



La bienveillance, un enjeu majeur du management en EHPAD

Sous la direction de : Madame Mila CASAGRANDE, ingénieure formatrice conseil

Mémoire de fin d'étude de 2ème année de Master
Année universitaire 2020-2021, Master Management Sectoriel

Composition du Jury :

Président de jury : Monsieur Stanislas WOCH, Responsable du Master Management Sectoriel, ILIS

Directeur de mémoire : Madame Mila CASAGRANDE, Ingénieure formatrice conseil

3^{ème} membre du jury : Madame Céline AURIUO, Directrice de la Résidence EHPAD Orpéa La Camargue

Date de la soutenance : Le 30 Août 2021 à 15H

REMERCIEMENTS

Ce mémoire de fin d'étude est le fruit d'un important travail de recherche et de réflexion. Il est pour moi le résultat d'un grand nombre d'heures de travail et incarne la dernière pièce qui vient parachever ces cinq années d'études passées au sein de l'ILIS. A travers ce mémoire j'espère avoir su faire transparaître mes valeurs, mes points de vue et mes croyances.

Tout d'abord, je souhaite remercier Monsieur Stanislas WOCH, président du jury et responsable du Master Management Sectoriel Parcours Management des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour avoir rendu possible la rédaction de ce présent mémoire.

Je tiens tout particulièrement à remercier Madame Mila CASAGRANDE, pour m'avoir accompagné et encadré tout au long de la rédaction de ce mémoire de fin d'étude. Sa grande disponibilité et son écoute m'ont permis d'évoluer sereinement au cours de ce travail de recherche. Les nombreux échanges très constructifs que nous avons eu ont permis de nourrir ma réflexion. Je la remercie également pour avoir su me rappeler qu'il ne fallait pas changer qui l'on est et ce en quoi on croit pour plaire aux exigences d'autrui.

J'exprime ma reconnaissance à l'ensemble des intervenants de l'ILIS pour la qualité de leurs enseignements. De par leur expérience et leur méthodes, ils ont su me faire évoluer et devenir la personne confiante que je suis aujourd'hui.

Je souhaite remercier Madame Céline AURIU et Monsieur Leyris CIPOLLONE, Directrice et Adjoint de Direction de l'EHPAD La Camargue, pour m'avoir accueilli au sein de leur structure.

Je remercie également tous les professionnels qui ont bien voulu se prêter au jeu en participant à ces entretiens. Leur confiance et leur intérêt pour mon travail ont permis ces échanges constructifs et enrichissants.

Enfin, je tiens à remercier mes amis et ma famille pour m'avoir soutenu et avoir cru en moi au cours de ces années.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES MATIERES	4
INTRODUCTION.....	5
I. DEFINITION DES CONCEPTS, DE QUOI PARLE -T-ON ?	8
A. <i>Qu'est-ce que l'EHPAD</i>	8
B. <i>Définition du concept de management</i>	12
C. <i>La bienveillance</i>	16
D. <i>La motivation</i>	24
II. L'EHPAD COMME LIEU D'APPROPRIATION DE CES CONCEPTS.....	29
A. <i>La culture de la bienveillance en EHPAD</i>	29
B. <i>Motivation et prise en charge, quelle conjugaison ?</i>	31
C. <i>Le management bienveillant, moteur de l'innovation sociale</i>	40
III. UNE FORME DE MANAGEMENT A MOTIVER.....	50
A. <i>Méthodologie de l'enquête</i>	50
B. <i>Analyse des résultats</i>	58
C. <i>Une revalorisation de la place du soignant</i>	69
CONCLUSION.....	77
BIBLIOGRAPHIE	80
TABLE DES MATIERES	87
TABLE DES FIGURES	89
TABLE DES TABLEAUX.....	89
GLOSSAIRE	90
TABLE DES ANNEXES.....	91

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années déjà, on entend souvent parler de « management bienveillant » ou de « management de la bienveillance ». Soupçonné d'être un simple effet de mode, il n'est pas rare de croiser des managers qui considèrent ce concept comme un éventuel moyen de servir l'image de l'entreprise. Certains même interprètent le management bienveillant comme un acte de faiblesse réservé à une poignée de managers humanistes, déconnectés de la réalité économique et de la performance de l'entreprise.

Pourtant, les pays anglo-saxons et scandinaves, ont démontré depuis bien longtemps l'efficacité de ce concept de bienveillance dans le management. L'exemple qui illustre le mieux cette pensée est le Danemark comme le démontrent les études du cabinet conseil d'Amontech(1) et de l'OCDE(2).

En France, il aura fallu attendre les vagues de suicides chez les entreprises France Télécom et Renault(3) pour que le sujet de la qualité de vie au travail (QVT) et de management tourné vers l'humain soient réellement pris au sérieux. En effet, c'est seulement en 2019 que l'appellation « Qualité de vie au travail » apparaît officiellement dans un texte de loi français(4). Encore très récemment, une étude menée par CadreEmploi a montré que la moitié des cadres français déclarent avoir connu des symptômes du burn-out (5).

Cette controverse sur les conditions de travail est d'autant plus présente pour le personnel du domaine médico-social, notamment dans les EHPAD. En effet, depuis quelques années, ces établissements font face à une prise en charge plus tardive des personnes âgées et pour un niveau de dépendance croissant. Du fait de ces changements, les personnels soignants se heurtent à un alourdissement de leur charge de travail, comme le souligne le dossier n°5 de la DREES datant de septembre 2016. L'épisode de grève nationale qui a touché les EHPAD de France en 2017(6) illustre bien ces propos. Cet événement, très médiatisé à l'époque, a permis de mettre en exergue les mauvaises conditions de travail du personnel soignant et l'impact sur leur motivation. Mathilde Basset, IDE en EHPAD, dans son livre « *J'ai rendu mon uniforme* » témoigne de ces conditions de travail extrêmes : « *j'adore le*

soin, le care, la relation de confiance avec mes patients, mais je ne travaille pas dans un lieu de vie médicalisé. Je suis dans une usine d'abattage qui broie l'humanité des vies qu'elle abrite, en pyjama ou en blouse blanche [...] »(7). D'autres témoignent également du mal-être ressenti vis-à-vis de leur métier : *« La nuit, je me réveille, je me sens complice »(8).* Certains même parle de démotivation et de stress : *« on a un manque criant d'effectifs. On peine, on est stressés, on est démotivés, on appréhende toujours d'être appelés sur nos jours de congés [...] »(9).* Voici autant de mots forts et frappants au travers desquels on perçoit la démotivation et l'épuisement des salariés. Cela illustre bien, dans ce contexte précis, la déshumanisation des soignants. Tels des robots, ils accomplissent leur tâches. Tels des automates ils sont dépossédés de leur travail.

Conséquemment, cela entraine la création d'un environnement de travail moins favorable à la qualité de leur prise en charge et à la « bientraitance » telle que promue par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.(10)

Finalement, on est amené à se poser la question suivante :

**Motivation et bienveillance managériale, quel impact sur la qualité
d'accompagnement des personnes âgées en EHPAD ?**

Dans un premier temps, il sera question de poser les bases de mon analyse par une explication contextuelle des termes de management, de bienveillance et de motivation.

Dans un second temps, qui constituera le cœur de mon analyse, nous tenterons de comprendre dans quelle mesure l'EHPAD constitue un lieu d'appropriation de ces différents concepts. L'objectif sera alors d'observer les conséquences de ces problématiques sur les professionnels et publics accueillis dans ces institutions. Également, nous verrons le comportement de la direction face à ces situations complexes.

Enfin, nous parachèverons cette étude par une enquête reposant sur une méthode qualitative. Cette dernière permettra d'observer et d'analyser les conséquences du modèle managérial mis en pratique sur le terrain. Le propos étant de présenter, en réponse à ces observations, des axes d'amélioration concrets en vue de développer et enrichir le modèle managérial en EHPAD. Le but de cette démarche, in fine, est de proposer une meilleure réponse aux besoins des salariés et des usagers.

« On ne vit réellement que quand on jouit de la bienveillance des autres »

— **Maxime et réflexions (1833) - Johann Wolfgang von Goethe.**

I. Définition des concepts, de quoi parle -t-on ?

Dans cette partie qui relève de la recherche littéraire, nous allons remonter le temps et explorer les décennies passées afin de mieux appréhender ces concepts et les enjeux qui se cachent derrière.

Ainsi, il est question ici de définir l'EHPAD, ses missions et son évolution de sa création à nos jours. Il nous paraît également important de déterminer le management, la motivation et la bienveillance dans les limites de leur apport dans notre recherche.

A. Qu'est-ce que l'EHPAD

Les EHPAD tels que nous les connaissons aujourd'hui n'ont pas toujours existé. Il aura fallu traverser plusieurs siècles, plusieurs événements et cadres réglementaires afin d'arriver à ce stade d'évolution.

Tout commence à la fin du Moyen-Âge, où, sous l'impulsion de l'ordre religieux, est créé l'Hôtel-Dieu qui désigne l'hôpital principal de nombreuses villes. Cet établissement avait alors comme unique vocation d'accueillir les pauvres, orphelins et nécessiteux.

Ce modèle de fonctionnement a alors été continuellement repris et développé sur le territoire jusqu'au début du XVIII^{ème} où ces hôpitaux ont été transformés en hospices. Cependant, « pendant longtemps on ne put distinguer les hospices des hôpitaux ». (11)

Très vite, et notamment grâce à la circulaire du 31 janvier 1840, l'hospice voit sa vocation changer pour ne « recevoir uniquement que les vieillards indigents et valides des deux sexes ; les incurables indigents des deux sexes ; les orphelins pauvres ; les enfants trouvés et abandonnés ; des vieillards valides et incurables, à titre de pensionnaires » (Circulaire n°1840-2 du 31 janvier 1840 portant règlement pour le service intérieur des hospices et des hôpitaux). Cette distinction sera confirmée avec la circulaire du 15 décembre 1899, puis officialisée avec la loi du 14 juillet 1905. (12)

Ainsi, à partir de ce moment, les hospices sont dans l'obligation d'accueillir les vieillards gratuitement.

A partir du XX^{ème} siècle, commence alors une évolution de la perception de la vieillesse qui se fera au fil des années. Devenir vieux est alors perçu comme une étape normale de la vie. Dès lors, cette nouvelle manière de penser amène à un essor de la prise en charge des personnes âgées.

Dans les années après-guerre, les conditions d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées sont peu enviables. En effet, beaucoup d'entre eux vivent dans des hospices et ceux qui restent à leur domicile ne disposent que d'un confort minimum et du soutien des plus jeunes. L'un des grands défis de la période des 30 Glorieuses en France a été l'habitat des personnes âgées.

Dans les années 1960, de nouveaux logements voient le jour un peu partout sur le territoire. A cette époque, pour les personnes âgées cela est perçu comme des « petits paradis » puisqu'au sein de ces établissements elles disposent de tout le confort dont elles ont besoin. Cependant, il était difficile pour beaucoup de familles de prendre en charge financièrement les enfants et les grands-parents. Cette situation amenait donc à un certain délaissement des personnes âgées, vues alors comme un « poids » pour ces familles. L'apparition de ces établissements a permis à ces personnes de retrouver leur dignité et de pouvoir vivre sans « peser » sur quiconque.

Suite à la grande réforme hospitalière de 1970, la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales **(13)**, a pour ambition de transformer les hospices en maison de retraite (médicalisée ou non) dans un délai ne dépassant pas les 10 ans. Cependant, l'écart entre le résultat escompté et la réalité est tout autre, et il faudra attendre des années pour que ce projet porte ses fruits.

Le scandale de l'hospice de Nanterre en 1981, est une représentation de la difficulté d'action de ces établissements face à ce projet. Cet hospice comptait 2 600 pensionnaires répartis entre différents dortoirs de 60 lits. On pouvait également y trouver le « cachot » dans lequel on enfermait les personnes jugées trop nuisibles à

la tranquillité des autres résidents. Il s'agissait alors d'une simple pièce sans fenêtre ni aération vers l'extérieur.

Finalement, il aura fallu pas moins d'une trentaine d'années pour que naissent les EHPAD en 2002. Depuis lors, ces établissements sont en perpétuelle évolution avec notamment la création de pôle Alzheimer en 2004.

L'EHPAD, usuellement dénommé « maison de retraite » désigne en réalité les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Ce sont des lieux de vie médicalisés et habilités à recevoir des personnes âgées de plus de 60 ans (sauf dérogation du département) en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable.

En France, on ne dénombre pas moins de 10 600 établissements d'hébergement pour personnes âgées pour un total de 728 000 places sur le territoire (dont 80% sont accueillies en EHPAD). Ces établissements sont répartis en 3 statuts : publics (50%), privés à but non lucratif (31%) et privés à but lucratif (24%).
(14)

L'objectif premier d'un EHPAD est d'accompagner les personnes âgées dans la réponse à leurs besoins (hébergement, soins, nutrition...)

Les personnes sont donc accueillies de façon temporaire ou permanente et se voient proposer des soins médicaux et paramédicaux adaptés à leur condition. Cette condition est déterminée par la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) qui classe les personnes selon 6 niveaux de dépendances (**cf. figure 1**) :

- Les classes 1 et 2 regroupent les personnes avec un état de dépendance totale ou sévère ;
- Les classes 3 et 4 rassemblent les personnes présentant un état de dépendance légère ou modérée ;
- La classe 5 pour les personnes avec un état de dépendance très légère ;
- La classe 6 où l'on retrouve les personnes totalement autonomes

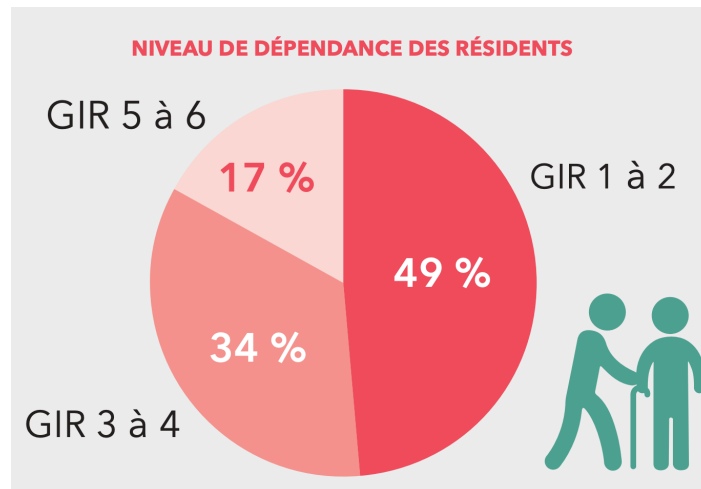


Figure 1 : : le niveau de dépendance des résidents en France (15)

D'après le décret relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD, ces structures ont pour missions :

- l'hébergement à temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, des personnes âgées et fournissent à chaque résident, a minima, le socle de prestations d'hébergement récemment défini ;
- de proposer et dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne ;
- de mettre en place avec la personne accueillie et, le cas échéant, avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins, comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies ;
- lorsqu'ils proposent des modalités d'accueil particulières, ils doivent respecter les conditions prévues aux articles D. 312-8, D. 312-9, D. 312-155-0-1 et D. 312-155-0-2 ;
- d'inscrire leur action au sein de la coordination gériatrique locale, en relation notamment avec les plateformes territoriales d'appui, les MAIA et les CLIC.

Pour assurer ces missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'EHPAD doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins : un médecin

coordonnateur, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'État, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques (AMP), des accompagnants éducatifs et sociaux, et des personnels psycho-éducatifs. **(15)**

En outre, cela se traduit par :

- L'accueil et l'information du résident et de sa famille ;
- La sécurité de la personne accueillie ;
- L'animation et la vie sociale ;
- Tout ce qui concourt à la vie des personnes accueillies (restauration, hygiène des locaux...).

In fine, les EHPAD sont des institutions qui n'ont cessé d'évoluer et de se transformer pour devenir ce que nous connaissons aujourd'hui. Néanmoins, on observe encore à l'heure actuelle, une métamorphose progressive de ces établissements. En effet, celle-ci se fait au fil de l'eau en fonction des besoins du public accueilli. Or, on sait qu'avec le recul de l'avancée en âge, le public accueilli au sein de ces structures ne présente plus les mêmes caractéristiques et besoins. Il faut donc s'attendre dans un avenir proche à une nouvelle mutation des EHPAD. Cette mutation peut être soutenue par le mode de management.

B. Définition du concept de management

Qu'est-ce que le management ? Quelle en est l'origine ? Qui en est l'auteur ? Voilà les questions que quiconque s'intéressant de près ou de loin au management se pose.

Il faut savoir que le management est un concept très large et englobant de multiples domaines en partie grâce auxquels il a vu le jour (économie, gestion...). Ce concept est en constante mutation depuis son apparition. Il évolue selon les besoins sociétaux de l'époque dans laquelle il est employé. Ainsi, il s'adapte aux besoins des entreprises et des hommes.

Nonobstant, dater l'origine du management n'est pas une chose aisée. En effet, dès l'origine du temps l'homme a su développer une certaine organisation des tâches dans son travail, que ce soit sur le plan personnel que sur le plan professionnel.

La fin du XIX^{ème} siècle a été marquée par la seconde révolution industrielle et, avec elle, une volonté pour les entreprises d'augmenter leur profit. Cela les pousse donc à accroître leur production et à en baisser les coûts. De nouveaux modèles d'organisation se développent alors dans ces entreprises à la recherche de la productivité (**voir ANNEXE 1**).

C'est ainsi qu'en 1880, le taylorisme fait son apparition. Il s'agit d'une méthode scientifique du travail qui permet d'améliorer la productivité à travers un meilleur contrôle de l'activité des ouvriers (« one best way »). **(16)**

Synonyme de modernisation et d'industrialisation au XX^{ème} siècle, ce modèle est cependant aujourd'hui devenu une référence pour tous les outils et toutes les pratiques managériales qui souhaitent s'en éloigner. Ceci s'explique notamment par l'amalgame que ce modèle managérial a induit entre le travail humain et celui d'une machine. En effet, le taylorisme a entraîné une perte de sens pour les ouvriers. Celle-ci s'explique notamment par la répétition des tâches qui rend le travail inintéressant. Cette aliénation est d'ailleurs dénoncée par Charlie Chaplin dans son film « les Temps Modernes ». Il y souligne le fait que l'homme n'est plus propriétaire des biens qu'il produit et ne s'appartient plus lui-même. Il devient alors étranger à lui-même et se mue en une pure force de travail à la merci des propriétaires des moyens de production.

Cet amalgame est attesté par Mary Parker Follett qui, de son côté, n'admet pas le travail « mécanique » du taylorisme. Elle prône un management respectueux des personnes avec des dirigeants exerçant un « pouvoir-avec » plutôt qu'un « pouvoir-sur » leurs collaborateurs. **(18)**. C'est d'ailleurs cette forme de pensée qui lui a valu le surnom de « Prophète du management » par P. Drucker quelques décennies plus tard. Cette opinion est également défendue par Hugo Munsterberg dans son ouvrage « Psychology and Industrial Efficiency » **(19)** en 1913. Pour lui, le taylorisme néglige le fonctionnement de l'employé individuel et préconise l'adaptation des tests psychologiques lors de la sélection de ces derniers. Au travers de ces

idées, ces auteurs veulent mettre en avant l'importance de l'équilibre de l'autorité dans le management.

Il aura fallu attendre 1932 pour qu'Elton Mayo révolutionne la conception taylorienne de cette époque. Ce psychologue de profession a mené les expériences de Hawthorne (1932) qui mettront en évidence l'importance du climat social dans la productivité d'une entreprise. L'entreprise est donc fortement influencée par la notion de groupe, c'est-à-dire un ensemble de relations interpersonnelles. A la suite de ces travaux, les comportements deviennent le cœur du système de performances des organisations.

Par la suite, vers la fin des années 1970, Deming met l'accent sur l'importance de porter attention au facteur humain car les hommes représentent les acteurs du processus. Il est donc nécessaire de mettre en place des outils et méthodes de gestion qui favorisent l'intégration et le bien-être des travailleurs. De cette façon, le travail en équipe sera facilité et les professionnels travailleront ensemble dans la même direction.

Peter Drucker vient renforcer ce mouvement de penser humaniste en insistant sur le fait qu'il faut considérer l'individu comme un élément à favoriser et non pas comme une simple force de travail. Pour lui, les facteurs qui font progresser l'entreprise sont la compétence, la capacité d'innovation, l'attention portée aux clients et une organisation du travail respectueuse des hommes. Il reprend également les conclusions de Mary Parker Follett sur l'idée d'un pouvoir partagé (« *Power with* ») plutôt qu'un pouvoir sur (« *power over* »). Ce qui amène à penser le management sous des aspects psychologiques et sociologiques humanistes. De ces travaux découleront des études sur l'empowerment qui permet à tout individu de rester acteur de sa vie. Dans le cas de la personne âgée en EHPAD, cela signifie pouvoir exprimer ses idées, donner des avis, influencer ce qui constitue son domaine de vie, pouvoir prendre des décisions ou participer à l'élaboration de ces dernières.

Comme l'a si bien relaté Dominique Genelot dans son livre « Manager dans (et avec) la complexité » (2017) **(20)** le management d'aujourd'hui ne repose plus sur les enjeux des décennies passées. Désormais, le management est un concept plus large et en étroite corrélation avec diverses « sphères ». En effet, il n'est plus

question de se concentrer sur le travail en lui-même mais sur le rapport au travail, sur la recherche de valeurs ou encore la satisfaction au travail. Dorénavant, il n'est plus uniquement question de rendement ou de profit, mais de culture et d'identité d'entreprise. Or, cela passe par le respect de l'individualité des travailleurs et par l'écoute de leur besoins et motivations. Ce sont toutes ces choses qui forment la complexité de la société dans laquelle nous évoluons. Les méthodes classiques de management sont donc maintenant trop archaïques pour faire face à cette complexité. Ainsi, il est question de déployer des modes de management qui placent l'humain au cœur des processus. Ce type d'application de l'autorité peut être perçu comme une faiblesse ou de l'incompétence par certains. Cependant, c'est tout l'inverse. Il s'agit là d'une application de la bienveillance dans le management. C'est ce qui permet d'instaurer un cadre où il est plus facile de gérer et de prévenir les RPS.

Ces changements de vision dans les modes de gestion sont nécessaires dans les EHPAD où l'on peut avoir l'impression, du fait des critiques faites, que l'aspect humain est relégué au second plan. En effet, on est amené à s'interroger sur la qualité de l'accompagnement des résidents par les professionnels si ces derniers ne sont pas eux-mêmes épaulés correctement par les managers. Il apparaît alors essentiel d'insuffler de l'humain dans les processus de management. Ce même management qui doit servir l'intérêt commun en prenant en compte l'humain. Il permet d'accompagner les hommes dans leur travail au quotidien. Ce n'est donc pas un outil au service de l'autoritarisme du manager. Le manager se doit de prendre en compte, dans sa méthode managériale, tous les facteurs environnementaux inhérents au travail. Et, le facteur premier est l'homme qui constitue l'essence même d'une entreprise. Le management est donc un moyen de valoriser les compétences individuelles de chacun au profit des compétences de l'entreprise. Cependant, cette démarche ne doit pas être actionnée au détriment du bien-être physique et psychologique des individus. En effet, le management est avant tout un mode de gestion qui doit s'appuyer sur la bienveillance. Il est donc évident qu'il doit tenir compte des paramètres qui conditionnent l'individu (valeurs, croyances, attitudes, comportements...). En définitive, on peut dire que sans bienveillance, il n'y a pas de management et sans management il n'y a pas d'entreprise.

Cette revue du management à travers les époques nous laissent donc penser que le management va prendre une nouvelle forme dans un avenir proche.

Depuis plusieurs années déjà, la problématique de l'humain dans le management est devenue la principale préoccupation des pouvoirs publics et des personnes concernées. Est alors apparue la notion de bienveillance qui semble faire souffler un vent nouveau sur ces institutions...

Mais qu'entend-on par bienveillance ? Quels en sont les enjeux et les bienfaits ? Autant de questions que nous allons tenter d'éclairer dans la prochaine partie.

