

Université de Lille

Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS)

Master 2: Management Sectoriel

**Le management participatif dans l'amélioration de l'accompagnement des
résidents en EHPAD**

Sous la direction de : Monsieur Arnaud CHEVALIER

Mémoire de fin d'étude - 2ème année de Master

Composition du Jury :

Monsieur Hervé HUBERT

Monsieur Arnaud CHEVALIER

Madame Clémence DAMAY

8 Juillet 2025

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

Année universitaire 2024-2025

SOMMAIRE

Remerciements.....	3
Liste des Abréviations.....	4
Liste des figures et Graph.....	4
Introduction.....	6
PARTIE 1: Apports théoriques et cadre conceptuel.....	8
A: L'Ehpad et l'accompagnement des résidents.....	8
B: Le management: un concept évolutif.....	14
C: Le management participatif.....	21
PARTIE 2: Le management participatif au service de l'accompagnement du résident: résultat d'une étude quali-quantitative.....	28
A: La méthodologie	28
B: Les résultats	34
PARTIE 3: Impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en Ehpad	37
A: Les avantages et les limites du management participatif dans la prise en charge des résidents: retour d'expérience de professionnels du secteur.....	37
B: Recommandations pour les managers.....	51
C: Plan d'action.....	53
Conclusion Générale.....	58
Bibliographie.....	60
Annexes	64

Remerciements

A DIEU avant tout, pour sa grâce tout le long de la rédaction de ce mémoire et pour sa présence avec moi durant cette année,

A Monsieur Arnaud Chevalier pour ses conseils et son aide en ce qui concerne l'orientation de mes réflexions pendant la rédaction de ce mémoire,

A tous les professionnels qui ont accepté de m'accorder leur temps pour les entretiens réalisés DE, IDEC et ASD, merci!

A Mme Marie-José KEIRLE, de m'avoir donné l'opportunité et pour m'avoir permis de faire aussi bien mon stage de M1 que mon alternance dans son établissement. Merci d'avoir contribué à mon développement professionnel,

A tous le personnel de l'EHPAD Korian château de la Couldre pour l'accueil et l'accompagnement pendant ces 1 an et demi passées ensemble,

A tous les intervenants d'Illis pour leur accompagnement pendant ces années de formation,

A Nikita MARTIN pour son soutien et pour la motivation dans mes moments de doutes,

Et enfin à ma famille pour la force que vous me donnez au quotidien.

Liste des Abréviations

AGGIR: Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

ASD: Aide-Soignant (e) s Diplômé (e)

CASF: Code de l'Action Sociale et des Familles

CODIR: Comité de Direction

CVS: Conseil de la Vie Sociale

DE: Directeur d'Etablissement

DRI: Dossier Résident Informatisé

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FHF: Fédération Hospitalière de France

GIR: Groupe Iso Ressources

HAS: Haute Autorité de Santé

IDEC: Infirmier Diplômé d'Etat Coordinatrice

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

MEDEC: Médecin Coordonnateur

PAP: Projet d'Accompagnement Personnalisé

QVCT: Qualité de Vie et Conditions de Travail

UVP: Unité de vie protégée

Liste des figures et Graph

Figure 1: Pyramide des besoins de Maslow

Figure 2: 4 types de managements *R.L*

Sèdjro Loïc-Baptiste KAKALAKA, Mémoire Master 2-Management sectoriel

Graph 1: Taux de participation des soignants aux décisions organisationnelles

Graph 2: Taux de participation des soignants aux décisions stratégiques

Graph 3: Taux de pratique de la démarche participative

Graph 4: Impact du management participatif sur l'absentéisme et le turnover

Graph 5: Les principaux freins à l'application du management participatif

Introduction

Le management participatif est de plus en plus reconnu dans la société moderne comme un modèle privilégié et adapté pour la gestion des organisations¹. Ce concept s'appuie sur l'engagement actif des membres de l'équipe dans les processus de prise de décision, dans le but de favoriser l'implication, la motivation et l'innovation. Le management participatif présente une forte différence par rapport aux méthodes de gestion traditionnelles et hiérarchiques, qui sont souvent considérées comme moins dynamiques et moins inclusives. La mise en place de cette approche inclusive et collaborative répond à une demande croissante de mise en valeur du capital humain au sein des organisations et des institutions.

La tendance n'est pas étrangère au domaine des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces établissements font face à des besoins de plus en plus complexes et variés des résidents, ce qui demande un accompagnement et des pratiques de soins toujours plus adaptées et sur mesure. Dans cette situation, il est primordial d'assurer la qualité de l'accompagnement afin de garantir le bien-être des résidents. Il semble qu'adopter des méthodes de gestion qui encouragent une participation active de tous les acteurs impliqués dans les soins soit une réponse appropriée aux défis spécifiques des EHPAD. L'approche de la gestion participative favoriserait une coordination améliorée des équipes, une satisfaction professionnelle accrue et une amélioration constante des pratiques de soins².

Néanmoins, même si le management participatif présente de nombreux avantages théoriques, il se heurte à plusieurs obstacles lors de son application. Par exemple, le manque de temps³, et bien d'autres encore. En effet, les équipes de soins sont

¹ Talenco. «Le management participatif: le collaboratif au service de l'intelligence collective», mai 2022

² La gestion participative d'équipe: une démarche dynamique; Bulletin Infirmier du Cancer, Vol.11-n°4-octobre-novembre-décembre 2011 p.122

³ Roussillon Soyer, Claude, Jacques Igalens, et Marie-Christine Henninger. « Motiver les soignants en EHPAD par la satisfaction des besoins psychologiques », Management & Sciences Sociales, vol. 31, no. 2, 2021,

fréquemment submergées par les multiples responsabilités quotidiennes, ce qui restreint leur participation active dans les processus de prise de décision. Cette recherche vise à explorer comment ce mode de management influence la dynamique des équipes soignantes et les soins prodigués aux résidents, en dépit des diverses contraintes: **quel est l'impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD?** Pour répondre à cette problématique, un questionnaire d'enquête ont été administrés et des entretiens semi-directifs ont été réalisées auprès des:

- directeurs d'ehpad
- les infirmiers diplômés d'État coordinateurs,
- les infirmiers diplômés d'État et les aides-soignants.

Cela a permis de recueillir dans un premier temps des retours d'expérience variés sur la mise en pratique du management participatif et son impact perçu sur la qualité des soins et de l'accompagnement. Mais aussi de saisir les avantages concrets de l'adoption du management participatif dans les EHPAD, ainsi que les difficultés et contraintes auxquelles font face les équipes. L'objectif étant de mettre en évidence les pratiques efficaces afin de proposer des recommandations visant à améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents et à optimiser le fonctionnement des équipes au travers du management participatif.

PARTIE 1: Apports théoriques et cadre conceptuel

De prime abord, il est essentiel de poser les bases théoriques qui permettront de mieux comprendre l'impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD. Ce développement théorique est structuré en trois sections clés, chacune apportant une perspective spécifique sur les concepts fondamentaux du sujet. Ceci permettra de poser un cadre analytique solide pour l'exploration de notre problématique.

A. L'Ehpad et l'accompagnement des résidents

1. L'EHPAD Structure d'accueil

Si nous parlons aujourd'hui d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, il faut savoir que cette appellation n'a pas toujours existé.

Il faut remonter au Moyen Âge pour avoir les premières structures accueillant des personnes âgées. Ce n'était pas encore des maisons de retraite, mais plutôt des hospices religieux. Ils accueillent entre autres des personnes handicapées, des malades, des vieillards. G. Bami identifie 3⁴ approches expliquant l'évolution des établissements d'hébergement.

La première approche est historique : après la guerre, les hospices et les hôpitaux partageaient souvent des textes similaires concernant leur fonctionnement. Chaque évolution dans le domaine de la santé, de l'hôpital et de la clinique se traduisent systématiquement par des changements similaires, mais moins marqués pour les établissements d'hébergement.

Par exemple, la grande réforme hospitalière de 1970 a été suivie par la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales.

La deuxième approche est terminologique : après la Seconde Guerre mondiale, les établissements d'hébergement étaient communément appelés « hospices », une terminologie qui n'avait pas alors de connotation négative. Cependant, avec l'amélioration du niveau de vie, les termes utilisés ont évolué.

⁴ Bami, Gérard. « Les paradoxes de l'évolution des EHPAD », *Empan*, vol. 91, no. 3, 2013, pp. 56-61.

La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales a introduite la possibilité de choisir la nature médicalisée ou non de l'établissement⁵. Ce changement va définitivement écarter le terme « hospice », jugé désormais péjoratif au sens de G. Bami.

L'arrivée de la « concurrence » dans le secteur médico-social a incité de nombreux établissements à adopter l'appellation informelle de « résidences », reflétant leur vocation hôtelière et appréciée par les personnes âgées.

La réforme de 1999 a introduit l'appellation "Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes" (EHPAD), bien que certains établissements aient préféré une appellation plus traditionnelle, telle que « établissement d'hébergement pour personnes âgées ».

La troisième approche est médicale et paramédicale : Depuis cette loi du 30 juin 1975, la médicalisation a commencé à être intégrée dans le fonctionnement des établissements. Cela implique la présence salariée d'aides-soignants, d'infirmiers et parfois de médecins, ainsi que la possibilité de prise en charge des médicaments. Cependant, cette médicalisation reste partielle, limitée à certaines parties de l'établissement, et il est interdit de médicaliser entièrement un établissement, à quelques exceptions près.

La réforme de 1999 a imposé à tous les établissements, quel que soit leur statut, de ne bénéficier du statut d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes que s'ils respectent des critères de médicalisation plus stricts. Quelques années plus tard, la promulgation de la loi du 2 janvier 2002, qui rénove l'action sociale et médico-sociale, constitue un tournant décisif dans l'évolution des maisons de retraite médicalisées. Elles se transforment progressivement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'engageant ainsi à respecter des critères qualitatifs plus exigeants. Cette évolution se caractérise par une médicalisation mieux définie et plus poussée, avec la présence accrue de professionnels du domaine médical et paramédical afin de

⁵ LOI n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, chapitre 1-article 5.

Sèdjro Loïc-Baptiste KAKALAKA, Mémoire Master 2-Management sectoriel
prendre en charge le résident.

Mais qui est donc le résident en EHPAD?

2. Le résident en EHPAD

Le résident en EHPAD est une personne âgée accueillie afin de bénéficier d'un accompagnement global, sécurisé et adapté à la perte d'autonomie. Selon la réglementation en vigueur, l'admission en EHPAD est ouverte aux personnes âgées de **60 ans** ou plus⁶, âge légal minimum requis, bien que des dérogations puissent exceptionnellement être accordées pour des personnes plus jeunes atteintes de pathologies lourdes ou dégénératives. Le profil type du résident est souvent celui d'une personne âgée de **plus de 85 ans**, souffrant de **polypathologies** chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, arthrose, troubles neurologiques) et présentant une **perte d'autonomie** importante, évaluée à l'aide de la grille AGGIR. Elle permet de mesurer le niveau de dépendance suivant les critères suivants⁷:

- la cohérence: communiquer, agir et se comporter de façon logique, sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit;
- l'orientation: se repérer dans l'espace et le temps;
- la toilette: assurer son hygiène corporelle, du haut et du bas;
- l'alimentation: se servir, manger
- l'élimination: assurer l'hygiène de l'élimination;
- le transfert: assurer ses transferts entre les positions debout, assis, couché;
- le déplacement à l'extérieur du lieu de vie;
- la capacité d'alerter en utilisant un moyen de communication à distance en

⁶ Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019, juillet 2022 n° 1237

⁷ Marie-France Lalande: Accompagner un patient très dépendant: Repères et bonnes pratiques, Chronique Sociale, 2021, p.79

cas de besoin.

La majorité des résidents sont ainsi classés entre **GIR 1 et 4**, ce qui signifie qu'ils ont besoin d'une aide partielle à totale pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, prise des repas, déplacements, etc.).

La décision d'entrer en EHPAD repose sur un ensemble de facteurs médicaux, sociaux et environnementaux. Parmi les éléments déclencheurs les plus fréquents figurent : **l'isolement social**, **l'épuisement de l'aidant naturel** (souvent un proche), **la fréquence des chutes**, **la désorientation liée à des troubles cognitifs** (type Alzheimer), ainsi que **l'inadéquation du logement** avec les besoins de sécurité et d'accessibilité. Une autre caractéristique notable du résident en EHPAD est la **vulnérabilité psychologique**⁸, qui peut se traduire par de l'anxiété, un sentiment de perte de repères ou une dépression, d'où l'importance d'un accompagnement bienveillant et personnalisé.

