations*, 48, 5, 621–41.
Hentic-Giliberto, M., et Stephan, S. (2018). Les impacts du vieillissement de la population française sur les systèmes sanitaires et médico-sociaux : une analyse des revues académiques et professionnelles depuis la loi ASV. *Management Avenir Sante*, (2), 99-123.
Hergue, M., Lenesley, P., et Narme, P. (2019). Satisfaction au travail et culture managériale empathique en EHPAD : étude exploratoire dans deux établissements. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie,* 19(109), 23-29.
Heron,J.,(1996). Co-operative Inquiry: *Research into the Human Condition*, London.
Hesbeen, W. (2012). Le soignant, les soins et le soin. ARSLAN S. Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation. *Éditions Seli Arlsan*.
Hesbeen, W. (2019). Le soignant contemporain. Cancer (s) et psy (s), (1), 61-67.
Hirsch E., (2016). Le soin, une valeur de la République, Paris, Les Belles Lettres, Coll. *Médecine & Sciences humaines.*
Hitta P. et Goutenegre J.F. (2017), Optimisation des transmissions ciblées en EHPAD, Diplôme Universitaire infirmier(ère) référent (e) et coordinateur (trice) en EHPAD et SSIAD, Université Paris DESCARTES. *Université Cochin-Port Royal*.
Honoré, C. (2013). Éloge de la lenteur. *Marabout.*
Hughes E. C. (1997). Le regard sociologique. *Essais choisis, éd. de l'EHESS.*
Hugon M.A. et Seibel C. (1988). Recherche impliquées, Recherches action : le cas de l'éducation, Bruxelles, *De Boeck Universités.*
Iborra M. (2017). Communication de Mme Monique IBORRA rapporteure de la mission « flash » sur les Établissements d'Hébergement pour Personne Âgées Dépendantes (EHPAD) commission des affaire sociales, *ASSEMBLEE NATIONALE.*
Ispenian, I. (2005). La loi du 2 janvier 2002 ou la reconnaissance de droits aux usagers. *Gérontologie et société*, 28(4), 49-62.
Jacques E. (1951). The changing culture of a factory, London, : Tavistock, Traduction française : intervention et changement dans l'entreprise, Paris *Dunod* 1972.
Jardat, R. (2011). Comment étudier le matériau de gestion ? Propositions méthodologiques. *Management & Avenir,* 43(3), 318-353. Doi :10.3917/mav.043.0318.
Jaumier, S., Daudigeos, T., Huault, I., et Pasquier, V. (2019). La démocratie organisationnelle autrement. *Revue française de gestion*, (1), 19-36.
Jeannerod-Dumouchel, N. (2014). La reconnaissance du métier : acte premier d'un management participatif. *@GRH,* 11(2), 7-29. Doi :10.3917/grh.142.0007.

Jeannin, H., et Sarré-Charrier, M. (2014). Injonctions à la créativité : le climat organisationnel au cœur du paradoxe. Injonction de créativité et création sous contrainte : parallèles entre secteur culturel et monde du travail à l'épreuve du numérique, 107.
Jorda, H. (2009). Du paternalisme au managérialisme : les entreprises en quête de responsabilité sociale. *Innovations*, 29(1), 149-168. https://doi.org/10.3917/inno.029.0149
Jouison-Laffitte, E. (2009). La recherche-action : oubliée de la recherche dans le domaine de l'entrepreneuriat. *Revue de l'Entrepreneuriat*, vol. 8(1), 1-35. https://doi.org/10.3917/entre.081.0002
Joule, R. V. (2003). La psychologie de l'engagement ou l'art d'obtenir sans imposer. In Communication au colloque national de Paris « Pour une refondation des enseignements de communication des organisations ». Disponible sur Internet à l'adresse.
Jounin, N .(2019). Le calcul de La Poste faisant foi », *La nouvelle revue du travail* URL : http://journals.openedition.org.ezpupv.biu-montpellier.fr/nrt/5020 ; DOI : https://doi-org.ezpupv.biu-montpellier.fr/10.4000/nrt.5020
Jourdain, A., Muñoz, J., et Hudebine, H. (2017). Les acteurs de la loi HPST confrontés à la recentralisation du secteur médicosocial. Santé publique, 29(3), 345-360.
Journé, B. (2005). Etudier file management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation in situ. *Finance Contrôle Stratégie*, 8(4), 63-91.
Journé, B. (2012). Collecter les données par l'observation. Dans M.-L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon et A. Jolibert (dir.), Méthodologie de la recherche en sciences de gestion (2e édition) (p. 165-206). Paris, *Pearson*
Juignet, P. (2015). Edgar Morin et la complexité », Philosophie, science et société, 2015, https://philosciences.com/philosophie-generale/complexite-systeme-organisation-emergence/17-edgar-morin-complexite.
Junker, B.H. (1970). Fieldwork: an introduction to the social sciences, Chicago, *The University of Chicago Press.*
Justin, J. (2004). Proposition d'un cadre conceptuel d'analyse des jeux d'acteurs cristallisés dans et par les outils de contrôle, *Revue Comptabilité-Contrôle-Audit*, p.169-187
Kanter, R. M., Stein, B. A. and Jick, T. D. (1992). The Challenge of Organizational Change. New York: *Free Press*
Kiledjian, E. (2012). Le souci des autres. Jusqu'à la mort accompagner la vie, (3), 5-7.
Klenk, T., et Reiter, R. (2019). Le post-NMP : idées de réforme et leur application dans le domaine des services sociaux. Introduction. *Revue Internationale des Sciences Administratives,* 85(1), 5-12.
Koenig, G. (1993). Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles, *Revue de Sciences de Gestion de Ressources Humaines*, n°9, pp.4-17.
Kolb, D. (1984). Experiential Learning, *Englewood cliffs*: Ed.
Kolhberg,L. (1981). Essays on Moral Development, Vol. I: The Philosophy of Moral Development. San Francisco, CA : *Harper & Row*. (ISBN 0-06-064760-4).
Komis, V., Depover, C., et Karsenti, T. (2013). L'usage des outils informatiques en analyse des données qualitatives.
Kotsou, I. (2020). Les compétences émotionnelles au service de relations apaisées*, Envies de changer,* vol. 3, no. 1, pp. 38-41.
Kotsou, I. (2019). Intelligence émotionnelle et management : comprendre et utiliser la force des émotions. *De Boeck Supérieur*.
Kuhnel, M. L., Gracia, M., Rode, R., Sammut, L., et Ferrand, C. (2020). Le « Positive Care » en EHPAD : une approche holistique en plein essor et porteuse de sens. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie.*
Lahjouji, K., et El Menzhi, K. (2018). Le Nouveau Management Public au Maroc, quels apports

Lalande G. et Leclerc G. (2004). L'approche CARPE DIEM et l'approche prothétique élargie : une étude descriptive et comparative, Rapport de recherche *Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.*

Lamy, E. (2015). Le désir de faire science de gestion. Le Portique. *Revue de philosophie et de sciences humaines,* (35).

Lancelle, A. (2016). Mesure et dé-mesure du care. Une étude de cas à partir des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD*). Cahiers du GRM.* publiés par le Groupe de Recherches Matérialistes–Association, (10).

Lapassade, G. (2002). Observation participante. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 375-390). Toulouse, France : ERES. https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0375

Laroque, G. (2008). Edito. *Gérontologie et société*, vol. 31 / 126(3), 8-10. https://doi.org/10.3917/gs.126.0008

Laugier, S. (2009). L'autonomie et le souci du particulier, in Marlène Jouan et al., Comment penser l'autonomie ? *Presses Universitaires de France Ethique et philosophe morale*, p.407-432.

Laurent, F. (2016). Évaluation et démarche qualité en EHPAD : effet levier ou effet soufflet ?

Le Bouter, F., et Kumminich, E. (2007). in Schmidt, S. J. Pour une réécriture du constructivisme : Histoires et discours. Editions *Harmattan*.

Le Moigne J.L. (1990). Épistémologies constructivistes et sciences de l'organisation », in A.C. Martinet (coord.), Épistémologie et Sciences de Gestion, *Économica*, p. 81-140.

Le Moigne, J.L. (1995). Les épistémologies constructivistes, Paris, Presses universitaires de France, coll. « *Que sais-je ?* », no 2969.

Le Moigne, J.L. (2001 et 2002). Le constructivisme, tomes 1 et 2, Paris, *Harmattan*.

Le Roux, A., Stenger, T. et Thébault, M. (2015). Chapitre 3. Les digital natives sont-ils des consommateurs plus « résistants » ? Dans : Thomas Stenger éd., Digital natives : Culture, génération et consommation (pp. 65-94). Caen, France : *EMS* Editions. Doi : 10.3917/ems.steng.2015.01.0065.

Le Roy, F., Robert, M., et Giuliani, P. (2013). L'innovation managériale. *Revue française de gestion,* (6), 77-90.

Lebas, M. (1995). Oui, il faut définir la performance. *Revue française de comptabilité*, 269, 66-71.

Lebreton, S. (2020). Faire d'un EHPAD un lieu de vie et d'humanité, la passion d'une jeune directrice. *Le journal de l'école de Paris du management*, (4), 30-37.