C. La bienveillance

1. Définition

Quand on parle de bienveillance, on fait souvent la confusion avec les termes de bienfaisance et de bientraitance. Bien que ces termes soient interconnectés et s'entrecroisent, par moment, dans leur définition, il restent pourtant bien différents à l'origine. Dans cette partie, nous allons nous évertuer à définir ce terme dans son sens premier et donner sa signification dans le milieu du médico-social.

Étymologiquement, le terme bienveillant vient du latin classique *benevolens* qui signifie « qui veut du bien, favorable ». Par la suite, ce mot donna naissance au terme de bienveillance qui en latin *benevolentia* signifie « disposition favorable envers quelqu'un ».

Depuis longtemps, sous l'impulsion de la pensée aristotélicienne, la bienveillance est associée au principe de l'amitié (la *philia*). Pour les adeptes de cette pensée, la bienveillance est donc une forme de charité et d'amour. S^t Thomas d'Aquin a d'ailleurs avancé l'argument que la bienveillance est plus qu'un état d'âme ou un souhait. C'est en fait une décision rationnelle qui se traduit en une suite d'actes qui recherchent le vrai bien des autres, de tous les autres. La bienveillance est cette chose universelle et qui donne à considérer toute personne, quelle qu'elle soit, comme quelqu'un qui mérite qu'on lui veuille du bien **(21)**.

Kant parle de la bienveillance comme étant un devoir d'amour pratique envers les autres. Il dissocie la bienveillance du sentiment et de l'émotion. Il soutient que la bienveillance est un « devoir conditionnel » que tous les hommes doivent avoir les uns envers les autres. Si l'amour comme sentiment ne peut être commandé, en revanche, nous dit Kant, la bienveillance, elle le peut. *« La maxime de la bienveillance (l'amour pratique de l'homme) est un devoir de tous les hommes les uns envers les autres, qu'on les juge ou non dignes d'amour, d'après la loi éthique de la perfection : "aime ton prochain comme toi-même" » (22).*

Pour Rousseau, la bienveillance fait partie, avec la pitié et la reconnaissance, des « passions aimantes ». C'est également ce que met en lumière en 2010, le sociologue Déchaux dans ses travaux d'analyses. C'est sur ces passions que la volonté générale se base pour créer des lois permettant aux hommes de se coordonner. Elles incarnent le socle du lien social. Mais selon lui, il faut que ces règles *« rétablissent une sorte de transparence entre les hommes de sorte que ceux-ci soient en mesure de s'engager sans risquer d'être trompés »(23).* Et pour ce faire, elles doivent résulter de la « loi » (c'est-à-dire la volonté générale).

A l'heure actuelle, ce terme de bienveillance est très présent dans le champ lexical du service à la personne, notamment pour définir les nouveaux modes de gestion. Ces nouveaux modes de gestion sont dits bienveillants car ils mettent au cœur des processus et des décisions l'aspect humain. Pour emprunter la définition au dictionnaire, la bienveillance renvoie à la *« qualité d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui »(24).* On retrouve cette même attitude positive chez les soignants qui ont le souci de veiller sur le patient et de prendre soins de lui. (ANESM, recommandations des bonnes pratiques professionnelles). Ainsi, en EHPAD, cette bienveillance se fait aussi bien à l'égard des personnes âgées que des professionnels de santé.

*« Bien veiller les uns sur les autres, c'est développer le travail en équipe
indispensable à la réussite de tout projet »*

— Roland JANVIER

2. Qualité de vie et d'accompagnement

Au sens premier du terme, le mot « accompagnement » signifie mener, conduire quelqu'un quelque part, le suivre, le guider **(25)**. En cela, ce sont les fonctions du personnel envers les personnes âgées accueillies dans les institutions. Également, le mot « accompagnement » englobe le fait d'être avec quelqu'un et de lui tenir compagnie. Cela est également le rôle des équipes de gériatrie que de permettre aux personnes âgées de jouir d'interactions sociales.

Dans un sens plus large, ce terme « d'accompagnement » renvoie à l'idée de cortège. On peut en faire le rapprochement avec l'image du convoi funèbre incarné ici par les équipes soignantes et qui accompagneraient la personne âgée jusqu'à la toute fin de sa vie. En somme, c'est là une des missions qui incombent aux institutions accueillant des personnes âgées.

« Accompanyer quelqu'un c'est se placer ni devant, ni derrière, ni à sa place. C'est être à ses côtés. »

— **Joseph TEMPLIER**

Ainsi, on comprend que derrière le mot « accompagnement » se cachent la notion de qualité de vie et la notion de qualité de soins. Afin de mieux en appréhender le sens du terme « qualité d'accompagnement » il faut donc définir ces deux concepts de manière plus précise.

Le terme de « qualité de vie », quant à lui, a vu le jour dans les années 1975 avec le développement des maladies chroniques, la vieillissement de la population, l'essor de la chirurgie... Ce concept a pris bien plus d'importance et de sens au cours de la dernière décennie. Il serait né de la pensée aristotélicienne qui décrit le bonheur comme étant une activité de l'âme, congruente avec les mœurs et aboutissant à une bonne vie **(26)**.

La qualité de vie est également définie par l'OMS comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1993) **(27)**.

Aujourd'hui, cette notion de qualité de vie a pris une importance telle qu'elle est au cœur des préoccupations de tous les professionnels de santé du milieu sanitaire et médico-social.

Cette notion de qualité de vie est abordable aussi bien du point de vue des personnes âgées accueillies en institution que des professionnels y exerçant une activité.

a. La qualité de vie, du point de vue des résidents

Une étude menée en 2003 **(28)** sur la satisfaction des résidents quant à leurs conditions de vie dans les EHPAD a permis d'identifier divers éléments ayant un impact sur le bien-être en institution :

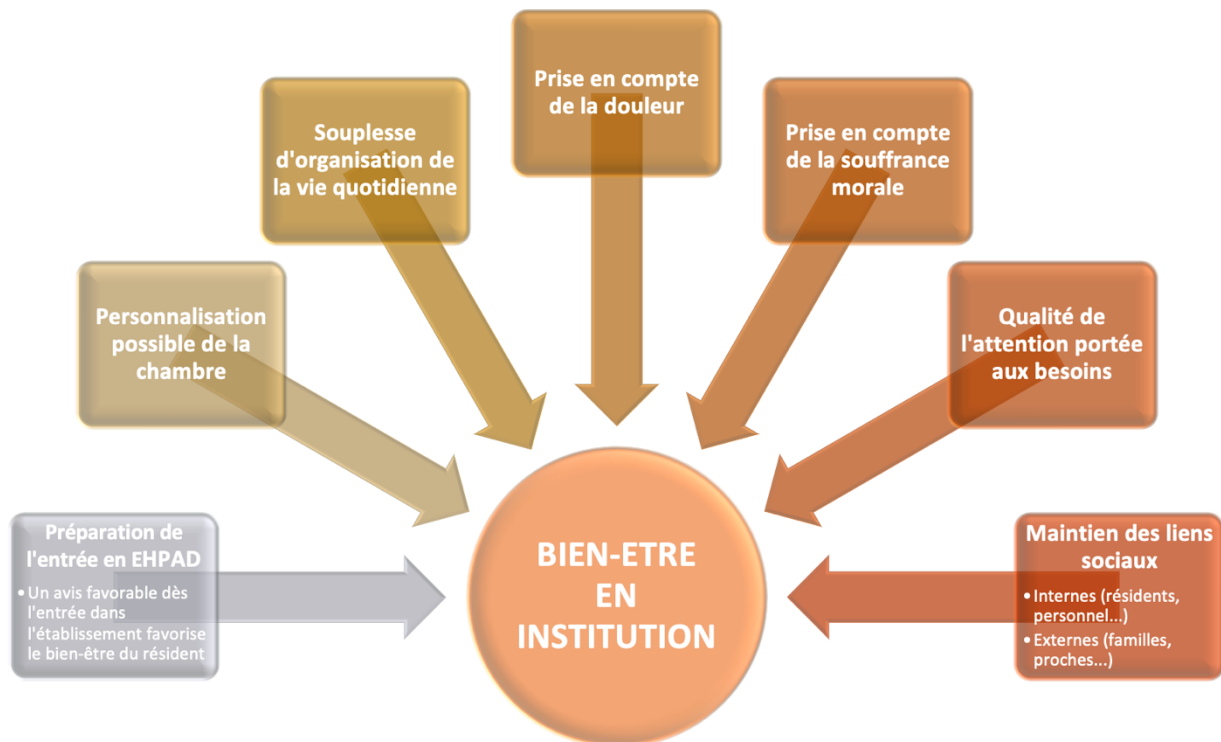


Figure 2 : les éléments impactant le bien-être en institution

Fort de ce constat, l'ANESM a souhaité appuyer davantage cette notion de bien-être de la personne âgée en institution par la publication d'un guide de bonnes pratiques professionnelles. Ce programme concourt à la qualité de vie des résidents et est présenté en 4 volets **(29)**.

Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : <i>De l'accueil de la personne à son accompagnement</i>	Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : <i>Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne</i>	Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : <i>La vie sociale des résidents</i>	Qualité de vie en EHPAD (volet 4) : <i>L'accompagnement personnalisé de la santé du résident</i>
– Comment renforcer l'importance de la préparation à l'entrée et de la période d'arrivée pour accueillir au mieux la personne dans son nouveau lieu de vie ? – Comment mettre en place la personnalisation de l'accompagnement, au moyen notamment du projet personnalisé ? – Comment favoriser l'ouverture de l'EHPAD vers l'extérieur et en améliorer la perception par le grand public, la population du territoire, les familles et les personnes âgées, futures résidentes potentielles ?	– Comment permettre au résident de s'approprier l'espace de son logement/de sa chambre afin qu'il puisse se sentir « chez lui » ? – Comment faire en sorte que le résident ait envie d'aller à la rencontre des autres et investisse aussi les lieux collectifs ? – Comment organiser le cadre de vie pour faciliter/renforcer les relations d'accompagnement entre les résidents et les professionnels ?	– Comment favoriser la possibilité de relations entre les résidents, entre les résidents et les professionnels, entre les professionnels et les proches, entre les résidents de l'EHPAD et les autres habitants du territoire ? – Comment faciliter le maintien souhaité par le résident des relations avec ses proches, aider à renouer les liens distendus si le résident le souhaite ? – Comment faciliter l'expression du résident, tant sur les modalités de son accompagnement individuel que sur la vie collective de l'établissement ? – Comment respecter la citoyenneté des résidents et leur permettre de « ne pas de se couper du monde » ?	– Comment donner une réalité à la liberté de choix, concilier le droit au risque des résidents et leur droit à la sécurité ainsi que celui des autres résidents ? – Comment élaborer le volet soins du projet personnalisé permettant à chaque résident de rester acteur de son accompagnement et de « vivre ce qu'il a envie de vivre » ? – Comment s'appuyer sur les besoins de santé perçus par le résident pour élaborer le projet d'aide et de soin et adapter les réponses aux besoins tout au long du séjour, y compris jusqu'à la fin de la vie, tout en respectant sa qualité de vie ? – Comment conserver la cohérence du projet d'accompagnement global dans lequel interviennent de multiples acteurs internes ou externes à l'EHPAD ?

Tableau 1 : les 4 volets des recommandations de bonnes pratiques professionnelles portant sur la qualité de vie en EHPAD

Ces textes sont des références pour les professionnels dans l'analyse et l'application des pratiques collectives mais aussi personnelles. Ils sont en lien avec les nombreuses autres recommandations transversales aux ESSMS publiées par l'ANESM (cf. figure 3).

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008)
L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement (2008)
Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (2008)
La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article 312-1 du CASF (2008)
Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008)
Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (2009)
Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (2009)
La conduite de l'évaluation interne dans les ESSMS relevant de l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (2009)
Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (2010)

Figure 3 : les recommandations publiées par l'ANESM

b. La qualité de vie, du point de vue des professionnels

Lorsque que l'on parle de qualité de vie des professionnels, on fait généralement référence à la « qualité de vie au travail ».

Il faut savoir qu'historiquement en France, la qualité de vie au travail est une extension du concept de « conditions de travail ». Ce dernier englobe donc les notions de « risques professionnels » et de « prévention ». La France s'est longtemps intéressée à la problématique des conditions de travail sans pour autant employer les termes de « qualité de vie au travail ». En effet, en 1982, les lois Auroux ont permis de créer les CHSCT (Comité d'hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) qui sont des espaces de discussions sur le travail. Par le biais de ces espaces, un dialogue est formalisé entre l'employeur et le représentant des salariés sur les conditions de travail, la santé et la sécurité des salariés.

En 2002, la Commission Européenne définit la QVT au travers 7 dimensions. En 2007, l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) a défini 6 facteurs de la QVT (**cf. figure 4**).



Figure 4 : les Six facteurs de la qualité de vie au travail (QVT) (30)

Mais le terme de « qualité de vie au travail » émerge que très récemment dans l'Accord National Interprofessionnel du 19 juin 2013 « *Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et la capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte* » **(31)**. C'est la première fois que le terme apparaît dans un texte officiel. Cette notion de qualité de vie au travail a pourtant été inscrite qu'en 2015 dans le code du travail par le biais de la loi Rebsamen relative au dialogue social et à l'emploi **(32)**. Peu de temps après, le Plan Santé Travail (2016-2022), qui a pour objectif premier l'amélioration de la qualité de vie, est adopté.

Dans les EHPAD, la qualité de vie est ce qui permet d'assurer le bien-être des résidents et des professionnels. A travers cette démarche, l'objectif est d'apporter la meilleure réponse possible aux attentes et aux besoins des résidents. C'est également permettre de rassurer l'entourage de la personne âgée en l'intégrant dans la démarche. De plus, cela permet de valoriser les professionnels et de donner du sens à leur travail. Les politiques publiques ce sont d'ailleurs penchées sur la qualité de vie au travail dans les EHPAD en proposant une stratégie la favorisant dans les établissements médico-sociaux (juin 2018).

Cette stratégie de QVT suscite l'intervention de divers acteurs. Tout d'abord, en amont, nous avons les acteurs stratégiques. Ils se composent de l'ANACT qui, en étroite collaboration avec la HAS, mène des actions pour l'amélioration de la QVT. Ensuite, il y a l'INRS, dont la principale mission est d'identifier les risques professionnels, d'analyser leurs conséquences pour la santé et la sécurité au travail et ainsi d'en promouvoir les moyens de maîtrise **(33)**.

S'en suit la CARSAT, qui octroie des aides financières aux établissements afin de les aider à déployer une politique QVT. La médecine du travail, quant à elle, mène des actions de prévention sur la santé au travail, sur les risques psycho-sociaux et les TMS. En deuxième lieu, viennent les acteurs plus opérationnels, au plus près du terrain et des salariés. Naturellement, il s'agit de l'équipe de direction et des cadres de santé qui sont les garants de la démarche QVT, de son déploiement et de son bon fonctionnement au sein de l'établissement. C'est alors à eux qu'incombent la tâche de trouver des méthodes et moyens pour instaurer la meilleure politique QVT qui soit.

Cependant, dans la réalité, cette démarche QVT est bien loin d'être ce qu'elle est. Malgré les textes de loi et les nombreux guides sur le sujet, les EHPAD s'échinent à la mettre en place. De nombreux témoignages convergent dans ce sens. Le premier est celui d'une aide-soignante qui révèle le manque de qualité de vie au travail dans l'EHPAD où elle travaille : « [...] *c'est la chaîne, on n'a pas le temps de discuter et pourtant les personnes âgées sont très en demande. S'il y avait plus d'échanges, il y aurait moins d'antidépresseurs et de somnifères.* » (34). Ou encore celui d'une résidente qui déplore la qualité de sa prise en charge au quotidien : « *on me couche à 17H pour des raisons d'organisation du personnel. Plus tôt que les bébés [...]* ». Ces deux témoignages ne sont que les premiers d'une longue liste qui met bien en avant le peu ou l'absence de QVT au sein des EHPAD de nos jours. Un exemple particulièrement marquant et ayant fait grand bruit dans la presse est celui du journaliste Frédéric POMMIER (35). Dans son témoignage, il raconte l'horreur que subissait sa mère au quotidien et le manque de QVT dans l'établissement où elle résidait. Tous ces récits ne datent pas d'il y a 30 ou 40 ans mais bel et bien de notre époque. Fort de ces constats, la raison nous pousse à se questionner sur les raisons de cette difficulté de mise en place de la QVT.

En ce qui concerne la qualité des soins, elle est définie par l'OMS comme la capacité de « *garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.* » (36). Il s'agit donc d'un concept multidimensionnel, requérant des critères de jugement multiples :

- L'efficacité des soins prodigués, qui permettent de restaurer ou de maintenir la santé des usagers ;
- L'adéquation, c'est-à-dire que les soins prodigués s'appuient sur les dernières connaissances scientifiques disponibles ;
- L'équité, c'est-à-dire que les soins sont prodigués avec équité et impartialité à chaque usager ;
- L'efficacité des soins qui sont les meilleurs et qui obtiennent les meilleurs résultats au moindre coût ;

- La sécurité des soins garantie par la mise en place de mesures afin de protéger les usagers d'éventuels événements indésirables associés aux soins ou d'en réduire les conséquences ;
- L'accessibilité des soins afin que l'utilisateur puisse en bénéficier quand il en a besoin, au moment opportun, quels que soient son handicap, son lieu d'habitation et ses ressources financières ;
- La continuité des soins qui assurent une prise en charge continue de l'utilisateur et coordonnée entre les professionnels ;
- La prise en compte des besoins exprimés par l'utilisateur (préférences, attentes, besoins et valeurs) .

La bienveillance est ainsi un concept prépondérant pour l'organisation et le bien-être des individus en EHPAD. Néanmoins, il est important de ne pas négliger d'autres facteurs qui jouent un rôle tout aussi important dans cette organisation : la motivation.

D. La motivation

1. Définition de la motivation

Usuellement, la motivation est définie comme « *L'ensemble des motifs qui expliquent un acte* » (37).

La motivation représente le « pourquoi » et le « comment » du comportement de l'individu. On peut la désigner par les termes « curiosité », « désir d'apprendre » ou encore « moteur ». La motivation est donc l'ensemble des facteurs environnementaux, sociaux, culturels et financiers qui poussent une personne à entreprendre une action, une tâche. La motivation, est donc l'élément déclencheur (moteur) qui permet à une personne de puiser dans ses ressources afin d'obtenir la force et le courage nécessaire à l'atteinte de ses objectifs. Cette motivation vient donc en opposition à l'amotivation qui, elle, se définit comme « *l'absence de toute motivation chez l'individu* » (38). Elle résulte de situation où l'individu n'établit aucune relation entre ses comportements et les résultats qu'il obtient. L'individu n'est alors pas motivé et se trouve dans un état de résignation.

Un peu plus tard, Roussel donne sa propre vision/conception de la motivation qu'il définit comme « *un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus* » (39).

Deci et Ryan (40) : pour eux la motivation repose sur 3 besoins psychologiques : le besoin de compétence, d'autonomie et des relations sociales. Bandura (41), quant à lui, ne parle pas de motivation à proprement parler mais de « sentiment d'efficacité ». En effet, pour lui, la motivation n'est qu'un médiateur de ce sentiment d'efficacité personnelle qui permet à l'individu d'atteindre, de produire les effets/ buts qu'il recherche. La théorie de l'autodétermination permet de faire la distinction entre les divers types de motivation (42).

2. Les formes de motivations

a. La motivation intrinsèque

On parle de motivation intrinsèque lorsque l'individu fait une activité parce qu'il la trouve intéressante et qu'elle lui apporte satisfaction ou plaisir. L'individu qui agit sous l'impulsion de la motivation intrinsèque le fait parce que l'activité elle-même est pour lui source de gratification. La personne est intéressée par ce qu'elle fait et manifeste de la curiosité.

Selon Valleyrand, la motivation intrinsèque se décline en 3 sous-catégories :

- La motivation intrinsèque à la connaissance : dans laquelle l'individu effectue ses activités pour le plaisir d'apprendre des nouvelles choses
- La motivation intrinsèque à la stimulation : dans laquelle l'individu est motivé grâce aux sensations fortes qu'il éprouve dans ses activités professionnelles
- La motivation intrinsèque à l'accomplissement : dans laquelle l'individu a le sentiment de relever des défis (43).

b. La motivation extrinsèque

On parle de motivation extrinsèque lorsque l'individu entreprend une activité en fonction d'une conséquence qui lui est extérieure. L'individu agit alors avant tout pour obtenir une récompense ou pour éviter une punition.

Dans la motivation extrinsèque, on retrouve quatre formes d'intériorisation :

- La régulation intégrée/ l'intégration : dans lequel le sujet choisit librement de s'engager dans une activité parce qu'il perçoit une concordance entre l'activité et ses motifs internes. L'importance accordée à l'activité va permettre à l'individu de s'y engager librement. Parmi les formes d'intériorisation, l'intégration est la plus poussée et constitue le meilleur moyen pour que les comportements motivés par des facteurs extrinsèques deviennent vraiment autonomes ou autodéterminés.
- La régulation identifiée/l'identification : l'individu s'identifie à la valeur de l'action et accepte de son plein gré de réguler son comportement. L'individu ressent alors une plus grande autonomie et n'a pas le sentiment qu'on cherche à le pousser où à la contraindre.
- La régulation introjectée/ l'introjection : elle implique que l'individu accepte une exigence, une demande ou un règlement externe mais qui ne les fait pas totalement siens. Cette forme montre chez l'individu une intériorisation plus faible des facteurs qui influencent ses comportements et ses actions. Cette forme de motivation est dépendante des facteurs.
- La régulation externe : elle caractérise l'individu qui est motivé « *par des éléments extérieurs à l'activité comme des récompenses matérielles ou l'évitement de punitions* » (Ryan et Deci, 2000, 61).

Dans le travail, on discerne deux grands types de motivation : la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. Le premier type de motivation est l'incarnation des raisons pour lesquelles une personne choisit d'exercer le métier qu'elle fait et pas un autre (sauf rare exception). Il s'agit alors pour la personne d'exercer un métier qui lui permette de s'accomplir, de répondre à ses propres convictions et à ses valeurs. La motivation extrinsèque, elle, est influencée par l'environnement et les éléments externes à la personne. Dans la société actuelle, on l'interprète sous l'idée que les personnes travaillent car elles y sont obligées, pour gagner de l'argent, pour vivre.

Bien que toutes les deux contribuent à donner de la motivation aux travailleurs, l'une d'elle reste pourtant plus importante. Il s'agit de la motivation intrinsèque qui a plus de valeurs aux yeux de l'individu. Néanmoins, comme nous l'avons vu précédemment, cette motivation est de plus en plus mise à mal dans les EHPAD. Ce

phénomène s'explique notamment par le manque de satisfaction, la frustration voire même dans certain cas par un sentiment de culpabilité naissant chez les soignants. Le travail ne répond alors plus aux critères d'accomplissement personnel du soignant et celui-ci finit par se focaliser uniquement sur l'extrinsèque. Commence alors une démotivation en cascade puisque cette motivation extrinsèque, qui est alimentée que par des éléments externes à la personne, ne sera pas assez forte pour permettre d'accomplir le travail. Le travail perdra alors de son sens pour le soignant et il n'y verra plus d'effet de satisfaction ou de source de gratification. In fine, l'individu subit des dommages sur santé mentale et physique et cela le conduit à ce qu'on appelle l'amotivation c'est-à-dire l'absence totale d'intérêt ou de goût pour le travail.