Une fois en établissement, la personne bénéficie d'un **encadrement pluridisciplinaire** (infirmiers, aides-soignants, médecins coordonnateurs, psychologues, animateurs, etc.) et d'un cadre de vie structuré et médicalisé, favorisant à la fois la sécurité, la prise en charge des soins, et le **maintien du lien social** à travers des activités collectives. Le résident en EHPAD devient ainsi un acteur du projet de vie institutionnel, au cœur d'un dispositif visant à préserver sa **dignité**, sa **qualité de vie**, et son **bien-être global**, dans un environnement à la fois humain, thérapeutique et collectif.

3. L'accompagnement du résident en Ehpad: une prise en charge pluridimensionnelle

L'Ehpad est un lieu de vie médicalisé offrant un accompagnement diversifié aux résidents.

À l'arrivée d'un résident en EHPAD, une évaluation approfondie de son état de santé

⁸ CAP retraite : Perte d'autonomie : 5 signes qui montrent que le maintien à domicile n'est plus adapté, 10/05/25

et de ses besoins est effectuée. Cela comprend l'évaluation de son degré de dépendance, de ses capacités cognitives, de ses antécédents médicaux et de ses préférences personnelles. Cette évaluation permet de dépersonnaliser l'accompagnement aux besoins spécifiques de chaque résident.

Ces accompagnements sont entre autres:

a) L'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et les soins

Les résidents nécessitent une assistance pour les activités de la vie quotidienne telles que se lever, se laver, s'habiller et manger. Le personnel veille à ce que ces besoins soient satisfaits, avec pour objectif de maintenir l'autonomie autant que possible tout en garantissant la sécurité et le bien-être des résidents. Les EHPAD disposent d'un personnel soignant qualifié, comprenant des infirmiers et des aides-soignants diplômés (ASD). Les Infirmiers diplômés d'État (IDE) sont responsables de l'administration des médicaments, des soins des plaies, de la surveillance des signes vitaux et de la gestion des urgences médicales. La coordination avec les médecins traitants et les spécialistes est essentielle pour assurer des soins médicaux adéquats. Ces soins et cette coordination sont assurés sous la responsabilité du médecin coordonnateur (MEDEC) et de l'infirmier coordinateur (IDEC).

b) L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée:

La Haute Autorité de Santé (HAS) décrit la maladie d'Alzheimer ou apparentée comme étant une maladie qui « altère les capacités de mémoire, entraîne une perte des repères dans le temps et l'espace, et provoque une diminution progressive de l'autonomie fonctionnelle, sociale et relationnelle des personnes ». Elle induit également une diminution de leurs capacités de communication verbale, d'adaptation et une hypersensibilité à l'environnement. Lorsqu'elles sont dans l'incapacité de décrire une souffrance, physique ou morale, elles l'expriment par des modifications de comportement face auxquelles il s'agit d'être vigilantes. Afin de prendre en charge au mieux la spécificité de ces résidents, l'établissement, tant au

plan des pratiques professionnelles qu' architectural et organisationnel, doit donc être capable de prendre en compte ces particularités et de compenser les limitations et difficultés d'expression et de participation liées à la maladie. Il s'agit de mobiliser et d'étayer les capacités préservées et de personnaliser fortement l'accompagnement de la personne accueillie, tout en s'appuyant sur les éléments structurants de la vie collective. De même, un changement de lieu, de condition de prise en charge, la présence d'un nouveau professionnel, un déficit de « savoir-être » peuvent générer des troubles psychologiques et comportementaux. Il est donc essentiel de prévenir ces troubles et d'éviter les ruptures dans la journée et, plus globalement, dans les prises en charge⁹.

c) L'accompagnement psychosocial :

La prise en charge des résidents en EHPAD inclut également des aspects psychosociaux. Il est important de créer un environnement favorable, de favoriser les interactions sociales et de proposer des activités stimulantes ; des programmes d'animations et d'activités organisées au sein de l'établissement. Des activités extérieures sont également proposées. Chaque résident est libre d'y participer.

Ces animations permettent aux résidents de partager des temps conviviaux.

Les activités de loisirs, les sorties, les ateliers et les rencontres avec d'autres résidents contribuent au bien-être émotionnel.

En somme, la prise en soins des résidents en EHPAD est un processus holistique qui vise à répondre à leurs besoins physiques, émotionnels et sociaux tout en garantissant leur bien-être et leur dignité.

⁹ HAS recommandation de bonnes pratiques professionnelles: L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, p.9

B. Le management un concept évolutif

1. L'école Classique

L'école classique du management, apparue à la fin du XIXe et au début du XXe siècle, a été fondatrice dans l'évolution des théories managériales. Elle a émergé en réponse à la révolution industrielle et à la nécessité croissante d'organiser et de rationaliser le travail pour améliorer la productivité. Cette école de pensée, portée par des figures emblématiques telles que Frederick Taylor, Henri Fayol et Max Weber¹⁰, a jeté les bases de la gestion moderne en proposant des principes structurés et scientifiques pour la gestion des entreprises. Chacun de ces théoriciens a apporté une contribution unique, allant de l'organisation scientifique du travail à la théorie de l'administration générale, en passant par le modèle bureaucratique, formant ainsi un socle solide pour le développement des pratiques managériales.

a) Une approche scientifique du management

Frederick Taylor (1856-1915) est l'un des fondateurs de l'école classique du management. Dans son ouvrage *The Principles of Scientific Management* (1909), Taylor propose l'organisation scientifique du travail qui repose sur une analyse critique des conditions de travail. Pour F.W. Taylor, le travail est pénible et entrave l'efficacité des employés en raison de règles pratiques basées sur l'observation personnelle et l'apprentissage, ce qui ralentit le rythme de travail. Cette approche vise à trouver "la meilleure manière" de réaliser une tâche.

Taylor propose de résoudre le problème de l'inefficacité, qu'il considère comme le plus grand mal de son époque, en appliquant des méthodes scientifiques à l'analyse et à l'amélioration de l'organisation des tâches. Cela implique de définir précisément la manière dont les tâches doivent être organisées et les rôles de chaque acteur (ouvriers et responsables) pour atteindre une productivité optimale. Sa démarche

¹⁰ Kchirid, Amina, et Raja Temnati. « Chapitre 1. L'école classique », , Management des entreprises. coordonné par Kchirid Amina, Temnati Raja. Ellipses, 2021, pp. 31-37.

Sèdjro Loïc-Baptiste KAKALAKA, Mémoire Master 2-Management sectoriel
repose sur cinq principes¹¹ appliqués au travail dans les ateliers de production :

- Recherche de la meilleure méthode (« **the one best way** ») : Détermination scientifique des temps et des modes opératoires, analyse des postes, décomposition du processus de travail en tâches élémentaires, suppression des gestes inutiles, simplification des mouvements, et attribution d'un temps d'exécution à chaque tâche, avec des instructions écrites et codifiées.

Recrutement adapté : sélection des individus les mieux adaptés à chaque tâche, basée sur une évaluation de leur caractère, tempérament et rendement.

- Formation et suivi continus : mise en place d'un programme de formation, suivi et contrôle permanents du personnel.

- Système de salaires proportionnel au rendement : Taylor considère que la principale motivation des ouvriers est financière. Ainsi, il propose un salaire au rendement, où chaque tâche correspond à un temps d'exécution, et la rémunération est déterminée par le chronomètre, suivant un système de salaire à la pièce.

- Séparation des tâches : distinction rigoureuse entre ceux qui conçoivent le travail (dans les bureaux de planification et d'organisation) et ceux qui l'exécutent (dans les ateliers), afin de définir des processus opératoires performants. Cette division verticale vise à séparer les exécutants des concepteurs pour une meilleure efficacité.

b) La théorie de l'administration générale

Henri Fayol (1841-1925), un autre pilier de l'école classique, distingue le management des autres fonctions de la gestion des affaires telles que la comptabilité, la production et la distribution. Centré davantage sur l'adoption d'une bonne pratique managériale, Fayol identifie cinq fonctions principales du management : la planification, l'organisation, le commandement, la coordination et le contrôle.

¹¹ Meier, Olivier. « V. Frederick Winslow Taylor – Le management scientifique des entreprises », Sandra Charreire Petit éd., Les Grands Auteurs en Management. EMS Editions, 2017, pp. 67-79.

Selon lui, le management est une activité partagée par toutes les organisations humaines, qu'il s'agisse de la gestion d'un État ou de la gestion domestique.

c) Une approche bureaucratique du management

Max Weber (1864-1920), dans son étude des organisations, a élaboré une théorie sur les structures et les relations d'autorité en se basant sur un modèle idéal d'organisation qu'il a appelé bureaucratie, qui n'est autre qu'une forme d'organisation caractérisée par la division du travail, une hiérarchie clairement définie, des règles et des réglementations détaillées, ainsi que des relations impersonnelles. Sa théorie a inspiré la conception structurelle de nombreuses grandes organisations contemporaines. Selon M. Weber, le fonctionnement bureaucratique repose sur divers principes¹², tels que : la hiérarchie des emplois bien définie, ainsi que la sphère de compétences pour chaque emploi; le contrat entre l'individu et l'organisation bureaucratique; la rémunération fixe ; la possibilité de carrière, des emplois basés sur des qualifications techniques, etc.

A l'instar des auteurs de l'école classique, d'autres ont également essayé de développer leur vision de la notion de management; suivant une approche qualifiée de relationnelle.

2. L'école des relations humaines

L'école des relations humaines critique l'approche classique en raison de la faible importance accordée aux facteurs humains. Cette école se concentre sur l'étude des comportements humains au travail, les dynamiques de groupe et les systèmes de pensée, en mettant l'accent sur l'importance des relations sociales dans l'entreprise.

a) L'effet Hawthorne

L'effet Hawthorne, mis en lumière par Elton Mayo dans les années 1920-1930, est l'un des concepts clés de l'école des relations humaines. Cet effet désigne le phénomène selon lequel les individus modifient leur comportement simplement parce qu'ils se sentent observés, écoutés ou valorisés.

¹² Dauphin, Sandrine. Théories du management, Informations sociales, vol. 167, no. 5, 2011, pp. 6-9

Mayo a mené des expériences dans l'usine Hawthorne Works, où il s'est rendu compte que les performances des employés s'amélioraient non pas à cause des changements techniques (comme l'éclairage ou les horaires), mais parce que les travailleurs percevaient un intérêt sincère pour leur bien-être. Autrement dit, le climat humain et la reconnaissance sociale avaient un effet positif direct sur la motivation et la productivité.

b) La hiérarchie des besoins humains

Abraham Maslow (1908-1970) , a proposé une hiérarchie des besoins humains, représentée sous forme pyramidale¹³. À la base de cette pyramide se trouvent les besoins physiologiques, suivis des besoins de sécurité, d'appartenance, d'estime, et enfin, le besoin de s'accomplir.

Robbins et Judge¹⁴ expliquent que les managers peuvent utiliser cette hiérarchie pour identifier les besoins non satisfaits de leurs employés et ainsi améliorer leur satisfaction et leur performance au travail. En répondant aux besoins de base comme des conditions de travail adéquates et la sécurité de l'emploi, puis en favorisant un bon climat social, la reconnaissance et les opportunités de développement, les organisations peuvent créer un environnement de travail plus motivant et productif.

¹³ www.francois-chevigne.be "comment-entretenir-la-motivation-grace-a-la-pyramide-des-besoins"

¹⁴ Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013), *Organizational Behavior* (15th ed.). Pearson.

Figure 1: Pyramide des besoins de Maslow



3. L'école quantitative

Selon cette école, le management est perçu comme un ensemble de modèles et de processus mathématiques. Issu de la gestion scientifique, l'approche quantitative met l'accent sur l'optimisation de la prise de décision en utilisant des méthodes quantitatives. Son objectif est d'améliorer l'objectivité des décisions en utilisant des données mesurables. Il s'agit de techniques comme l'analyse statistique, la programmation linéaire, la simulation, etc. L'objectif étant de résoudre des problèmes de management. Toutefois, cette méthode quantitative a également été

critiquée pour sa focalisation excessive sur les chiffres et les modèles, au détriment de l'aspect humain.

Le champ du management est complexe et en perpétuelle mutation, sous l'influence de différentes écoles de pensée. Avec des approches scientifiques et bureaucratiques, l'école classique a posé les fondations, tandis que l'école des relations humaines a mis en avant l'importance des facteurs sociaux et psychologiques. Finalement, les méthodes analytiques ont été introduites par l'école quantitative afin d'améliorer la prise de décision. En collaboration, ces points de vue offrent une vision approfondie et variée du management, ce qui permet aux organisations de faire face de manière plus efficace aux défis contemporains.