Lebrun, L., Dumas, M. et Douguet, F. (2018). Effets de la prise en charge des personnes démentes sur le travail aide-soignant en EHPAD. Une approche par la théorie de la régulation sociale. *Management & Avenir Santé*, 4(2), 35-54. Doi :10.3917/mavs.004.0035.

Leclerc, C., Bourassa, B., Picard, F., et Courcy, F. (2011). Du groupe focalisé à la recherche collaborative : avantages, défis et stratégies. *Recherches qualitatives*, 29(3), 145-167.

Lecomte, J. (2016). Kurt Lewin (1890-1947). La dynamique de groupe. Dans : Nicolas Journet éd., Les grands penseurs des Sciences Humaines (pp. 95-98). Auxerre, France : *Editions Sciences Humaines.*

Legrand, C. (2015). La performance ou le perpétuel recommencement. *Prospective et stratégie*, (1), 153-155.

Legros, P. (2020). L'implication au travail face à la dépendance accrue en EHPAD. NPG *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*.

Lemaire, C., et Nobre, T. (2013). Désapprendre pour être institutionnellement performant. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 19(47), 105-124.

Lemaire, C., et Nobre, T. (2014). Le rôle des acteurs dans la gestion d'un projet d'implantation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social. Journal de gestion et d'économie médicales, 32(7), 431-461.
Lesca, H., et Blanco, S. (2002). Contribution à la capacité d'anticipation des entreprises par la sensibilisation aux signaux faibles. *CIFEPME, HEC-Montréal-Québec*.
Lewin, K. (1943a). Psychological ecology. In Cartwright, D. (Ed.), Field Theory in Social Science. London: *Social Science Paperbacks*.
Lewin, K. (1943b). The spécial case of Germany. In Lewin, G. W. (Ed.), Resolving Social Conflict. London: *Harper & Row*.
Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. In Lewin, G. W. (Ed.), Resolving Social Conflict. London: *Harper & Row*.
Lewin, K. (1947a). Frontiers in group dynamics. In Cartwright, D. (Ed.), Field Theory in Social Science. London: *Social Science Paperbacks*
Lewin, K. (1947b). Group decisions and social change. In Newcomb, T. M. and Hartley, E. L. (Eds), Readings in Social Psychology. *New York : Henry Holt*.
Lewin, K., Faucheux, C. (1967). Psychologie dynamique : les relations humaines-3e ed. *Presses Universitaires de France*.
Lewin, K., Lippitt, R., et White, R. (1939). Patterns of aggressive behaviour in experimentally Created Social Climates *Journal of Social psychology*.
Lewin,K.(1951). Field theory in social science, *Harper &Row*, New York, 170-187
Lhuillier, D. (2005). Le sale boulot, Travailler, 14 :73-98
Liffraud, D. (2013). Familles et EHPAD.... *Empan*, 91(3), 82-90. Doi :10.3917/empa.091.0082.
Likert, R. (1974). Le gouvernement participatif de l'entreprise, Paris, *Gauthier-Villars*
Linhart, D. (2015). La comédie humaine du travail. *Erès*.
Linhart, D. (2017). Imaginer un salariat sans subordination. *Le Monde Diplomatique*, 760(7).
Linhart, D. (2019). Les formes modernes de l'emprise managériale. *Educação & Sociedade*.
Liu, M. (1986). La recherche-action dans les sciences de l'homme : portée, limites et perspectives (Doctoral dissertation, Paris, Institut d'études politiques).
Liu, M. (1997). Fondements et pratiques de la recherche-action. Editions *Harmattan*.
Lordon, F. (2010). Capitalisme, désir et servitude : Marx et Spinoza. *La fabrique éditions*.
Lotfi, F. Z. (2020). L'apprentissage expérientiel sur le lieu du travail : quel rôle du Knowledge Management ? International *Journal of Management Sciences*, 3(2).
Loubat, J. (2006). Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines. Empan, no 61(1), 24-29. Doi :10.3917/*empa*.061.29.
Loubat, J. R. (2002). Manager les compétences. *Les Cahiers de l'Actif-N*, 314(317), 135.
Loubat, J. R. (2012). Performance et reprise en main de l'État : les raisons d'une obsession comptable. Empan, (3), 22-26.
Lourenço, C., Pereira, C., Fonseca, C., Nunes, I., Almeida, M. P., Mendes, O., ... et Pinto, A. (2012). La confiance dans la relation de soins. *Perspective Soignante,* 44, 133-142.
Loute, A. (2010). Paul Ricœur et Marcel Hénaff : don, réciprocité et mutualité. *Teoria e Critica della Regolazione Sociale, (*4).
Lucas, B. (2010). Politiques du care et gouvernement de la vie : Une typologie des pratiques locales en Suisse. Swiss *Political Science Review*, 16(1), 109-146.
Lux, G. (2016). Les représentations de la performance des directeurs d'Etablissements et Services Médico-Sociaux. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise,* (2), 46-68.
Maisonnasse, J., Petrella, F. et Richez-Battesti, N. (2019). Préserver le sens dans les organisations de l'économie sociale et solidaire : quels outils de gestion ? RIMHE : Revue Interdisciplinaire *Management, Homme & Entreprise*, 34(1), 3-29. Doi :10.3917/rimhe.034.0003.

Mallon, I. (2004). Vivre en maison de retraite : le dernier chez-soi. Rennes *: Presses universitaires de Rennes.*
Mallon, I. (2007). Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et société*, 30(2), 251-264.
Mandeville, L. (1998). Les clés de l'expérience : un modèle d'apprentissage expérientiel pour la formation et l'intervention en psychologie des relations humaines. *Interactions,* 2(2), 285-308.
Marchand, J. S., et Brunet, M. (2019). L'émergence des initiatives post-NMP : l'évaluation d'impact intégrée comme un outil hybride d'aide à la prise de décision. *Revue Internationale des Sciences Administratives,* 85(2), 331-347.
Marec, Y. (2013). La prise en charge médicale de la vieillesse dans ses rapports avec les transformations sociales depuis la fin du XVIIIème siècle. *Histoire des sciences médicales*, 47(4-2013), 553.
Marion, A., Asquin, A., et Everaere, C. (2012). Diagnostic de la performance de l'entreprise : Concepts et méthodes. *Dunod*.
Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., ... et Toldre, C. (2016). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés.
Martin, C. (2014). Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France : Analyses micro-économétriques (Doctoral dissertation).
Martinet A.C. (2001), Epistémologie de la connaissance pratiquable : exigences et vertus de l'indiscipline, in A. David, A. Hatchuel & R. Laufer (dir.) Les nouvelles fondations des sciences de gestion, Editions Vuibert.
Martinet, A. C. (1990). Epistémologies et sciences de gestion, *Economica*.
Martz, D. (2018). Bienvieillir ou vieillir bien ? Telle est la question. Dans : José Polard éd., La vieillesse, un autre regard pour une autre relation : Vieillir est dans l'air du temps (pp. 113-162). Toulouse, France : *ERES*. Doi : 10.3917/eres.polar.2018.01.0113.
Marzano, M. (2007). La mort spectacle : enquête sur l'" horreur-réalité". *Gallimard.*
Marzano, M. (2012). Qu'est-ce que la confiance ? RIMHE : *Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise,* (1), 83-96.
Masclet, G. (2010). Pour optimiser le soin, il faut donner du sens au travail. *Psychologie du Travail et des Organisations,* 16(4), 391-412.
Mauss, M. (2012). Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. Introduction de Florence Weber. *Presses universitaires de France*.
Mayer, J.D., et Salovey, P. (1997). What Is emotional intelligence ? In P. Salovey et D. Sluyter (eds), Emotional development and emotional intelligence, pp.3-31, New York : *Basic Books*.
Mc Grath, J. et Bates, B. (2018). Le petit livre des grandes théories du management, 5 minutes pour les comprendre, *ESF*.
Meier, O. (2017). Frederick Winslow Taylor le management scientifique des entreprises, in Sandra Charreire Petit et al., Les Grands Auteurs en Management, EMS *Editions* | « Grands auteurs » |, pages 67 à 79.
Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives*, 15, 435-452.
Mellmvik, F. et Pettersen, I. (1998) Norway A hesitant reformer in Olsen, O et al. (eds.), pp.185-218.
Ménissier, T., Lépine, V., et Martin-Juchat, F. (2017). Quelle place à la créativité au sein des équipes de soin ?
Mermet, L. (2005). Chapitre II Un cadre théorique ouvert pour l'extension des recherches prospectives. Étudier des écologies futures : un chantier ouvert pour les recherches prospectives environnementales, 5, 69.