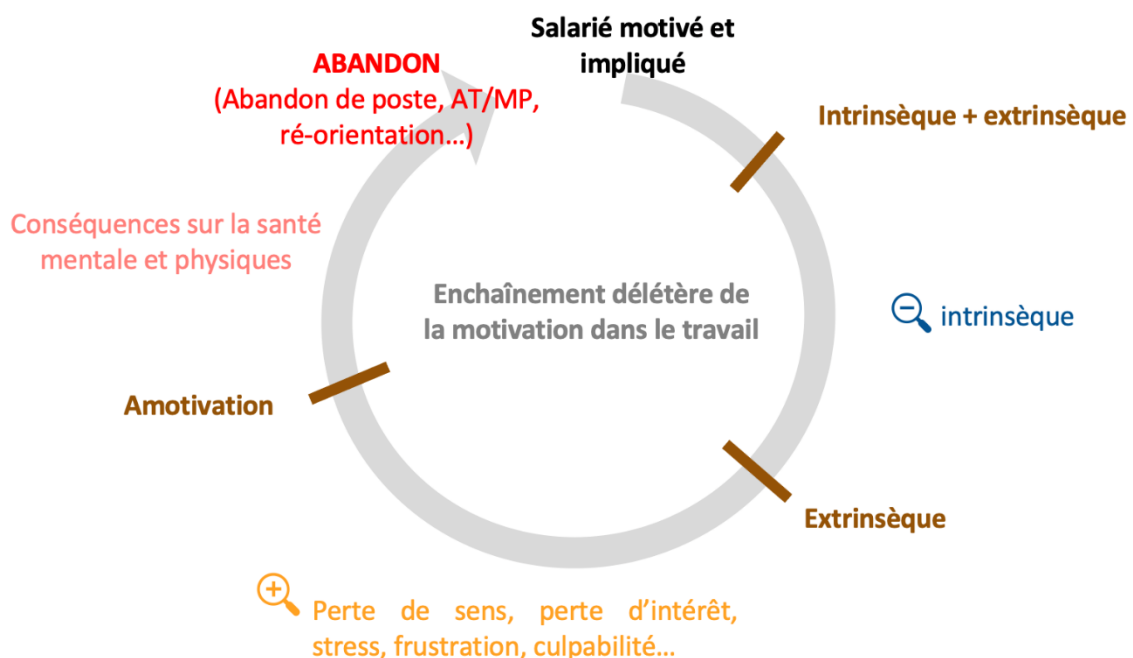


Figure 5 : enchaînement délétaire de la motivation dans le travail

Dès lors, au vu de l'ensemble de ces éléments nous sommes amenés à essayer de comprendre l'impact que peut avoir cet enchaînement délétaire de la motivation au travail sur la prise en charge des personnes âgées en EHPAD.

L'EHPAD est une institution qui a longtemps évoluée pour devenir ce qu'il est aujourd'hui. Il incarne le nouveau lieu de vie de la personne âgée dans lequel professionnels et résidents évoluent et co-habitent. Cette institution doit donc par conséquent répondre à certaines exigences.

Cela passe par la mise en place d'un management bienveillant et la garantie d'une motivation des équipes soignantes prenant en charge les résidents.

Le management, comme nous venons de le voir, est un concept en constante évolution depuis son apparition dans la société. L'un des enjeux majeur aujourd'hui est de pouvoir faire évoluer et appliquer ce concept au secteur du médico-social. La raison de cette complexité d'adaptation est qu'il doit s'imbriquer, communiquer et s'harmoniser avec deux concepts prépondérants dans l'organisation d'un EHPAD : la bienveillance et la motivation.

La bienveillance est un concept qui ne doit pas être écarté du domaine médico-social. La raison ? Et bien tout simplement parce qu'au sein des EHPAD, c'est de l'humain qui gère de l'humain. Dans ce cas de figure, cela signifie qu'il faut porter attention à ses collaborateurs et aux personnes que l'on prend en charge.

Néanmoins, afin que cette gestion bienveillante soit effective, notamment envers les résidents, il faut que la motivation soit présente et stimulée. Nous définissons donc ici la motivation et la positionnons en tant que vecteur de l'action bienveillante et du bien-être.

Tous ces éléments nous amènent donc à nous interroger sur comment les EHPAD s'y prennent afin de s'approprier ces concepts ? Comment les mettent-ils en place et quels sont leurs impacts s'ils ne sont pas appliqués de manière adéquate ?

II. L'EHPAD comme lieu d'appropriation de ces concepts.

Dans cette seconde grande partie, nous allons mettre en relation les concepts de management, bienveillance et motivation avec l'EHPAD. Cette approche a pour objectif de voir comment ces trois concepts communiquent et s'imbriquent de par leur utilisation quotidienne par les acteurs de cette institution.

A. La culture de la bienveillance en EHPAD

Dans cette partie, il s'agit de s'attarder sur les moyens et méthodes mis en place par les EHPAD afin de garantir une culture de la bienveillance au quotidien.

1. Une charte et des normes : la bienveillance encadrer

Afin de garantir une organisation bienveillante, les institutions doivent pouvoir être appuyées lors de sa mise en place. C'est la raison pour laquelle l'ANESM a mis à la disposition des EHPAD une charte de la bienveillance ainsi qu'une démarche éthique. En effet, l'éthique et la bienveillance sont indissociables. L'éthique est une *« réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées »*¹ Après lecture de cette définition, il apparaît clairement que la notion d'éthique ne peut être définie sans faire référence aux concepts de morale, de bonnes pratiques et de responsabilité (« bien agir »). Ce sont là l'ensemble des éléments qui sont compris derrière le terme de bienveillance.

Dans les EHPAD, le bien-être de la personne âgée passe avant tout par l'acceptation de soi et de sa condition. En effet, la personne âgée qui entre en institution a des difficultés à appréhender les aspects positifs de sa condition et a tendance à en voir uniquement les points négatifs. Or, une personne qui adopte des attitudes positives envers elle-même va se révéler être dans un meilleur bien-être psychologique. Également, le degré d'autonomie de la personne va influencer sur sa détermination et ses propres convictions. En cette façon, plus la personne est autonome, plus elle a une meilleure résistance à la pression sociale. Elle est alors plus indépendante lors de la prise de décision.

¹ ANESM, Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

« La qualité de la vie d'une personne est en rapport direct avec sa volonté d'exceller, quel que soit le domaine où elle s'exerce. »

— **Vince LOMBARDI**

Avoir le regard tourné vers le futur est également une conduite importante pour la personne âgée. Cela signifie pour elle, avoir une vision de l'avenir, avec des buts, des objectifs. Or, ce sont ces mêmes buts et objectifs qui donnent du sens à notre existence. Ces préceptes de vie constituent, en quelque sorte, notre projet vital. Suivant cette volonté de donner un sens à la vie en institution, les EHPAD ont mis en place, depuis la loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le projet de vie personnalisé. Ce projet a pour but de baser l'accompagnement de la personne sur une bonne connaissance de sa vie, de son histoire et de ses besoins. De ce projet de vie découleront les projets de soins et d'accompagnement personnalisé. Chacun de ses projets a donc comme principaux objectifs de :

- Faire participer le résident à la vie de l'établissement ;
- De respecter les droits et libertés de la personne accueillie ;
- De promouvoir la bientraitance ;
- De veiller à la sécurité et à la protection de la personne accueillie ;
- De promouvoir une vie sociale et familiale ;
- Maintenir ses capacités physiques et psychiques.

Tous ces éléments donnent donc lieu au développement personnel du résident, ce qui lui permet de continuer à grandir et d'évoluer en se fixant de nouveaux objectifs **(44) (45)**.

Également, l'environnement est un facteur clé du bien-être de la personne accueillie. Assurément, la personne âgée qui est capable d'avoir des interactions sociales stables et fortes bénéficie alors d'un soutien social dans cette période charnière de sa vie. De plus, la personne âgée qui a le sentiment de pouvoir influencer sur son environnement afin de l'améliorer présente moins d'insécurité. C'est sur ce sentiment que souhaite jouer l'EHPAD en permettant au résident de personnaliser son logement avec des effets personnels de son ancien domicile (meubles, décorations, photos...). De cette manière, le résident peut s'approprier ce nouveau lieu de vie et se sentir chez lui, dans un environnement familier et éloigné pour

quelques instants la tristesse et la froideur de l'ambiance médicale environnante. L'objectif de cette démarche est donc, in fine, de permettre le bien-être du résident.

2. S'incarner dans le bien-être des personnes accompagnées

Au sein des EHPAD aujourd'hui, la bienveillance passe par le bâti et l'architecture en elle-même. En effet, le choix des matériaux et des couleurs à l'intérieur d'un établissement sont non négligeables pour le bien-être des résidents. L'EHPAD, par définition, est le nouveau domicile de la personne âgée. Il est donc important de mettre des couleurs chaudes pour favoriser son bien-être et que le résident se sente « comme à la maison ». Il est dit que *« plus un individu passe de temps dans un espace, plus ce dernier doit être en adéquation avec ses besoins. »*
(46)

On observe également des actions menées dans le but d'incarner un environnement bienveillant et centré sur le bien-être de la personne accueillie. Ces actions se traduisent par la mise en place d'espaces de détente et de stimulation positive de la personne âgée. Ainsi, des espaces snoezelen ou encore des jardins thérapeutiques se multiplient. Ces espaces constituent une approche non médicamenteuse qui a déjà bien démontré ses bienfaits sur les résidents mais également sur le personnel soignant.

Cette volonté de s'impliquer dans une démarche bienveillante transparait également au travers un éventail de services et d'offres de soin qui sont proposés au résident. Ainsi, des ateliers de sophrologie, de gym douce, de musicothérapie ou de zoothérapie ont vu le jour au sein de ces institutions. Une liste d'activités en faveur du bien-être

B. Motivation et prise en charge, quelle conjugaison ?

Dans cette partie, nous allons essayer de comprendre les connexions existantes entre la motivation et la prise en charge en EHPAD.

1. Motivation des professionnels : quelles entraves ?

Aujourd'hui, l'âge d'entrée en EHPAD est de plus en plus tardif. En effet, entre 2011 et 2015, on passe d'un âge d'entrée moyen de 85 ans à 85,9 ans. La raison ? L'allongement de l'espérance de vie depuis la période de l'entre-guerre mais également les mesures des politiques publiques. Ces mesures visent le maintien à domicile des personnes âgées². Dès lors, cette entrée plus tardive en institution a une incidence sur le type de public accueilli. Le niveau de dépendance des résidents aujourd'hui n'est plus le même qu'il y a 30 ans et continue de s'accroître depuis 2015.

Ainsi, au vu de ces éléments nouveaux, les équipes soignantes voient un alourdissement de leur charge de travail. Au-delà du niveau de dépendance, il y est aussi question d'un changement de profil pathologique des résidents. En effet, neuf résidents sur dix âgés de moins de soixante-dix ans souffrent de troubles de cohérence et 35% d'entre eux sont atteints d'une maladie dégénérative. Selon la DREES, les personnes âgées en EHPAD cumuleraient en moyenne huit pathologies (cf. tableau 2).

Diagnostics	EHPAD						Logements-foyers				
	par sexe		par GIR				par sexe		par GIR		
	Femmes	Hommes	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	Ensemble	Femmes	Hommes	GIR 1 à 4	GIR 5-6	Ensemble
Ensemble des pathologies	7,9	7,6	8,6	7,3	5,7	7,9	5,5	5,4	6,6	4,9	5,4
Pathologies chroniques stabilisées	6,9	6,5	7,3	6,3	5,1	6,8	4,9	5,1	5,7	4,5	4,9
Pathologies chroniques non stabilisées ou aiguës	2,6	2,7	2,7	2,5	2,1	2,6	2,2	1,8	2,3	2	2,1
dont pathologies chroniques non stabilisées	2,3	2,5	2,5	2,2	2	2,4	1,9	1,4	1,8	1,8	1,8
dont pathologies aiguës	1,8	1,8	1,8	1,7	1,6	1,8	1,3	1,1	1,3	1,2	1,3
Part de la population (en %)	74	26	53	34	11	100	75	25	17	57	100

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; GIR : groupe iso-ressources.
Lecture • Les hommes résident en EHPAD et atteints d'au moins une pathologie souffrent en moyenne de 7,6 pathologies (hors état grabataire ou terminal).
Champ • France, résidents en EHPAD et logements-foyers souffrant d'au moins une pathologie (hors état grabataire ou terminal).
Source • Enquête EHPA 2011, DREES.

Tableau 2 : nombre de pathologie par résident en EHPAD

La fréquence d'apparition de ces pathologies dépend du niveau de dépendance du résident. Cela signifie que plus la perte d'autonomie est importante,

² Instaurées en 1960, les politiques encouragent et facilitent ce maintien à domicile notamment par la création de l'APA en 2001 qui prend en compte dans son champ les services prestataires d'aide à domicile.

plus le résident a le risque de déclarer une pathologie. Également, l'émergence de ces pathologies a été renforcée par l'accueil de publics nouveaux (personnes handicapées vieillissantes, personnes présentant des troubles psychiatriques...).

Toutes ces évolutions impactent fortement les modes d'accompagnement des résidents par les soignants. On se retrouve alors avec une amplification des tâches sanitaires au détriment du relationnel et du maintien des capacités. On assiste à des professionnels accomplissant des gestes répétés et des efforts de manutention (levés, portés...). De surcroît, on constate également une hausse de la charge mentale et du stress subies par les équipes (47).

La somme de ces facteurs nous dévoile bien toute la difficulté et la complexité de la prise en charge en EHPAD aujourd'hui.

Les conséquences de ces évolutions sur le personnel soignant est sans appel. En effet, comme nous venons de le voir, l'EHPAD est un milieu professionnel propice au développement des difficultés pour les soignants. D'une part, compte tenu de la charge de travail importante induite par l'état de santé des résidents. D'autre part, en raison de l'organisation institutionnelle qui privilégie l'atteinte des résultats à court terme au détriment du bien-être du personnel.

Face à tous ces facteurs de stress et à ces atmosphères pesantes, le soignant peut avoir la sensation d'être pris au piège. Et, arrivé à un certain seuil critique, qui est propre à chaque individu, l'inconfort et la souffrance du personnel soignant est telle qu'elle peut avoir de lourdes conséquences. Les résidents peuvent alors devenir les victimes de comportements inappropriés de la part du soignant, pouvant aller jusqu'à de la maltraitance physique et/ou verbale. Cette maltraitance peut également transparaître au travers d'une mauvaise prise en soins. Ce dernier point d'ailleurs, est à mettre en corrélation avec l'état de santé psychique du soignant. En effet, si celui-ci en vient à commettre des actes contraires à la profession c'est le signe d'un épuisement professionnel.

Le travail au quotidien d'un professionnel dans un EHPAD demande une grande sollicitation du corps. Manutention, déplacements, mouvements répétés... Voilà autant de tâches qui mettent le corps à rude épreuve. Cela est favorable au

développement de troubles musculo-squelettiques. Il s'agit « *des troubles de l'appareil locomoteur pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien où l'aggravation. Il affectent principalement les muscles, les tendons et les nerfs c'est-à-dire les tissus mous.* » (INRS, 2015. Troubles musculo-squelettiques). Les TMS touchent principalement le dos, les membres supérieurs et inférieurs.

Selon l'Assurance Maladie, les TMS ont augmenté de 2,1% en 2019 et parmi ces syndromes TMS, 91% concernent les membres supérieurs. De plus, toujours selon elle, 94% des maladies professionnelles au sein des EHPAD sont liées aux TMS **(48)**.

Outres les risques physiques, l'alourdissement de la charge de travail peut favoriser la survenue des risques psycho-sociaux. Ils apparaissent alors dans un environnement de travail où le management, l'organisation et les conditions de travail sont inadaptés. Ces risques se développent également dans les établissements souffrant d'une pénurie de personnel. Les soignants et aidant en EHPAD sont confrontés au quotidien à la souffrance des personnes sous divers aspects : la mort, la maladie, la sollicitation constante des familles, l'isolement de certains résidents... Face à cela, les soignants se retrouvent en souffrance et n'arrivent plus à mobiliser leurs ressources pour faire face. Dans la majorité des cas, ces situations se soldent par le burn-out, l'épuisement moral et professionnel voire la dépression. Le rapport de l'Assurance Maladie au sujet des affections psychiques liées au travail est très parlant sur leur forte présence dans le secteur des EHPAD. En effet, le secteur médico-social concentre à lui seul près de 20% (englobe l'hébergement médico-social et social, l'action sociale sans hébergement et les activités pour la santé humaine) des accidents du travail liées aux affections psychiques. Chiffre assez élevé quand on sait que ce secteur n'emploie pourtant qu'environ 10% des salariés **(cf. tableau 3)**.

Secteurs économiques	Nb d'affections psychiques liées au travail	Poids du secteur dans les affections psychiques	Effectif salarié du secteur	Poids du secteur en nb de salariés	Indice de fréquence des affections psychiques liées au travail*
Transports terrestres et transport par conduites	1 439	15 %	539 323	3 %	2,67
Commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles	1 227	13 %	1 597 871	9 %	0,77
Hébergement médico-social et social	900	9 %	521 977	3 %	1,72
Administration publique et défense ; organismes de Sécurité sociale	533	6 %	1 271 231	7 %	0,42
Action sociale sans hébergement	517	5 %	632 663	3 %	0,82
Activités de poste et de courrier	434	5 %	126 105	1 %	3,44
Restauration	421	4 %	729 968	4 %	0,58
Activités pour la santé humaine	413	4 %	906 197	5 %	0,46
Activités immobilières	378	4 %	250 071	1 %	1,51
Activités des services financiers, hors assurance et caisses de retraite	252	3 %	451 305	2 %	0,56
Enquêtes et sécurité	214	2 %	181 593	1 %	1,18
Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager	206	2 %	392 224	2 %	0,53
TOTAL	6 934	72 %	7 600 528	41 %	0,91

* Nombre d'affections psychiques liées au travail pour mille salariés.

Tableau 3 : principaux secteurs d'activité à l'origine des affections psychiques reconnues en accident du travail en 2016

In fine, l'ensemble de ces éléments vont concourir à mettre à mal l'institution en elle-même. Effectivement, les troubles musculo-squelettiques et les risques psycho-sociaux vont engendrer des accidents du travail ou des maladies professionnelles. D'après l'Assurance Maladie, les accidents du travail sont trois fois plus nombreux pour les activités menées auprès des personnes âgées (environ 23% des AT). Elle a même précisé que les accidents du travail en EHPAD représentaient 16% des AT **(49)** en France. Ces mêmes AT/MP sont à l'origine de l'absentéisme des établissements accueillant du public fragile. In facto, à travers les indicateurs du tableau de bord des établissements médico-sociaux, l'ANAP a mis en évidence un fort taux d'absentéisme dans les EHPAD en 2019 **(50)**.

Cet absentéisme entraîne donc un manque de personnel pour ces établissements. Les équipes soignantes sont ainsi confrontées à une charge de travail plus importante mais pour un temps d'accomplissement qui reste inchangé.

Conséquemment, le personnel soignant doit prendre sur lui et puiser sans cesse dans ses propres ressources afin de faire face à cette difficulté. Cette action le conduit à un épuisement moral mais également physique. Les conséquences sur les résidents se font ressentir assez vite puisqu'ils manquent d'attention, d'interactions sociales et d'accompagnement de la part des soignants. In fine, ils sont victimes de maltraitance.

Nonobstant, il ne faut pas omettre que le personnel soignant, en plus des problèmes et difficultés rencontrés sur le terrain, peut également avoir des soucis personnels.

Contrairement à la croyance populaire de la séparation vie privée/vie perso, il est complexe de compartimenter les problèmes personnels d'un côté et les problèmes professionnels de l'autre. Ainsi, quand un individu rencontre des difficultés dans sa vie extra-professionnelle, il lui est impossible d'en faire abstraction au travail. Ces problèmes relevant de la vie personnelle du travailleur représentent un important facteur de risques psychosociaux. C'est pourquoi le management se doit d'être bienveillant. Il doit prendre en compte tous ces facteurs externes pouvant influencer les comportements et attitudes des salariés. Le but n'étant pas de résoudre les problèmes rencontrés par le salarié mais de faire en sorte qu'ils n'interfèrent pas avec son travail. Le management, on le rappelle, est là pour accompagner le salarié dans son travail et lui garantir un certain bien-être dans l'exercice de ce dernier.

Également, il ne faut pas oublier que la structuration de l'établissement impacte également les conditions de travail des soignants. Une bonne architecture et un bon aménagement de l'établissement permettent l'opérationnalité de celui-ci. Le bon agencement et l'équipement de celui-ci permettent un gain de temps et d'énergie pour les équipes soignantes. Cela permet d'éviter des situations d'épuisement moral comme rencontrées dans un EHPAD en France dont témoigne un aide-soignant « [...] Notre réseau d'eau est vétuste. Un ascenseur a un problème de fermeture de portes depuis plusieurs semaines. Il n'a toujours pas été réparé malgré notre signalement » (51).

« L'architecture est une tournure d'esprit, pas un métier ».

— Le Corbusier

Cette répercussion de la charge de travail est également induite par le secteur du médico-social en lui-même. En effet, celui-ci n'est apparu que très tardivement en France, notamment par la loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (52). Étant un domaine à la frontière entre le social et le sanitaire, il lui a fallu s'adapter pour répondre aux besoins du public accompagné. Ce domaine du médico-social a donc entrepris d'adapter les réglementations, préceptes et modèles du sanitaire afin de répondre au mieux aux besoins de son public. Ce champ est donc émergent et les lois régissant ce secteur n'ont été édictées que très récemment (moins d'une vingtaine d'années). Aujourd'hui, le but est tout autre. Il s'agit d'adapter les règles, lois et conventions à ces établissements. Il ne s'agit plus de faire comme il y a de cela plusieurs années, adapter les établissements pour qu'ils puissent coller aux réglementations. Ici, l'idée est de se baser sur les besoins des personnes accueillies et d'instaurer des réglementations propres au secteur du médico-social.

2. Lutter contre la démotivation des salariés

Elton Mayo a démontré dans sa théorie de la psychologie de la motivation que les résultats du travail de l'individu sont grandement améliorés par l'attention que lui porte ses supérieurs. Le rôle du manager au sein d'une entreprise est donc d'être une figure de motivation. Il se doit de rendre explicite l'objectif du travail accompli par le soignant pour lui donner du sens. Il doit agir pour le bien commun et ainsi mobiliser les collaborateurs afin que tout le monde travaille dans la même direction. Pour ce faire, le manager doit encourager le collaborateur afin d'améliorer ses performances et sa confiance en lui-même. C'est ce qu'on appelle l'effet pygmalion (cf. figure 7). Il consiste en l'amélioration des performances d'un individu en fonction du degré de croyance en sa réussite venant d'une autorité ou de son environnement. Ainsi, le simple fait de croire en la réussite de quelqu'un et de lui communiquer cette croyance améliore ses probabilités de succès.

« Dès que les professeurs commencèrent à la traiter en bon élève, il le devient véritablement : pour que les gens méritent notre confiance, il faut commencer par leur donner. »

— Marcel PAGNOL

A l'inverse, si le manager ne conçoit pas à croire ou reconnaître les capacités du salarié et à croire en sa réussite, cela peut entraîner des conséquences délétères sur le travail effectué. C'est ce qu'on nomme l'effet golem (**cf. figure 8**). Celui-ci aura pour effet de conditionner un individu avec des attentes négatives provoquant une diminution de son estime de soi, de son sentiment d'efficacité personnelle et de sa performance. Ainsi, l'effet golem montre qu'un potentiel jugé comme limité par une autorité peut conduire à de moins bonnes performances (**53**).

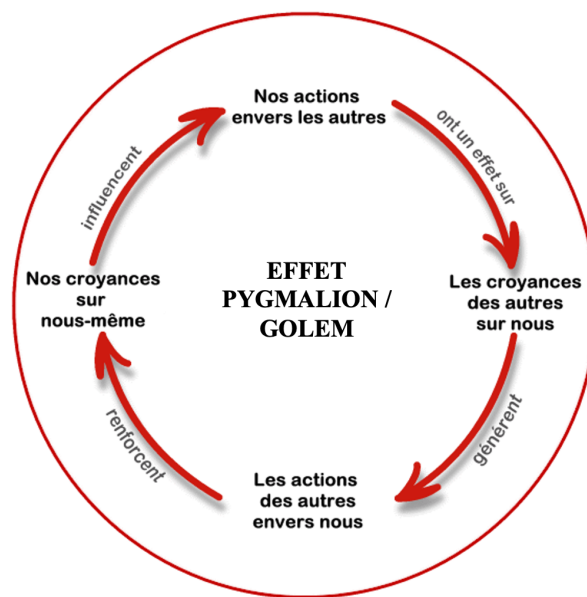


Figure 6 : l'effet pygmalion et l'effet golem

« Je considère que je suis simplement responsable de l'équipe et des grands principes mais tout ce qui relève de la situation de jeu leur appartient » (**54**) . Voilà les termes employés par l'entraîneur de l'équipe de France de handball Claude ONESTA. Pour le manager en EHPAD, c'est le même principe. Il doit s'appuyer en grande partie sur les qualités de ses collaborateurs en partant du principe qu'ils sont compétents. Le cas contraire, attention à l'effet Golem...