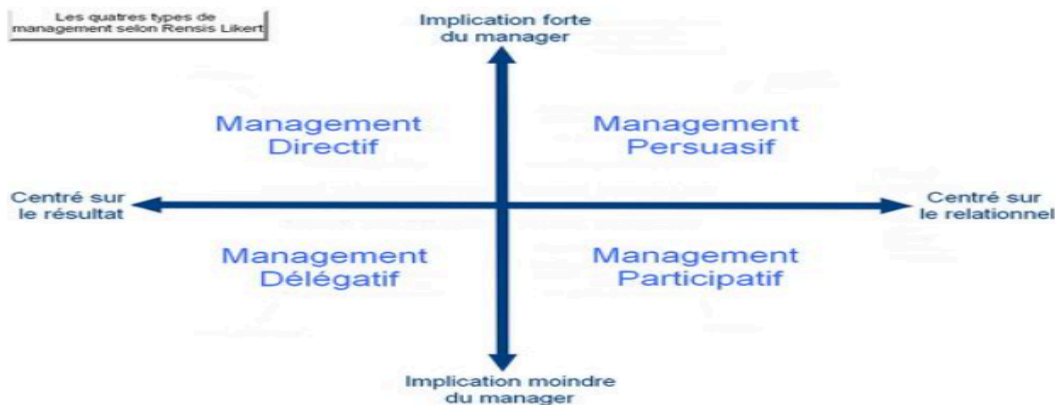
4. Une formalisation des modèles de management

Les contextes multiples au sein des organisations et cette vision variée du management se matérialisent par la définition finale de diverses postures managériales. Le psychologue américain Rensis Likert (1903-1981)¹⁵ a étudié la relation intégrée, recommandant le travail d'équipe pour renforcer les liens entre les personnes. En se basant sur ses observations, il a divisé les styles de gestion en quatre types¹⁶:

¹⁵ Likert, R. (1967). **The Human Organization: Its Management and Value**. New York: McGraw-Hill.

¹⁶ [olivier-moch.over-blog](#)

Figure 2: 4 types de managements *R.L*



a) *Le management Directif*

Connu sous le nom de management autoritaire, il repose sur une structure et des directives rigoureuses, restreint l'autonomie et cherche à maximiser l'efficacité des employés qui ne sont pas influencés par des décisions centralisées. Ce genre de gestion nécessite une clarté quant aux résultats et à la méthode. La gestion autoritaire repose sur diverses méthodes, telles que la récompense et les sanctions. La confiance du responsable est restreinte envers ses employés.

b) *Le management Persuasif*

Même s'il est moins autoritaire que la gestion autoritaire, il se concentre davantage sur les collaborateurs qui ont une certaine autonomie et auxquels le responsable demande parfois un avis, même s'il conserve le pouvoir décisionnel total. Le management persuasif repose sur l'implication des employés auxquels le responsable accorde davantage de confiance.

c) *Le management participatif*

Il repose sur la création d'une relation de confiance entre le responsable et ses collaborateurs. Les salariés participent activement à la prise de décisions et ont une grande liberté dans leur mode de travail. Ils ont aussi la possibilité de laisser leur créativité et leurs idées s'exprimer.

d) *Le management déléгатif*

Au sein de cette forme de gestion, le pouvoir est réparti entre les divers services de l'organisation, ce qui confère une certaine autonomie et une responsabilité à chaque équipe grâce à un lien d'estime mutuelle et de confiance entre les employés et l'encadrement.

Remarquons qu'au fur et à mesure de l'évolution des contextes économiques et sociaux, il est essentiel d'adopter des approches plus inclusives et participatives. C'est dans cette perspective que le management participatif apparaît comme une solution novatrice et adaptée aux exigences actuelles des organisations. Le management participatif accorde une grande importance à l'implication et à la coopération. Explorons plus en détail ce concept et ses implications.

C. Le management participatif

1. De l'origine et du développement du management participatif

Le management participatif, aussi appelé gestion participative, est une méthode de gestion qui intègre les employés dans la prise de décision et la résolution des problèmes de l'entreprise. C'est une décentralisation du pouvoir qui prend en considération et valorise les opinions et les idées des employés. Selon les travaux de R. Likert 1961, la gestion participative est fondée sur son modèle des quatre systèmes de management¹⁷ identifiés plus haut. Le management participatif est perçu comme le meilleur. Il repose sur la décentralisation de la prise de décision, l'implication des employés à tous les niveaux et l'établissement d'un environnement de confiance et de collaboration. Dans cet environnement, les cadres jouent le rôle de facilitateurs et de communicateurs, encourageant les employés à jouer un rôle actif dans la résolution des problèmes et l'amélioration des procédures. En conclusion, les décisions sont prises et la communication se fait dans les deux sens, offrant aux employés la possibilité de partager leurs idées et leurs inquiétudes.

¹⁷ Likert, Rensis. *New Patterns of Management*. New York: McGraw-Hill, 1961.

L'objectif de ce style de gestion est d'accroître la satisfaction au travail, la motivation et la productivité, en créant un sentiment d'appartenance et d'engagement à l'égard des objectifs de l'entreprise. De manière générale, le management participatif selon Likert met l'accent sur la contribution des employés et encourage un environnement de collaboration et de démocratie.

2. Principes fondamentaux du management participatif

Le management participatif repose sur plusieurs principes clés, visant à améliorer l'engagement des employés et à créer un environnement de travail collaboratif et productif. Ces principes sont entre autres :

- Engagement actif des employés : Dans un contexte participatif, les employés sont encouragés à participer activement aux discussions et de contribuer à la prise de décision. La prise en considération de leurs opinions renforce leur engagement et leur sentiment d'appartenance à l'entreprise.
- Démocratie organisationnelle : le management participatif favorise la prise de décisions collectives, à la différence du management directif, qui encourage la prise de décisions unilatérales. On prend en considération les opinions et les idées de chacun, ce qui instaure un environnement de confiance et de respect réciproque.
- L'esprit de collaboration : L'approche du management participatif favorise la coopération entre les membres de l'organisation. Les collaborateurs collaborent afin d'atteindre des objectifs communs, ce qui favorise la cohésion et la solidarité.
- L'innovation : L'implication des salariés dans le processus de décision favorise l'émergence d'idées nouvelles et innovantes. Les employés se sentent responsables du succès de l'entreprise et sont plus enclins à proposer des solutions créatives.
- Satisfaction au travail : Lorsque les salariés ont leur mot à dire et se sentent valorisés, leur satisfaction au travail augmente. Ils sont plus motivés, plus productifs et moins susceptibles de quitter l'entreprise.¹⁸

¹⁸ Bourguignon, Thierry. « Chapitre 31. Adopter un style de management participatif », Entreprises : vers l'excellence. Une méthodologie de la performance par le management agile, sous la direction de Bourguignon Thierry. Dunod, 2018, pp. 285-289.

Dans l'ensemble, la gestion participative encourage la collaboration, la démocratie et l'engagement actif des employés, ce qui favorise la création d'un cadre de travail positif et l'amélioration des résultats de l'entreprise.

Dans le cadre de la transformation des pratiques managériales au sein des établissements de santé, la Fédération Hospitalière de France (FHF) propose, à travers un support visuel intitulé « *Les principes fondamentaux du management participatif* », une série de repères destinés à structurer et favoriser l'implication active des professionnels dans les prises de décision. Ce cadre de référence, bien que pensé pour l'ensemble du secteur hospitalier et médico-social, résonne particulièrement avec les enjeux spécifiques des EHPAD, où la qualité de vie au travail et la participation collective sont des leviers essentiels de performance et de bien-être.

Selon la FHF, le management participatif repose sur plusieurs principes clés¹⁹. Il commence par une **définition claire du périmètre de participation**, afin de préciser les sujets sur lesquels les professionnels peuvent être sollicités et les responsabilités associées. Cette clarification permet d'éviter toute confusion entre expression libre et co-décision, en donnant à chacun la possibilité de contribuer dans un cadre sécurisant.

Les modalités de participation doivent ensuite être explicites et accessibles à l'ensemble des corps de métier. Cela peut prendre la forme de questionnaires, d'ateliers de réflexion, de groupes de travail ou encore d'entretiens individuels. L'objectif est d'assurer une **représentation équitable et une expression pluraliste**, sans laisser place à l'exclusion ou à l'entre-soi professionnel.

La **transparence** constitue un autre pilier fondamental de cette démarche : les objectifs, délais, contraintes, mais aussi les résultats doivent être communiqués de manière claire et régulière. Cette transparence renforce la **confiance mutuelle** entre les équipes et l'encadrement, tout en créant un climat propice à l'innovation et à la coopération.

¹⁹ Fédération Hospitalière de France (FHF). Les principes fondamentaux du management participatif. Poster institutionnel. Paris : FHF, 2021. Disponible sur : <https://www.fhf.fr>

Par ailleurs, la FHF souligne l'importance de **l'ancrage de la participation dans les projets concrets de l'établissement** : réorganisation d'un service, amélioration d'un protocole de soins, évolution des plannings, etc. Les cadres de proximité jouent ici un rôle déterminant, en tant que facilitateurs de la parole, mais aussi garants de la mise en œuvre et de la reconnaissance des contributions des équipes.

Enfin, une telle démarche ne peut porter ses fruits sans **valeurs partagées** comme le respect, l'écoute, l'équité, la reconnaissance et la loyauté. Pour susciter un engagement durable, il est essentiel de valoriser les apports des professionnels, de faire un retour sur les propositions exprimées, et de démontrer l'impact réel des actions entreprises à partir du terrain.

3. Avantages théoriques du management participatif

Dans un contexte général des entreprises, le management participatif contribue à :

Améliorer la motivation et la satisfaction des employés : En impliquant les employés dans les décisions, ils se sentent valorisés et respectés, ce qui augmente leur motivation et leur satisfaction au travail.

Augmenter la productivité : Les employés motivés et engagés sont généralement plus productifs. Leur participation peut également conduire à des idées innovantes et à des solutions efficaces aux problèmes.

Favoriser une meilleure communication et coopération : Le management participatif renforce la communication ouverte et la coopération entre les différents niveaux de l'organisation, réduisant ainsi les conflits et améliorant l'efficacité globale.

Stimuler l'adaptabilité et l'innovation : Les organisations qui adoptent le management participatif sont souvent plus adaptables et innovantes, car elles tirent parti de l'expertise et des idées de tous leurs membres.

Le management participatif représente une approche de gestion qui valorise l'implication et la contribution des employés dans le processus décisionnel. Bien qu'il présente des défis, ses avantages en termes de motivation, de productivité, de communication et d'innovation en font une stratégie précieuse pour les organisations modernes. La mise en œuvre réussie du management participatif nécessite un

Sèdjro Loïc-Baptiste KAKALAKA, Mémoire Master 2-Management sectoriel
engagement fort de la part des dirigeants, ainsi qu'une culture organisationnelle ouverte et coopérative.

Dans la continuité de cette approche de gestion fondée sur l'écoute et la collaboration, il est important de se pencher sur ce que cela change concrètement dans des environnements humains et sensibles comme ceux du secteur sanitaire et médico-social. Ici, le management participatif ne se résume pas à un concept simple: il prend vie dans les échanges du quotidien, dans les décisions prises en équipe, dans les gestes de soin partagés. Lorsqu'il est bien mis en œuvre, il peut transformer en profondeur la manière dont les soignants vivent leur travail et celle dont les soins sont administrés.

4. Impact de la Démarche Participative sur la Qualité de Vie au Travail des Soignants et la Qualité des Soins

L'étude menée par **Lejeune et al. (2018)** dans 25 centres d'onco pédiatrie en France met en évidence l'influence du management participatif sur la qualité de vie au travail (QVT) des soignants et la qualité des soins dispensés aux patients. Contrairement à la littérature existante, qui s'attarde principalement sur les effets du management participatif sur la motivation et l'engagement des professionnels, cette recherche souligne son impact direct sur la prise en charge des patients.

Les résultats montrent que la démarche participative, fondée sur quatre axes principaux (formation des équipes, rencontres pluriprofessionnelles, soutien aux équipes et démarche projet), améliore significativement la satisfaction et l'engagement des soignants, tout en favorisant une meilleure organisation des soins et une prise en charge plus qualitative des patients.

En particulier, une corrélation positive a été mise en évidence entre :

- L'autonomie et l'implication des équipes soignantes et l'amélioration de la coordination des soins.
- Le soutien managérial et la transparence dans les décisions et une meilleure communication avec les familles.

- L'intégration des soignants dans les processus décisionnels et une perception accrue de la qualité des soins, tant par les professionnels que par les patients et leurs proches.

Par ailleurs, l'étude met en lumière le rôle central de la gouvernance clinique participative dans l'amélioration des pratiques et la fluidification des échanges entre les différents acteurs du soin. Loin d'être un simple levier de motivation interne, le management participatif apparaît ainsi comme un facteur organisationnel stratégique favorisant une approche plus cohérente et humanisée des soins en établissement.