Merrien, F. X. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique. *Lien social et Politiques,* (41), 95-103.
Meyronin, B., Grassin, M., et Benavent, C. (2019). Replacer vraiment l'humain au cœur de l'entreprise : Le management par le care. *Vuibert*.
Michaux, V. (2016). Dialectique entre phases critiques et paliers de transformation dans les trajectoires de changement stratégique : le cas d'une réforme territoriale silencieuse mais d'ampleur. *Management & Avenir*, 89(7), 35-64. Doi :10.3917/mav.089.0035.
Michel, C., Bobillier-Chaumon, M. E., Cohen Montandreau, V., et Tarpin-Bernard, F. (2006). Les personnes âgées en EHPAD. Les TIC sont-elles un mode de reliance sociale ? In Colloque sur les ENJEUX ET USAGES DES TIC : Reliance sociale et insertion professionnelle, EUTIC, Bruxelles, Belgique (pp. 13-15).
Michelot, C. (2016). Lewin Kurt (1890-1947). Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., Vocabulaire de psychosociologie : Références et positions (pp. 543-555). Toulouse, France : *ERES*. https://doi.org/10.3917/eres.barus.2016.01.0543.
Mieg, C. (2017). Les habits neufs du management, comprendre la souffrance du manager, *Ed François Bourin.*
Miles,M.B., Huberman,A.M ., (2003). Analyse des données qualitatives, 2ed., *De Boeck Université,* Bruxelles.
Mintzberg, H. (2016). Le Management : voyage au centre des organisations. *Les éditions d'organisation.*
Mintzberg, H. et J. Waters (1985), « Of stratégies, deliberate and emergent », *Strategic Management Journal*, vol. 6, p. 257-272. Doi :10.1002/smj.4250060306.
Miremont M.C. (2014). La dynamique " éthique du care", nouvel enjeu pour la gouvernance : contribution à l'analyse du concept et de sa pratique à l'hôpital, thèse pour l'obtention du titre de docteur en sciences de gestion, *Université de Pau et des Pays de l'Adour.*
Miremont, M. C., et Valax, M. (2015). Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique. *@ GRH*, (2), 15-35.
Moisdon, J. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, 213-226. Doi :10.3917/rfas.101.0213.
Molinier, P. (2009). Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière. Comment penser l'autonomie, 433-458.
Molinier, P. (2010). Apprendre des aides-soignantes. *Gérontologie et société,* 33(2), 133-144.
Molinier, P. (2013). Le travail du care. La dispute, coll. *le genre des mondes*.
Molinier, P. (2019). Psychodynamique du travail et genre : surmonter la perte de la voix féminine. *Perspectives Psy,* vol. 58(2), 143-150. doi :10.1051/ppsy/2019582143.
Molinier, P., et Paperman, P. (2020). Libérer le care ?
Molinier.P, Laugier, S., et Paperman, P. (2009). Qu'est-ce que le care. Souci des autres, sensibilité, responsabilité, *Payot et Rivages*.
Montagard, P. (2018). De l'importance d'un management bientraitant en EHPAD. Dans : Catherine Bergeret-Amselek éd., Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien (pp. 307-314). Toulouse, France : *ERES.* doi : 10.3917/eres.berge.2018.01.0307.
Montessori M. (1936,2016 ,2018). L'enfant, *Desclée de Brouwer*.
Montessori M. (1946,2017). L'enfant est l'avenir de l'homme, La formation de Londres, 1946. (Trad) Annie Pellerin, adap Benoit Dubuc PhD. *Desclée de Brouwer*.
Montessori, M. (1959,2010). L'esprit absorbant de l'enfant. *Desclée de Brouwer*.
Morfaux, L.M. (2011). Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines, Paris, *Armand Colin.*
Morin, A. (1985). Critères de « scientificité » de la recherche-action. *Revue des sciences de l'éducation,* 11(1), 31-49.

Morrissette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative : quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs ? *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49.
Moulias, R., Monfort, J. C., Beaulieu, M., Simon-Marzais, M., Isern-Real, M. H., Poch, B., ... et Moulias, S. (2020). Pratiques professionnelles inappropriées et maltraitances. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie.*
Mouricou, P., et Garreau, L. (2018). Coder un document avec Nvivo. *nerdyscholar.com*.
Mucchielli, R. (2017). La dynamique des groupes : Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes. *ESF Sciences Humaines*.
Naro, G. (2015). Chapitre 11 Le new public management ou la gestion malade de la société. Dérives et perspectives de la gestion : Échanges autour des travaux de Julienne Brabet, 169.
Naro, G., et Travaillé, D. (2019). De la conception collective d'un Balanced Scorecard à son abandon : l'apprentissage organisationnel en question (s). *Comptabilité-Contrôle-Audit,* 25(1), 13-54.
Neuman, J. H., et Baron, R. A. (2005). Aggression in the Workplace: *A Social-Psychological Perspective.*
Noblet, A. J., et Rodwell, J. J. (2009). Integrating job stress and social exchange theories to predict employee strain in reformed public sector contexts. *Journal of Public Administration Research and Theory,* 19(3), 555-578.
Nobre T. (2006), « Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche-action : le cas du changement à l'hôpital », *Finance Contrôle Stratégie,* vol.9, n°4, p.143-168 28.
Noddings, N. (1984). A Feminine Approach to Ethics and Moral Education, Berkeley, *University of California Press*.
Nussbaum, M. (2012). Capabilités : Comment créer les conditions d'un monde plus juste ? *Climats*.
Olivier de Sardan, J. P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. Enquête. *Archives de la revue Enquête*, (1), 71-109.
Ollivier, G (2017). L'analyse qualitative avec Nvivo.76 p. ffhal-02788505f.
Orianne, J. F. (2020). La crise du Covid-19 : une maladie auto-immune du système social*. La Libre Belgique.*
Orsulic-Jeras S., Schneider N., Camp C., Nicholson P. et Helbig M. (2001) Montessori Based Dementia Activities in Long-Term Care, Activities, Adaptation & Aging, 25 :3-4, 107- 120, DOI : 10.1300/J016v25n03_08.
Pache, G. (2020). Covid-19 : une logistique (enfin) acclamée. *Management & Data Science*.
Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, (23), 147–181. https://doi.org/10.7202/1002253.
Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Collection U. Sciences sociales., 4è ed, Paris : *Armand Colin*.
Parage, P., et Munoz, G. (2017). L'activité clandestine chez les aides-soignants en EPHAD : un enjeu pour les formateurs.
Parker, C. P., Baltes, B. B., Young, S. A., Huff, J. W., Altmann, R. A., Lacost, H. A. And Roberts, J. E., (2003). Relationships Between Psychological Climate Perceptions and Work Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Journal Of Organizational Behavior* Volume 24, Issue 4, Pages 389–416, June 2003.
Patiño-Lakatos, G. (2019). Sérendipité, abduction et métaphore. Les figures de la pensée dans la trouvaille scientifique. *Le Télémaque,* 55(1), 151-168. Doi :10.3917/tele.055.0151.
Paturel, R. et H. Savall (2001). « La légitimité de la recherche académique en management stratégique », *Revue Sciences de gestion*, no 29, p. 175-208.
Paulus, K. (2013). Changement organisationnel : proposition d'analyse du processus d'apprentissages. Le cas d'une entreprise en démarche ISO 26000. In 22ème *conférence de l'Association Internationale en Management* Stratégique.

Pelletier, G. (2019). L'identité professionnelle : mieux saisir le concept (Doctoral dissertation, Laurentian University of Sudbury).
Perrin, F. (2019). Les réformes en santé en 2004 et en 2014 : nouvelle grammaire du discours ou re-fondation du système de santé français ? (Doctoral dissertation, Université Grenoble Alpes).
Persais E. (2017). L'entreprise sociale et solidaire, ou la nécessité de changer de paradigme, *Gérer et Comprendre,* n°128, p. 79-92.
Pesqueux Y. (2012). La philosophie du sujet dans l'organisation : les apports du care, *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°13 P277-288.
Pesqueux Y. (2006). Le nouveau management public ou New Public Management. ⟨hal-00510878⟩.
Petit, E. (2013). L'économie du comportement et la théorie du care. Les enjeux d'une filiation. *Revue du MAUSS*, 41(1), 347-369. Doi :10.3917/rdm.041.0347.
Petit, E. (2014). Ethique du care et comportement pro-environnemental. *Revue d'économie politique,* 124(2), 243-267.
Petit, J., et Dugué, B. (2013). Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (15-2).
Petit, R., et Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. *@ GRH*, (1), 31-54.
Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal field research on change: *theory and practice, Organization Science,* Vol. 3, No. 1,p.267-292.
Pettigrew, A.M. (1997). What is a processual analysis? *Scandinavian journal of managment,* vol. 13, n°4, p. 337-348.
Phanuel, D., et Lemaire, I. (2015). Concilier éthique et performance dans l'économie sociale et solidaire : quelle contribution de la vision stratégique et de la qualité ? Le cas de « AIDER ». *Gestion et management public*, 4(4), 5-30.
Piaget, J. (1967). Logique et connaissance scientifique, Paris, Gallimard, *Encyclopédie de la Pléiade*
Pichault F. et Schoenaers F. (2012). Le middle management sous pression. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels,* 18(45), 121-150.
Pierron, J. P. (2020a). Les métiers du soin dans la tourmente. *Etudes*, (2), 41-51.
Pierron, J. P., Vinot, D., et Chelle, E. (2020b). Travail du soin, soin du travail (No. hal-02495650).
Pine, K., Knott, T. et Fletcher, B. (2010). Quand faire des gestes permet de mieux apprendre. *Enfance*, 3(3), 355-368. Doi :10.4074/S0013754510003101.
Piot, T., et Thievenaz, J. (2017). Quand le développement de l'expérience est empêché : le cas de la formation à la toilette des personnes âgées dépendantes en EHPAD. In Quatrième *colloque international de didactique professionnelle*.
Piou, O., Manaut, N. et Manent, M. (2019). Travailler auprès des plus âgés accroît-il la vulnérabilité de ceux qui les accompagnent ? Dans : Colette Eynard éd., Les vieux sont-ils forcément fragiles et vulnérables : Les nouvelles catégories de l'âge (pp. 203-246). Toulouse, France : *ERES.* doi : 10.3917/eres.eynar.2019.01.0203.
Plane, J.M. (1997). « Recherche-intervention en management et développement de l'entreprise », *Gestion 2000,* n° 6, p.119-131.
Plane, J.M. (1999). « Considérations sur l'approche ethno méthodologique des organisations », *Revue française de gestion*, n°123, p.44-53.
Plane, J.M. (2000). Méthodes de recherche-intervention en management, Editions *Harmattan*.
Plane, J. M. (2017). Théorie des organisations-5e éd. *Dunod*.
Plane, J. M. (2019). Management des organisations. Paris, *Dunod*.
Plard, M., et Martineau, A. (2019). Analyse qualitative assistée par Nvivo. Structurer et analyser un corpus de recherche dans Nvivo.