Le directeur d'EHPAD est donc, par sa position dans l'établissement, un manager de proximité. Il est au cœur du terrain et au plus près des collaborateurs dont il a la charge d'accompagner au quotidien. En tant que manager de proximité, il doit pouvoir soutenir et considérer le travail des salariés. C'est d'ailleurs, si on se réfère à la définition suivante, une de ses principales missions. « *Le manager de*

proximité est une personne qui assure au quotidien l'animation et l'encadrement d'une ou plusieurs équipes placées sous sa responsabilité. Il organise et planifie l'activité, et en réalise le suivi régulier. Il a également un rôle de maintien et de développement des collaborateurs » (55). Le directeur manager se doit également d'inclure et d'impliquer les équipes dans les prises de décision pour leur montrer l'intérêt qu'il leur porte et leur importance dans l'établissement.

Cependant, l'ANACT a récemment constaté que *« le management a perdu de vue son rôle de soutien et de régulation et s'est éloigné de la mission fondatrice de sa fonction : comprendre et soutenir ses équipes, faciliter la coopération entre individus, développer la capacité des salariés à réaliser des arbitrages pertinents, s'assurer qu'ils ont des objectifs clairement hiérarchisés, consolider le jugement » (56).*

Il est donc devenu clair que le management mené actuellement dans les EHPAD doit être recentré sur le salarié et la reconnaissance de son travail. Selon Brun, la reconnaissance au travail est *« un jugement posé sur la contribution du travailleur, tant en termes de pratique de travail que d'investissement personnel et de mobilisation. En outre, elle consiste à évaluer les résultats de ce travail et à les souligner. » (57).* Cette reconnaissance est avant tout un outil de mise en avant et de gratification du travail des individus. Selon Brun et Dugas (58), il existe 4 types de reconnaissance au travail :

- La « reconnaissance existentielle », qui a pour objectif de reconnaître et prendre en considération l'individu dans l'entreprise. Elle est d'une grande importance puisqu'elle prend en considération les discours et les pensées des individus et les intègre dans l'entreprise ;
- La « reconnaissance dans la pratique au travail » qui reconnaît la capacité de l'individu à travailler, son organisation dans le travail ;
- La « reconnaissance de l'investissement dans le travail », quant à elle, juge les efforts consentis par le travailleur afin d'accomplir ses missions et d'atteindre l'objectif ;
- La « reconnaissance des résultats » est une autre forme de reconnaissance au travail. Cette dernière se base sur des résultats concrets traduisant un échec ou une réussite.

Il est donc primordial que le manager en EHPAD soit attentif à tous ces facteurs. La démotivation est un phénomène inhérent à toute entreprise et faisant partie intégrante de la complexité du management. Toutefois, il est du devoir du manager d'éviter que celle-ci ne s'installe de manière durable dans l'entreprise. Il doit donc mettre en œuvre tous les moyens motivationnels et de reconnaissance afin d'accompagner et soutenir le collaborateur dans l'accomplissement de son travail.

Lutter contre leur démotivation c'est prendre en compte la pénibilité de leur travail. Pour déployer des actions en conséquence.

C. Le management bienveillant, moteur de l'innovation sociale

« L'innovation sociale consiste à élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits dans les conditions actuelles du marché et des politiques sociales, en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et usagers. Ces innovations concernent aussi bien le produit ou service, que le mode d'organisation, de distribution, dans des domaines comme le vieillissement, la petite enfance, le logement, la santé, la lutte contre la pauvreté, l'exclusion, les discriminations » (59).

Avec l'arrivée de nouvelles générations dans ces établissements, des changements sont nécessaires. Effectivement, les attentes et codes de ces individus sont bien différents et les poussent à la recherche de sens, de respect, d'esprit d'équipe et plus généralement de bienveillance. Il s'agit là, pour eux, d'éléments incontournables avant de rejoindre une organisation.

Pour motiver les équipes et leur permettre de gagner en compétences, il est indispensable d'innover dans les modes de gestion des établissements et dans les modes de management des équipes. Il s'agit alors, par exemple, de laisser les professionnels explorer leurs compétences afin qu'ils prennent plaisir à travailler ou encore de leur proposer des projets inspirants. De cette manière, les managers montrent leur attachement à faire progresser les équipes dans un environnement bienveillant prenant en compte leurs attentes, besoins et valeurs.

Innover est donc un élément prépondérant dans la préservation de la bienveillance et de la motivation. C'est pour cette raison que dans cette partie, nous allons explorer les éléments nécessaires à leur garantie.

1. La nécessité d'un cadre institutionnel plus adapté

De son côté, R. Roussillon, souligne que le cadre est porteur de l'histoire du dispositif, en particulier de son histoire refoulée [...] »**(60)**. Mais pour mieux comprendre ce terme de cadre institutionnel, il faut se pencher un peu sur le terme de cadre. Le mot cadre vient du latin *quadrus* qui signifie littéralement « carré ». Il s'agit alors de ce qui borne et limite l'action de quelqu'un. Ainsi, le cadre institutionnel incarne l'essence-même du fonctionnement d'un établissement. C'est l'ensemble des valeurs, des modèles et des normes qui vont influencer le mode de gestion d'une organisation **(61)**.

Le cadre institutionnel actuel des EHPAD ne permet malheureusement pas de satisfaire tous les besoins primaires des personnes âgées. Bien que d'abord destinées à accompagner les résidents dans leur fin de vie, ces institutions se sont très vite exclusivement focalisées sur le médical. On est alors davantage axé sur une prise en charge médicale et le suivi de l'état de santé de la personne, que sur la réponse et la satisfaction de ses besoins et désirs.

Il faudrait alors recentrer ou faire évoluer le projet d'établissement afin d'orienter le travail sur la satisfaction des besoins et désirs des résidents. Ces changements doivent donc s'accompagner de réelles preuves de la bonne mise en application des plans d'actions énoncés dans le projet.

Pour les résidents, il est question de mieux prendre en considération leurs besoins et notamment leurs besoins affectifs. Cela peut se faire via le projet de vie personnalisé. Pour ce faire, il est primordial pour l'institution d'avoir une écoute active et d'avoir une meilleure appréhension des besoins de la personne.

Pour les salariés, il s'agit de mettre en place de réelles actions de QVT. Il ne s'agit pas uniquement d'organiser des événements ponctuels. Il est question de se

pencher réellement sur les conditions de travail de ces derniers. Une écoute active et une attention particulière doit être portée aux facteurs favorisant les risques psychosociaux, la démotivation et le désintéressement de ces derniers. Il s'agit également de vérifier si les valeurs de l'entreprise correspondent toujours aux aspirations des salariés. Auquel cas, il faut penser à une adaptation de ces valeurs. Également, il faut penser davantage à ce qu'il se passe sur le terrain qu'à ce qui se dit sur le papier. Il faut penser à bien expliquer la raison et les enjeux de toutes les procédures et tâches aux salariés. Spécifiquement lorsqu'il s'agit de tâches davantage portées sur de l'administratif.

En outre, la politique institutionnelle ne doit pas uniquement se porter sur l'atteinte des objectifs économiques, administratifs et réglementaires. Cela entraîne une perte de sens pour tous les acteurs du processus mais également pour l'institution qui perd alors son essence-même, ce pourquoi elle existe à la base.

Un cadre institutionnel plus adapté, outre le changement des normes et réglementations des politiques publiques, passe avant tout par les acteurs de proximité. De par leurs actions, les managers de proximité peuvent changer les choses et rendre cette politique institutionnelle plus souple sur bien des aspects. Cependant, faire changer les réglementations de ces politiques n'est pas quelque chose qui se fait en un battement de cil. C'est un long processus qui demande aux acteurs de proximité de faire évoluer leurs pratiques. De cette manière, de par des actions quotidiennes et répétées, ces évolutions passeront du statut de « changement » ou « d'évolution » à « pratiques courantes ». Si ces pratiques s'ancrent dans le quotidien et les mœurs des institutions, alors les politiques publiques suivront, et des réglementations les concernant verront le jour.

c. Un point de vue novateur au service du bien-être

Comme évoqué plus haut, nous avons vu que le bien-être des résidents passe avant tout par la satisfaction de leurs besoins. Cela est rendu possible par des actions quotidiennes à la fois de la part des salariés mais aussi de la direction. Néanmoins, nous avons déjà fait apparaître précédemment l'idée que les besoins affectifs (et donc de sexualité) n'étaient pas, ou trop peu, satisfaits dans le cadre

institutionnel actuel des EHPAD. De plus, il y a peu d'études et de recherches axées vers cette problématique qui est encore bien d'actualité. Dans cette présente partie, il sera donc question de creuser un peu plus ce sujet afin d'entrevoir les changements de penser possible sur la sexualité en EHPAD.

Depuis plusieurs années déjà, on voit apparaître différents concepts portés sur la bientraitance en institution. Ils labellisent les établissements du médico-social selon leurs capacités à savoir répondre aux besoins des résidents et à les satisfaire. Ainsi, ont vu le jour des labels comme « qualité de vie et bientraitance » du groupe SGS, « Établissement bientraitants » lancé par Anne Picard ou encore le label « humanitude ». Ce dernier est le plus répandu dans les EHPAD en France. Il promeut la mise en place de méthodes pour une meilleure considération des personnes et de leurs besoins. Pour ce faire, il s'appuie sur cinq principes socles (cf. figure 8).

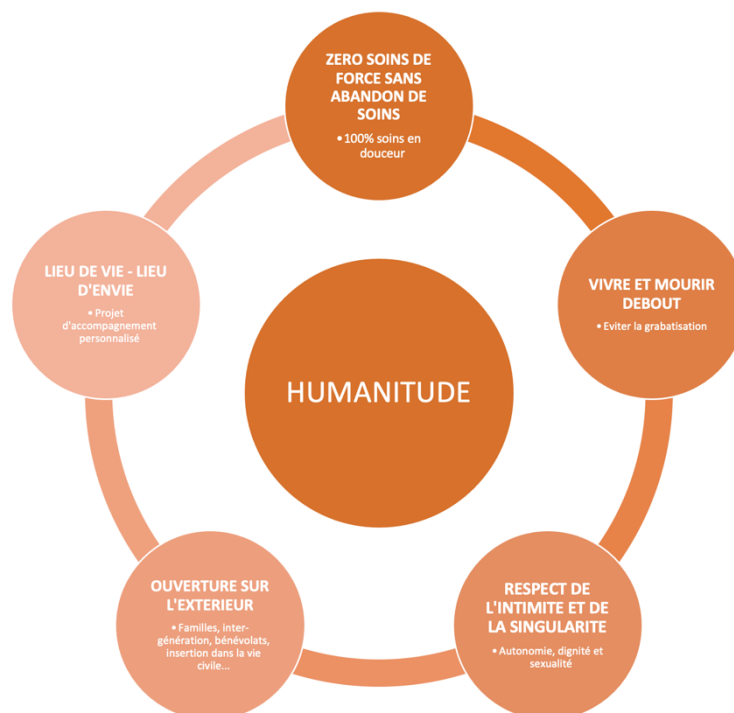


Figure 7 : les cinq principes socles du label Humanitude

Ainsi, avec ce concept humanitude « *Il ne s'agit pas seulement de traiter les personnes âgées avec humanité mais de les réhabiliter dans ce qu'elles possèdent de typiquement humain.* » (62)

Cependant, cette humanité n'est pas comprise dans son entièreté puisqu'elle ne prend pas en compte, ou très peu, les besoins affectifs des personnes âgées en institution.

L'enquête de Thibaud et Hanicotte **(63)** met bien en lumière que pour la majorité des soignants, il est difficile d'imaginer que des manifestations sexuelles puissent se réaliser à un âge avancé. Cela montre bien que l'importance de la sexualité est minimisée voir même niée. L'enquête démontre qu'une grande partie des soignants qui se trouvent face à un acte de sexualité du résident adopte des comportements d'ignorance ou de négation. Pour d'autres, face à une telle situation, ils se sentent obligés d'intervenir pour arrêter le comportement voire même de prévenir la famille du résident. En définitive, cette enquête amène à se questionner sur les représentations relatives à la sexualité des sujets vieillissants chez les corps soignants. Elle permet également de mettre en exergue le fait que les représentations sociales ont construit psychiquement un interdit de penser et d'échanger sur la sexualité **(64)**.

Nonobstant, selon la théorie de Freud, la reconnaissance de l'humanité passe par la reconnaissance de la sexualité en chaque être humain. C'est également reconnaître que tout être humain ressent, éprouve, au travers de son corps, des sensations, des envies. Il s'agit également de reconnaître qu'au travers de son esprit, l'individu ressent des émotions, des attirances, des sentiments **(65)**.

Ainsi, cette négation de la part des soignants, et par extension de l'institution, de la sexualité des résidents sonne comme un interdit. Cela va donc à l'encontre du droit fondamental au respect inconditionnel de la vie privée. Or, le rôle du médico-social et de ses intervenants est d'essayer de comprendre les formes prise par la sexualité. Il ne faut en aucun fermer les yeux sur cette problématique car elle nous dérange ou nous fait peur.

Ainsi, comme nous venons de le constater, la norme sociale n'est pas l'image d'une personne âgée ayant une sexualité. Des représentations véhiculées sur la sexualité des séniors sont plutôt de l'ordre de :

- « Les personnes âgées n'ont pas de désires sexuels » ;
- « Elles ne savent pas physiquement avoir de rapports sexuels » ;
- « Elles ne sont pas attirantes » ;
- « La sexualité des personnes âgées, c'est honteux et pervers ».

Toutes ces paroles mettent bien en avant que les représentations sociales sont connotées négativement. Après lecture de ces propos, on a l'impression que les personnes âgées ne sont plus considérées comme des hommes et des femmes mais uniquement comme des « vieux ». Dès lors, la personne âgée est déshumanisée. Sous prétexte de l'avancée en âge, celle-ci perdrait de sa beauté et de son attirance. Elle ne serait alors plus digne, apte à la sexualité. Le corps devient alors un simple objet de soins, dépourvu de toute forme de sensualité.

Peut-être que la définition de la sexualité et les représentations que l'on en fait est fausse. Voyons d'abord ce qu'est la sexualité et comment elle est définie par les instances. L'OMS définit la notion de santé sexuelle comme *« un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés » (66).*

Cette sexualité, est donc un droit pour chaque individu et cela s'applique également aux personnes âgées en institution. En effet, la Commission Communautaire Française a soutenu que *« le résident a droit au respect de sa vie privée, affective et sexuelle, notamment par l'obligation faite aux visiteurs et aux membres du personnel de l'avertir avant de pénétrer dans sa chambre. » (67).* La charte Européenne des Droits et Responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée affirme quant à elle que : *« toute personnes vieillissante dépendante conserve le droit à la vie privée et à l'intimité ainsi qu'à leur protection c'est-à-dire :*

- *Un espace réservé à eux seuls ou avec la personne de leur choix ;*
- *Pas d'empiètement sur la vie relationnelle intime ;*
- *Le droit à la confidentialité des informations communiquées. » (68)*

Ainsi, une des solutions possibles serait de faire appel à des aidants sexuels. Mais à l'heure actuelle ce n'est pas permis par la loi française contrairement à

d'autres pays européens. Il faut alors changer les mentalités sur la sexualité. Cela passe par la déconstruction des représentations que nous en avons. Il faut impliquer les soignants dans ce processus d'évolution de pensées. Leur faire comprendre que les personnes âgées, comme tout autre, sont des êtres humains qui ressentent des besoins, des désirs sexuels et affectifs. Également, outre les équipes soignantes, il faut aussi impliquer les familles dans cette évolution des pensées. Il faut faire assimiler aux proches et aux familles qu'elles n'ont pas à s'immiscer dans cette partie de la vie intime et privée du résident qui lui appartient à lui, et à lui seul.

Diverses réflexions ont d'ores et déjà été menée sur le sujet un peu partout en Europe. C'est ainsi qu'une association unique en France a vu le jour : L'Association pour la Promotion de l'Accompagnement Sexuel (APPAS). Elle a pour mission :

- Proposer un accompagnement à la vie affective, sentimentale et sexuelle aux personnes en situation de handicap. Cela est également ouvert aux personnes âgées en demande ;
- Faire valoir les droits et libertés fondamentaux relatifs au corps et à l'esprit des personnes vulnérables ;
- Promouvoir l'épanouissement social de ces personnes en demande.

Pour ce faire, elle propose un accompagnement de ce public par des aidants sexuels. Également, des formations, des journées d'information et de sensibilisation sont proposées aux professionnels du médico-social.

Cependant, ces prestations rémunérées posent problème en termes de responsabilités pénales. En effet, la demande d'intervention d'aidants sexuels est assimilée au délit de proxénétisme. Le code pénal le définit comme le fait « *d'aider, d'assister ou de protéger la prostitution d'autrui* » ou encore « *de faire office d'intermédiaire entre deux personnes dont l'une se livre à la prostitution et l'autre exploite ou rémunère la prostitution d'autrui.* » **(69)**. Une sanction est donc prévue par le code pénal pour toute personne « *détenant, gérant, exploitant, dirigeant, faisant fonctionner, finançant ou contribuant à financer un établissement quelconque ou utilisé par le public, d'accepter ou de tolérer habituellement qu'une ou plusieurs personnes se livrent à la prostitution à l'intérieur de l'établissement ou de ses annexes ou y recherchant des clients en vue de prostitution.* » **(70)**.

De plus, contrairement à d'autres pays européens, la législation française ne reconnaît pas la profession d'aidant sexuel. En effet, celle-ci a été assimilée à de la prostitution (71).

Néanmoins comme l'a si justement souligné Sophie Cuzel, secrétaire d'État auprès du premier ministre chargé des personnes handicapées : « *Il ne s'agit pas d'ouvrir un réseau de prostitution, cette question est totalement ridicule, à côté de la plaque. Ces assistants de vie sexuelle existent déjà en Belgique, aux Pays-Bas ou en Suisse. Allons voir comment ont été formés ces personnes.* » Effectivement, à ce jour aux Pays-Bas et au Danemark, l'assistantat sexuel est dépénalisé et reconnu comme un soin. Il est remboursé par les assurances sociales et les demandeurs ont même droit à des allocations (72). Alors pourquoi ne peut-on pas faire de même en France ? La raison est un souci d'ordre juridique et moral. D'après le Comité Consultatif National d'Éthique³, l'autorisation de mise en place d'un tel dispositif pourrait ouvrir une brèche juridique dans le droit français quant à la non-marchandisation du corps (73). Seulement « *l'éthique propre à une société peut-elle mettre en échec une liberté individuelle ?* » (74). En effet, si l'on part du principe que le résident a le droit à l'intimité et au respect de sa vie privée, cela signifie qu'il peut mener sa vie affective et sexuelle comme il l'entend. De plus, le principe de l'EHPAD de demain est véritablement d'incarner le domicile de la personne âgée. Partant de cela, on considère que la chambre du résident représente son lieu d'intimité, son domicile. Il peut ainsi y inviter qu'il souhaite et y faire ce qu'il désire comme notamment avoir recours à une assistance sexuelle.

Il est donc important de réfléchir à des moyens de permettre aux résidents qui le désirent, de pouvoir accéder à ces prestations. Néanmoins, il faut trouver des solutions pour ne pas remettre en cause, vis-à-vis de la loi, l'intégrité de l'établissement. Une piste de réflexion à creuser serait de ne pas placer l'institution dans une position d'intermédiaire entre le résident et le prestataire de l'assistance sexuelle. De cette façon, l'établissement ne pourrait être accusé de proxénétisme. Ainsi, l'établissement montrerait sa bonne volonté et son incapacité à s'immiscer dans la vie privée du résident, ce qui inversement serait contraire à l'éthique et la morale juridique.

³ Avis n°118 rendu le 18 octobre 2012, « vie affective et sexuelle des personnes – questions de l'assistance sexuelle

In fine, il faut que ce sujet soit discuté et penser directement avec les personnes concernées. De plus, il serait judicieux de commencer cette évolution des pensées et des pratiques en y posant les bases sur le principe de consentement mutuel. En effet, si le résident est consentant, libre de ses choix et a connaissance de ce qu'implique un tel dispositif, pourquoi ne pourrait-il pas y avoir recours ?

Cette deuxième partie a pour but de montrer comment les EHPAD appliquent et évoluent au quotidien avec les concepts de management, de bienveillance et de motivation.

Ainsi, nous avons vu qu'une culture de la bienveillance était présente en EHPAD. Appuyées par un cadre réglementaire, ces institutions mettent d'ores et déjà en place des actions et services pour garantir le bien-être des résidents au quotidien.

Nous avons également étudié les relations qui existent entre la motivation et la prise en charge des personnes âgées en institution. Cela nous a conduit à voir que la motivation jouait un rôle essentiel dans l'exercice quotidien des fonctions des équipes soignantes. Si celle-ci n'est pas présente, des effets délétères en chaînes peuvent alors apparaître et mettre à mal l'institution et son fonctionnement. Rationnellement, nous avons exploré les moyens de lutte contre cette démotivation. Et, non sans mal, nous en sommes venus à la conclusion que le management bienveillant était une des réponses dans cette lutte.

In fine, nous nous sommes penchés sur ce management bienveillant comme étant un moteur de l'innovation sociale en EHPAD. Il est alors apparu que les institutions nécessitent un cadre institutionnel plus adapté notamment pour une meilleure prise en compte des besoins affectifs et d'intimité des personnes âgées.

Tous ces éléments nous conduisent donc à mener une étude de terrain sur ces thématiques afin d'en questionner sa réalité.

III. Une forme de management à motiver

Jusqu'ici, nous nous sommes évertués à poser les bases théoriques des concepts de bienveillance, de management et de motivation. Nous avons également tenté de comprendre leurs éventuelles conséquences sur la qualité d'accompagnement des résidents en EHPAD. Néanmoins, il est pertinent d'observer ce qu'il se passe sur le terrain. Cela dans le but de vérifier et de confronter la véracité de nos hypothèses. Également, il est intéressant de pouvoir mettre en relief les cohérences et/ou incohérences entre le cadre théorique et la réalité de terrain.

Ainsi, au cours de cette dernière grande partie, nous sonderons la méthodologie d'enquête. L'attention portée à cette étude empirique va nous permettre de mieux appréhender la représentation que les acteurs de proximité ont du management, de la bienveillance et de la motivation. Elle mettra également en lumière leurs méthodes d'application de ces concepts au quotidien. La méthode qui est employée ici est la plus adaptée au sujet de la recherche et à la problématique.

A. Méthodologie de l'enquête

Dans cette partie, nous exposerons le choix de l'étude, la démarche ainsi que l'outil utilisé pour mener l'enquête de terrain.

1. Étude qualitative

Dans la réalisation de notre étude de terrain, nous avons fait le choix d'utiliser une étude qualitative. Celle-ci permet de comprendre et d'analyser le discours des personnes interrogées. Grâce à elle, il est possible d'analyser des phénomènes, comportements, faits ou sujets. L'objectif de cette méthode n'est pas d'obtenir une grande quantité de données mais véritablement de se concentrer sur la qualité de ces dernières. Cette démarche de recherche descriptive se base sur une approche réelle, humaniste. Elle nécessite donc de la part du chercheur une certaine empathie afin de comprendre en profondeur les situations, même complexes. Il se doit d'être observateur, à l'écoute et à l'affut des moindres signes qui apportent du sens au discours de la personne interrogée.

« Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. »

— Mays et Pope, 1995, p. 43

Nonobstant, il faut garder à l'esprit que la méthode qualitative, comme toute méthode, a des limites. En effet, nous ne sommes pas à l'abri d'un échantillon non représentatif qui ne permet pas de généraliser les résultats. Le chercheur peut également peiner à mettre en place cette méthode car elle nécessite de pas influencer ou trop orienter les réponses.

2. Type d'entretien

En dépit du nombre conséquent de méthodes qualitatives, nous avons opté pour l'entretien semi-directif. Cette approche nous permet d'analyser les acteurs de proximité dans leur environnement de travail. L'avantage de ce procédé est qu'il nous donne l'occasion d'observer et déchiffrer les attitudes, comportements, émotion, motivations et ressentis des interviewés. Les concepts abordés étant assez vastes, il semble judicieux de poser un cadre à l'étude afin de préserver un lien avec les objectifs de l'entretien. Bien évidemment, ce remaniement se fait en fonction de la personne interrogée qui se trouve en face de nous. C'est en cela que l'entretien semi-directif a de l'intérêt pour le sujet de notre recherche.