Ces résultats suggèrent la nécessité d'intégrer des formations en management collaboratif pour les cadres de santé et d'adopter des outils d'évaluation spécifiques permettant de mesurer plus finement l'impact du management participatif sur la qualité effective des soins. En conclusion, cette recherche souligne que l'amélioration des conditions de travail des soignants constitue un levier essentiel pour optimiser l'accompagnement des patients et renforcer la performance des établissements de santé²⁰.

5. Le management participatif dans les Ehpad: de quoi parle-t-on?

Dans son ouvrage *Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD*, Thierry Le Brun, médecin gériatre et coordinateur en Ehpad, partage une vision profondément humaine du fonctionnement des EHPAD. Pour lui, au cœur de toute organisation, il doit y avoir une réelle attention portée à la qualité de vie des résidents, mais aussi au bien-être de celles et ceux qui les accompagnent au quotidien. *«Mener une démarche qualité permet d'agir localement à partir des besoins et des attentes des personnes âgées, en les impliquant ainsi que leur entourage, et en redonnant du sens au travail des personnels.»*²¹ Même s'il ne parle pas directement de

²⁰ Lejeune, J., Chenevert, D., Fouquereau, E., Coillot, H., Chevalier, S., Gillet, N., Gandemer, V., Michon, J., & Colombat, Ph. (2018). Impact de la démarche participative sur la qualité de vie au travail des soignants et sur la qualité des soins : enquête nationale en oncopédiatrie. Société Française des Cancers de l'Enfant.

²¹ LE BRUN, Thierry, *Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD*, Paris, Éditions Le Coudrier, 2019.

"management participatif", les idées qu'il défend s'inscrivent clairement dans cette logique d'ouverture, de partage et de co-construction.

Il rappelle avec conviction que la qualité de l'accompagnement passe avant tout par le respect des droits et des libertés fondamentales des personnes âgées : leur dignité, leur intimité et leur autonomie doivent être protégées en toutes circonstances. Ce respect va de pair avec une meilleure reconnaissance des professionnels : Le Brun insiste sur l'importance de les former, de leur donner des responsabilités et de favoriser un esprit d'équipe solide, où chacun se sent acteur du projet de vie de l'établissement. Enfin, il met en avant l'importance d'une communication fluide et sincère entre les équipes, mais aussi avec les résidents, pour encourager un climat de confiance et permettre une remise en question régulière des pratiques.

Ces principes, empreints d'humanité et de pragmatisme, font écho à la démarche participative, où la parole de chacun compte, où les décisions se construisent collectivement, et où la recherche d'un mieux-être partagé devient une priorité commune.

Conclusion:

Pour conclure, dans cette partie théorique j'ai pris le temps d'explorer les notions clés autour des EHPAD, du management participatif et des avantages qu'il peut offrir, tant pour les professionnels que pour les résidents. Ces éléments donnent un cadre de compréhension solide pour aborder la suite de ce travail qui consistera à aller à la rencontre de celles et ceux qui vivent et travaillent au cœur de ces établissements, afin de mieux saisir comment cette approche managériale est réellement appliquée sur le terrain, et dans quelles conditions elle peut améliorer le quotidien de tous et qui sera guidé par les hypothèses suivantes:

Le management participatif est un outil stratégique au service de la co-construction;
Le management participatif améliore la collaboration et la communication entre les équipes, améliorant ainsi la qualité de l'accompagnement des résidents;
Le management participatif renforce le sentiment d'appartenance et de valorisation des soignants, ce qui améliore la qualité des soins prodigués aux résidents.

PARTIE 2: Le management participatif au service de l'accompagnement du résident: résultats d'une étude mixte

A. La méthodologie

La méthodologie désigne l'ensemble des démarches, des outils et des techniques mis en œuvre dans le cadre d'une recherche pour répondre à une problématique donnée. Elle constitue un élément fondamental du travail scientifique, car elle garantit la rigueur, la transparence et la validité des résultats obtenus. Elle permet d'expliquer comment les données ont été recueillies, avec quels moyens, et selon quelle logique, en tenant compte des objectifs.

1. Structuration de la méthodologie

Dans le cadre de ce mémoire portant sur *l'impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD*, une approche **mixte**, à la fois **qualitative** et **quantitative**, a été retenue afin de croiser et d'enrichir les sources de données.

2. Formalisation du questionnaire d'enquête et élaboration des guides d'entretiens

La recherche quantitative adopte une approche fondée sur l'objectivité, la mesure et l'analyse statistique. Elle permet de comprendre des phénomènes sociaux ou organisationnels en s'appuyant sur des données chiffrées, souvent issues d'un grand nombre de participants. Selon Quivy et Van Campenhoudt (2006)²². Cette méthode cherche à expliquer des faits en les quantifiant, en les comparant à l'aide de variables, et en testant des hypothèses de manière rigoureuse.

Dans le champ du management, Thiétart (2007)²³ précise que cette approche suit une logique hypothético-déductive : le chercheur formule d'abord une question ou une hypothèse à partir d'un cadre théorique, puis construit des outils standardisés

²² Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5^e éd.). Paris : Dunod

²³ Thiétart, R.-A. (2007). *Méthodes de recherche en management* (3^e éd.). Paris : Dunod

tels que des questionnaires pour recueillir des données fiables, comparables et reproductibles.

Pour Babbie (2010)²⁴, l'un des grands atouts de la recherche quantitative réside dans sa capacité à fournir une représentativité statistique. Cela permet, une fois les données analysées, de dégager des tendances générales et, dans certains cas, de généraliser les résultats à une population plus large.

Dans le cadre de ce mémoire, l'approche quantitative s'est traduite par la diffusion d'un questionnaire structuré auprès de l'échantillon de professionnels exerçant en EHPAD établis plus haut. L'objectif était de collecter des données mesurables afin d'identifier des tendances, des fréquences ou encore des corrélations entre différents facteurs liés au management participatif, la qualité de vie au travail et son impact sur la qualité de l'accompagnement des résidents.

Le questionnaire a été structuré sur les 6 axes que suivent:

- Informations Générales
- Gouvernance et Prise de Décision (Directeurs et Cadres de Santé)
- Impact du Management Participatif sur le Personnel
- Impact sur la Qualité des Soins et l'Accompagnement des Résidents
- Suggestions et Perspectives

La recherche qualitative s'attache à explorer en profondeur la complexité des comportements humains, des dynamiques sociales ou des pratiques professionnelles, en s'intéressant non pas aux chiffres, mais aux expériences vécues, aux perceptions et aux discours des individus. Elle ne vise pas à produire des données généralisables, comme le fait la recherche quantitative, mais plutôt à

²⁴ Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research* (12^e éd.). Belmont, CA : Wadsworth/Cengage Learning

comprendre, à interpréter et à donner du sens à des situations parfois sensibles ou nuancées.

Denzin et Lincoln (2011)²⁵ décrivent cette approche comme un processus ancré dans le réel, où le chercheur s'implique de manière réflexive pour mieux saisir les significations que les personnes donnent à ce qu'elles vivent. Ce type de recherche suit une logique inductive : ce sont les données recueillies sur le terrain qui font émerger des pistes de réflexion, et non l'inverse.

Pour Paillé et Mucchielli (2016)²⁶, l'un des grands atouts de la recherche qualitative réside dans sa capacité à révéler les subtilités des contextes étudiés. Grâce à des outils comme les entretiens semi-directifs, l'observation participante ou encore l'analyse de contenu, elle permet de faire entendre des voix multiples, souvent invisibles dans les approches plus standardisées.

Cette recherche a été menée au moyen de **guides d'entretien semi-directifs**, réalisés auprès des directeurs d'établissements, des IDEC et des ASD. L'objectif étant d'explorer en profondeur les **expériences, perceptions, représentations et pratiques** des professionnels interrogés afin de mieux comprendre le vécu des acteurs de terrain et de saisir les dynamiques relationnelles et organisationnelles autour du management participatif.

Dans cette démarche de recherche qualitative, l'**entretien semi-directif** apparaît comme un outil essentiel pour explorer en profondeur les expériences des professionnels. Y. Lincoln (1995)²⁷, figure majeure de la recherche qualitative, souligne l'importance de cette méthode dans l'étude des phénomènes sociaux complexes, en particulier lorsqu'il s'agit de donner la parole à ceux qui sont directement concernés par le sujet d'étude.

²⁵ Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2011). The Sage Handbook of Qualitative Research (4^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications

²⁶ Paillé, P. & Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4^e éd.). Paris : Armand Colin

²⁷ Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1995). Naturalistic Inquiry. Thousand Oaks, CA: Sage Publications

L'entretien semi-directif se caractérise par une structure souple : il faut s'appuyer sur un guide d'entretien organisé autour de grandes thématiques, tout en laissant à l'interviewé la liberté de s'exprimer à sa manière, selon son vécu et sa sensibilité. Ce format permet de créer un climat d'échange et de confiance, où la parole peut se déployer sans contrainte excessive. Mon rôle est alors d'écouter activement, de relancer avec bienveillance et d'approfondir les propos, sans jamais enfermer l'interlocuteur dans un cadre rigide. Cette posture d'écoute et d'ouverture est essentielle : elle permet de recueillir des récits riches, porteurs de sens, et ancrés dans le contexte personnel et professionnel des personnes interrogées. L'entretien semi-directif devient ainsi une rencontre, un moment où la subjectivité de chacun est reconnue et valorisée comme une source de connaissance précieuse.

Pour réaliser ces entretiens, j'ai construit trois guides d'entretien, le premier à destination des DE (Cf Annexe 1), le second pour les IDEC (Cf Annexe 2) et le dernier pour à destination des ASD (Cf Annexe 3).

La structure des guides d'entretien se présentait sur 4 Thèmes pour les DE

- Organisation et Prise de Décision
- Expérience et Ressenti des Soignants
- Effets sur la Qualité des Soins et le Bien-Être des Résidents
- Perspectives et Améliorations

Pour les IDEC il se présentait sur sur 4 thèmes:

- Organisation et Prise de Décision
- Collaboration et Communication au Sein des Équipes
- Effets sur la Qualité des Soins et l'Accompagnement des Résidents
- Enjeux, freins et perspectives d'amélioration

Pour les ASD 4 Thèmes

- Organisation et Prise de Décision

- Expérience et Ressenti
- Effets sur la Qualité des Soins et le Bien-Être des Résidents
- Perspectives et Améliorations

3. Échantillonnage

Dans le cadre d'une recherche qualitative, l'échantillonnage vise moins la représentativité statistique que la pertinence des informations recueillies. Jean-Paul Deslauriers (1991)²⁸ a mis en avant **l'échantillonnage par choix raisonné**, une méthode qui consiste à sélectionner, dès le départ, des participants en fonction de leur connaissance ou de leur expérience du sujet étudié. L'objectif est d'obtenir des données riches de sens, issues de profils directement concernées par la problématique. Pour Deslauriers, la qualité d'un échantillon repose sur la profondeur des informations qu'il permet de recueillir.

Pour rester le plus proche possible de la problématique de recherche: ***Quel Est l'impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD?***, mon échantillonnage s'est porté sur les **directeurs d'établissement (DE)** car ce sont eux qui impulsent le ou les modèles managériaux au sein de l'ehpad, ensuite sur les **cadres de santé (IDEC)** car ils managent les équipes soignantes et portent la responsabilité de l'organisation des soins et enfin les équipes **soignantes (ASD)**, car leur travail a un impact direct sur les résidents dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Afin de constituer cet échantillon, j'ai sollicité **72 DE, 10 IDEC** et **10 ASD**. Ces sollicitations se sont faites principalement via **le réseau professionnel LinkedIn** et par **mail**. Pour toucher un public plus large, notamment les IDEC, j'ai également diffusé le questionnaire dans **des groupes de discussion Facebook dédiés aux IDEC..**

²⁸ Deslauriers, J.-P. (1991). Recherche qualitative : guide pratique . Montréal : Éditions Saint-Martin

Les **entretiens se sont tenus en visio ou par téléphone**. L'idée était de mieux cerner la manière dont le management participatif est perçu et mis en œuvre dans le quotidien des professionnels, ainsi que les bénéfices et les freins qu'ils peuvent y associer.

Voici les retours obtenus :

- **Directeurs d'EHPAD** : 5 ont accepté un entretien, 5 ont répondu au questionnaire.
- **IDEC** : 5 ont participé à un entretien, 4 ont rempli le questionnaire.
- **Aides-soignants** : 3 ont participé à un entretien, 8 ont répondu au questionnaire.

Les données recueillies en entretien ont été anonymisées et représentées par des initiales et une fonction.

Au total, ce sont **30 professionnels travaillant en EHPAD** qui ont accepté de partager leur expérience.

4. Les limites de la recherche

Un des éléments importants à souligner dans ce travail concerne le faible taux de participation. Même si de nombreux professionnels ont été contactés, que ce soit par LinkedIn, par mail ou via des groupes de discussion en ligne, peu ont finalement pu répondre favorablement à la sollicitation.