Poch, B., Moulias, R., et Monfort, J. C. (2018). Liberté d'aller et venir et Unités Alzheimer en EHPAD : aspects éthiques et bonnes pratiques. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 18(105), 183-188.
Poinsot, O. (2009). Le paravent des paradoxes.
Polard, J. (2018a). EHPAD, mon amour : repenser l'EHPAD comme un tiers lieu. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie,* 18(107), 299-304.
Polard, J. (2018b). Vient le temps d'innover ! La vieillesse, un autre regard pour une autre relation, *ERES*.
Pollitt C (2002). The New Public Management in international perspective: an analysis of impacts and affects in K.McLaugughlin,S.P ; Osborne, D. ; Ferlie E.(eds),New Public Management : CURRENT RENDS AND FUTURE PROSPECTS. London/Routledge.
Pool, M.S. et Van de Ven, A.H ? (2004). Handbook of Organizational Change and Innovation, Oxford University Press.
Radaelli, C. M., et Meuwese, A. C. (2009). Better regulation in Europe: between public management and regulatory reform. *Public Administration,* 87(3), 639-654.
Rémon, M. (2020). Covid-19, notre mal commun. *Revue Projet,* (2), 1-1.
Rimbert, G. (2005). Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite. *Lien social et Politiques*, (54), 93-104.
Rimbert, G. (2011). Vieillards sous bonne garde. Réparer l'irréparable en maison de retraite. Lectures, *Les livres*.
Rivière, A., Commeiras, N. et Loubès, A. (2019). Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de gestion des ressources humaines,* 112(2), 3-20. Doi :10.3917/grhu.112.0003.
Robson, C. (2011). Real world research (3e ed.). Oxford : *Blackwell Publishing*.
Roch, G. (2008). Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier.
Rogers, C. R. (1970,2007). Liberté pour apprendre (3è éd.). Paris : *Inter Editions*.
Roqueplo, P. (1997). Entre savoir et décision, l'expertise scientifique. *Editions Quae.*
Roux, P. (2013). Diriger en EHPAD. *Empan*, (3), 62-72.
Roy, F., (1984). Élaboration et validation d'un questionnaire sur le climat de travail. Mémoire de maîtrise inédit, université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.
Roy, G. (2019). La souffrance au travail démasquée chez des intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Doctoral dissertation, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue).
Roy, M., et Prévost, P. (2013). La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches qualitatives,* 32(2), 129-151.
Royer, I., et Zarlowski, P. (2014). Le design de la recherche (No. halshs-01074017).
Saboune, K., Montargot, N., et Puig, E. (2018). Contribution à l'étude de la perception de la performance sociale en EHPAD. *Question (s) de management*, (1), 59-70.
Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion », *La nouvelle revue du travail*, URL : http://journals.openedition.org/nrt/1042 ; DOI : https://doi.org/10.4000/nrt.1042.
Safy-Godineau, F., Fall, A., et Carassus, D. (2020). Soutien organisationnel perçu, implication organisationnelle et satisfaction au travail : effets sur l'absentéisme dans la fonction publique. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*.
Saint-Laurent, A. et Deremble, JP, (2013). in Bernard Hervy et al., Innover dans l'animation et l'accompagnement de la personne âgée, *ERES* | « Pratiques gérontologiques ».
Saldana, J. (2013). The Coding Manual for Qualitative Researchers (2nd ed.). *SAGE Publications.*

Salgado, M. (2013). La performance : une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations.
Samr, M. (2012). La performance pour les organisations médico-sociales : évoluer sans se dévoyer. *Empan*, (3), 46-49.
Santoni, P.P, Frimousse, S. et Pretti, J.M. (2016). Compétence éthique du dirigeant et confiance des collaborateurs envers leur organisation .in Richard Delaye et al., La confiance, *EMS* éditions 65 -88.
Saulquin, J. Y., et Schier, G. (2007). Responsabilité sociale des entreprises et performance. La *Revue des Sciences de Gestion*, (1), 57-65.
Savall, H., et Zardet, V. (2004). Recherche en sciences de gestion : Approche qualimétrique, observer l'objet complexe.
Savall, H., et Zardet, V. (2020). *Maîtriser les coûts et les performances cachés*. Economica.
Savoie-Zajc, L. (2019). Les pratiques des chercheurs liées au soutien de la rigueur dans leur recherche : une analyse d'articles de Recherches qualitatives parus entre 2010 et 2017. *Recherches qualitatives*, 38(1), 32-52.
Schein, E.H.(1996). Career anchors revisited: Implications for career development in the 21st century, *Academy of Management Executive*, vol. 10, n°4, p.80-88 .
Schumpeter, J. (1979). Capitalisme, Socialisme et Démocratie (G. Fain, Trad.). Paris : Payot. (Œuvre originale publiée en 1942).
Schwartz, Y. (2004). La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible. L'Homme la Societe, (2), 47-77.
Sebaï, J. (2015). L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? *Santé Publique*, 27(3), 395-403.
Sebaï, J. et Courie Lemeur, A. (2016). Des leviers pour renforcer les facteurs d'incitation et surmonter les résistances dans le projet de modernisation des EPHAD : étude exploratoire sur le territoire des Yvelines. *Gestion 2000*, volume 33(1), 17-32. Doi :10.3917/g2000.331.0017.
Sentis, J. (2015). « Apprendre les métiers du care en France et en Allemagne au-delà des assignations de genre », *Revue des sciences sociales*, 52 |62-69.
Sibille, R. et Joël, M. (2016). Les directeurs d'EHPAD : contraintes, marges de manœuvre et diversité des pratiques. *Revue française des affaires sociales*, 285-306. Doi :10.3917/rfas.164.0285.
Silva, O., et Sousa, Á. (2016). Gestion de la qualité dans la recherche en sciences sociales et humaines : articulation entre les méthodes qualitatives et quantitatives. *Recherches Qualitatives: Hors-Série,* (18), 171-181.
Silverman, L. K. (1993). Counseling the gifted and talented. Love Publishing Co., 1777 South Bellaire St., Denver, CO 80222.
Simonet, D. (2018). La réforme du système français de soins de santé : la quête d'imputabilité. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 84(3), 521-536.
Smida, A. (2009). Segmentation du marché et positionnement stratégique des entreprises de l'hébergement collectif pour personnes âgées. *Management Avenir,* (6), 142-159.
Soparnot, R. (2004). L'évaluation des modèles de gestion du changement organisationnel : de la capacité de gestion du changement à la gestion des capacités de changement. *Gestion,* vol. 29(4), 31-42. Doi :10.3917/riges.294.0031.
Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*, 27(1), 127-140.
Sourisseau, S. (2019). La part du secteur lucratif dans les services à la personne.
Standing, E. M. (2011). Maria Montessori : sa vie, son œuvre. *Desclée de Brouwer*.
Stanzione, D. (2009). Les stratégies de développement des entreprises hôtelières : le cas Accor.
Strauss, A. (1992). La trame de la négociation. *Sociologie qualitative et interactionnisme*, 10(4), 154-157.