3. Le guide d'entretien

(Voir ANNEXE 2 pour le guide d'entretien)

a. Introduction

Cette partie est cruciale au bon déroulement de l'entretien. C'est ce qui permet de poser, d'une part, le cadre de l'entretien. D'autre part, cela favorise l'instauration d'un climat de confiance propice à la libre expression des pensées et idées de l'interviewé.

L'introduction se décompose en deux parties. Au cours de la première, je me présente et expose l'objet et les enjeux de l'entretien pour mon travail de recherche.

La seconde partie, se concentrera sur la personne interviewé qui devra alors se présenter en fournissant les informations suivantes :

- Son âge ;
- Le poste qu'elle occupe actuellement au sein de la structure ;
- Son ancienneté à ce poste ;
- La (les) formation(s) suivie(s).

b. Thème1 - Management, bienveillance et motivation : définition des concepts au travers du paradigme individuel

Cette première thématique est uniquement dédiée aux managers de proximité et aux salariés.

Dans cette partie, il est question de prendre connaissance de la vision de chaque interviewé sur les concepts de management, bienveillance et motivation. L'objectif étant de mettre en évidence la diversité et la richesse des représentations de chacun au travers de son propre paradigme.

Cette étape est incontournable pour la suite de l'entretien. En effet, elle permet de poser les bases et d'orienter l'entretien au gré des valeurs et représentations de la personne interrogée.

c. Thème 2 – Une application des concepts au quotidien...

Cette seconde thématique se déroule en trois étapes. Tout d'abord, nous nous attachons à découvrir comment le manager de proximité applique ces concepts dans son travail au quotidien. Quels sont les outils et méthodes utilisés par ce dernier. L'objectif ici est d'amener la personne interrogée à une réflexion approfondie sur ses méthodes de gestion et sur la manière dont elle motive, communique et accompagne ses collaborateurs.

Ensuite, nous tenterons de capter les ressentis des salariés quant au mode de gestion de ses supérieurs hiérarchiques. Également, nous tenterons de voir si l'efficacité et la bienveillance de leurs méthodes transparaissent dans le discours du salarié interrogé.

Subséquemment, nous étudierons la méthode de travail des salariés au quotidien. Nous chercherons à comprendre son rapport aux résidents et aux autres dans son environnement de travail.

Enfin, nous nous pencherons sur les ressentis des résidents quant à la gestion de l'établissement et sa prise en charge.

d. Thème 3 – Ouverture

Dans cette dernière thématique, il s'agit de prendre connaissance des points à améliorer tant sur le plan organisationnel que technique. C'est également l'occasion de laisser libre court à la parole de l'interviewé.

4. L'échantillonnage

a. Construction de l'échantillon

Avant toute étude qualitative, il est important de construire un échantillon cohérent et en adéquation avec l'objet de la recherche. Ainsi, pour notre étude, nous avons entrepris d'interroger trois types de public. Tout d'abord, les managers et cadres pour véritablement comprendre les enjeux managériaux et de gestion. Ensuite, les salariés afin d'analyser les conditions de travail et la motivation de ces derniers dans leurs missions au quotidien. Enfin, il est apparu pertinent d'interroger les résidents sur leur ressentis quant à la gestion de l'établissement et quant à la qualité de leur prise en charge. L'intérêt de viser ces différents profils est d'avoir un panel de points de vue sur les concepts abordés dans cette étude. Avoir une diversité des ressentis, des opinions, des valeurs de chacun rendra plus intéressante et pertinente l'analyse de cette étude de terrain.

Néanmoins, nous n'avons pas pu déterminer à l'avance le nombre exacte d'individu constituant notre échantillon. Il était important d'interroger suffisamment de personnes pour avoir une quantité et une qualité d'information suffisante pour être comparées.

Ainsi, cela se fera au fil des entretiens. Nous nous baserons sur l'effet de saturation théorique des données pour définir la taille de notre échantillon.

b. Population concernées par l'entretien

Au cours de cette enquête de terrain, j'ai entrepris d'interroger les professionnels exerçant au sein de l'établissement d'accueil de mon stage de fin d'étude. Tous ces entretiens se sont déroulés en présentiel et en face à face.

PERSONNE INTERROGEE	AGE	POSTE	ANCIENNE TE DANS LE POSTE	FORMATION
MANAGERS/CADRES				
Madame A	41	Directeur d'exploitation	12 ans	DEUG Eco-gestion Maîtrise des Sciences Techniques Comptables et Financières (MSTCF) Master Management Stratégique des Organisations de Santé (MSOS)
Monsieur B	25	Adjoint de direction	3 ans et demi	DUT Gestion des Entreprises et des Administrations Licence Management Master Management Stratégique des Organisations de Santé (MSOS)
Madame C	53	Gouvernante	7 ans	Diplôme de gouvernante e hôtellerie et parahôtellerie
SALARIES				
Madame D	37	Auxiliaire de vie	8 ans	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS)
Madame E	40	Aide-soignante	4 ans	Diplôme d'État d'Aide- Soignant (DEAS)
Madame F	48	Aide-soignante	24 ans	Diplôme d'État d'Aide- Soignant (DEAS)

Tableau 4 : profils des professionnels interrogés

L'éducation, la santé et l'action sociale sont des secteurs d'activité qui comportent une proportion très élevée de femmes en France (72,9%) **(75)**. En effet, elles représentent 90,4% des professions aides-soignantes et 94,3% des employés de maison/auxiliaires de vie **(76)**. De même, les postes de cadres et de direction sont en majorité occupés par des femmes **(77)**.

	Nombre d'emplois total en milliers	Nombre de femmes en milliers	Part de femmes en %
Aides à domicile et aides ménagers et assistants maternels	992	969	97,7
Agents d'entretien	1 234	870	70,5
Enseignants	1 042	685	65,7
Vendeurs	829	610	73,5
Employés administratifs de la fonction publique	806	592	73,4
Aides-soignants	575	521	90,4
Infirmiers, sages-femmes	543	476	87,7
Secrétaires	434	424	97,6
Employés administratifs d'entreprise	394	303	76,9
Employés de comptabilité	334	283	84,6
Employés de maison	243	230	94,3

Lecture : 97,7 % des aides à domicile, aides ménagers et assistants maternels sont des femmes.

Source : Dares, d'après Insee - Données 2011 - © Observatoire des inégalités, France métropolitaine

Tableau 5 : les métiers les plus féminisés

Notre échantillon est donc proche de la réalité puisqu'il est presque exclusivement composé de femmes ($\frac{5}{6}$) soit 83,3%.

On remarque une certaine homogénéité quant à l'âge des salariés. Pour ce qui est des managers, on remarque que plus on progresse dans les niveaux hiérarchiques et plus l'âge diminue. Cela fait bien écho au phénomène de « rajeunissement » des métiers de directeur d'EHPAD.

PERSONNE INTERROGEE	AGE	ANCIENNETE DANS L'EHPAD
Monsieur G	92 ans	5 ans

Tableau 6 : profil du résident interrogé

c. Saturation théorique des données

Comme indiqué précédemment, nous n'avons pu établir la taille de notre échantillon. Nous nous sommes reposés sur le phénomène de « saturation théorique des données » pour y parvenir.

« La saturation est le phénomène par lequel, passé un certain nombre d'entretiens (biographiques ou non d'ailleurs), le chercheur ou l'équipe a l'impression de ne plus rien apprendre de nouveau, du moins en ce qui concerne l'objet sociologique de l'enquête »

— Roger Bertaux

Ainsi, il aura fallu huit entretiens pour atteindre ce point où les données apportées par les entretiens n'apportent pas d'informations supplémentaires pour répondre aux questions de recherche.

5. Recueil et traitement des données

Le recueil de données est une étape clé de l'étude de terrain. Aussi, les méthodes utilisées doivent être les plus pertinentes et efficaces possibles. Pour cette raison, nous avons enregistré chaque entretien avec l'accord préalable de la personne interrogée. De cette manière, la retranscription des entretiens via le logiciel de traitement WORD n'a été que plus simple. Ensuite, il ne nous restait plus qu'à analyser les données selon deux méthodes : une analyse didactique du discours et une analyse de la communication non-verbale des interviewés.

La première analyse des données a été faite à l'aide du logiciel IRaMuTeQ⁴. Ce logiciel se base sur le logiciel R⁵ et le langage de programmation Python. Le principe est d'analyser un script grâce à R.

⁴ Logiciel d'analyse de corpus de texte et de tableaux de données, développé par Pierre RATINAUD et S.DEJAN.

⁵ Le logiciel R est un logiciel de statistique créé par Ross Ihaka & Robert.

Néanmoins, avant de lancer l'analyse par le logiciel, il est essentiel de passer par une étape de préparation du script. En effet, pour que l'analyse soit possible, il faut que la retranscription des entretiens respecte certaines consignes :

- La ponctuation, qui doit être respectée tout au long de la retranscription ;
- Introduire les corpus de texte par des « **** » suivi d'une série de variables correspondants aux principales thématiques de notre problématique. Ces variables sont également précédées par une « * » et séparées par un espace.
- Chaque question de notre guide d'entretien doit impérativement être précédée par « -* »

A la fin, le texte est enregistré en format de texte brut (.txt) afin de pouvoir être lu par le logiciel.

Au cours de l'analyse, le logiciel IRaMuTeQ lance 3 algorithmes :

- La CHD (Classification Hiérarchique Descendante) ;
- Une AFC (Analyse Factorielle de Correspondance) ;
- Une ADS (Analyse des Similitudes).

La CHD et l'AFC sont deux approches globales du corpus. La CHD identifie des classes statistiquement indépendantes de mots (ou de formes). Les classes sont donc interprétées grâce à leurs profils, qui sont caractérisés par des formes spécifiques corrélées entre elles. La CHD résume tout cela par un dendrogramme. L'AFC, basée sur un calcul d'inertie du nuage de points issue du corpus, fait davantage apparaître les oppositions ou rapprochements. Pour ce faire, elle détermine des facteurs (espaces propres à la matrice d'inertie) sur lesquels les formes se distribuent.

A la notion d'appartenance à une classe, se substitue ainsi celle de distance à un axe d'inertie. Les AFC sont donc ici réalisées après lemmatisation⁶ et sont doublées. La représentation graphique du nuage de points est donc bidimensionnelle et définit par deux premiers facteurs.

⁶ Verbes ramenés à l'infinitif

L'ADS, est une approche locale, reposant sur des propriétés de connexité du corpus. Cette analyse aboutit à une représentation graphique en arbre où les nœuds sont les formes, et où il est possible de faire apparaître des communautés lexicales.

La seconde méthode analytique employée lors de cette étude se base sur la communication non-verbale. En effet, la communication verbale **(78)** est loin de pouvoir rendre compte de l'ensemble des données et informations qui sont restituées au cours d'un entretien. In facto, chez l'interlocuteur le ton de la voix, les gestes, la posture, les mimiques et le regard sont souvent plus importants que le contenu du discours. Cette manifestation du corps peut nous aider à déceler les véritables pensées de notre interlocuteur. Pour toutes ces raisons, nous avons choisi de prendre en compte le discours non verbal dans nos entretiens. L'objectif est donc de venir compléter notre analyse didactique.

B. Analyse des résultats

1. Données didactiques

Avant de lancer les algorithmes, nous avons procédé à une pré-analyse du corpus de texte. Ainsi, nous avons généré un nuage de mot afin de mettre en évidence les mots les plus utilisés au cours des différents entretiens. Il apparaît que les mots « résident » et « travail » soient les deux principaux. Ils sont suivis des mots « sentir », « penser », « vie » et « besoin ». On peut donc d'ores et déjà en tirer l'hypothèse que dans la pensée commune de ces 7 personnes interrogées, l'EHPAD est un lieu de vie pour les résidents mais également un lieu de travail. Cela montre bien la complexité d'une cohabitation de deux univers, à savoir, le lieu de vie et le lieu de travail.



Figure 8 : : nuage de points des mots les plus redondants dans le discours des personnes interrogées

Notre analyse statistique permet de distinguer 967 formes parmi 8 328 occurrences, dont 458 hapax⁷. La forme active lemmatisée d'effectif maximum est la forme « résident » avec 57 occurrences, puis viennent les formes « travail » (47 occurrences), « penser » (27 occurrences), « sentir » (26 occurrences), « besoin » (21 occurrences) et « écouter » (20 occurrences). Cette apparition de formes actives est caractérisée par l'origine du texte. Il est issu des entretiens de personnels exerçant au sein d'un EHPAD.

Résumé	Formes actives	Formes supplémentaires	Total	Hapax
Forme	Freq.	Types		
résident	57	nom		
travail	47	nom		
penser	27	ver		
sentir	26	ver		
prendre	20	ver		
besoin	19	nom		

Tableau 7 : formes actives du corpus de texte

⁷ Correspond aux mots qui n'apparaissent qu'une seule fois

La CHD (cf. **figure 9**) distingue 5 classes de formes sur les 99,21% de segments de textes classés. La classe 5 est la plus grande avec 35,7% des formes. Cette classe constitue l'une des deux branches principales du dendrogramme. Les 4 autres classes restantes constituent la deuxième branche principale du dendrogramme. Elles sont organisées en 3 sous-branches. La première sous-branch est constituée de la classe 4 (7,9% des formes). La deuxième sous-branch est, quant à elle, constituée de la classe 3 (19,1%). La dernière sous-branch est composée des classes 2 (14,3% des formes) et 1 (23% des formes).

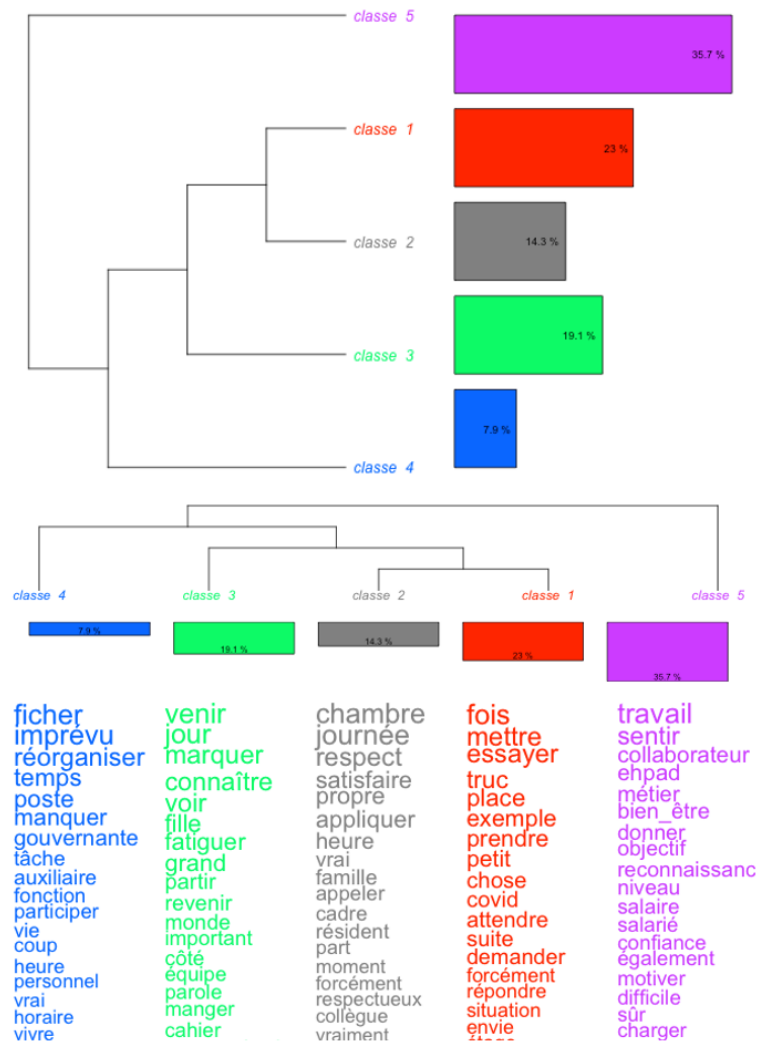


Figure 9 : dendrogramme des différentes classe de formes composant le corpus de texte

La classe 1 est caractérisée par 25 formes actives (**cf. tableau 8**). Elle n'est pas significative pour notre étude. Nous l'avons donc laissé de côté.

1 Classe 1 29/126 23.02%	2 Classe 2 18/126 14.29%	3 Classe 3 24/126 19.05%	4 Classe 4 10/126 7.94%	5 Classe 5 45/126 35.71%		
num	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme
0	12	17	70.59	25.1	nom	fois
1	10	14	71.43	20.83	ver	mettre
2	8	10	80.0	19.91	ver	essayer
3	5	5	100.0	17.42	nom	truc
4	7	9	77.78	16.4	nom	place
5	8	12	66.67	14.26	nom	exemple
6	10	17	58.82	14.22	ver	prendre
7	6	8	75.0	13.03	adj	petit
8	15	35	42.86	10.77	nom	chose
9	3	3	100.0	10.28	nr	covid
10	3	3	100.0	10.28	ver	attendre
11	4	5	80.0	9.54	nom	suite
12	7	12	58.33	9.34	ver	demander
13	3	5	60.0	4.02	adv	forcément
14	3	5	60.0	4.02	ver	répondre
15	3	5	60.0	4.02	nom	situation
16	3	5	60.0	4.02	nom	envie
17	4	8	50.0	3.51	nom	étage
18	2	3	66.67	3.3	nom	train
19	2	3	66.67	3.3	ver	servir
20	2	3	66.67	3.3	ver	ressentir
21	2	3	66.67	3.3	ver	laisser
22	2	3	66.67	3.3	adv	autrement
23	3	6	50.0	2.59	nom	repas
24	4	9	44.44	2.51	nom	rapport

Tableau 8 : formes actives composant la classe 1

La classe 2 est caractérisée par 18 formes actives (**cf. tableau 9**). Elle renvoie à l'idée des besoins des résidents et des besoins des salariés en EHPAD.

1 Classe 1 29/126 23.02%	2 Classe 2 18/126 14.29%	3 Classe 3 24/126 19.05%	4 Classe 4 10/126 7.94%	5 Classe 5 45/126 35.71%		
num	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme
0	5	5	100.0	31.24	nom	chambre
1	6	7	85.71	30.88	nom	journée
2	4	4	100.0	24.79	nom	respect
3	4	5	80.0	18.36	ver	satisfaire
4	4	5	80.0	18.36	adj	propre
5	4	5	80.0	18.36	ver	appliquer
6	4	6	66.67	14.12	nom	heure
7	4	8	50.0	8.9	adj	vrai
8	4	8	50.0	8.9	nom	famille
9	2	3	66.67	6.89	nom	cadre
10	2	3	66.67	6.89	ver	appeler
11	11	43	25.58	6.8	nom	résident
12	3	7	42.86	4.94	nom	part
13	3	9	33.33	2.87	nom	moment
14	2	5	40.0	2.81	adv	forcément
15	2	5	40.0	2.81	adj	respectueux
16	2	5	40.0	2.81	nom	collègue
17	3	10	30.0	2.19	adv	vraiment

Tableau 9 : formes actives composant la classe 2

La classe 3 est caractérisée par 32 formes actives (**cf. tableau 10**). Elle renvoie au champ lexical des moyens d'application de la bienveillance au quotidien.

1 Classe 1 29/126 23.02%	2 Classe 2 18/126 14.29%	3 Classe 3 24/126 19.05%	4 Classe 4 10/126 7.94%	5 Classe 5 45/126 35.71%		
num	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme
0	10	16	62.5	22.44	ver	venir
1	6	7	85.71	21.36	nom	jour
2	4	4	100.0	17.56	ver	marquer
3	5	6	83.33	16.88	ver	connaître
4	15	36	41.67	16.72	ver	voir
5	6	9	66.67	14.25	nom	filles
6	3	3	100.0	13.06	ver	fatiguer
7	4	5	80.0	12.54	adj	grand
8	4	6	66.67	9.26	ver	partir
9	3	4	75.0	8.39	ver	revenir
10	4	7	57.14	6.98	nom	monde
11	3	5	60.0	5.66	adj	important
12	3	5	60.0	5.66	nom	côté
13	5	11	45.45	5.45	nom	équipe
14	2	3	66.67	4.52	nom	parole
15	2	3	66.67	4.52	ver	manger
16	2	3	66.67	4.52	nom	cahier
17	2	3	66.67	4.52	ver	garder
18	2	3	66.67	4.52	ver	finir
19	2	3	66.67	4.52	ver	expliquer
20	2	3	66.67	4.52	ver	comprendre
21	2	3	66.67	4.52	nom	communication
22	5	12	41.67	4.4	ver	travailler
23	4	9	44.44	4.05	ver	arriver
24	3	6	50.0	3.91	ver	entendre
25	4	10	40.0	3.09	ver	parler
26	3	7	42.86	2.72	adj	content
27	3	7	42.86	2.72	nom	part
28	2	4	50.0	2.57	ver	espérer
29	2	4	50.0	2.57	nom	mois
30	2	4	50.0	2.57	nom	entrée
31	5	15	33.33	2.25	nom	coup

Tableau 10 : formes actives composant la classe 3

La classe 4 est caractérisée par 27 formes actives (**cf. tableau 11**). Elle renvoie au champ lexical de l'organisation et de la gestion du travail en EHPAD.

1 Classe 1 29/126 23.02%	2 Classe 2 18/126 14.29%	3 Classe 3 24/126 19.05%	4 Classe 4 10/126 7.94%	5 Classe 5 45/126 35.71%		
num	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme
0	4	4	100.0	47.92	ver	ficher
1	4	4	100.0	47.92	nom	imprévu
2	3	3	100.0	35.65	ver	réorganiser
3	6	12	50.0	32.12	nom	temps
4	4	6	66.67	29.74	nom	poste
5	3	4	75.0	25.43	ver	manquer
6	3	5	60.0	19.32	nom	gouvernante
7	3	7	42.86	12.37	nom	tâche
8	3	7	42.86	12.37	adj	auxiliaire
9	3	8	37.5	10.22	nom	fonction
10	2	4	50.0	10.0	ver	participer
11	4	14	28.57	9.18	nom	vie
12	4	15	26.67	8.18	nom	coup
13	2	6	33.33	5.66	nom	heure
14	2	7	28.57	4.32	adj	personnel
15	2	8	25.0	3.4	adj	vrai
16	2	9	22.22	2.71	adj	quotidien
17	2	9	22.22	2.71	ver	arriver
18	1	3	33.33	2.71	nom	matériel
19	1	3	33.33	2.71	adj	différent
20	1	3	33.33	2.71	nom	horaire
21	1	3	33.33	2.71	ver	vivre
22	1	3	33.33	2.71	adj	professionnel
23	1	3	33.33	2.71	adj	personnalisé
24	1	3	33.33	2.71	adv	justement
25	1	3	33.33	2.71	ver	impliquer
26	2	10	20.0	2.16	adv	vraiment

Tableau 11 : formes actives composant la classe 4

La classe 5 est caractérisée par 43 formes actives (**cf. tableau 12**). Elle renvoie au champ lexical du travail en EHPAD au travers des prismes de la bienveillance et de la motivation.