Au final, **30 professionnels** ont pris part à cette recherche : **10 directeurs**, **9 IDEC** (infirmiers coordinateurs) et **11 aides-soignants**. Certains ont accepté de répondre à un questionnaire, d'autres ont consacré un peu de leur temps à un entretien en visio ou par téléphone.

Ce nombre reste relativement modeste au regard du nombre initial de sollicitations. Cela s'explique sans doute par le rythme de travail intense que vivent ces professionnels au quotidien, notamment en EHPAD. Bien sûr, cela constitue une limite : les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble du secteur. Mais

au-delà du nombre, c'est la richesse des témoignages recueillis qui a donné toute sa valeur à cette étude. Chaque participant a pris le temps de partager son vécu avec honnêteté, apportant des réflexions précieuses sur le management participatif.

Ainsi, même avec un échantillon restreint, l'engagement et la qualité des échanges ont permis d'explorer en profondeur des pistes de réflexion essentielles, en lien avec les réalités du terrain.

B. Les résultats

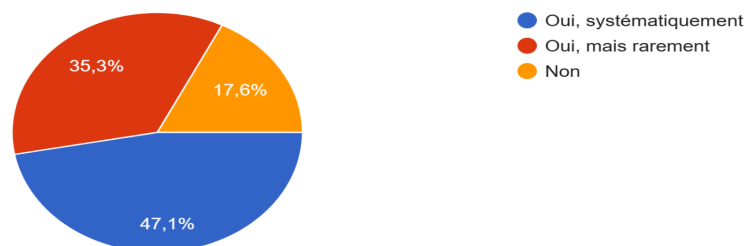
Les échanges menés, que ce soit par entretien ou via le questionnaire, montrent une tendance claire : le management participatif est largement présent dans les établissements représentés par les professionnels interrogés.

Les directeurs (DE) et infirmiers coordinateurs (IDEC) rencontrés décrivent leur style de management comme **axé sur la co-construction**. Autrement dit, ils affirment impliquer les aides-soignants dans la réflexion et la mise en œuvre des projets liés à l'accompagnement des résidents, mais aussi dans certaines décisions organisationnelles de l'établissement.

Du côté des aides-soignantes, les retours vont dans le même sens. Elles parlent d'un environnement où **elles sont incluses**, où elles peuvent participer à certaines décisions qui sont très fréquemment de nature organisationnelle (Graph1) et quelques fois stratégiques (Graph2).

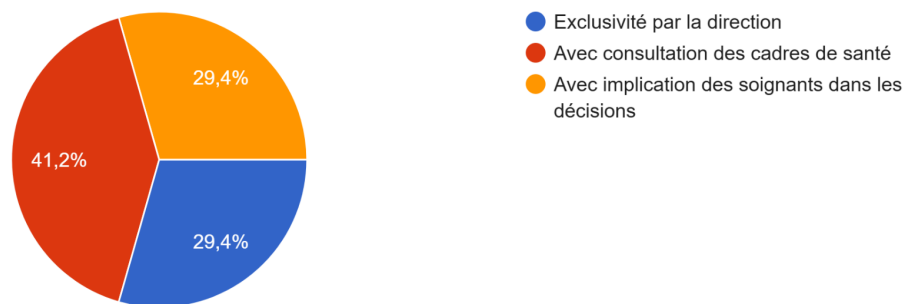
Graph1: Taux de participation des soignants aux décisions organisationnelles

Les équipes soignantes (ASD, IDE) participent-elles aux décisions organisationnelles ?
réponses



Graph2: Taux de participation des soignants aux décisions stratégiques

Dans votre établissement, comment les décisions stratégiques sont-elles prises ?
réponses



Cette implication contribue au renforcement de **leur sentiment de reconnaissance et leur bien-être au travail**. Elles restent toutefois conscientes qu'il est parfois nécessaire que la direction tranche, notamment lorsqu'il s'agit de décisions urgentes ou sensibles, ce qu'elles comprennent globalement bien.

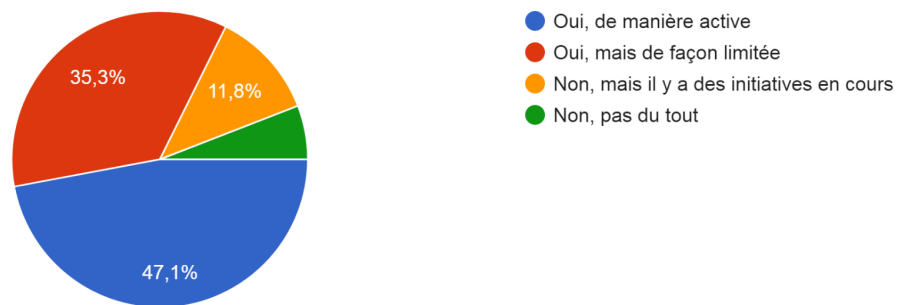
Les résultats du questionnaire confirment ces tendances :

- **47,1 %** des répondants estiment que leur établissement pratique activement le management participatif.
- **35,3 %** indiquent une pratique plus limitée, mais tout de même existante.
- **11 %** mentionnent des démarches encore en construction.
- Et seulement **5,9 %** (soit un seul répondant) disent que cette approche n'est pas du tout mise en place dans leur structure.

Graph 3: Taux de pratique de la démarche participative

Votre établissement pratique-t-il une démarche de gestion participative ?

réponses



Si au départ mes questions étaient centrées sur la relation entre les équipes soignantes et l'encadrement, j'ai rapidement réalisé, à travers les échanges avec certains directeurs, que **le participatif ne se limite pas à cette relation**. En effet, plusieurs d'entre eux ont souligné l'importance d'impliquer **les résidents eux-mêmes, ainsi que leurs familles**.

L'analyse qui suit a pour but de mettre en lumière la façon dont le management participatif peut réellement améliorer la qualité de l'accompagnement en EHPAD. Pour cela, deux axes seront explorés : d'une part, la relation entre l'encadrement et les équipes soignantes, et d'autre part, celle entre les professionnels, les résidents et leurs familles. Ces deux dynamiques participatives semblent jouer un rôle essentiel dans le bien-être au travail, mais aussi dans la qualité de vie et le respect des besoins des résidents.

PARTIE 3: Impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en Ehpad

Après avoir posé les bases de la méthodologie et présenté les premiers constats issus des retours recueillis, il est temps d'entrer dans le cœur du sujet. Cette partie se penche sur une question centrale : ***comment le management participatif influence-t-il la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD ?***

A. Les avantages et les limites du management participatif dans la prise en charge des résidents: retour d'expérience de professionnels du secteur

Pour commencer cette analyse, il est essentiel de revenir sur ce que les professionnels avec lesquels je me suis entretenu et les répondants partagent de leur expérience au quotidien. Comment perçoivent-ils le management participatif au sein de leur établissement ? En quoi modifie-t-il leur manière de travailler, leurs interactions avec leurs collègues et, surtout, leur relation avec les résidents ?

Nous explorerons d'abord la manière dont ce fonctionnement favorise (ou non) une collaboration efficace entre l'encadrement et les soignants. Ensuite, nous nous intéresserons à la place accordée aux résidents et à leurs familles dans cette dynamique participative, car construire ensemble l'accompagnement ne peut se faire sans inclure pleinement ceux qui en sont les premiers concernés.

1) Une collaboration renforcée entre encadrement et équipes soignante

Les témoignages recueillis confirment que le management participatif, lorsqu'il est bien mis en œuvre, permet de construire un lien de confiance entre les cadres (DE, IDEC) et les équipes de terrain. M. **P.S**, directeur d'EHPAD, souligne que « 90 % des décisions prises dans l'établissement font l'objet d'une consultation ou d'une concertation avec les équipes », tout en précisant que certaines décisions « ne sont pas négociables, notamment tout ce qui touche à la sécurité ou à la maltraitance ». Ce positionnement clair permet d'éviter toute confusion sur les responsabilités tout en valorisant l'implication des soignants. Cette position de la place importante que

doit avoir le management participatif est partagée par d'autres DE. Les soignants ne devraient pas être considérés uniquement comme de simples exécutants ou des suiveurs de protocoles. Ils doivent également être pleinement impliqués dans des dimensions plus larges de l'organisation et de la prise en charge des résidents. Pour **M. I.B**, DE d'un Ehpad, s'inscrire dans une démarche totalement participative est tout à fait légitime. Selon lui, *<< cela concerne tout ce qui est projets organisationnels, (réorganisation du travail par exemple), je les inclut aussi dans les réponses aux appels à projets dans lesquels j'engage l'établissement >>*

En effet, cela favoriserait leur sentiment d'appartenance et de considération. Ce qui est tout à fait légitime car ces professionnels de terrain connaissent mieux les résidents et leurs besoins mais ils ont aussi une vision plus claire des améliorations, des changements à mettre en place dans leurs travail au quotidien pour offrir un accompagnement de qualité au résidents. Il apparaît donc évident que les faire participer aux appels à projets, c'est reconnaître leurs forces de propositions et valoriser leur expertise.

N.S, IDEC dans un ehpad du groupe Korian, le rejoint sur cette position, elle soutient que : *<< pour la prise en charge et l'accompagnement des résidents, j'évite de prendre les décisions toute seul, je préfère en discuter avec mes équipes soignantes pour qu'elles puissent elles aussi donner leur point de vue , sachant qu'elles sont très souvent force de propositions et connaissent très bien les résidents et leurs besoins >>*.

Il est inéluctable que cette dynamique de co-construction est enclenchée et conduite par les DE et les IDEC. Toutefois pour que cette démarche soit pérennisée et efficace, elle ne doit pas être limitée à la seule adhésion des ces deux membres de l'encadrement, mais c'est tout le CODIR qui doit en premier lieu s'inscrire dans la démarche et la décliner à tous les pôles de l'établissement. En effet, si seulement quelques membres où seul une minorité du Codir adhèrent à la chose il n'y aurait que des freins et les actions ne pourront pas être engagées efficacement. Cela aurait pour effet de diviser plus qu'autre chose l'établissement. L'ensemble des professionnels de l'encadrement avec lesquels je me suis entretenu sont clairs à ce sujet " Pour que ça fonctionne il faut que tout le CODIR y adhère ".

En conclusion, le management participatif est bien fortement pratiqué dans les établissements et est le style privilégié par l'encadrement dans ses interactions avec les équipes soignantes. Mais quels sont donc les moyens par lesquels il est mis en œuvre ?

a) Des outils au service du participatif

Le management participatif, lorsqu'il est appliqué de manière concrète au sein des EHPAD, repose en grande partie sur les outils mis en place pour favoriser l'expression, l'écoute et la prise en compte des idées des équipes soignantes. L'analyse croisée des entretiens réalisés avec les différents interlocuteurs, permet de faire émerger plusieurs dispositifs concrets utilisés pour renforcer cette dynamique de participation au quotidien.

L'un des premiers outils évoqués est celui des réunions régulières, qu'elles soient d'équipe ou de service. Ces temps d'échange permettent aux aides-soignants, infirmiers et cadres de discuter des difficultés rencontrées, de partager leurs idées, mais aussi de faire évoluer les pratiques de manière collaborative. Les transmissions orales et les briefs matinaux sont également cités comme des moments importants où la parole peut circuler librement entre professionnels. M. **C.P** met aussi en avant l'importance des outils numériques dans cette dynamique participative. Il évoque notamment l'utilisation d'une messagerie interne (**DRI**), qui permet aux professionnels de lui transmettre à tout moment leurs observations, suggestions ou alertes, même en dehors des réunions formelles. << *Certains n'osent pas parler en réunion, mais via le DRI, ils peuvent me transmettre leurs idées, leurs difficultés, ou même leurs propositions pour améliorer les pratiques*>>

Cela donne une souplesse précieuse à la communication, notamment pour les soignants qui n'oseraient pas forcément prendre la parole en groupe.

Le DE **I.B.**, mentionne l'intégration de l'outil **Wooclap** dans les réunions d'équipe. Grâce à un QR code ensuite affiché en salle, les soignants peuvent donner leur avis de manière anonyme et instantanée via leur téléphone. Cet outil numérique rend la

participation plus accessible, notamment pour ceux qui sont moins à l'aise à l'oral ou qui hésitent à s'exprimer en réunion.

Du côté de l'organisation interne, **L.G.**, propose des réunions métiers. Ces réunions, organisées uniquement entre l'IDEC et les soignants, visent à créer un cadre d'expression sécurisé et dédié. Chacun peut y partager ses idées, ses difficultés ou ses pistes d'amélioration concernant les pratiques professionnelles, toujours dans l'optique d'un meilleur accompagnement des résidents. Ces moments renforcent la proximité entre l'encadrement intermédiaire et le terrain, tout en contribuant à une culture d'équipe plus collaborative. **R.T.**, parle également de groupes de travail mis en place sur des thématiques précises. Ces groupes permettent selon lui d'impliquer activement les aides-soignants dans la réflexion autour de pratiques de soins, d'organisation ou de gestion des priorités. Ces espaces de co-construction sont valorisés comme des leviers forts de motivation et de responsabilisation.