Supiot, A. (2015). La gouvernance par les nombres. *Fayard*.
Swaton, S. (2017). Introduire le concept de personne en économie ? Des capabilités au care : Réciprocité et responsabilité.
Tamnine, L., et Atlagh, M. (2020). Ethiques et GRH–interdépendance et réciprocité : un zoom sur les spécificités des administrations publiques. *International Journal of Management Sciences*, 3(4).
Talpin, J. M. (2018). Du corps virtuel au réel du corps en gériatrie. *Connexions*, (2), 99-108.
Terraz, T. (2016). Le care en éducation et la posture éthique de l'enseignant : une place pour la valeur-actitude altruisme ? Éducation et socialisation. *Les cahiers du CERFEE*, (40).
Tesch, R. (2013). Qualitative research : Analysis types and software. *Routledge*.
Thévenet, M. (2014). Les 100 mots du management. Que sais-je ? *Presses Universitaires de France.*
Thiétart, R. A. (2017). Le management. *Presses universitaires de France*.
Thomas, H. (2005). Le « métier » de vieillard. *Politix*, (4), 33-55.
Thomas, H. (2007). La promotion de la citoyenneté sociale et politique dans le grand âge à l'ère de la protection rapprochée. *Gérontologie et société*, 30(1), 99-114.
Thomas, H. (2009). Policer le grand âge pour conjurer le péril vieux. *Mouvements*, 59(3), 55-66. doi :10.3917/mouv.059.0055.
Thornhill, A., Saunders, M., et Lewis, P. (2009). Research methods for business students. Essex : *Pearson Education Ltd.*
Thouard, D. (2019). Faire société. Différenciation, réciprocité et individualisation. *Cites,* (4), 129-139.
Touate, S., et Bennouna, A. (2019). L'amélioration des conditions et relations au travail comme levier de performance sociale. *Revue de Management et Cultures,* (4), 105-117.
Trémine, T. (2014). Le « care », le diable et le bon Dieu. *L'information psychiatrique*, 90(1), 3-7.
Tronto J. (2013). Le risque ou le care ? *Presses universitaires de France.*
Tronto J. et Maury H. (2009), Un monde vulnérable. Pour une politique du" care". *Lectures,* Les rééditions.
Van Belleghem, L. (2013). Réciprocité des enjeux de confiance au travail - Le cas des coursiers et de leur dispatcheur. Dans L. Karsenty (coord.), La confiance au travail. Toulouse, *Octarès* ,53-75.
Van Campen, C.et Verbeek-Oudijk, D. (2017). Happy in a nursing home? Perceived quality of life and care of older residents of nursing and care homes, The Netherlands Institute for Social Research, *The Hague*.
Vandenbergh, J. M. (2018). Comment une innovation organisationnelle radicale devient-elle la référence dans l'administration publique ? NMP et NWoW dans la fonction publique fédérale belge (Doctoral dissertation, Université de Liège, Liège, Belgique).
Vas, A. et Guilmot, N. (2017). Paradoxes et changement organisationnel : les stratégies d'adaptation des cadres intermédiaires. Gestion 2000, volume 34(5), 381-410. doi :10.3917/g2000.345.0381.
Vassy, C., Dingwall, R., et Murcott, A. (2007). Comment analyser l'absence d'anticipation des risques ? Le cas de la canicule de 2003 en France. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 161-179.
Vendramin, P. (2004). Le travail au singulier. Le lien social à l'épreuve de l'individualisation, Louvain-la-Neuve, *Academia-Bruylant*.
Vernazobres, P. (2009). La mise en place d'un design de la recherche basé sur une approche ethnographique pour investiguer les pratiques confidentielles du coaching. *Revue de gestion des ressources humaines,* (4), 42-62.
Villéger, A. (2019). Du paternalisme au patron humanisme. In Annales des Mines-Gerer et comprendre (No. 1, pp. 53-63). FFE.

Villez A. (2007). EHPAD : la crise des modèles, *Gérontologie et société* (n° 123), p. 169-184.DOI 10.3917/gs.123.0169.
Villez, A. (2019). Fragilité des structures innovantes : Un risque d'accroissement de la vulnérabilité des personnes âgées ? Dans : Colette Eynard éd., Les vieux sont-ils forcément fragiles et vulnérables : Les nouvelles catégories de l'âge (pp. 269-303). Toulouse, France : *ERES.* doi : 10.3917/eres.eynar.2019.01.0269.
Vinot, F. (2011). Exclusion sociale et non-lieux : des espaces urbains à la pulsion. *Recherches en psychanalyse,* (2), 140-148.
Volant, S. (2014). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011.
Von Glasersfeld, E. (1988). Constructivism as a Scientific Method. Scientific Reasoning *Research Institute Newsletter*, 3(2), 8-9.
Von Glasersfeld, E. (2001). The radical constructivist view of science. *Foundations of science,* 6(1-3), 31-43.
Wacheux, F. (1996). Méthodes qualitatives et recherche en gestion, Paris, *Economica.*
Wacheux, F. (2005). Chapitre 1. Compréhension, explication et action du chercheur dans une situation sociale complexe. Dans : P. Roussel & F. Wacheux (Dir), Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales (pp. 9-30). Louvain-la-Neuve, Belgique : *De Boeck Supérieur*.
Wallon, H. (2012). Taylorisme, rationalisation, sélection, orientation, Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne], 14-2 | 2012, mis en ligne le 01 novembre 2012, consulté le 04 mars 2020. URL : http://*journals.openedition.*org.ezpupv.biu-montpellier.fr/pistes/2612.
Walsh, I., Renaud, A. (2010). La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de Système d'Information. *Management Avenir*, (9), 283-302.
Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives*, 3(3), 243-272.
Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R., et Furlan, P. (1975). Changements : paradoxes et psychothérapie. Ed. du *Seuil*.
Weber, R. P. (1990). Basic content analysis (No. 49). *Sage*.
Winnicott, D W. (1988). Cure in WINNICOTT D W., Conversation's ordinaires, Paris *Gallimard*, Coll. Connaissance de l'incontient, p123-133.
Wood, D. (2004). Trois questions sur la performance sociale des entreprises. *Etudes d'économie politique*, 19, 65-78.
Wooley, S. (2020). Ce n'est pas du soin si c'est contraint. Un changement de paradigme en route grâce à un regard éclairé par les droits humains. *L'information psychiatrique*, 96(1), 27-34.
Wormser, G. (2020). CoViD-19 La mondialisation confinée. *Sens public*
Yin, R. (2003). Case Study Research: Design and Methods, 1re Edition, 1984, *Beverly Hills: Sage.*
Zacklad, R. (2016). Le drame social du travail dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en institution. *Vie sociale*, (2), 141-153.
Zamagni, S. (2010). Gratuité et action économique. *Revue du MAUSS*, (1), 381-388.
Zawieja, P., et Benattar, L. (2019). Burnout des soignants en gériatrie : prévalence et déterminants dans 185 établissements français. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 19(113), 286-293.
Zerara, A. (2020). Le rôle du management de la qualité de vie au travail dans l'amélioration du climat organisationnel (Doctoral dissertation).

Zid, R., Jeoffrion, C., et Cherré, B. (2013). Les enjeux moraux de la gestion du changement : harcèlement, restructuration et gestion responsable. *Université de Printemps de l'Audit Social*, 446.

Zittoun, M., et Clot, Y. (2020). Une intervention dans un EPHAD. L'animation réciproque de la discussion. *Psychologie du Travail et des Organisations*.

Zoreli, M. A. (2017). L'économie solidaire en Kabylie : don, réciprocité et résilience systémique. *Revue du MAUSS*, (2), 307-339.

TABLE DE MATIÈRES

GLOSSAIRE 6
PREMIERE PARTIE : FONDEMENTS INSTITUTIONNELS ET THEORIQUES DE RECHERCHE 29
Introduction du chapitre I 31
I.1 : Les nouveaux principes de gouvernance des EHPAD 31
I.1.1. À l'origine des EHPAD 32
I.1.1.1. Mutations de l'accompagnement institutionnel de la vieillesse à travers des politiques publiques en médico-social 33
I.1.1.2. Modernisation de l'offre en EHPAD 38
I.1.2. Les différents statuts d'EHPAD pour différentes logiques 39
I.1.3. L'organisation du travail par indicateurs 45
I.1.4. Concept de performance, de quoi on parle-t-on ? 50
I.1.4.1. Le concept de performance sociale 53
I.1.4.2. La performance appliquée en EHPAD : présentation de l'ANAP 55
Conclusion section 1 59
I.2. Le NMP en action dans les EHPAD 61
Introduction section 2 61
I.2.1. Les effets constatés au quotidien en EHPAD 61
I.2.2. Les invisibles : aide-soignante et faisant fonction 67
I.2.3. La reconnaissance empêchée 71
Conclusion section 2 74
I. 3. Le NMP modèle de crise ou crise de modèle ? 75
Introduction section 3 75
I.3.1. La part de management dans le NMP en EHPAD 75
I.3.2. COVID-19, le virus de la révélation ! 77
Conclusion section 3 81
Conclusion chapitre I 82
Introduction chapitre II 87
II.1. Un cadre théorique de recherche ouvert au service de la conduite du changement 87
Introduction section 1 87
II.1.1. Définitions et revues de littérature du management de l'innovation et du changement 88
II.1.1.1. Le management 88
II.1.1.2. L'innovation 93
II.1.1.3. L'innovation en management 94
II.1.1.4. Le changement 96
II.1.1.5. Les différentes approches du changement 97
Conclusion section 1 100
II.2. Le modèle inter-lié de Lewin pour une application du care en management 101
Introduction section 2 101
II.2.1. La théorie du champ 101
II.2.2. La dynamique des groupes et des groupes restreints 106
II.2.3. La recherche-action 108
II.2.4. La théorie du changement de Kurt Lewin (Unfreeze, change, refreeze) 109
II.2.4.1. Les critiques de la théorie de Lewin et leurs limites 112
II.2.4.2. L'actualité du modèle de changement de Lewin 115
II.3. Le care comme objectif du changement 121
II.3.1. Définition du care 122
II.3.2. Les quatre principes du care 123