1 Classe 1 29/126 23.02%	2 Classe 2 18/126 14.29%	3 Classe 3 24/126 19.05%	4 Classe 4 10/126 7.94%	5 Classe 5 45/126 35.71%		
num	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme
0	23	30	76.67	28.76	nom	travail
1	15	18	83.33	20.74	ver	sentir
2	7	7	100.0	13.34	nom	collaborateur
3	7	7	100.0	13.34	nr	ehpad
4	8	9	88.89	11.94	nom	métier
5	6	6	100.0	11.34	nom	bien_être
6	7	8	87.5	9.98	ver	donner
7	5	5	100.0	9.37	nom	objectif
8	5	5	100.0	9.37	nom	reconnaissance
9	9	12	75.0	8.92	nom	niveau
10	6	7	85.71	8.07	nom	salaire
11	7	9	77.78	7.47	nom	salarié
12	4	4	100.0	7.44	nom	confiance
13	4	4	100.0	7.44	adv	également
14	4	4	100.0	7.44	ver	motiver
15	4	4	100.0	7.44	adj	difficile
16	5	6	83.33	6.22	adj	sûr
17	6	8	75.0	5.74	nom	établissement
18	6	8	75.0	5.74	ver	charger
19	3	3	100.0	5.53	adj	humain
20	3	3	100.0	5.53	adj	âgé
21	3	3	100.0	5.53	nom	secteur
22	3	3	100.0	5.53	nr	idec
23	3	3	100.0	5.53	ver	gérer
24	3	3	100.0	5.53	nom	délégué
25	3	3	100.0	5.53	adv	évidemment
26	3	3	100.0	5.53	ver	sortir
27	3	3	100.0	5.53	adj	médico_social
28	3	3	100.0	5.53	nom	geste
29	3	3	100.0	5.53	nom	contraire
30	3	3	100.0	5.53	nom	commun
31	3	3	100.0	5.53	nom	ambiance
32	3	3	100.0	5.53	nom	aise
33	3	3	100.0	5.53	nom	aide_soignant
34	4	5	80.0	4.45	nom	soin
35	5	7	71.43	4.12	ver	aimer
36	7	12	58.33	2.96	ver	travailler
37	3	4	75.0	2.78	ver	reconnaître
38	3	4	75.0	2.78	adj	gros
39	3	4	75.0	2.78	nom	condition
40	3	4	75.0	2.78	nom	sujet
41	5	8	62.5	2.67	ver	organiser
42	4	6	66.67	2.63	nom	motivation

Tableau 12 : formes active composant la classe 5

Après l'AFC, on remarque que le premier facteur (31, 64% de la masse du corpus), divise de manière claire les classes 4, 2 et 3 (en abscisses négatives) de la classe 5 (en abscisses positives).

On retrouve donc bien la bipartition du dendrogramme avec d'un côté le domaine du travail au travers de la motivation et de la bienveillance. De l'autre côté on remarque le domaine des moyens d'application de ces concepts sur le terrain ainsi que les besoins des personnes.

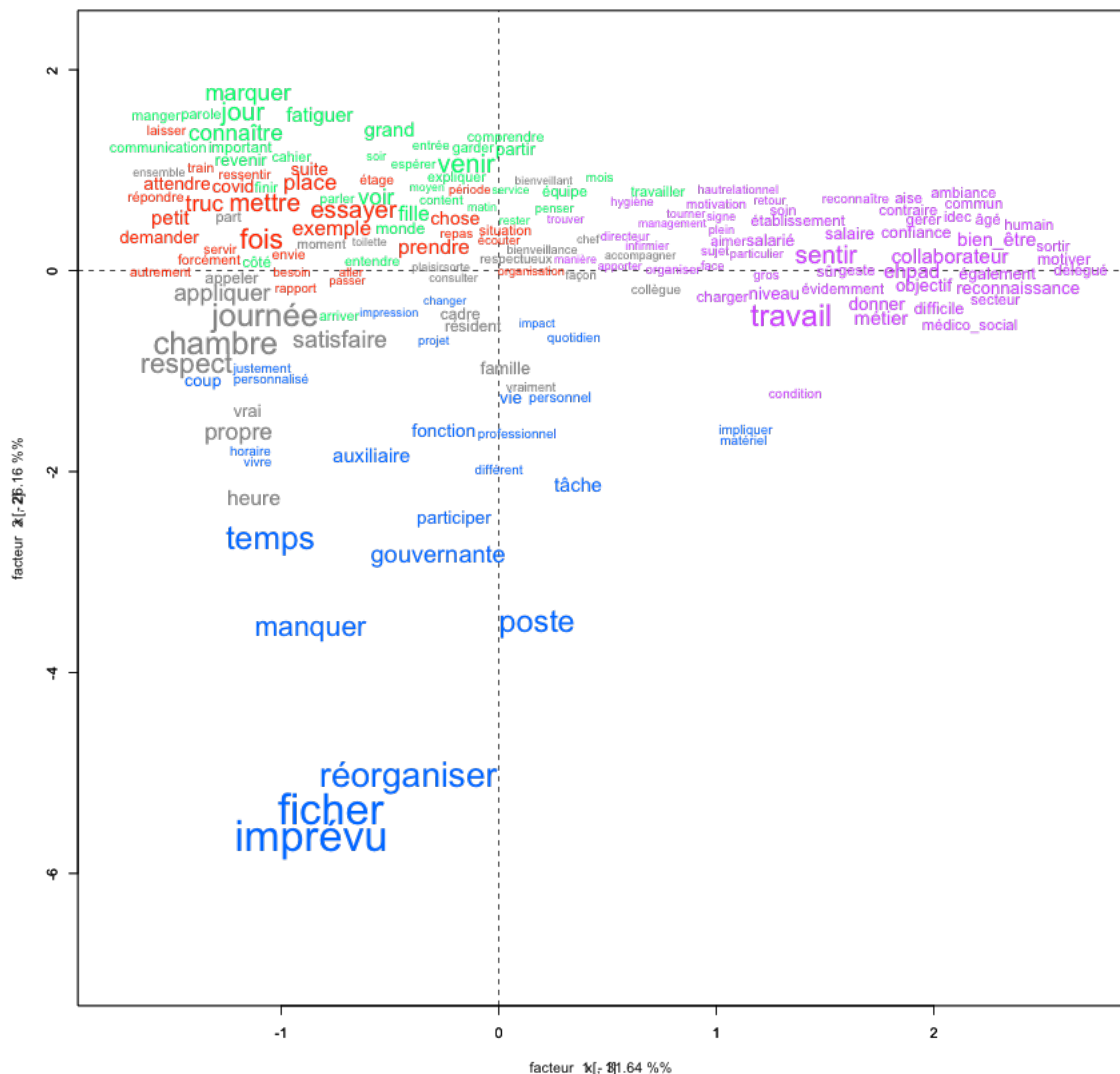


Figure 10 : graphe issue de l'AFC

Ainsi, notre graphique se compose des éléments suivants :

- Une zone à coordonnées négatives, en bas à gauche, qui regroupe principalement la classe 4 relative à l'organisation et à la gestion du travail en EHPAD ;
- Une zone à coordonnées positives, en haut à droite, regroupant principalement la classe 5 relative aux management et à la bienveillance en EHPAD ;
- Une zone centrale essentiellement occupée par la classe 2, relative aux besoins des résidents et des salariés en EHPAD ;
- Une zone à abscisses négatives et à ordonnées positives, regroupant la classe 3 relative aux moyens d'application de la bienveillance au quotidien.

La place centrale de la classe 2, met bien en exergue l'importance et la présence des besoins des individus au sein d'une organisation. Elle permet de relier les différents domaines constituant, gérant, la vie en institution. La classe 2 renferme les formes « respect » et « satisfaire » qui sont des éléments de prise en compte prépondérants dans les pratiques et méthodes de travail au quotidien. Sur le graphique, on observe également que la forme « bienveillance » de la classe 2 est proche des formes « manière », « trouver » et « directeur » de la classe 5. Cela nous amène donc à penser à la recherche continue, de la part du directeur, de nouvelles manières de gestion bienveillantes. On remarque également que les formes « impliquer » et « matériel » de la classe 4 sont très proches de la forme « condition » de la classe 5. Cela souligne encore l'importance des outils et des conditions de travail dans l'implication des salariés au quotidien. Également, ces formes se situent dans la même zones graphique que la forme « impact » qui elle-même côtoie la forme « résident ». Cette AFC semble donc étayer l'hypothèse que les conditions de travail et l'implication des salariés ont un impact sur les résidents.

Avec l'ADS, on observe que l'arbre (**cf. figure 11**) est constitué d'une branche principale dont le squelette est une suite de 3 formes « sentir », « travail » et « résident ».

La forme « sentir » est entourée d'une communauté lexicale qui correspond à la classe 5 relative au management et à la bienveillance.

La forme « travail » est entourée d'une communauté lexicale correspondant également à la classe 5 mais ici relative au travail et à ses sources de motivation. On voit donc bien que la classe 5 a été ici divisée en deux :

- Une communauté pour la bienveillance ;
- Une communauté pour le travail et ses sources de motivation.

Enfin, nous avons la forme « résident » composée d'une première communauté directe. On y retrouve les formes « familles », « bien-être », « espace », « ménage », « chambre », « manger » ou encore « quotidien » qui, somme toute, renvoient bien au quotidien et au lieu de vie du résident. Cette communauté est également connectée à 8 autres sous-communautés :

- La première représentée par la forme « prendre » renvoie à la prise en charge du résident ;
- La seconde représentée par la forme « temps » est à mettre en relation avec la communauté « organisation ». On en déduit donc qu'il s'agit du temps de travail et de ses aléas comme les « imprévus » ;
- La communauté « vie » est, quant à elle, mise en connexion avec celle de l'organisation. En effet, l'organisation du travail en EHPAD, est faite en fonction des besoins des résidents et se cale sur leur rythme de vie quotidienne ;
- Les deux communautés « travailler » et « trouver » semblent s'imbriquer sur les schémas de l'arbre. Elles sont relatives aux méthodes et au moyens pour permettre la motivation et l'implication des salariés dans le travail et donc dans le fonctionnement de la vie quotidienne du résident ;
- Une communauté « demander » est annexée à la communauté des motivations et du travail. On en déduit qu'ils s'agit des modes de pensées et des attitudes à adopter par les managers, afin de répondre aux attentes des salariés ;
- La communauté « penser » qui semble être tournée vers les idées de réflexion de la prise en charge du résident pour favoriser et privilégier son évolution en fonction de ce dernier. Également, cette communauté semble faire référence aux besoins d'évolution du secteur médico-social.

Ainsi, cette analyse des similitudes semble également aller dans le sens de l'AFC à savoir que les conditions de travail et l'implication des salariés sont irrémédiablement liées au résident et à sa prise en charge.

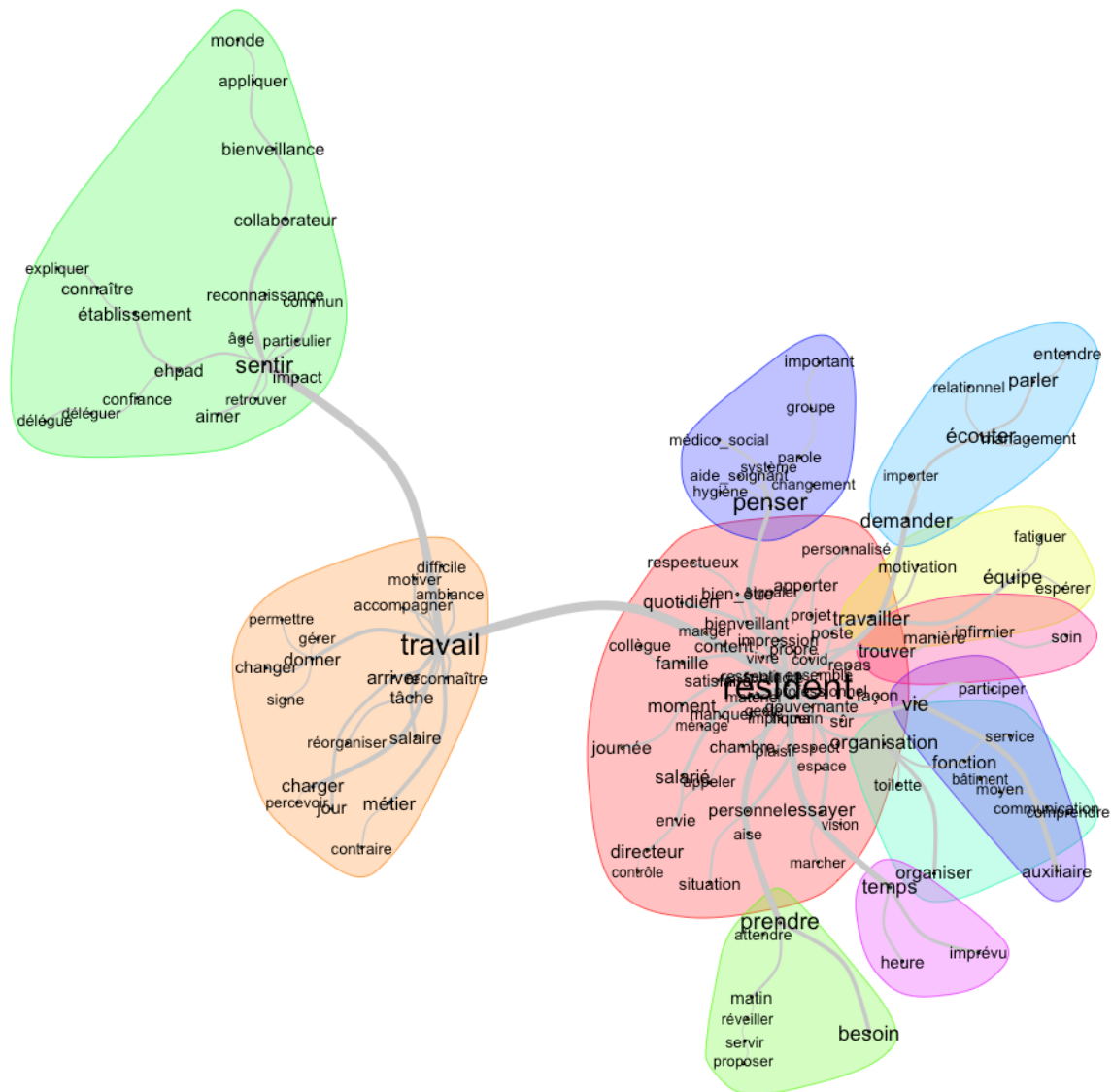


Figure 11 : arbre maximum – ADS du corpus textuel issue des entretiens

2. Données issues de la communication non-verbale

QUESTION POSEE	REPONSE DE L'INTERLOCUTEUR	REACTION/EMOTION	INTERPRETATION
Quelles sont, pour vous, les sources de motivation au travail ?	« Le salaire »	de la gêne + rire nerveux	La personne interviewé semblait gênée d'évoquer le salaire en première réponse. Peut-être parce qu'elle pensait qu'il lui fallait donner une réponse tournée vers la bienveillance du résident ? Ou peut-être alors car elle avait le sentiment que ce choix de réponse spontanée la rendait moins humaine ? Ou encore parce qu'elle pensait que cette réponse lui ferait perdre de sa légitimité à exercer le métier qu'elle exerce ?
Est-ce que dans la management exercé ici, vous demande-t-on votre avis ?	« Non, pas toujours malheureusement. »	Profond soupir	on remarque bien dans la réaction (additionné au discours lui-même). Que l'interlocuteur est affecté et exaspéré. Cela est lié au fait qu'on ne lui demande pas son avis dans la gestion quotidienne du travail.
Comment qualifiez-vous vos conditions de travail actuelles ? Et votre charge de travail ?	« Très lourde »	rire jaune + soupir	Au travers de ces deux réactions quasi spontanées, on décèle une fatigue, un épuisement, de la part de l'interlocuteur. On peut également y déceler une certaine incompréhension de ce surplus de travail.
Est-ce que des résidents vous ont exprimés des besoins, des envies ou des désirs en particulier ?	« Oui, des désirs sexuels des hommes. »	Beaucoup d'hésitation, de « euh »	on ressent une grande hésitation dans le discours de l'interlocuteur. Ce sentiment de profond malaise est sans doute lié à l'évocation du sujet de sexualité chez le résident
Et comment aviez-vous fait pour y faire face ? Comment aviez-vous réagi ? Des choses ont-elles été mises en place au sein de l'établissement ?	<i>[Le résident se masturbait avec n'importe quel objet se trouvant à sa disposition. Se faisant, il se blessait continuellement jusqu'à en saigner. L'équipe a donc pris une décision pour éviter que ce dernier se mette en danger].</i> « Oui, on en avait parlé avec les infirmiers et ils avaient été acheté... un gode. »	rire nerveux + regard fuyant.	On perçoit très nettement la gêne dans la réponse donné par l'interviewé. L'évocation des moyens utilisés pour satisfaire les désirs et besoins sexuels du résident évoqué ici semble être un sujet qui met mal à l'aise l'interlocuteur.

Tableau 13 : analyse de la communication non verbale des personnes interrogées

En définitif, deux éléments ressortent de cette analyse : la gêne sur le sujet du salaire et la gêne sur le sujet de la sexualité en institution.

La question du salaire est un sujet encore tabou en France **(79)**. Cela s'explique par notre culture. Notre héritage catholique et socio-culturel ont rendu difficile notre rapport à l'argent en le considérant comme quelque chose de vulgaire. Pour l'Église déjà, l'argent pervertit l'âme. Pendant longtemps en France, la religion catholique a fait l'éloge de la pauvreté et a condamnée l'enrichissement facile. Cette idéologie a immanquablement laissé son empreinte sur nos comportements. En faisant de l'avarice l'un des 7 péchés capitaux, l'Église aurait encouragé les croyants à se détourner de l'argent ou à taire leur richesse pour éviter les châtiments divins **(80)**.

De plus, Janine Mossy-Lavau⁸ nous révèle que notre passé paysan influence beaucoup notre rapport à l'argent. « On retrouve les racines de cette pudeur dans notre passé paysan. A l'époque, les agriculteurs cachaient leurs économies pour éviter de se les faire voler. Tout ce qui entourait l'argent était donc secret. »

Pour ce qui est de la sexualité en EHPAD, c'est un thème qui a longtemps été laissé dans l'ombre en France. Cela est sûrement dû au système de valeurs sociétales et à l'image que l'on se représente de la personne âgée. La sexualité des personnes âgées n'a plus à voir avec la reproduction et, en conséquence, elle devient douteuse, anormale, voire perverse. D'autre part, dans l'image commune, les seniors restent encore des individus qui acquièrent de la sagesse avec l'âge, qui doivent donc renoncer aux plaisirs de la chair et ne plus ressentir d'émotions fortes liées à l'amour. Cette façon de voir les choses est encore trop ancrée dans les mentalités et transparaît dans le cadre institutionnel des EHPAD.

C. Une revalorisation de la place du soignant

Au cours de cette étude, nous avons pu observer que le soignant en EHPAD semblait ressentir de la frustration quant à la reconnaissance de son travail et de son

⁸ Directrice de recherche au Centre de Recherches politiques de Sciences Po (CEVIPOF) et auteur du livre « L'Argent et nous ».

statut social. En effet, celui-ci peine à faire valoir, entendre et reconnaître ses propres valeurs dans l'exercice de son métier quotidien. L'enjeu pour les institutions est donc de pouvoir faire coexister les valeurs individuelles avec les valeurs organisationnelles et collectives.

1. Vers une meilleure considération des valeurs

Les valeurs sont des croyances stables, par opposition aux attitudes qui sont des croyances particulières vis-à-vis d'un objet, d'une personne ou d'une situation. Elles sont l'expression de motivations destinées à atteindre des objectifs spécifiques, comme la sécurité, l'accomplissement, l'autonomie... qui guident le choix et permettent d'évaluer les comportements des personnes ou les événements qui guident la vie **(81)**.

Selon Jean-Claude Besanceney **(82)**, il existe deux types de valeurs. Tout d'abord, il y a les valeurs universelles qui sont en fait des représentations partagées par tous. Elles permettent de vivre ensemble, de régir les règles, les normes et les comportements en société. Viennent ensuite les valeurs individuelles qui sont propres à chacun et conditionnent nos comportements. Ces valeurs permettent à l'individu d'animer sa propre conception des choses. Elles permettent de tisser des liens, de s'intégrer dans un groupe d'individu, dans la société, au sein d'une équipe... Elles sont ce qu'une personne valorise le plus. Il est donc important qu'une personne retrouve ses valeurs dans celles affichées par l'entreprise. Effectivement, si ces valeurs sont partagées par le collaborateur, elles lui permettent d'augmenter sa motivation et donc sa performance.

« La valeur n'est pas une vérité, la vérité n'est pas une valeur mais les deux existent séparément. Il y a d'un côté ce qui relève de la connaissance, de la vérité : deux et deux font quatre, la terre tourne autour du soleil, de l'autre, ce qui relève de la valeur, de la morale, c'est-à-dire de jugements individuels. »

— André Comte-Sponville, 1994.

Les salariés s'identifient aux valeurs portées par l'entreprise lorsqu'ils reconnaissent dans la stratégie, la structure ou le système de management, les valeurs auxquelles ils adhèrent. « *La résonance entre l'identité organisationnelle et*

les valeurs portées par les salariés créées concrètement du sens, car les événements qu'ils vivent font écho dans leur quotidien au travail et par rapport à leurs références personnelles [...] » (83) (84). La culture d'entreprise est un ensemble de valeurs durables et partagées par tous les collaborateurs. Cette culture se construit en réponse à des besoins et à l'histoire de l'entreprise mais aussi à son vécu. Cette culture est un important facteur de progression et de performance de l'entreprise. Elle ne se décrète pas par la direction mais par des actions quotidiennes. Ainsi, Selon M.Thévent « *La culture d'entreprise s'est imposée comme le ciment entre tous les systèmes de l'organisation, elle devrait conduire chaque salarié à avoir le sentiment que son succès personnel passe par celui de son établissement » (85).*

Les métiers du secteur médico-social sont des métiers où de fortes valeurs sont exprimées par les professionnels. Ils ont choisi d'exercer dans ce domaine par attrait pour certaines problématiques sociales. Même si ces derniers requièrent des compétences techniques, gages de professionnalisme, ils impliquent aussi des qualités et des capacités bien spécifiques telles que le goût du contact, l'engagement relationnel et un intérêt certain pour les problèmes humains et sociaux rencontrés dans notre société. Le soignant en EHPAD doit donc pouvoir être en accord avec la culture d'entreprise et ses valeurs. Cela avant toute chose pour s'intégrer et se sentir comme maillon essentiel au fonctionnement de l'entreprise. Mais cela permet également d'éviter les conflits de valeurs qui peuvent s'expliquer par la réalisation d'un travail ou d'une tâche en inadéquation avec ses valeurs. Pourtant, le problème aujourd'hui, constaté lors des grèves ou durant la crise COVID-19, c'est que les soignants ressentent de la culpabilité. Culpabilité ressentie par l'impression d'exercer une certaine maltraitance émotionnelle et une violence relationnelle envers les résidents. Ces émotions sont ainsi aux antipodes des valeurs portées par les équipes soignantes. En effet, si ces personnes ont choisi d'exercer ce métier c'est parce qu'elles ont le goût et le besoin de venir en aide aux personnes âgées. Elles ont l'envie d'accompagner ces personnes dans leur fin de vie, de satisfaire leurs besoins dans la bienveillance la plus complète. Ce sentiment partagé par de nombreuses équipes soignantes au sein des EHPAD peut s'expliquer par la pénurie de personnel, le manque de temps ou encore la désorganisation institutionnelle.

Il faut donc repenser le système de valeurs et le mettre en avant. De cette manière, on pourrait éviter ce type de situations délicates nocives pour les personnels soignants mais aussi pour les résidents. Cela revient donc à placer le soignant au cœur du processus managérial (cf. Figure 12).



Figure 12 : Le salarié au cœur du processus managérial

2. Comment garantir alors un management bienveillant ?

Comme le souligne nos entretiens, la bienveillance dans le management passe avant tout par l'écoute et l'attention portée à l'autre.

Vous avez parlé de bien-être et de bienveillance, pour vous qu'est-ce que c'est ?

L'attention, l'attention, l'écoute. Surtout l'écoute. L'attention aussi et le respect de la personne

Comment définiriez-vous le management (au travail) ?

Moi je vais plus parler par rapport à mon équipe. Moi c'est plus la communication. On est quand même dans le relationnel, dans l'écoute, dans l'entraide. Être proche aussi, c'est pas parce qu'on est chef de service qu'on doit avoir une certaine distance, pour moi.

Il s'agit alors d'organiser des moments propices à l'expression des pensées et des avis des professionnels. C'est l'initiative que Madame C a prise. En effet, au cours de notre entretien, elle a expliqué que lors de réunions destinées aux formations internes des professionnels, elle prenait l'habitude de dépasser un peu le cadre habituel afin de discuter avec ses équipes. De cette manière, elle permet à ses collaborateurs d'exprimer ce qui va ou ne va pas. C'est là un moyen bienveillant de pouvoir faire évoluer ses pratiques et ses méthodes de gestion. C'est aussi le moyen de garantir une avancée commune vers les objectifs fixés voire même de refixer des objectifs communs.