En croisant ces différentes pratiques, on constate que les outils du management participatif ne se limitent pas à un modèle unique. Ils combinent temps formels et informels, outils numériques et moments en présentiel, dans une logique d'adaptation aux besoins de chaque structure. Ce qui fait la différence, ce n'est pas tant l'outil en lui-même, mais la manière dont il est utilisé, la régularité de sa mise en œuvre, et surtout la sincérité de l'écoute qui l'accompagne.

Ainsi, les dispositifs cités par les professionnels qu'il s'agisse des réunions métiers, des groupes de travail, des outils numériques comme le DRI ou Woodclap, ou encore des transmissions quotidiennes témoignent d'une volonté de construire un cadre participatif concret, au service du lien entre encadrement et équipes soignantes, mais aussi de la qualité de l'accompagnement des résidents.

b) Une motivation et un engagement renforcés chez les soignants

Dans les EHPAD, où les professionnels sont quotidiennement confrontés à une charge émotionnelle et physique importante, les enjeux de démotivation, de turnover élevé et d'absentéisme chronique sont particulièrement marqués. Face à ces défis, l'engagement durable des équipes soignantes apparaît non seulement comme un

levier pour améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, mais aussi comme une condition essentielle à la stabilité du fonctionnement institutionnel.

Cet engagement ne peut pourtant être réduit à une affaire de vocation ou de devoir. Il se construit au cœur de la reconnaissance et de la participation active des professionnels dans les décisions qui les concernent. C'est ce que soulignent des responsables d'EHPAD. **P.S.**, met en lumière l'effet transformateur de l'autonomie partagée au sein des équipes, en leur offrant la possibilité de co-construire les plannings ou d'organiser librement leurs pauses : « *Quand on leur laisse le choix sur comment organiser leur journée, ça change tout. Ils ne subissent plus leur emploi du temps, ils l'ont co-construit.* » Cette forme de liberté renforce le sentiment d'être acteur de son quotidien professionnel, et non simplement un exécutant de tâches.

S.C., cadre de santé, ajoute que l'adhésion aux décisions est d'autant plus forte lorsque les soignants sont impliqués dès les phases de réflexion. Comprendre le sens des consignes, donner son avis, être écouté : autant d'éléments qui transforment le rapport à l'autorité en un partenariat fondé sur la confiance. Il ne s'agit plus simplement d'« appliquer », mais de contribuer à la définition de ce qui fait sens dans l'accompagnement des résidents.

Cette dimension humaine de la participation est particulièrement bien illustrée par le témoignage d'**H.B.**, aide-soignante en EHPAD : « *Ici, on nous demande notre avis, et on sent qu'on nous écoute vraiment. Ça change tout : on se sent valorisées, on a envie de s'impliquer, et on est plus motivées pour accompagner les résidents.* » Ses propos mettent en lumière les retombées concrètes de cette dynamique sur le terrain : meilleure motivation, cohésion accrue, qualité de la prise en charge renforcée. Le sentiment d'appartenance s'en trouve consolidé, tout comme la reconnaissance mutuelle au sein des équipes.

Ces effets ne sont pas simplement subjectifs : ils participent à un cercle vertueux mesurable. Le fait que les soignants puissent s'exprimer, se sentir entendus et considérés génère une amélioration globale du climat de travail. Le stress diminue, les relations entre collègues s'harmonisent, et l'ambiance de travail devient moins pesante. Les soignants arrivent au travail avec davantage de sérénité, sans cette "boule au ventre" trop souvent associée à des environnements hiérarchiques fermés

ou rigides. Ce lien entre implication et engagement est particulièrement sensible dans un secteur marqué par le turnover et la démotivation: les professionnels ne quittent pas nécessairement leur établissement, mais plutôt un style de management. Comme le rappelle avec justesse **P.S** : « *Les professionnels ne quittent pas l'établissement, ils quittent leur manager.* » Cette phrase, forte, met en lumière que le style managérial joue un rôle central dans la fidélisation des professionnels. C'est donc bien dans la manière d'animer les équipes, d'écouter, de co-construire et de faire confiance que réside une partie de la solution aux problématiques structurelles des EHPAD.

c) Une participation qui améliore concrètement l'accompagnement des résidents

Au-delà du climat interne, les effets du management participatif se mesurent également sur la qualité de l'accompagnement des résidents. Cette amélioration, comme démontrée, découle principalement de l'accroissement de la **motivation** et de l'**engagement des soignants**, renforcés notamment par l'**effet Hawthorne**.

1) Une Meilleure Compréhension et Personnalisation des Besoins

Quand les professionnels sont impliqués dans les décisions et les processus, leur connaissance des résidents et de leurs besoins s'affine. Le management participatif encourage la **remontée d'informations du terrain**, des soignants qui sont au plus proche des résidents au quotidien. Ils sont les premiers à percevoir les évolutions des besoins, les préférences non exprimées ou les inconforts. Cette information, une fois partagée et prise en compte, permet d'ajuster l'accompagnement de manière beaucoup plus fine et personnalisée.

Par exemple, une ASD qui participe à un groupe de travail sur les activités peut proposer une nouvelle approche ou une adaptation d'un atelier en fonction de ce qu'il a observé chez un résident spécifique. Cette capacité à influencer les pratiques rend l'accompagnement plus réactif et mieux adapté aux projets de vie individualisés des résidents.

2) Des Soins de Qualité Accrus par l'Engagement et l'Effet Hawthorne

L'**engagement** des soignants est un facteur déterminant de la qualité des soins. Un professionnel engagé est plus attentif, plus proactif et plus impliqué émotionnellement dans son travail. Le management participatif nourrit cet engagement de plusieurs façons, y compris par l'**effet Hawthorne**.

Comme l'a démontré E.Mayo, les individus modifient leur comportement en réponse à l'attention qu'on leur porte. Dans le cadre du management participatif en EHPAD, lorsque mets en place des espaces d'écoute, sollicitent les avis et valorisent les contributions des soignants, ces derniers se sentent observés, considérés et importants. Cette attention accrue génère :

- **Un sentiment d'appartenance et de valeur** : Les soignants se sentent reconnus

et valorisés lorsque leurs idées sont écoutées et mises en œuvre. Ils ne sont plus de simples exécutants, mais des acteurs clés du projet d'établissement. Ce sentiment d'être partie prenante renforce leur loyauté envers l'établissement et leur dévouement envers les résidents.

- **Une motivation intrinsèque accrue** :

La possibilité d'influencer leur environnement de travail et d'améliorer concrètement le quotidien des résidents est une source de motivation bien plus forte qu'une simple reconnaissance salariale. Ils sont motivés par l'impact positif de leurs actions.

- **Une performance améliorée** :

Conscient de l'attention portée à leur travail et à leurs propositions, les professionnels sont incités à donner le meilleur d'eux-mêmes. Ils se montrent plus vigilants, plus rigoureux dans l'application des protocoles, et proactif dans l'amélioration de leurs pratiques..

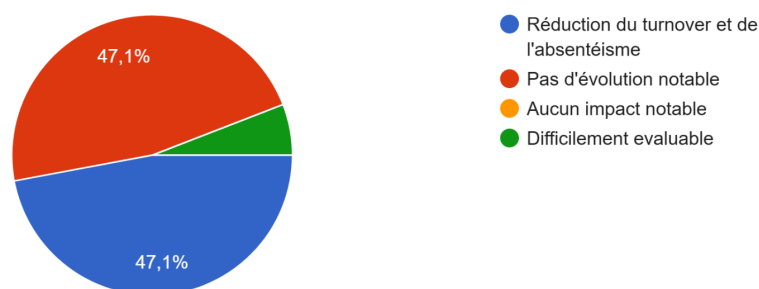
- **Une réduction du stress et de l'absentéisme** :

Des équipes qui se sentent écoutées et qui ont le pouvoir d'améliorer leurs

conditions de travail sont généralement moins sujettes au stress et au burn-out. Un environnement de travail plus sain et plus stimulant se traduit par une diminution de l'absentéisme, assurant une meilleure continuité des soins pour les résidents. Bien qu'un lien positif entre management participatif et conditions de travail soit souvent perçu, la corrélation directe et mesurable avec la **réduction du turnover ou de l'absentéisme** est souvent complexe à établir précisément, comme le suggèrent le graph 4 du questionnaire d'enquête réalisé dans le cadre de ma collecte de données.

Graph4: Impact du management participatif sur l'absentéisme et le turnover

Avez-vous observé des effets sur le turnover et l'absentéisme ?
réponses



3) Une Ambiance Plus Sereine et Humaine

Le management participatif favorise également une **meilleure communication** et une **coopération renforcée** entre les professionnels. Les échanges ouverts, la résolution collective des problèmes et la célébration des succès partagés contribuent à créer un **climat de travail positif et bienveillant**. Cette dynamique est d'autant plus forte que l'attention portée aux professionnels les pousse à interagir plus positivement entre eux et avec leur environnement.

Cette ambiance de travail améliorée a un effet direct sur les résidents. **P.S**, le dit si bien «*La satisfaction augmente dès lors que vous apportez de l'attention aux professionnel*» Un personnel serein, communicant et épanoui est plus à même de

véhiculer une énergie positive, de faire preuve de patience et d'empathie, et de créer une atmosphère chaleureuse et sécurisante. Les résidents, souvent très sensibles à l'ambiance générale de leur lieu de vie, en bénéficient directement par une qualité de vie perçue significativement améliorée. Ils ressentent cette cohésion et cette bienveillance, ce qui contribue à leur propre sérénité.

2) Les freins à la mise en oeuvre de la démarche participative

Si les bénéfices de la démarche participative entre encadrement et soignants sont significatifs, sa mise en œuvre implique de prendre en compte certains facteurs qui peuvent nécessiter une attention particulière. Les données recueillies, tant via le questionnaire qu'à travers les entretiens, mettent en lumière plusieurs points importants.

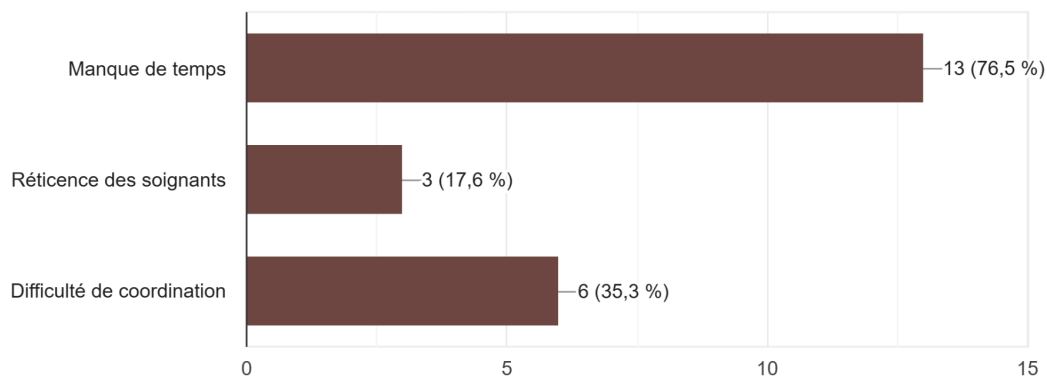
Le manque de temps est un aspect central, identifié par 76,5% des répondants au questionnaire et par les personnes interviewées comme un défi majeur. La dynamique des activités quotidiennes des soignants demande une gestion optimisée des plages dédiées aux échanges et à la collaboration nécessaires à une démarche participative.

Par ailleurs, certaines **réserves ou appréhensions** de la part de soignants peuvent être observées, mentionnées par 17,6% des répondants au questionnaire. Ces éléments peuvent être liés à des habitudes de travail établies ou à une perception initiale de charge supplémentaire. Certains Directeurs d'EHPAD (DE) et Infirmiers Coordinateurs (IDEC) ont également noté que des profils de soignants pourraient nécessiter un accompagnement spécifique pour s'adapter pleinement à une approche davantage collaborative.

Enfin, la **complexité de la coordination** représente un point d'attention pour 35,5% des répondants au questionnaire. L'harmonisation des plannings et la facilitation des interactions entre les différents acteurs peuvent requérir des ajustements organisationnels pour assurer une fluidité dans les projets collectifs.

Ces éléments soulignent la nécessité d'une approche réfléchie et accompagnée pour le déploiement de la démarche participative, afin de transformer ces défis en opportunités de développement.

Graph5: Les principaux freins à l'application du management participatif



Conclusion partielle

En somme, le management participatif en EHPAD n'est pas qu'une simple approche managériale; c'est aussi une philosophie qui, en libérant le potentiel des soignants et en valorisant l'attention qui leur est portée (effet Hawthorne), enrichit profondément l'accompagnement des résidents, le rendant plus humain, plus adapté et de meilleure qualité.