II.3.3. Les deux dimensions du care 125
II.3.4. Le care dans le management 126
II.3.4.1 Les valeurs du care dans le management 127
II.3.4.2. Modélisation de la réciprocité du prendre soin révélatrice de l'éthique du care en management 137
II.3.4.3. Le care et l'innovation managériale en EHPAD 139
Conclusion section 3 141
II. 4. Les thèmes émergeants pour un cadre théorique finalisé 143
Introduction section 4 143
II.4.1. Le climat organisationnel 143
II.4.2. L'apprentissage expérientiel 146
II.4.3. L'intelligence émotionnelle 148
Conclusion section 4 150
Conclusion du chapitre II 151
Conclusion et synthèse de la première partie 152
DEUXIÈME PARTIE : LA RECHERCHE-ACTION EN MANAGEMENT : UNE METHODOLOGIE DE RECHERCHE POUR L'INTERVENTION EN ORGANISATION. . 155
Chapitre III : Le positionnement épistémologique et les choix méthodologiques mobilisés dans cette recherche-action 155
Introduction chapitre III 157
III.1. L'épistémologie et les sciences de gestion 157
Introduction section 1 157
III.1.2.1. Le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique (PECP) 159
III.1.3. Différences entre constructivisme pragmatique et générique 161
Conclusion section 1 163
III.2. La stratégie choisie pour cette recherche 165
Introduction section 2 165
III.2.1. Les différents types de raisonnement scientifique 165
III.2.2. La recherche qualitative exploratoire hybride assumant une part descriptive 168
III.2.3. Les modes de recueil utilisés dans la démarche qualitative 171
III.2.4. Le principe de triangulation appliqué aux données 172
III.2.5. L'analyse des données qualitative avec le Logiciel NVIVO 12 173
III.2.5.1. L'analyse thématique 175
III.2.5.2. La stratégie de codage 176
III.2.5.3. L'intérêt du logiciel NVIVO 12 dans l'analyse thématique 177
III.2.6. Le design de notre recherche 181
Conclusion section 2 182
III.3. La méthodologie de la recherche-action 183
Introduction Section 3 183
III.3.1. L'organisation de notre recherche-action en management 183
III.3.1.1. L'étude documentaire 186
a) Panorama de l'absentéisme de l'EHPAD 187
b) Transmissions ciblées 188
III.3.2. L'action formation : la déformation, première étape du processus de conduite du changement 188
a) Méthode Montessori : ses origines, ses principes ses valeurs 189
II.3.2.1 Comment la méthode Montessori a été adaptée aux personnes âgées 191
III.3.2.2. Ses limites dans l'adaptation en management 193
III.3.2.3. L'adaptation de la méthode Montessori à la conduite du changement 194
III.3.3. L'observation participante directe 195
III.3.4. Les entretiens individuels semi-directifs 200

III.3.5. Les entretiens de groupe ou focus group 208
III.3.5.1. Le Focus group professionnel 209
a) Synthèse de l'échantillonnage des groupes participant au focus group professionnel . 211
b) Synthèse de l'échantillonnage des groupes participant au focus group CODIR 214
III.3.6. L'accompagnement : seconde étape dans la conduite du changement…… 213
III.3.7. Les focus réunions pour un accompagnement amélioré et une stabilisation du processus de conduite du changement 216
Première phase : légitimation et approbation de la recherche-action par les parties prenantes de l'EHPAD 218
Conclusion section 3 219
CHAPITRE IV : ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE-ACTION 221
Introduction chapitre IV 223
IV.1. Diagnostic de l'EHPAD et mise en place du plan d'action N°1 224
Introduction section1 224
IV.1.1. Présentation de l'EHPAD terrain d'expérimentation 225
IV.1.1.1 Légitimation de la recherche-action par les parties prenantes 226
IV.1.1.2. La charge de travail dans l'EHPAD 228
IV.1.1.3. Résultats de l'étude exploratoire documentaire sur l'absentéisme dans l'EHPAD 235
La répartition des absences globales 235
IV.1.2. Étude documentaire des transmissions ciblées soignantes : une orientation vers une vision déficitaire. 238
IV.1.2.1. L'observation avec la grille de la réciprocité du prendre soin 243
IV.1.2.2. Plan d'action N°1 : la formation action afin d'introduction d'une vision de care 249
IV.1.3. Les conditions de travail dans cet EHPAD 252
IV.1.3.1. Appréhender l'organisation de cet EHPAD par la théorie des signaux faibles. 262
IV.1.3.2. Quelle place accordée à la reconnaissance, à la confiance et au travail invisible ? 268
IV.1.3.3. Le management à l'œuvre dans cet EHPAD. 273
IV.1.3.4. Le climat organisationnel 284
IV.1.3.5. Les freins et leviers de changement dans l'EHPAD 287
IV.1.4. Analyse des champs de force : matérialisation du diagnostic. 291
Conclusion section 1 297
IV.2. Plan d'action N°2 et ajustements pour un plan d'action N°3 301
Introduction section 2 301
IV.2.1. L'accompagnement au rééquilibrage du climat organisationnel et au changement .. 301
IV.2.1.1. Plan d'action N°2 : l'accompagnement au changement sur le terrain. 302
IV.2.1.2. L'accompagnement au changement dans les réunions pluridisciplinaires 305
IV.2.1.3 Analyses des champs de forces et résultats du plan d'action N°2 306
IV.2.2 Les réajustements qui créent le plan d'action N°3. 308
IV.2.2.1. Accompagnement et stabilisation : troisième et dernière étape du processus de conduite du changement 312
IV.2.2.2. Focus group professionnel 315
IV.2.2.3. Focus group CODIR 322
IV.2.3.les changements s'installent 326
IV.2.3.1 La recherche-action révèle des potentialités dans et en dehors de l'unité de vie protégée. 327
IV.2.3.2. Le principe de coconstruction guide les focus réunion 328

IV.2.3.4. Le prendre soin devient observable dans le management 336
IV.2.3.5. le prendre soin apparait dans l'indicateur PATHOS. 339
IV.2.3.6. Clôture de la recherche-action. 342
Conclusion section 2 346
IV. 3. Discussions et perspectives de cette recherche-action 347
Introduction section 3 347
IV.3.1.2. Contributions méthodologiques 361
IV.3.1.3. Contributions managériales pour les EHPAD 363
IV.3.2.2. Notre recherche exploratoire hybride. 369
IV.3.2.3. Synthèse du cadre méthodologique et empirique 369
IV.3.2.4. L'analyse thématique 371
Conclusion section 3 376
Conclusion du chapitre IV 377
CONCLUSION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE 379
BIBLIOGRAPHIE 391
ANNEXES 427
Annexe 1 : socle de prestations minimales à fournir (annexe 1) par les différentes structures d'hébergement fixé par décret dont les EHPAD (L342-2 CASF) 427
Annexe 2 : Charte des droits et libertés de la personne âgée été en situation de handicap ou de dépendance 428
Annexe 3 : La grille d 'observation de la réciprocité du prendre soin 429
Annexe 4 : guide d'entretien semi-directif 430
Annexe 5 : organigramme officiel, anonymisé et annoté 434
Annexe 6 : procédure transmissions informatique des activités Montessori 435
RESUME 436
ABSTRACT 437

Liste des figures et carte mentale

Figure 1 : champ de forces motrices et forces résistantes d'après Mc Grath et Bates (2014-2016) et Lewin (1943a) *105*

Figure 2 : modèle de conduite du changement en trois phases (Lewin, 1949) *110*

Figure 3 : la démarche lewinienne (Autissier, Johnson et Metais-Wiersch, 2018, p.47) . *111*

Figure 4 : la rose des dons d'après Caillé et Grésy (2014) *135*

Figure 5 : copie d'écran de notre analyse thématique au stade débutant *180*

Figure 6 : élaboration de notre design de recherche d'après Royer et Zarlowski (2014) *181*

Figure 7 : le cycle de la Recherche-action (Roy et Prévost 2013) *186*

Figure 8 : les étapes du processus de conduite du changement d'après Lewin (1946) dans notre recherche *217*

Figure 9 : site d'observation N°1 ..... *244*

Figure 10 : site d'observation N°2 ..... *247*

Figure 11 : localisation du bureau pour les entretiens semi-directifs *254*

Figure 12 : agencement de la salle du focus group professionnels *316*

Figure 13 : agencement de la salle du focus group CODIR *323*

Figure 14 : modèle des compétences émotionnelles (Kotsou, 2019) *339*

Figure 15 : modèle adapté de Kurt Lewin résultant de notre recherche-action *362*

Figure 16 : représentation du management de conduite du changement *366*

Carte mentale 1 : représentation de l'EHPAD recueillie auprès d'une partie des professionnels hors encadrement *260*

Liste des tableaux et encadrés

Tableau 1 : pourcentage des places proposées en France par statut d'EHPAD (source CNSA, 2017)....41

Tableau 2 : classification des groupes iso ressources dans la grille AGGIR de la dépendance (Glémain et al, 2010) 46

Tableau 3 : classification des groupes d'individus d'après Anzieu et Martin (1968,2017) 106

Tableau 4 : récapitulatif des modes de recueil de données utilisés dans cette recherche ..171

Tableau 5 : les possibilités d'observation dans une méthode qualitative (Vinot, 2011) 196

Tableau 6 : synthèse de l'organisation du guide d'entretien individuel semi-directif.....204