Outre cela, afin de garantir un management bienveillant, il serait intéressant de pouvoir garantir un garde-fou de cette démarche. Ce garde-fou ne serait alors pas représenté par une seule personne mais par un ensemble de personnes, un petit groupe qui permettrait de garder cet équilibre managérial. De cette manière, l'organisation pourrait éviter les dérives conduisant à un management autoritaire et allant à l'encontre de la bienveillance. Cela pourrait reposer sur un guide ou une procédure managériale à suivre et qui serait alors connue et commune à tous les managers arrivant sur la structure. Ce guide pourrait alors être ancré dans les valeurs et la culture d'entreprise.

3. Vers une meilleure prise en compte des besoins d'intimité

Comme nous venons de le constater de par notre revue de littérature et notre étude de terrain, le sujet de la sexualité est encore trop peu maîtrisé et accepté au sein des institutions. Cela découle vraisemblablement du cadre réglementaire et législatif régissant le domaine de la santé et du social en France.

a. Un cadre institutionnel à faire évoluer

Une personne âgée « doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime. » **(86)**. Voici un exemple parmi une longue liste⁹, de textes qui défendent et affirme le droit à la sexualité des séniors en institution. Dans ce cadre, il est interdit pour les professionnels et l'institution de s'y opposer. Ils se doivent même de défendre cette intimité.

Ainsi, même si au niveau du cadre légale et législatif des bases sont présentes pour défendre ce droit d'intimité et de sexualité, il manque tout de même des outils et moyens pour les professionnels d'y faire face. En effet, on constate une insuffisance des instruments nécessaires à la bonne prise de posture et d'attitudes des professionnels soignants face à l'expression de la sexualité des personnes âgées en EHPAD. De plus, on remarque des défauts dans les conditions indispensables à la garantie, pour la personne âgée, d'une sexualité digne et responsable. Effectivement, les logements ont la nécessité de se réinvestir dans leur part d'intimité et quitter le domaine du soin. Il est important que le résident puisse pleinement jouir de son intimité sans être restreint par des éléments sanitaires **(87)**.

i. Faire évoluer les pensées

Pour faire évoluer un cadre institutionnel, il faut d'abord commencer par faire évoluer les pensées.

L'analyse de nos entretiens a permis de mettre en lumière plusieurs nécessité d'évolution au sein de l'organisation des EHPAD : une meilleure prise en compte des valeurs, une communication plus accrue, les conditions de travail des salariés... Néanmoins, nous allons axer cette partie sur la thématique de la sexualité. En effet, cette dernière est encore de nos jours trop peu traitée et documentée.

⁹ Art.12 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, art.8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, art.9 du Code Civil, art.L.311-3, L.311-4, L.311-4-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, Charte des droits et libertés de la personne accueillie en EHPAD, Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées adopté en assemblée plénière du 27 juin 2013 de la CNCDH, Recommandations de l'ANESM, Charte de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

La levée des tabous sur la sexualité des personnes âgées en institution, passe avant tout par la formation des professionnels. De facto, plus le professionnel est formé, plus la tolérance est élevée. Cette formation pourrait reposer sur un guide pratique qui permettent d'aborder la sexualité des personnes âgées appliquée aux institutions. De cette manière, les professionnels seraient mieux renseignés et moins désemparés face à un résident qui exprime une volonté ou un désir sexuel. Il s'agirait alors d'organiser des réunions préalables afin d'aborder ce sujet et de connaître le point de vue de chacun sur la thématique de la sexualité en institution. Également, il serait intéressant de pouvoir planifier une journée à thème tous les trimestres afin de mettre en avant cette thématique au travers d'activité, de conférences voire même de jeux d'équipes.

Au niveau de la société et de l'opinion publique, il faut montrer, expliquer et convaincre que la sexualité ne s'éteint pas avec l'âge et que si elle est mutuellement consentie, elle ne va pas à l'encontre de l'ordre moral et éthique. En cela, il serait intéressant d'organiser des campagnes de sensibilisation communes avec d'autres établissements et en partenariat avec des associations comme l'APPAS. Ainsi, les chances d'élargir le champ d'actions seraient plus grandes. Ce travail doit également être mené auprès des familles et proches des résidents qui tendent encore trop à être réticents face à ce sujet. Cela pourrait se concrétiser par le biais de réunions d'information ou bien lors des CVS.

Cette troisième et dernière partie nous a permis de questionner la réalité de terrain au moyen d'une étude qualitative. Nous avons donc analysé les résultats obtenus grâce à deux méthodes : une analyse didactique et une analyse de la communication non-verbale. Les éléments qui en sont ressortis sont la gêne sur le sujet du salaire et sur le sujet de la sexualité en institution.

Ce malaise vis-à-vis du salaire est pas anodin dans la société française puisqu'il provient de notre culture et de nos valeurs. D'ailleurs, nous avons pu observer que les valeurs sont importantes pour les personnes interviewées. En effet, elles considèrent que leurs valeurs ne sont pas assez prises en compte dans leur travail. De surcroît, ces personnes ont exprimé qu'elle n'avait pas assez de reconnaissance quant au travail qu'elles effectuent au quotidien. Il est donc nécessaire de penser à une revalorisation de la place du soignant au sein des EHPAD et de le placer au cœur du processus managérial.

Également, nous avons exposé des moyens de garantir un management bienveillant dont la principale idée serait de proposer un guide ancré dans les valeurs et la culture d'entreprise.

Nous avons décidé de focaliser davantage la fin de cette partie sur la thématique de la sexualité des résidents en EHPAD. Étant donné que ce sujet est trop peu documenté et traité, nous avons jugé qu'il était intéressant de s'y attarder. Ainsi, pour une meilleure prise en compte des besoins d'intimité de la personne âgée en EHPAD, il est indispensable de mettre en place un cadre institutionnel plus adapté. Ce changement passe avant tout par une évolution des pensées. Effectivement, ces dernières sont entravées par le tabou et l'opinion public sur la sexualité des séniors. Il faut donc s'évertuer à mettre en place des moyens et outils afin de casser ces tabous et ne plus catégoriser la sexualité des séniors comme étant anormale. C'est pourquoi nous avons soumis une liste non exhaustive d'évènements à mettre en place afin de concrétiser cette démarche d'évolution des pensées.

CONCLUSION

Ce travail de recherche de fin d'étude a permis de mettre en relief la complexité organisationnelle des EHPAD. Nous avons pu constater la difficulté de mise en œuvre et d'adaptation d'un concept qui de base n'était pas destiné à gérer de l'humain : le management.

Nous avons vu que les institutions du secteur médico-social ne pouvaient pas simplement transposer le management entrepreneurial à des établissements accomplissant des activités relevant des champs du social et des soins. Il leur faut savoir combiner divers concepts complexes et prépondérants dans le bon fonctionnement de ces organisations. Tout d'abord, parce que leur fonction première est de répondre à des attentes et des besoins. Ensuite, car ce secteur est sujet à de nombreuses difficultés pour les équipes soignantes qui ont besoin de retrouver des valeurs, du respect, de l'inspiration et de la reconnaissance dans l'exercice de leur fonction.

Ce travail de recherche a permis de montrer l'importance de la bienveillance et du rôle que ce concept joue dans l'organisation des EHPAD. En effet, nous avons pu voir que cette bienveillance est encadrée de part des outils mis à la disposition des institutions. Nous avons aussi pu constater qu'elle est appliquée au quotidien au travers diverses activités et services proposés aux résidents. Finalement, nous avons émis l'hypothèse que cette bienveillance peut être un moteur d'innovations sociales pour les EHPAD mais à condition de pouvoir changer les modes de pensées.

Ce travail a également permis de mettre en évidence l'influence de la motivation dans le travail quotidien des professionnels. De cette même motivation dépendent la qualité de prise en soins et d'accompagnement des résidents. De plus, cette motivation est également un facteur primaire dans l'application de la bienveillance dans les pratiques des soignants.

Ainsi, afin de questionner la réalité de terrain, nous avons mené une enquête auprès de trois managers de proximité, trois salariés et un résident. C'est au cours de ces entretiens semi-directifs que se sont dessinées les problématiques liées à la condition des soignants. Nous avons donc pu déterminer quels étaient les besoins d'évolution du mode managérial compte tenu des attentes des professionnels. Nous avons également pu découvrir les conséquences de ces manques sur la prise en charge des résidents.

Ce qui est le plus ressorti des analyses de terrain est la nécessité de prendre en compte les valeurs individuelles des salariés. En effet, à l'heure actuelle, nous évoluons dans une société où les individus placent au premier plan le bien-être, la quête de sens et le respect de leurs valeurs dans le travail. Il est donc primordial de les prendre en compte afin que ces derniers soient motivés dans l'action de leur tâches quotidiennes.

Également, notre analyse a fait apparaître que les besoins affectifs et d'intimité des personnes âgées en institution n'étaient pas assez considérés. Cela s'explique notamment par une vision erronée de la sexualité de la part de la société. Effectivement, on remarque que l'opinion publique ne conçoit pas, ou très peu, que la personne âgée peut être animée par une volonté sexuelle et affective. Et, de cette façon, on a tendance à catégoriser les personnes âgées comme étant des individus dénués de désirs sexuels. Elles sont alors simplement perçues comme des objets de soins.

Fort de ces constats, nous avons exploré des leviers d'actions qui pourraient faire évoluer les mentalités et ainsi libérer les institutions de ces tabous. Nous avons également sonder les éventuelles évolutions possibles des modèles managériaux au travers la proposition d'outils et de méthodes. Tout cela dans l'optique de garantir au maximum la bienveillance dans la gestion quotidienne des établissements et des équipes.

Nous avons donc entrevu les bienfaits et les apports du management bienveillant dans les modes de gestion des EHPAD. Au vu des nombreux éléments apportés par ce présent travail de recherche, nous sommes amenés à nous poser la

question suivante : quelle sera la nouvelle forme du modèle managérial des EHPAD dans un avenir proche ?

BIBLIOGRAPHIE

1. **AMONTECH**. Inspiration : Amontech décrypte le management Danois ! [Online]. *AMONTECH*: 2017. <https://amontech.wordpress.com/2017/02/08/inspiration-amontech-decrypte-le-management-danois/> [11 Jul. 2021].
2. **OCDE**. Le temps de travail : tendances récentes et initiatives des pouvoirs publics [Online]. <https://www.oecd.org/els/emp/2080278.pdf> [29 Jul. 2021].
3. **HAYAT G**. Suicides à France Télécom : le rappel des faits [Online]. *LEFIGARO*: 2016. <https://www.lefigaro.fr/societes/2016/07/07/20005-20160707ARTFIG00115-suicides-a-france-telecom-le-rappel-des-faits.php> [29 Jul. 2021].
4. **ANACT**. Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 "Qualité de vie au travail" | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) [Online]. 2019. <https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail> [29 Jul. 2021].
5. **CADRE EMPLOI**. Etude sur le burn-out, Cadre Emploi 2019 [Online]. 2019. https://cadreemploi-edito.cdn.prismic.io/cadreemploi-edito/c1e96cf4-0ff1-4fa0-8c29-ec670a19ec06_Etude_BURN_OUT__c__Cadreemploi_2019.pdf [29 Jul. 2021].
6. **GRANATA E**. Prise de parole de l'UD CGT 73 pour la journée de grève et d'action des salariés des EHPAD [Online]. 2018. http://cgtud73.fr/wp-content/uploads/2018/02/discours-eric-granata-rassemblement-EHPAD-30-01-18.pdf?fbclid=IwAR1FwvodDANI9PY9dXJjwiidv2AD7yIH-Sb7iYy_s0XplzI5rK9kO98b7t8 [29 Jul. 2021].
7. **FABREGAS B**. A lire - Deux soignantes dénoncent les situations vécues en EHPAD [Online]. <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/la-librairie-de-la-profession-infirmiere/edito-ehpad-mots-pour-dire-maux.html> [30 Jul. 2021].
8. **EL AZZAZ Y**. Jura : fin de la grève pour les salariées de la maison de retraite des Opalines - Le Parisien [Online]. *Le Parisien*: 2017. <https://www.leparisien.fr/economie/fin-de-la-greve-pour-les-salariees-de-la-maison-de-retraite-des-opalines-a-foucherans-28-07-2017-7162257.php> [30 Jul. 2021].
9. **TROADEC N**. Ehpads : le personnel " stressé " et " démotivé " [Online]. *La nouvelle République*: 2018. <https://www.lanouvellerepublique.fr/indre/ehpad-le-personnel-stresse-et-demotive> [30 Jul. 2021].
10. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [Online]. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/> [30 Jul. 2021].
11. **LLOBET G**. HOSPICE [Online]. *Encyclopædia Universalis*: 2017. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hospice/> [30 Jul. 2021].
12. **Bois J-P**. *Histoire de la vieillesse*. 1. ed. Paris: Presses Univ. de France, 1994.

13. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. [Online]. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000699217/> [30 Jul. 2021].
14. **Muller M.** L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. *Direction de La Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques* : 23, 2017.
15. **DREES.** L'hébergement des personnes âgées en établissement : les chiffres clés [Online]. 2020. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie_ehpa_08-2.pdf [31 Jul. 2021].
16. Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Online]. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033070665/> [30 Jul. 2021].
17. **Taylor FW.** *The principles of scientific management*. Lexington, KY: CreateSpace, 2012.
18. **Follett MP.** *The new state: group organization the solution of popular government*. University Park, Penn: The Pennsylvania State University Press, 1998.
19. **MUNSTERBERG H.** *Psychology and Industrial Efficiency*. CreateSpace Independent Publishing Platform. 2015.
20. **Genelot D, Le Moigne J-L.** *Manager dans (et avec) la complexité*. 2017.
21. **Rodet P, Desjacques Y, Notat N.** *Le management bienveillant*. 2017.
22. **Salvetti F.** Une relecture critique du commandement d'amour évangélique. *Transversalites* N° 126: 81–93, 2013.
23. **DECHAUX J-H.** Jean Jacques Rousseau [Online]. 2008. http://ses.ens-lyon.fr/ses/fichiers/rousseauhps-ens-ses_1350160814699.pdf [30 Jul. 2021].
24. BIENVEILLANCE : Définition de BIENVEILLANCE [Online]. *Centre National de Ressources Textuelles et lexicales*: [date unknown]. <https://www.cnrtl.fr/definition/bienveillance> [30 Jul. 2021].
25. **Larousse É.** Définitions : accompagner, être accompagné, s'accompagner - Dictionnaire de français Larousse [Online]. [date unknown]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470> [30 Jul. 2021].
26. **Formarier M.** La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé. *Recherche en soins infirmiers* N° 88: 3–3, 2007.
27. **ANESM.** *Anesm_recommandations_ehpad_volet1.pdf* [Online]. 2010. http://www.infomaissionsderetraite.fr/wp-content/uploads/2014/04/Anesm_recommandations_ehpad_volet1.pdf [30 Jul. 2021].

28. **JANS B, VAN OYEN H.** *SATISFACTION DANS LES MAISONS DE REPOS ET DANS LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS.* 2003.
29. **HAS.** Programme Qualité de vie en Ehpad [Online]. *Haute Autorité de Santé*: 2012. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad [30 Jul. 2021].
30. **FEIX C.** La qualité de vie au travail favorise la performance économique de l'entreprise [Online]. <https://www.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/la-qualite-de-vie-au-travail-favorise-la-performance-economique-de-l-entreprise> [30 Jul. 2021].
31. **Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social.** *Accord National Interprofessionnel - Qualité de Vie au Travail.* 2013.
32. *LOI n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi (1).* 2015.
33. Missions et actions - INRS - INRS [Online]. 2017. <https://www.inrs.fr/inrs/missions.html> [30 Jul. 2021].
34. **WEILL P.** Témoignages de la vie en EHPAD [Online]. 2017. <https://www.franceinter.fr/emissions/le-7h43/le-7h43-09-aout-2017> [30 Jul. 2021].
35. **MEREO F.** Maltraitance en maison de retraite : le témoignage d'un petit-fils a libéré la parole [Online]. *Le Parisien*: 2019. <https://www.leparisien.fr/societe/maltraitance-en-maison-de-retraite-le-temoignage-d-un-petit-fils-a-libere-la-parole-26-02-2019-8020884.php> [31 Jul. 2021].
36. **PITTE M.** La qualité des soins - Cours IFSI - Etudiant infirmier [Online]. *Soins-Infirmiers.com*: 2019. <https://www.soins-infirmiers.com/ifsi/ue-4.8-qualite-des-soins-evaluations-des-pratiques/qualite-des-soins> [31 Jul. 2021].
37. Définition du mot "motivation". *Le Petit Larousse Larousse*: 1784, 1998.
38. **Ryan RM, Deci EL.** Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology* 25: 54–67, 2000. doi: 10.1006/ceps.1999.1020.
39. **Roussel P.** La motivation au travail - concept et théories. 2000.
40. **Deci EL, Ryan RM,** editors. *Handbook of self-determination research.* Softcover ed. Rochester, NY: Univ. of Rochester Press, 2004.
41. **Bandura A, Lecomte J, Carré P, De Boeck Supérieur (1986-2015).** *Auto-efficacité: comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie.* Louvain-la-Neuve: de Boeck supérieur, 2019.
42. **Fenouillet F.** *Les théories de la motivation.* Paris: Dunod, 2016.

43. **Louche C, Bartolotti C, Papet J.** Motivation intrinsèque et présentation de soi à différentes instances dans une organisation. *Bulletin de psychologie* Numéro 484: 351–357, 2006.
44. Projet de vie personnalisé du résident en EHPAD | EHPAD La Source [Online]. [date unknown]. <http://www.ehpadlasource.fr/accompagnement-soins/projet-de-vie> [31 Jul. 2021].
45. Qu'est-ce qui influe sur le bien-être des personnes âgées ? - Nos Pensées [Online]. *Nos Pensées*: 2018. <https://nospensees.fr/quest-ce-qui-influe-sur-le-bien-etre-des-personnes-agees/> [31 Jul. 2021].
46. **PICARD P.** Gériatrie et espaces architecturaux. *Revue de gériatrie* : 50, 2000.
47. **MARQUIER R, VROYLANDT T, CHENAL M, JOLIDON P, LAURENT T, PEYROT C, STRAUB T, TOLDRE C.** Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. [Online]. *Direction de La Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques* , 2016. http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/63174/1/dossiers_5.pdf [31 Jul. 2021].
48. Les TMS dans votre secteur d'activité [Online]. *L'Assurance Maladie*: 2021. <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/secteurs-activite> [31 Jul. 2021].
49. Risques professionnels dans le secteur de l'aide et des soins à la personne : chiffres clés [Online]. *L'Assurance Maladie*: 2020. <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/votre-secteur/aide-soins-personne/chiffres-cles> [31 Jul. 2021].
50. Le tableau de bord 2019 révèle un fort taux d'absentéisme en Ehpad, Ssiad et Spasad [Online]. 2021. <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20210507-ressources-humaines-le-tableau-de-bord-2019-revele> [31 Jul. 2021].
51. **MAZZUCOTELLI S.** Témoignage choc dans un Ehpad de Forbach : “Toilettes de nuit, repas express, lits défectueux” [Online]. *Le Républicain Lorrain*: 2018. <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-forbach/2018/01/29/temoignage-choc-dans-un-ehpad-de-forbach-toilettes-de-nuit-repas-express-lits-defectueux> [31 Jul. 2021].
52. **Priou J, Demoustier S.** 3. Les grandes lois structurant le secteur. *Maxi Fiches* 4e éd.: 10–18, 2015.
53. Les effets Pygmalion et Golem – Effets Papillon [Online]. *Effets papillon*: 2020. <http://effets-papillon.com/pygmalion> [31 Jul. 2021].
54. **PACAUD T.** Rôles, missions et responsabilités du manager: focus sur la motivation des employés [Online]. *Team4Development*: [date unknown]. <https://www.team4development.fr/roles-missions-et-responsabilites-du-manager-motivation-des-employes/> [31 Jul. 2021].

55. Manager de proximité [Online]. *Observatoire des métiers et des qualifications*: [date unknown]. <https://obsmetiers.rcp-pro.fr/les-metiers/management/manager-de-proximite> [31 Jul. 2021].
56. **DESSERPIT G.** 17. L'impact du management sur la motivation d'une équipe. .
57. **Brun J-P, Lamontagne S, Blais C, Québec (Province), Conseil du trésor, Secrétariat, Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, Programme de partenariat syndical-patronal (Canada), Université Laval, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations.** *La reconnaissance au travail employee recognition*. Québec: Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, Université Laval, 2005.
58. **Brun J-P, Dugas N.** La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion* Vol. 30: 79–88, 2005.
59. **SID C.** Qu'est-ce que l'innovation sociale ? | Bpifrance Création [Online]. *BPIfrance-création*: 2012. <https://bpifrance-creation.fr/entrepreneur/temoignage-invite/quest-ce-que-linnovation-sociale> [31 Jul. 2021].
60. **TALPIN J-M, PLOTON L.** Cadres institutionnels et loi du plus fort en institutions gériatriques. *Gerontologie et société* 25 / n  101: 115–127, 2002.
61. **MEYER JW, ROWAN B.** Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology* 83: 340–363, 1977.
62. **MARESCOTTI R.** L'Humanitude [Online]. *Le Label Humanitude*: [date unknown]. <http://www.lelabelhumanitude.fr/humanitude-2/> [31 Jul. 2021].
63. **THIBAUD A, HANICOTTE C.** Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? *Gerontologie et société* 30 / n  122: 125–137, 2007.
64. **CRIVELLI D.** Le regard du personnel soignant sur la sexualité des personnes âgées en institution. Enquête auprès de 3 EHPAD de la région nancéenne. .
65. **FLECHER E.** Intimité, vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap | article | Espace  thique/Ile-de-France [Online]. *Espace Ethique - Région Ile-de-France*: 2016. <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/intimite-vie-affective-et-sexuelle-des-personnes-en-situation-de-handicap> [31 Jul. 2021].
66. **Ministère des Solidarités et de la.** Santé sexuelle [Online]. *Ministère des Solidarités et de la Santé*: 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle> [31 Jul. 2021].
67. **LOI - WET** [Online]. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl [31 Jul. 2021].

68. Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée [Online]. 2010. https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_FR.pdf [31 Jul. 2021].
69. Section 2 : Du proxénétisme et des infractions qui en résultent (Articles 225-5 à 225-12) - Légifrance [Online]. *Légifrance*: 2003. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006165301/> [31 Jul. 2021].
70. Article 225-10-1 - Code pénal - Légifrance [Online]. *Légifrance*: 2003. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417875 [31 Jul. 2021].
71. 2. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. In: *Stériliser le handicap mental ?* ERES, p. 251.
72. **RUBETTI M.** Handicap : ces pays où l'assistance sexuelle est encadrée voire remboursée [Online]. *Le Figaro*: [date unknown]. <https://www.lefigaro.fr/actualite-France/handicap-ces-pays-ou-l-assistance-sexuelle-est-encadre-voire-remboursee-20200214> [31 Jul. 2021].
73. **PHILIPPE-VIELA O.** Assistants de vie sexuelle pour handicapés : pourquoi ça bloque en France - L'Express [Online]. *L'Express*: 2020. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/assistants-de-vie-sexuelle-pourquoi-le-debat-est-si-complexe-en-france_2117851.html [31 Jul. 2021].
74. **Gamaleu-Kameni C.** Peut-on légiférer à propos de l'assistance sexuelle en France ? *Médecine & Droit* 2013: 181–186, 2013. doi: 10.1016/j.meddro.2013.07.003.
75. **BESSIERE S.** La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Revue française des affaires sociales* : 17–33, 2005.
76. Une répartition déséquilibrée des professions entre les hommes et les femmes [Online]. *Observatoire des inégalités*: 2014. https://www.inegalites.fr/Une-repartition-desequilibree-des-professions-entre-les-hommes-et-les-femmes?id_theme=22 [31 Jul. 2021].
77. **BASSERES J, ERNST B.** Le champ social et médico-social : une activité en forte croissance, des métiers qui se développent et se diversifient. : 12, 2012.
78. **LEDOUX A.** Chapitre IV. La communication non verbale dans l'entretien clinique [Online]. Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-entretien-clinique--9782130621287-page-83.htm> [31 Jul. 2021].
79. **ABOU EL KHAIR C.** Salaires, religion et politique... Quels sont les sujets tabous entre collègues ? [Online]. *20 Minutes*: 2019. <https://www.20minutes.fr/economie/2597567-20190906-salaires-religion-politique-sujets-tabous-entre-collegues> [31 Jul. 2021].