Les différents éléments analysés dans cette partie montrent combien l'implication des professionnels est un levier puissant pour améliorer la qualité de l'accompagnement en EHPAD. En permettant une meilleure circulation de l'information, une responsabilisation accrue et un climat de travail plus sain, le management participatif renforce l'engagement des équipes et leur capacité à agir de manière ajustée auprès des résidents.

Cependant, la réflexion sur la participation ne saurait s'arrêter au seul prisme des soignants et de l'encadrement. Les résidents et leurs familles sont eux aussi des acteurs essentiels de la vie en établissement, porteurs d'un savoir expérientiel, d'attentes spécifiques, et d'un lien affectif précieux.

3) Une co-construction avec les résidents et les familles

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale place l'utilisateur au centre du dispositif, affirmant le droit à l'expression, à l'information, à la participation, et à la personnalisation de la prise en charge. Ainsi, si l'on veut réellement construire un accompagnement individualisé, respectueux de l'autonomie et porteur de sens, il est indispensable de les intégrer pleinement dans les décisions et les projets qui les concernent. C'est ce que je vais explorer dans ce point, à travers les différentes instances (CVS et commissions thématiques), sur la base des expériences participatives concrètes, et des témoignages de professionnels convaincus de la richesse de cette co-construction.

a) Des instances formelles pour une parole valorisée : le rôle du CVS

L'article D311-19 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose de l'obligation pour les établissements d'instaurer un Conseil de la vie sociale. Le (CVS) est l'une des principales instances de participation mise en place en EHPAD. Il réunit régulièrement des représentants des résidents, des familles, des professionnels et de la direction. Lorsqu'il est animé avec conviction et transparence, le CVS devient un véritable outil de démocratie en établissement, permettant de recueillir les besoins, les insatisfactions, mais aussi les suggestions constructives des usagers.

Comme le souligne Mme **L.P**, directrice d'un EHPAD public en Bretagne : « Le CVS, ce n'est pas qu'un espace d'information, c'est un lieu de co-construction. »

Le CVS, en tant qu'instance représentative officielle, se positionne comme un outil de diagnostic participatif essentiel.

1) Remontée d'informations structurée :

Le CVS permet une collecte systématique des observations sur des thématiques variées : qualité des soins, vie sociale, restauration, environnement. Par exemple, si des préoccupations récurrentes émergent concernant la clarté des informations relatives aux rendez-vous médicaux ou à l'évolution de l'état de santé, le CVS n'est pas qu'un réceptacle. Il analyse la nature de ces dysfonctionnements et en déduit des axes d'amélioration précis.

2) Priorisation des problématiques :

Face à un éventail de retours, le CVS opère une hiérarchisation des enjeux. Cette priorisation est cruciale pour une utilisation efficiente des ressources limitées de l'établissement. Par exemple, si les retours du terrain, corroborés par les familles via le CVS, indiquent une monotonie des activités proposées, le CVS devient le lieu où cette problématique est élevée au rang de priorité stratégique, justifiant l'allocation de temps et de moyens pour y remédier.

3) Validation des solutions et suivi :

Le CVS ne se contente pas de soulever des problèmes ; il est le lieu de validation des propositions d'actions issues des professionnels ou des commissions thématiques. Il assure un rôle de veille sur la mise en œuvre des décisions et d'évaluation de leur impact réel. Si une modification des horaires de lever est envisagée pour mieux respecter le rythme des résidents, le CVS non seulement valide l'initiative mais assure un suivi régulier des retours post-implémentation, mesurant l'adhésion et les bénéfices perçus, pour ajuster la démarche si nécessaire. Ce processus itératif est intrinsèque à une logique de qualité.

b) Les Commissions Thématiques

En parallèle, les commissions thématiques, telles que la commission animation ou la commission restauration, permettent d'approfondir certaines dimensions de la vie en établissement. Ces espaces, lorsqu'ils incluent les familles et les résidents, favorisent l'expression directe des attentes quotidiennes.

1) La Commission Animation

Mieux comprendre les envies réelles des résidents

Impliquer les résidents et leurs familles dans les choix d'activités permet de dépasser les idées toutes faites sur ce qui « devrait » plaire aux personnes âgées. En prenant le temps d'écouter leurs histoires de vie, leurs passions passées ou leurs centres d'intérêt actuels, on découvre une grande diversité de profils. Cela aide à

sortir des propositions trop généralistes, comme l'atelier mémoire classique, pour aller vers des activités qui ont plus de sens pour eux : jardinage, chant choral d'époque, ou encore ateliers où ils peuvent transmettre leurs savoir-faire, comme la cuisine ou le tricot. Une commission participative active peut recueillir ces préférences et les transformer en idées concrètes.

Adapter les envies à la réalité du terrain

Mais avoir des idées ne suffit pas. Ce qui compte aussi, c'est de voir comment on peut les rendre réalisables au quotidien. Si plusieurs résidents expriment par exemple l'envie de sortir à l'extérieur, la commission ne s'arrête pas à noter ce souhait. Elle collabore avec les équipes pour voir ce qui est possible : comment organiser le transport, combien de personnes peuvent accompagner, comment ajuster les plannings, ou encore comment faire appel à des bénévoles ou à des familles. C'est ce travail collectif qui permet de passer d'une simple envie à une activité concrète, comme aller ensemble au marché ou visiter une exposition temporaire, souvent mentionnée dans les retours des familles.

2) La Commission Restauration

Redonner du goût et du plaisir aux repas

Au lieu de se contenter de menus imposés, les retours des résidents et de leurs proches permettent de mieux cerner ce qu'ils aiment vraiment manger. Grâce à cela, une commission attentive peut organiser des séances de dégustation, tester de nouveaux plats ou de nouvelles textures, et recueillir des avis sur le goût, l'assaisonnement, la présentation ou encore la variété des menus. Ces ajustements, qui peuvent sembler simples, ont un réel impact sur l'appétit, la prévention de la dénutrition, et surtout sur le plaisir de manger. Par exemple, proposer des menus à thème inspirés des souvenirs culinaires des résidents, puis les évaluer ensemble, permet de rendre les repas plus vivants et plus attendus.

Créer un cadre de repas plus agréable et adapté

Le repas ne se limite pas à ce qu'il y a dans l'assiette. L'ambiance joue aussi un rôle important. La commission peut ainsi réfléchir à d'autres aspects comme le bruit dans

la salle à manger, les horaires trop rigides ou la disposition des tables. À partir des retours recueillis, des idées simples mais efficaces peuvent être mises en place : des nappes colorées pour égayer l'environnement, une musique douce pour apaiser les échanges, ou encore un service de petit-déjeuner plus souple pour respecter le rythme de chacun. Ces petits ajustements, une fois cumulés, améliorent nettement l'expérience du repas, tant sur le plan nutritionnel que relationnel.

Conclusion partielle

Inscrire le CVS et les commissions thématiques dans la démarche participative, ce n'est pas juste un complément de fonctionnement. C'est une véritable façon de faire évoluer l'accompagnement de manière plus juste, plus adaptée et plus humaine.

Quand les résidents et leurs proches peuvent vraiment s'exprimer, les actions mises en place répondent mieux à leurs besoins réels. On évite les projets qui tombent à côté, et on concentre les moyens sur ce qui fait une vraie différence pour eux. Cela renforce aussi leur sentiment d'autonomie et de dignité : être écouté, c'est aussi être reconnu dans sa capacité à contribuer à son cadre de vie.

Cette dynamique crée un climat de confiance avec les équipes. Les résidents et les familles se sentent pris en compte, compris. Les tensions diminuent, les relations deviennent plus constructives.

En résumé, faire vivre le CVS et les commissions, c'est bien plus qu'un cadre réglementaire : c'est une façon concrète de rendre l'EHPAD plus vivant, et surtout d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents

L'analyse approfondie des dynamiques de participation, qu'elles émanent des professionnels de soin ou des résidents et de leurs familles via des instances telles que le CVS et les commissions thématiques, met en évidence un potentiel significatif pour l'humanisation et l'optimisation de l'accompagnement en EHPAD. Ces éclairages, qui révèlent la valeur intrinsèque de l'écoute et de l'implication de chaque partie prenante dans la transformation du vécu quotidien, imposent l'identification de leviers d'action managériaux essentiels. Ainsi, les recommandations qui suivent ont

pour objectif de doter les Directeurs d'EHPAD et les Infirmiers Coordinateurs des outils et des stratégies nécessaires à la concrétisation effective d'une démarche de management participatif. Un plan d'action sera proposé pour le déploiement de la démarche.

B. Recommandations pour les managers

Pour les Directeurs d'EHPAD (DE) et les Infirmiers Coordinateurs (IDEC), le déploiement réussi du management participatif repose sur plusieurs piliers stratégiques essentiels.

1. Sensibilisation et formation approfondie :

Il est primordial d'investir dans la sensibilisation de l'ensemble du personnel et la formation ciblée des encadrants. Cette étape assure une compréhension commune des principes du management participatif et développe les compétences nécessaires (animation, écoute active, gestion des conflits) pour le mettre en œuvre efficacement. Une équipe bien formée est une équipe plus à même de s'engager et de contribuer de manière pertinente, posant les bases solides d'une culture participative.

2. Mise en place de cadres d'échanges et de décision structurés :

Il est crucial de créer des espaces formels où les professionnels peuvent activement partager leurs expériences, remonter des informations précieuses du terrain et co-élaborer des solutions. Ces cadres, qu'il s'agisse de réunions d'équipe dédiées ou de groupes de travail thématiques, favorisent un sentiment d'appartenance et d'implication. Ils permettent de transformer les observations individuelles en améliorations collectives et concrètes, directement bénéfiques pour l'accompagnement des résidents.

3. Intégration de la co-construction avec les résidents et les familles :

Au-delà de l'implication du personnel, il est fondamental d'ouvrir les processus de décision et d'amélioration aux résidents et à leurs familles. En activant pleinement le Conseil de la Vie Sociale (CVS) et les commissions thématiques (animation, restauration) comme de véritables lieux de co-construction, les managers

garantissent que l'accompagnement est non seulement centré sur la personne, mais aussi façonné par les besoins et désirs exprimés directement par les usagers et leurs proches. Cette démarche renforce la légitimité des actions et enrichit considérablement le projet de vie en établissement.

4. Délégation, responsabilisation et gestion des contraintes :

Confier des responsabilités concrètes aux professionnels et leur offrir le soutien nécessaire libère un potentiel d'initiative considérable. Cette délégation de pouvoir renforce l'engagement intrinsèque des soignants et leur sentiment de compétence, puisqu'ils sont directement responsables de projets qui impactent leur quotidien et celui des résidents. C'est un levier essentiel pour une amélioration continue de la qualité de l'accompagnement, car les solutions viennent de ceux qui sont au plus près du terrain, même face aux défis de temps et de coordination.

5. Communication transparente et feedback continu :

Pour que la participation soit durable et efficace, il est indispensable de maintenir un dialogue ouvert et constructif. Cela implique de communiquer régulièrement sur les suites données aux propositions des équipes, qu'elles soient acceptées, adaptées ou reportées, avec une justification claire. L'établissement de boucles de feedback bidirectionnel permet de reconnaître les contributions et d'ajuster continuellement la démarche, renforçant la confiance et la légitimité du processus participatif.

6. Évaluation concrète de l'impact sur l'accompagnement et le bien-être

Pour pérenniser le management participatif, il est essentiel d'en mesurer concrètement l'efficacité, tant pour la qualité de vie des résidents que pour celle des professionnels. Cette évaluation s'appuie sur des indicateurs clés comme les enquêtes de satisfaction des résidents/familles, le suivi des événements indésirables liés à l'accompagnement, et le ressenti du personnel concernant leur bien-être au travail et leur engagement. Qu'elle soit qualitative ou quantitative, elle demeure cruciale pour ajuster la stratégie, valoriser les succès et renforcer la légitimité de la démarche participative auprès de toutes les parties prenantes.