Tableau 7 : échantillonnage des répondants aux entretiens individuels semi-directifs.....205

Tableau 5 : synthèse de l'échantillon des répondants aux entretiens semi-directif 208

Tableau 9 : échantillonnage des répondants au focus group professionnels 211

Tableau 10 : échantillonnage des répondants au focus CODIR.....215

Tableau11 : répartition des ETP dans l'EHPAD.....228

Tableau 12 : taux médian national GMP et PMP par statut d'après la CNSA (2019).....230

Tableau 13 : GMP et PMP validés pour le secteur protégé (Source EHPAD terrain de recherche) 232

Tableau 14 : profils des répondants qui émettent un avis général positif sur les apports de la formation action.....256

Tableau 15 : récurrence des mots de six lettres pour les premières réponses.....260

Tableau 16 : profils des répondants sur leurs missions dans l'EHPAD.....263

Tableau 17 : profils des répondants qui manifestent des difficultés dans leur quotidien de travail.....268

Tableau 18 : profils des répondants du CODIR à la question sur le management.....274

Tableau 19 : profils des répondants qui sont managés.....276

Tableau 20 : profils de professionnels confirmant l'autocratie managériale de la direction 281

Tableau 21 : profils des répondants à propos des apports de la formation-action.....289

Tableau 22 : participants aux focus groupes professionnels 317

Tableau 23 : participants au focus group CODIR.....322

Tableau 24 : extrait de compte rendu focus réunion du13/12/2018.....329

Encadré 1 : principes d'autorisations des EHPAD (sources CASF et CNSA 37

Encadré 2 : l'allocation personnalisée d'autonomie en EHPAD.....47

Encadré 3 : différents biais d'observation d'après (Gavard-Perret, 2012) 197

Encadré 4 : début de la recherche-action.....224

Encadré 5 : réalisation de la première phase.....227

Encadré 6 : classification des besoins fondamentaux selon Virginia Henderson (1977).. 242

Encadré 7 : réalisation de la seconde phase de la recherche-action.....299

Encadré 8 : réalisation de la troisième phase de la recherche-action.....306

Encadré 9 : organisation du nouvel outil 'les focus réunion'.....312

Encadré 10 : réalisation de la quatrième et dernière phase de la recherche-action 314

Liste des schémas

Schéma 1 : calendrier des évaluations selon la circulaire DGCS/ SD5C/398 du 21 octobre 2011 36

Schéma 2 : sections d'un budget en EHPAD avec une convention tripartite..... 43

Schéma 3 : les niveaux de changement d'après (Hadini, 2020 ; Watzlawick, 1975) 98

Schéma 4 : les trois axes de recherche en changement organisationnel (sietmanagement.fr) 99

Schéma 5 : Lewin (1947) et Kotter (1996) d'après Michaux (2016) 115

Schéma 6 : courbes d'évolution du prendre soin (care)d'après (Collière,1996, 2001)..... 121

Schéma 7 : principe de réciprocité du prendre soin..... 138

Schéma 8 : modes de raisonnement et connaissance scientifique d'après Thiétart (2014) 167

Schéma 9 : raisonnement par boucles récursives abduction, déduction induction d'après David (1999)..... 168

Schéma 10 : les styles de managements d'après Likert (1974) 279

Liste des graphiques et histogrammes

Graphique 1 : répartition par filière (source : cabinet d'assurance de l'EHPAD).....187

Graphique 2 : répartition des catégories dans l'échantillon focus group professionnels..212

Graphique 3 : répartition des catégories dans l'échantillon « focus group CODIR » …. 214

Graphique 4 : analyse des champs de forces au terme du diagnostic le 30 avril 2018 293

Graphique 5 : analyse des champs de forces comparatif entre diagnostic et plan d'action N°2 le 15 juillet 2018..... 307

Graphique 6 : analyse des champs de forces suite au plan d'action N°3-.....341

Graphique 7 : ultime analyse des champs de forces 344

Histogramme 1 : évolution des GMP et PMP dans l'EHPAD sur une période de cinq ans (Source EHPAD terrain de recherche).....231

Histogramme 2: distribution des GIR de l'EHPAD au 30 /12/2017(Source EHPAD terrain de recherche).....234

Histogramme 3 : nombre équivalent d'agents absent sur la période 2015 à 2017 (source : cabinet d'assurance de l'EHPAD).....236

ANNEXES

Annexe 1 : socle de prestations minimales à fournir (annexe 1) par les différentes structures d'hébergement fixé par décret dont les EHPAD (L342-2 CASF)



Annexe 2 : Charte des droits et libertés de la personne âgée été en situation de handicap ou de dépendance

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie
Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie
Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle
Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches
Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus
Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité
Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience
Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie
La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps
Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants
Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie
Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir
La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable
Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information
L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng
Fondation Nationale de Gérontologie
49, rue Mirabeau – 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 – www.fng.fr

Version révisée 2007

Annexe 3 : La grille d ’observation de la réciprocité du prendre soin

Contexte / Niveau de care engagé	Quoi	Qui	Quand	Où
Se soucier				
Prendre en charge				
Prendre soin				
Recevoir le soin				

Annexe 4 : guide d'entretien semi-directif

L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Les objectifs de l'entretiens semi-directif

1) Recueillir la parole des professionnels sur leurs quotidiens de travail et les changements de pratique qui se sont opérés ou pas au cours des derniers mois suite à l'accompagnement réalisé par le doctorant.

2) Ce guide va nous permettre de garder toujours le fil avec la question posée aux professionnels. La méthodologie de l'entretiens y sera décrite :

- La présentation du chercheur,
- Les objectifs de la recherche,
- L'utilisation des données,
- Les modalités de l'entretiens, (questions, reformulation, durée de l'entretiens)
- Il est rappelé à chaque interviewé, que les données sont recueillies sous la protection de l'anonymat, mais pas du secret. Cela signifie que les propos tenus seront utilisés sans que jamais le lien avec son auteur ne puissent être établit.

DEROULEMENT

1) Présentation de l'interviewer,
2) Présentation de l'objectif de la thèse,
3) Remerciement de la collaboration de l'agent pour cet entretien,
4) Présentation de la structure de l'entretien avec les thèmes et sous thèmes,
5) Annonce du temps (1h) sauf si l'interviewé demande plus de temps,
6) Pas d'enregistrement afin d'être dans la compréhension en temps réel et non dans l'analyse a postériori
7) Présentations de l'interviewé

Présentation de l'enquêteur
Bonjour je m'appelle Jean-Philippe GIL, je réalise une thèse en sciences de gestion qui a pour but d'observer si les principes de l'éthique du *care* lorsqu'ils sont appliqués, changent les pratiques professionnelles ; est-ce que le management évolue afin d'accompagner la mise en place des principes du *care*. L'entretien n'excèdera pas une heure sauf si vous souhaitez développer des idées le nécessitant. Au cours de cette interview, nous souhaiterions aborder avec vous les thèmes suivant : **Le changement de pratiques au quotidien, Le style de management et la satisfaction des professionnels et des usagers.** Toutes les données sont rendues anonymes mais pas secrètes, Est-ce que vous avez des questions avant que nous commencions ?

LES QUESTIONS

Qu'est-ce que vous faites ici ?

Introduction du Thème 1→ L'agent dans son quotidien de travail

- Permet la présentation de l'agent et de ses missions

Les questions de relance :

- Est-ce que vous voulez bien me décrire plus précisément vos missions ?
- Que pensez-vous de vos missions, sont-elles adaptées ou pas ?

Comment c'est de travailler ici ?

Introduction du Thème 2→ L'organisation de travail

- Permet dans rentrer dans le sujet des liens entre pratiques professionnelles, changement et management.
- Permet de rechercher si des freins existe ou sont ressenti comme existant au quotidien

Les questions de relance :

- Qu'évoque pour vous le mot management ? Est-ce que vous voulez bien me décrire un exemple de management au quotidien ?
- Vous êtres plutôt manager ou managé ?
- Qui vous manage ? Ce management est plutôt facilitant ou limitant ? Plus précisément ?

Qu'est-ce que vous aimeriez changer ici ?

Introduction du Thème 3→ La satisfaction de l'agent au travail

- Permet d'aborder la satisfaction au travail de l'agent par l'axe d'améliorations possibles

Les questions de relance :

- Etes -vous satisfait(e) de votre travail et des conditions d'exécutions ?
- Si vous ne trouvez pas de satisfactions pourquoi rester dans cet EHPAD ?
- Est-ce que vous pensez que votre situation peut s'améliorer ? Si oui comment ?
- Pensez vous que vos conditions de travail affectent le quotidien des résidents que vous accompagnez ?