80. **MARTINEZ B.** Pourquoi parler d'argent est tabou en France ? [Online]. *Ensemble en France*: 2021. <https://www.ensemble-en-france.org/pourquoi-parler-dargent-est-tabou-en-france/> [31 Jul. 2021].
81. **BOUBAKARY B, ZERBIB R.** L'influence des valeurs personnelles sur le comportement. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels* Vol. XXII: 65–82, 2016.
82. **BESANCENEY J-C.** *L'éthique et les soignants*. Rueil-Malmaison: Lamarre, 2001.
83. **AUTISSIER D, WACHEUX F.** *Manager par le sens: les clés de l'implication au travail*. Paris: Ed. d'Organisation, 2008.
84. **VIROLLE M.** Le sens au travail dans le secteur social, médico-social et petite enfance [Online]. CESI alternance: 2015. <https://accent-petite-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/Th%c3%a8se-Maxime-VIROLLE-sens-au-travail-dans-le-secteur-social-et-pe.pdf> [31 Jul. 2021].
85. La gestion du changement dans l'entreprise [Online]. [date unknown]. <https://creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/gestion-changement-entreprise.pdf> [31 Jul. 2021].
86. *LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1)*. 2015.
87. **GUILLERMOU M.** Intimité et sexualité en EHPAD [Online]. *Echo silver*: 2016. <https://experts-ehpad.elior-services.fr/intimite-et-sexualite-en-ehpad> [31 Jul. 2021].

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES.....	4
INTRODUCTION	5
I. DEFINITION DES CONCEPTS, DE QUOI PARLE -T-ON ?	8
A. <i>Qu'est-ce que l'EHPAD.....</i>	8
B. <i>Définition du concept de management.....</i>	12
C. <i>La bienveillance</i>	16
1. Définition.....	16
2. Qualité de vie et d'accompagnement	18
a. La qualité de vie, du point de vue des résidents.....	19
b. La qualité de vie, du point de vue des professionnels	21
D. <i>La motivation.....</i>	24
1. Définition de la motivation	24
2. Les formes de motivations.....	25
a. La motivation intrinsèque	25
b. La motivation extrinsèque	25
II. L'EHPAD COMME LIEU D'APPROPRIATION DE CES CONCEPTS.....	29
A. <i>La culture de la bienveillance en EHPAD</i>	29
1. Une charte et des normes : la bienveillance encadrer	29
2. S'incarner dans le bien-être des personnes accompagnées.....	31
B. <i>Motivation et prise en charge, quelle conjugaison ?</i>	31
1. Motivation des professionnels : quelles entraves ?	32
2. Lutter contre la démotivation des salariés	37
C. <i>Le management bienveillant, moteur de l'innovation sociale.....</i>	40
1. La nécessité d'un cadre institutionnel plus adapté	41
c. Un point de vue novateur au service du bien-être	42
III. UNE FORME DE MANAGEMENT A MOTIVER.....	50
A. <i>Méthodologie de l'enquête</i>	50
1. Étude qualitative	50
2. Type d'entretien.....	51
3. Le guide d'entretien	51

a. Introduction	51
b. Thème1 - Management, bienveillance et motivation : définition des concepts au travers du paradigme individuel.....	52
c. Thème 2 – Une application des concepts au quotidien.....	52
d. Thème 3 – Ouverture	53
4. L'échantillonnage.....	53
a. Construction de l'échantillon	53
b. Population concernées par l'entretien.....	54
c. Saturation théorique des données	56
5. Recueil et traitement des données	56
<i>B. Analyse des résultats</i>	<i>58</i>
1. Données didactiques	58
2. Données issues de la communication non-verbale	68
<i>C. Une revalorisation de la place du soignant</i>	<i>69</i>
1. Vers une meilleure considération des valeurs.....	70
2. Comment garantir alors un management bienveillant ?	72
3. Vers une meilleure prise en compte des besoins d'intimité.....	73
a. Un cadre institutionnel à faire évoluer.....	74
i. Faire évoluer les pensées	74
CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE	80
TABLE DES MATIERES.....	87
TABLE DES FIGURES	89
TABLE DES TABLEAUX.....	89
GLOSSAIRE	90
TABLE DES ANNEXES.....	91

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : : LE NIVEAU DE DEPENDANCE DES RESIDENTS EN FRANCE (15)	11
FIGURE 2 : LES ELEMENTS IMPACTANT LE BIEN-ETRE EN INSTITUTION	19
FIGURE 3 : LES RECOMMANDATIONS PUBLIEES PAR L'ANESM.....	20
FIGURE 4 : LES SIX FACTEURS DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL (QVT) (30)	21
FIGURE 5 : ENCHAINEMENT DELETERE DE LA MOTIVATION DANS LE TRAVAIL	27
FIGURE 6 : L'EFFET PYGMALION ET L'EFFET GOLEM	38
FIGURE 7 : LES CINQ PRINCIPES SOCLES DU LABEL HUMANITUDE	43
FIGURE 8 : : NUAGE DE POINTS DES MOTS LES PLUS REDONDANTS DANS LE DISCOURS DES PERSONNES INTERROGEES	59
FIGURE 9 : DENDROGRAMME DES DIFFERENTES CLASSE DE FORMES COMPOSANT LE CORPUS DE TEXTE.....	60
FIGURE 10 : GRAPHE ISSUE DE L'AFC.....	64
FIGURE 11 : ARBRE MAXIMUM – ADS DU CORPUS TEXTUEL ISSUE DES ENTRETIENS	67
FIGURE 12 : LE SALARIE AU CŒUR DU PROCESSUS MANAGERIAL.....	72

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : LES 4 VOLETS DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PORTANT SUR LA QUALITE DE VIE EN EHPAD	20
TABLEAU 2 : NOMBRE DE PATHOLOGIE PAR RESIDENT EN EHPAD	32
TABLEAU 3 : PRINCIPAUX SECTEURS D'ACTIVITE A L'ORIGINE DES AFFECTIONS PSYCHIQUES RECONNUES EN ACCIDENT DU TRAVAIL EN 2016	35
TABLEAU 4 : PROFILS DES PROFESSIONNELS INTERROGES	54
TABLEAU 5 : LES METIERS LES PLUS FEMINISES	55
TABLEAU 6 : PROFIL DU RESIDENT INTERROGE.....	55
TABLEAU 7 : FORMES ACTIVES DU CORPUS DE TEXTE	59
TABLEAU 8 : FORMES ACTIVES COMPOSANT LA CLASSE 1	61
TABLEAU 9 : FORMES ACTIVES COMPOSANT LA CLASSE 2	61
TABLEAU 10 : FORMES ACTIVES COMPOSANT LA CLASSE 3	62
TABLEAU 11 : FORMES ACTIVES COMPOSANT LA CLASSE 4	62
TABLEAU 12 : FORMES ACTIVE COMPOSANT LA CLASSE 5	63
TABLEAU 13 : ANALYSE DE LA COMMUNICATION NON VERBALE DES PERSONNES INTERROGEES.....	68

GLOSSAIRE

ADS : Analyse des Similitudes

AFC : Analyse Factorielle des Correspondances

AMP : Aide médico-Psychologique

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services-sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation

APPAS : Association Pour la Promotion de l'Accompagnement Sexuel

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CHD : Classification Hiérarchique Descendante

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de Travail

CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination

CVS : Conseil de Vie Sociale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QVT : Qualité de Vie au Travail

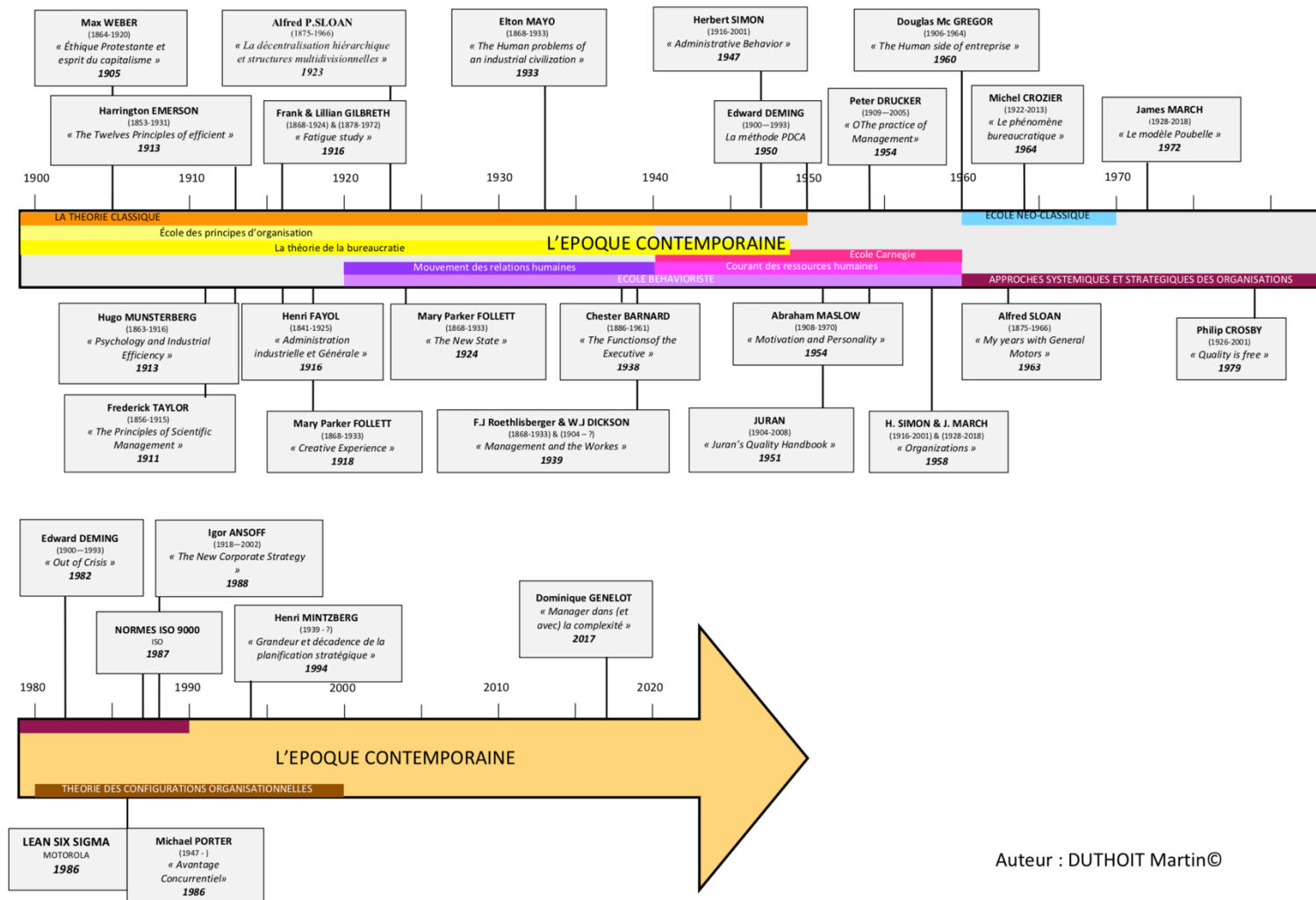
RPS : Risques Psycho-Sociaux

TMS : Trouble Musculo-Squelettique

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : FRISE CHRONOLOGIQUE DES MOUVEMENTS MANAGERIAUX	I
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN	II
ANNEXE 3 : ENTRETIEN DE MADAME A.....	V

ANNEXE 1 : FRISE CHRONOLOGIQUE DES MOUVEMENTS MANAGERIAUX



Auteur : DUTHOIT Martin©

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN : DIRECTION, SALARIES ET RESIDENTS

Motivation et bienveillance managériale, quel impact sur la qualité d'accompagnement des personnes âgées en EHPAD ?

Thème 1 : Management, bienveillance et motivation : définition des concepts au travers du paradigme individuel.

1. DIRECTION

- Comment définiriez-vous le management (au travail) ?
- Selon vous, quel est le mode de management le plus optimal/ efficace en entreprise ?
- Que vous évoque la motivation au travail ?
- Comment définiriez-vous un travail qui a du sens pour vous/ vos collaborateurs ?
- Pensez-vous que le sens est un élément prépondérant dans l'organisation au travail ? Pourquoi ?
- Selon vous, pour quelle(s) raison(s) la démotivation et la perte de sens sont deux problématiques majeures en EHPAD ?
- Qu'est-ce que la bienveillance selon vous ?

2. SALARIES

- Comment définiriez-vous le management (au travail) ?
- Qu'est-ce que la bienveillance pour vous ? A qui cela s'applique-t-il ?
- Quels sont, pour vous, les sources de motivation au travail ?
- Comment définiriez-vous un travail qui a du sens pour vous ?

Thème 2 : Une application des concepts au quotidien...

1. DIRECTION

- Diriez-vous que vos collaborateurs sont engagés/ motivés dans leur travail ?
- Comment gardez-vous vos équipes motivées ?
- D'après-vous, quel est votre rôle dans l'engagement de vos collaborateurs ? Quels outils et méthodes mettez-vous en place ?
- Quelles sont les conséquences d'une perte de sens que vous avez pu constater chez vos collaborateurs ?
- Comment garantisiez-vous de la bienveillance (pour les salariés et les résidents) dans votre mode de gestion ?
- En quoi votre travail et vos pratiques quotidiennes ont-elles du sens pour vous ? Pourquoi ?

2. SALARIES

- Que pensez-vous du mode de gestion appliqué au sein de l'EHPAD ?
- Quels sont les signes/ marques de reconnaissance que vous recevez dans votre travail ? Qui en est l'auteur ?
- Quelles sont vos contraintes professionnelles ? Quelles sont leur impact sur les résidents ?
- Comment qualifiez-vous vos conditions de travail actuelles ? Et votre charge de travail ?
- Pensez-vous que l'on peut concilier les besoins des résidents avec les attentes des salariés ? Comment ?
- Comment choisissez-vous les besoins à satisfaire de la personne ? Quand est-il des besoins affectifs et de sexualité ?
- Comment appliquez-vous la bienveillance dans votre travail ? Quels sont vos ressentis quant à vos méthodes de travail ?
- Quelles sont les initiatives que vous prenez ou que vous souhaitez prendre dans votre travail ?
- Quelles sont les valeurs de l'entreprises ? Quel lien faites-vous entre les valeurs de l'entreprise et vos valeurs ?

3. RESIDENTS

- Que pensez-vous de la manière dont est géré l'établissement ?
- Parmi vos besoins et attentes, quelles sont ceux qui sont satisfaits ? Non satisfaits ?
- Que pensez-vous de votre prise en charge ? De la manière dont vous traite le personnel de l'établissement ?

Thème 3 : Ouverture

1. DIRECTION

- Quelles sont, selon vous, les points ou méthodes à développer pour donner ou redonner du sens au travail ? Quels peuvent-être les acteurs impliqués dans cette démarche et de quelle manière ?

2. SALARIES

- Quelles pistes pour une meilleure QVT ? Pour améliorer les conditions de travail des salariés ?
- Quelles propositions innovantes et bienveillante de prise en charge pourriez-vous proposer ? (expérience passées, autres établissements...)

3. DIRECTION ET SALARIES

- Comment voyez-vous l'avenir quant aux problématiques/ concepts évoqués lors de cet entretien ?

4. **RESIDENTS**

Quelles propositions feriez-vous pour améliorer votre qualité de vie au sein de l'EHPAD ? (cela englobe la PEC, condition de vie, de traitement, de gestion de l'établissement... en bref tout ce qui influe sur le résident).

ANNEXE 3 : ENTRETIEN DE MADAME A

Verbatim 5	MADAME A	Directrice d'exploitation
THEME 1		
Comment définiriez-vous le management au travail ?		
Une grande adaptabilité. Parce que le management est en fonction des équipes qu'on a et du contexte quotidien. Le management doit être très adaptable. Des fois on va être la maman, des fois on va être le directeur d'école. Des fois on va plus être l'ami qui écoute quand ils sont sur des périodes où c'est compliqué sur les situations personnelles. C'est être très adaptable. Très à l'écoute mais aussi très cadran.		
Selon, vous, quel est le mode de management le plus optimal/ efficace en entreprise ?		
Le mode paternaliste. Car en général, on est confronté à des personnes qui sont issu de familles monoparentale, de situation précaire. On est donc un soutien pour eux. Le travail est lieu où il peuvent exprimer tout cela, et parler de ces choses sans avoir de jugement et on eut les aiguiller aussi.		
Que vous évoque la motivation au travail ?		
Ma motivation, j'aime ce que je fais. Cela fait plus de 10 ans que je fais ce métier-là. <i>Je me suis questionné sur si j'allais continuer ce métier car j'ai fait un gros burnout à un moment car j'avais été maltraité par mes patrons de l'époque.</i> Pouvoir avoir du relationnel, être à l'écoute, accompagner. Pouvoir proposer des solutions à ces personnes, sur des sujet complexes et difficiles. Pouvoir proposer une prise en charge de qualité. C'est ce qui me motive tous les matins.		
Comment définiriez-vous un travail qui a du sens pour vous/ vos collaborateurs ?		
c'est ce qui donne du sens a mon travail et à celui de mes collaborateurs car j'essaie de faire en sorte qu'ils aient la même vision que moi ou qu'ils partagent ma vision tout du moins et non pas qu'ils aient la même car on a tous une vision un peu différente et on a tous des parcours de vie qui nous amènent à exercer dans ce secteur. Il faut vraiment avoir une accroche avec le milieu pour avoir du sens dans notre travail car la personne âgée reste un public assez particulier. Si on aime pas la personne âgée, on a pas à être là. Il faut donc s'assurer que le salarié est à l'aise dans cet environnement de travail.		
Pensez-vous que le sens est un élément prépondérant dans l'organisation au travail ? Pourquoi ?		
Pour l'organisation, non. Pour faire ce métier-là, oui. L'organisation au travail va se faire en fonction des compétences de chacun, en fonction des moyens que vous avez, de l'architecture de votre bâtiment, de l'état de vétusté de votre bâtiment. L'architecture du bâtiment crée et organise l'organisation et la stratégie du travail.		
Selon-vous, pour quelles raisons la démotivation et la perte de sens sont deux		

problématiques majeures en EHPAD ?

Oui, car les métiers de l'EHPAD sont des métiers pas reconnu. Les familles ont tendance à beaucoup critiquer. Il y a aussi d'EHPAD bashing qui dévalorise le travail des salariés. La reconnaissance salariale. Le salaire n'est pas le même partout, selon les conventions. Il faudrait donc une harmonisation de ces conventions pour plus d'équité. Ça apportait beaucoup plus de sens à nos métiers. Également, c'est un métier ingrat. J'encourage donc les filles à participer aux activités l'après-midi pour trouver du plaisir avec les résidents et sortir un peu dans leur cœur de métier qui est le nursing.

Qu'est-ce que la bienveillance selon vous ?

Si on est bienveillant avec les salariés, ça se retranscrit directement sur les résidents. L'organisation qu'on met en place et la façon dont on traite son personnel se répercute directement sur les résidents.

THEME 2

Diriez-vous que vos collaborateurs sont engagés/motivés dans leur travail ?

D'après les résultats de l'enquête d'engagement de janvier, oui. On a eu des retours positifs sur la façon dont ils perçoivent l'établissement, leur charge de travail et la manière dont eux sont perçus. Cela montre qu'ils sont bien dans l'établissement.

Comment gardez-vous vos équipes motivées ? D'après-vous, quel est votre rôle dans l'engagement de vos collaborateurs ? Quels outils et méthodes mettez-vous en place ?

Pour moi, le directeur est chef d'orchestre. Il se doit d'être dans l'exemplarité des choses. C'est-à-dire appliqué à lui-même les règles qu'il établit pour les salariés. Il faut savoir se positionner en tant que directeur quand on a besoin, en tant que maman quand on a besoin. Le directeur doit gérer les chefs de pôles et les épauler quand ils ont des difficultés à gérer les choses. Néanmoins il ne doit pas se substituer à eux systématiquement. Le directeur est donc un appui pour tout le monde.

Quelles sont les conséquences d'une perte de sens que vous avez pu observer chez les collaborateurs ?

Oui, par exemple notre ancienne gouvernante qui est redevenue auxiliaire de vie. Sa fonction de gouvernante ne lui convenait pas car le management était quelque chose pour elle de difficile. Ce métier n'avait plus de sens pour elle car pour elle le sens de son travail était de retourner au plus près des résidents.

Comment garanzissez-vous de la bienveillance dans votre mode de gestion ?

En étant soi-même bienveillant et l'écoute de tous et de tout. Il ne faut pas rester dans son bureau tout le temps. Il faut savoir ce qui se passe dans l'établissement. Par exemple, même si je suis moins présent dans les étages en ce moment, je connais mes résidents et je vois s'ils vont bien ou pas bien.

Même chose pour les salariés. La garantie donc cette bienveillance par de l'humain car l'EHPAD c'est de l'humain qui gère de l'humain.

THEME 3

Quelles sont, selon vous, les points et méthodes à développer pour donner ou redonner du sens au travail ? Quels peuvent-être les acteurs impliqués dans cette démarche et de quelle manière ?

Une de mes faiblesse est la gestion de projet, je ne suis pas très bonne sur ça. C'est donc quelque chose à développer. On a donc fait une réunion sur ce sujet pour trouver un projet commun à mener via de l'associatif. Dans ce projet, tous les salariés seraient impliqués.

Comment voyez-vous l'avenir quant aux problématiques/concepts évoqués lors de cet entretien ?

J'espère que l'établissement et la France seront sortis de cette crise sanitaire et que l'on pourra reprendre une vie normale et surtout active sur l'établissement car avant la crise de mars 2020, on faisait vraiment pleins de choses dans l'établissement. J'espère également qu'il y aura un retour de confiance envers les EHPAD. J'espère garder la même équipe au niveau de staff et à fidéliser quelques CDD avec qui cela se passe bien.

MOTIVATION ET BIENVEILLANCE MANAGERIALE, QUEL IMPACT SUR LA QUALITE D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN EHPAD ?

La **bienveillance** est un enjeu majeur du **management** en **EHPAD**. En effet, ces établissements qui ont vu le jour que très récemment à l'échelle historique, accueillent un public de plus en plus vieillissant et fragile. Les modes de gestion qui y sont appliqués se doivent donc d'être les plus humains possible. A plus forte raison qu'aujourd'hui, les modes de gestion en entreprise ne peuvent ignorer les valeurs, **besoins** et attentes des salariés. Sans une prise en compte de ces derniers, il devient alors difficile de motiver les salariés. Or, la **motivation** est un facteur prépondérant dans la **qualité d'accompagnement** des personnes âgées en institution. Si elle n'est pas présente, la satisfaction des besoins des résidents n'en sera que plus compliquée. Grâce aux résultats obtenus sur le terrain, on remarque que des besoins primaires ne sont pas ou très peu satisfaits. La cause ? Un tabou encore très ancré dans notre société qui a pour effet d'entraver l'évolution des institutions. Il apparaît alors que la mise en place d'outils et méthodes d'appui au management peuvent être une des solutions à apporter aux problématiques de terrain...

Mots-clés : **bienveillance, management, EHPAD, besoins, motivation, qualité d'accompagnement**

MOTIVATION AND MANAGERIAL CARE, WHAT IMPACT ON THE QUALITY OF SUPPORT FOR THE ELDERLY IN NURSING HOMES?

Ethical decision-making is a major **management** issue in **nursing homes**. Indeed, those recently developed facilities welcome an increasingly aging and fragile audience. The management methods put into action must therefore be as ethical and **benevolent** as possible. Today more than ever, corporate management methods cannot ignore the values, **needs** and expectations of their employees. Without taking them into account, it would become a challenge to motivate employees. Considering the fact that **motivation** is a major factor in the **quality of support** for the elderly in institutions, meeting the needs of residents would only be more complicated if the employees were not constantly motivated. Through our field results, we noticed that basic needs are not or very little satisfied. The cause? A taboo still deeply rooted in our society which hinders the development of institutions. It then appears that the implementation of management support tools and methods could be an option provided to solve different issues faced by the workers...

Keywords: **benevolent, management, nursing homes, needs, motivation, quality of support**