LES THEMES

1) **Qu'est-ce que vous faites ici** →Le changement de pratiques au quotidien

a) Les sous thèmes

- Est-ce que vous avez changé de pratiques
- Est-ce vous voulez bien me donnez des exemples

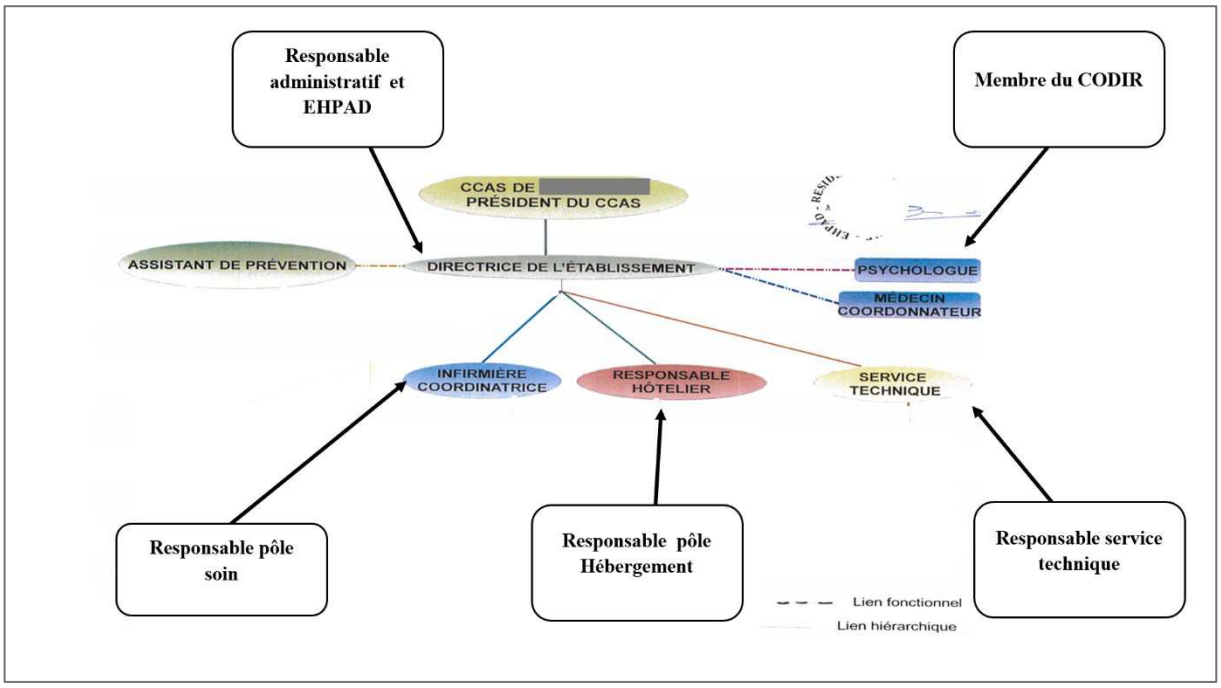
- Qu'est-ce que vous en retirez
- Si non pourquoi

THÈMES	QUESTIONS PRINCIPALES	QUESTIONS COMPLEMENTAIRES	QUESTIONS DE CLARIFICATION	Objectifs
Le changement de pratiques au quotidien	Est-ce que vous avez changé de pratiques ?	Est-ce vous voulez bien me donnez des exemples ?	Qu'est-ce que vous en retirez ? Si non pourquoi ?	
Le style de management	Qu'évoque pour vous le mot mangement ?	Ce management a-t-il évolué ?	Si non, doit-il changé ? Comment ?	
La satisfaction	Que pensez-vous des changements ?	Etes-vous satisfait ?	Est-ce vous voulez bien m'en dire plus ? Si vous n'êtes pas satisfait, pourquoi ?	

2) **<u>Comment c'est de travailler ici</u>** →Quel style de management

b) Les sous thèmes

Annexe 5 : organigramme officiel, anonymisé et annoté



Annexe 6 : procédure transmissions informatiques des activités Montessori

	MODE OPERATOIRE	Fiche N°13
	Procédure transmissions activités Montessori	Emise le : 30.01.2019 Version : 1 Page : 1/1

PRO.Admin.N°013

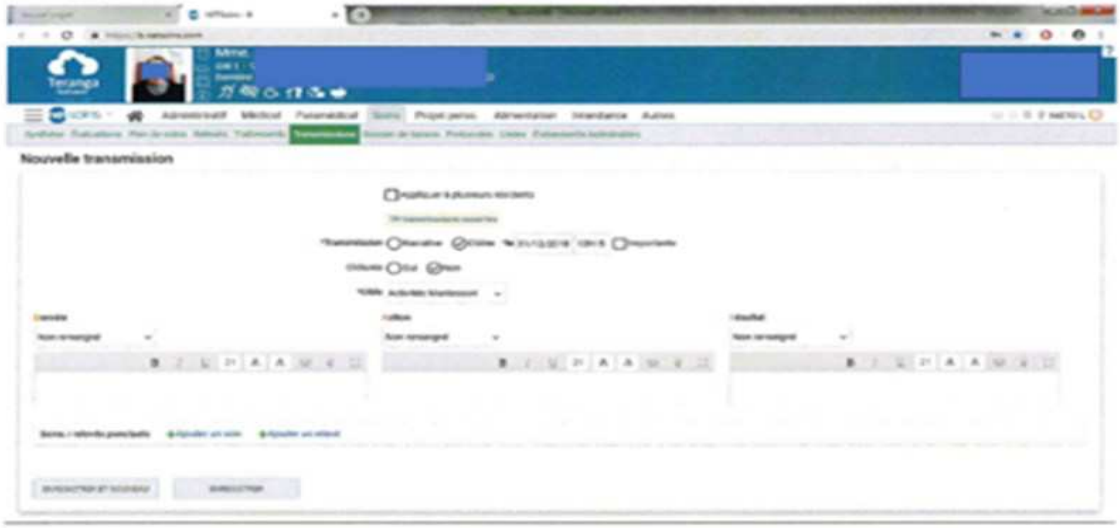
Date de création : 30.01.2019		
Rédigé par : Fonction : IDE Visa :	Vérifié par Fonction : Visa :	Approuvé par : Fonction : Visa :

1. DESTINATAIRES

- Personnels soignants Jour/Nuit

2. PROCEDURE

Tracer toutes activités mise en place en créant une transmission de la façon suivante :



Choisir un résident : → Cliquer sur l'onglet SOINS
→ Cliquer sur l'onglet TRANSMISSIONS
→ Cliquer Sur NOUVELLE à droite de l'écran

Faire une transmission Ciblée et choisir la Cible Activités Montessori.
Si l'activité a réuni plusieurs résidents vous pouvez appliquer la transmission à plusieurs résidents en cochant la case et en choisissant les résidents.

EHPAD Résidence

RESUME

Depuis plus de trente ans, les normes de management public ont amené peu à peu les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à appliquer la même logique gestionnaire qui conduit à exclure tout ce qui fait sens dans le soin. Ce mode de fonctionnement confronte les salariés à des aberrations. Comment ne pas se questionner sur la finalité de sa tâche de professionnel du soin quand les autorités de tarification fixent à la minute près le temps que doit passer chaque soignant auprès des patients selon les niveaux de GIR[104] ? De ce fait, les personnels souffrent de l'incapacité de pouvoir traiter dignement les usagers par manque de temps et d'être paradoxalement soumis à l'évaluation permanente de la qualité.

Cette gouvernance montre aujourd'hui ses limites en EHPAD et la récente crise de la COVID 19 n'a fait que révéler ces dysfonctionnements. C'est pourquoi nous proposons dans cette recherche-action d'étudier des voies d'amélioration avec la mise en place d'un management du prendre soin. Ces nouvelles pistes de travail prennent appui sur les principes de l'éthique du *care* appliqués au management d'un EHPAD dans un cadre méthodologique de recherche-action en sciences de gestion. Ainsi la réciprocité du prendre soin qui caractérise l'application des principes du *care* sera modélisée grâce à l'approche inter-liée du changement de Kurt Lewin. Cette approche lewinienne du changement va d'ailleurs démontrer son étonnante modernité et son adaptation aux problématiques spécifiques des EHPAD.

Grâce à ce management innovant, il va être possible de rendre visible ce travail de *care* caractéristique du travail en gériatrie afin de le rendre appréciable et reconnu dans les indicateurs de type gestionnaire.

Mots clés : EHPAD, éthique du *care*, conduite du changement, recherche-action, management du prendre soin, réciprocité

[104] Le GIR est le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/quest-ce-que-le-gir

ABSTRACT

For more than thirty years, public management standards have gradually led the Retirement Home for the Dependent Elderly Person to apply the same managerial logic which leads to the exclusion of everything that makes sense in care. This operating method confronts employees with aberrations. How no to wonder about the purpose of his task as a healthcare professional when the pricing authorities set down to the minute the time each healthcare provider must spend with patients according to the GIR levels ? As a results, staff suffer from the inability to treat users with dignity due to a lack of time and paradoxically to be subject to permanent quality assessment.

This governance in now showing its limits in retirement home and the recent COVID 19 crisis has only revealed these dysfunctions. Therefore, we propose int this action research to study ways of improvement with the implementation of care managment. These new avenues of work are based on the principles of ethics of care applied to the management of a retirement home within a methodological framework of action research in management science. Thus, the reciprocity of taking that characterizes the application of principles ethics of care will be modeled thanks to Kurt Lewin's interrelated approach to change. This Lewinian approach to change will also demonstrate its astonishing modernity and its adaptation to the specific problems of retirement homes.

Thanks, it this innovative management, it will be possible to make visible this care work characteristic of geriatric work to make it appreciable and recognized in manager type indicators.

Keys words: retirement home, ethics of care, change management, action research, care management, reciprocity,