C. Plan d'action

Axe Stratégique / Objectif	Actions Spécifiques	Rôles Clés (DE / IDEC)	Outils et Moyens	Indicateurs de Succès	Échéancier Suggéré
1. Sensibilisation et Formation Approfondie <i>Assurer une compréhension commune et l'adhésion, en outillant les équipes.</i>	- Ateliers interactifs de sensibilisation : Utiliser des cas concrets de l'EHPAD, des jeux de rôle pour illustrer les bénéfices du participatif sur l'accompagnement des résidents. - Formations ciblées Facilitateur Participatif: Pour IDEC et cadres intermédiaires, incluant techniques d'animation (écoute active, reformulation), gestion des objections, prise de décision collective, et utilisation des outils numériques. - Cafés du Management Participatif mensuels : Sessions courtes et informelles pour échanger sur les réussites, les difficultés et les bonnes pratiques.	DE: Impulser, communiquer la vision, allouer budget formation, désigner les pilotes. IDEC : Piloter la formation des équipes soignantes, être le référent local, participer activement aux Cafés.	Intervenant externe ou formation interne (RH). - Supports pédagogiques interactifs. - Outil numérique de co-construction (ex: Wooclap) pour les sondages instantanés, nuages de mots, quizz durant les ateliers.	- Taux de participation & satisfaction aux ateliers/formations. - Augmentation des questions / propositions spontanées en réunion.	1-3 Mois
2. Mise en Place de Cadres d'Échanges et de Décision Structurés <i>Créer des espaces dédiés à la co-construction, en optimisant le temps.</i>	- Réunions d'équipe avec ordre du jour défini : limiter le temps, cibler 1-2 problématiques par réunion, favoriser les solutions apportées par l'équipe. - Groupes de travail thématiques (GTT) Flash: Sessions courtes (30-45 min) sur une problématique précise (ex: comment améliorer	DE : Valider les thèmes des GTT, dédier du temps aux réunions, assurer le suivi des décisions prises en GTT. IDEC : Animer les	- Planning partagé pour les réunions et GTT. - Outil numérique de co-construction (ex: Wooclap) pour brainstorming, vote	- Nombre de GTT lancés et d'actions concrètes qui en découlent. - Taux d'utilisation de la boîte à idées numérique.	2-6 Mois

Axe Stratégique / Objectif	Actions Spécifiques	Rôles Clés (DE / IDEC)	Outils et Moyens	Indicateurs de Succès	Échéancier Suggéré
	l'accueil des familles ?), avec des objectifs clairs et des livrables immédiats ou rapides. Boîte à idées numériques : Faciliter le dépôt d'idées à tout moment, avec un suivi visible des propositions. - Ateliers de Co-conception : Occasionnels, pour des projets plus importants (ex: refonte d'un protocole, aménagement d'un espace), impliquant divers professionnels.	GTT et les réunions d'équipe, préparer les ordres du jour, synthétiser les propositions, garantir le respect du temps.	d'idées, priorisation rapide. - Plateforme collaborative interne (type SharePoint) pour une boîte à idées et le suivi des actions.	- Perception de l'efficacité des réunions (sondage rapide post-réunion via Wooclap).	
3. Intégration de la co-construction avec les résidents et les familles <i>Le manager ouvre et fait vivre la participation des usagers et de leurs proches.</i>	- Dynamiser le CVS comme espace de co-construction : Passer d'une logique de consultation à une instance de propositions actives et de décisions partagées. - Mettre en place et animer des commissions thématiques inclusives : Intégrer résidents et familles dans les commissions animation, restauration pour coller aux attentes quotidiennes. - Valoriser l'expertise d'usage des résidents et familles : Reconnaître et exploiter leurs connaissances des habitudes de vie et des préférences individuelles. - Accompagner et soutenir la participation : Proposer divers formats de sollicitation (réunions, questionnaires, moments informels) et dédramatiser la prise de parole. - Suivre les projets issus de la co-construction : S'assurer de la mise en œuvre des initiatives	DE : Impulser la vision d'un EHPAD ouvert aux usagers, garantir les moyens pour les instances participatives (CVS, commissions), valider les projets co-construits. IDEC : Animer et faire vivre les commissions, encourager la participation directe des résidents et familles, relayer leurs propositions, être l'interface entre les souhaits et la	- Règlements intérieurs du CVS et des commissions revus. - Calendrier de réunions régulier et communiqué. - Supports de recueil de propositions adaptés (boîtes à idées, questionnaires simplifiés). - Rapports d'activités des commissions avec suivi des actions. - Photographies,	- Taux de participation aux commissions. - Nombre de projets/initiatives issus de la co-construction. - Satisfaction des résidents et familles sur la prise en compte de leurs avis. - Sentiment d'être "acteur de son quotidien" pour le résident.	1-3 Mois Continu

Axe Stratégique / Objectif	Actions Spécifiques	Rôles Clés (DE / IDEC)	Outils et Moyens	Indicateurs de Succès	Échéancier Suggéré
		faisabilité opérationnelle.	témoignages des projets réalisés.		
4. Délégation, Responsabilisation et Gestion des Contraintes <i>Empuissancer les équipes en gérant les défis de temps et de coordination.</i>	- Définition de périmètres d'autonomie clairs : Identifier précisément les domaines où les équipes ont la liberté de décider (ex: organisation quotidienne des soins, choix de matériel de confort, ...). - Déploiement de "leaders de projet" au sein des équipes : Petites missions (ex: mise à jour d'un classeur d'information, organisation d'une fête) déléguées à des ASH, AS, AES volontaires, avec l'IDEC en soutien. - Identification de référents thématiques : Ex: un(e) AS référent(e) "douleur", un(e) AES référent(e) "activités", qui participent à la réflexion et à la remontée d'informations auprès de l'IDEC. - Flexibilité des plannings : Dans la mesure du possible, adapter les plannings pour permettre la participation aux GTT ou formations (ex: roulement, remplacement ponctuel).	DE : Soutenir la délégation, reconnaître les "leaders" et "référents", valider les ajustements de planning. IDEC : Identifier les compétences, accompagner les "leaders" et "référents", être un facilitateur, arbitrer les priorités de temps.	- Fiches de poste révisées ou fiches de mission complémentaires. - Outil de gestion de projet simple (ex: logiciel qualité interne: PéliKan...) pour le suivi des micro-projets délégués. - Communication claire des périmètres et du soutien disponible.	- Nombre de missions ou projets gérés en autonomie par les équipes. - Perception de la confiance et de l'autonomie par le personnel. - Réduction des sollicitations pour des décisions déléguées.	3-9 Mois et Continu
5. Communication Transparente et Feedback Continu	- Publication régulière des comptes-rendus synthétiques : Des réunions d'équipe et des GTT, avec les décisions prises et les actions à suivre, sur un support accessible.	Assurer la transparence globale, valider les communications	- Affichages dédiés, intranet simplifié ou groupe de discussion sécurisé	- Fréquence et lecture des CR/flash infos.	Continu

Axe Stratégique / Objectif	Actions Spécifiques	Rôles Clés (DE / IDEC)	Outils et Moyens	Indicateurs de Succès	Échéancier Suggéré
<i>Maintenir un dialogue ouvert et constructif, en intégrant le numérique.</i>	- "Flash Infos Management Participatif" : Courriel ou affichage régulier des succès, des idées mises en œuvre, et des retours des résidents/familles. - Mise en place de sondages d'opinion flash (via Wooclap/whatsapp) : Sur des sujets précis (ex: efficacité d'une nouvelle organisation, ressenti sur un projet) pour un feedback rapide et anonyme. - Rencontres individuelles régulières (hors entretiens annuels) : Pour un échange informel et un feedback sur la démarche participative.	stratégiques. IDEC : Rédiger/diffuser les CR et flash infos, lancer les sondages flash, être disponible pour les échanges informels.	(type WhatsApp Pro). - Outil numérique de sondage rapide (Wooclap, whatsapp).	- Taux de participation aux sondages flash. - Sentiment de transparence et d'écoute par le personnel.	
6. Évaluation Concrète de l'Impact sur l'Accompagnement <i>Mesurer l'efficacité de la démarche participative sur la qualité de vie des résidents.</i>	- Intégration d'objectifs "Qualité de l'Accompagnement" dans les Entretiens Annuels Professionnels (EAP) : Ex: "participation active à l'amélioration du projet de vie du résident", "proposition de 2 idées pour améliorer le confort". - Enquêtes de satisfaction spécifiques (Résidents & Familles) : Avec des questions ciblées sur la qualité de l'accompagnement perçue, le bien-être, la réponse aux besoins individuels, la proactivité des équipes. Ex: "Les	DE : Définir les indicateurs clés, analyser les données, intégrer les objectifs dans les EAP, communiquer les résultats. IDEC : Participer à la collecte de données	- Grille d'évaluation EAP mise à jour. - Questionnaires de satisfaction (papier ou numérique). - Tableau de bord de suivi des indicateurs (Excel, logiciel	- Évolution positive des résultats des enquêtes de satisfaction. - Amélioration des indicateurs clés (chutes, plaintes, etc.).	6 Mois et Continu

Axe Stratégique / Objectif	Actions Spécifiques	Rôles Clés (DE / IDEC)	Outils et Moyens	Indicateurs de Succès	Échéancier Suggéré
	professionnels sont-ils à l'écoute de mes besoins / des besoins de mon proche ?", "Les activités proposées correspondent-elles aux attentes ?". - Suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs - Diminution des évènements indésirables : (chutes, escarres, plaintes non fondées). - Augmentation du taux de participation des résidents aux activités. - Réduction du turnover du personnel et de l'absentéisme (indicateurs d'un meilleur bien-être au travail). - Témoignages spontanés positifs des résidents et des familles. - Focus groups avec le personnel : Réunion dédiée pour recueillir leur perception de l'amélioration de l'accompagnement des résidents suite à la démarche participative.	(observations, retours d'équipe), préparer les entretiens annuels, remonter les témoignages.	interne).	- Retours positifs des EAP sur l'engagement. - Augmentation des initiatives d'amélioration de l'accompagnement par le personnel.	

Conclusion générale

Ce mémoire a été l'occasion d'explorer la dynamique fondamentale du management participatif au sein des EHPAD, avec pour résultat la révélation de ce qu'il constitue bien plus qu'une simple approche organisationnelle : c'est une vision profondément transformatrice. Loin des modèles hiérarchiques rigides, l'adoption d'une culture participative se révèle être un levier essentiel pour valoriser l'environnement de soin et, in fine, améliorer substantiellement la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents.

Premièrement, **la qualité de l'accompagnement des résidents passe inévitablement par l'amélioration des conditions de travail des professionnels.**

L'analyse a précisément mis en lumière l'apport considérable du management participatif dans ce domaine. En offrant aux aides-soignants, aux infirmiers et à l'ensemble des équipes la possibilité d'exprimer leurs idées, de participer aux décisions et d'influencer leur quotidien professionnel, on observe une augmentation de leur motivation, de leur engagement et de leur sentiment d'appartenance. Ce processus favorise une reconnaissance accrue de leur expertise de terrain, réduisant le stress et l'absentéisme, et créant un climat de travail plus serein et bienveillant. Des professionnels écoutés et valorisés sont des professionnels plus épanouis, et cette énergie positive se répercute directement sur la qualité de leur présence auprès des résidents.

Deuxièmement, l'étude a souligné l'impact profond de la **co-construction avec les familles et les résidents**. À travers des instances comme le (CVS) et des commissions dédiées à l'animation ou à la restauration, l'EHPAD s'ouvre véritablement aux attentes et aux désirs de ses principaux acteurs. Cette démarche permet de transformer l'accompagnement en le rendant véritablement personnalisé et adapté aux histoires de vie, aux préférences et aux besoins évolutifs de chaque résident. La reconnaissance du résident comme sujet, et de la famille comme partenaire essentiel, est au cœur de cette dynamique d'amélioration continue.

Toutefois, il serait irréaliste d'ignorer les **contraintes** inhérentes à une telle transformation. Les défis liés au **temps** nécessaire pour la mise en place de ces

processus participatifs, ainsi que les complexités d'**organisation** pour coordonner les différentes parties prenantes, sont réels. Ils demandent une volonté managériale forte, une planification rigoureuse et une capacité à adapter les méthodes de travail pour concilier exigence de participation et contraintes opérationnelles. Ces obstacles, loin d'être des freins insurmontables, appellent à des stratégies d'accompagnement, de flexibilité et de priorisation.

Enfin, le management participatif, articulé autour de l'implication des professionnels et de la co-construction avec les résidents et leurs familles, est une voie prometteuse pour les EHPAD. Malgré les défis organisationnels, les bénéfices en termes de qualité de vie au travail pour les soignants et d'humanisation de l'accompagnement des aînés sont indéniables. En cultivant une culture de l'écoute, de la reconnaissance et du "faire ensemble", les EHPAD peuvent non seulement relever les défis de demain, mais surtout continuer à être des lieux de vie où la dignité et le bien-être de chacun sont au cœur de toutes les attentions.

BIBLIOGRAPHIE

Talenco. «Le management participatif: le collaboratif au service de l'intelligence collective», mai 2022

La gestion participative d'équipe: une démarche dynamique; Bulletin Infirmier du Cancer, Vol.11-n°4-octobre-novembre-décembre 2011 p.122

Roussillon Soyer, Claude, Jacques Igalens, et Marie-Christine Henninger. « Motiver les soignants en EHPAD par la satisfaction des besoins psychologiques », *Management & Sciences Sociales*, vol. 31, no. 2, 2021, pp. 111-127.

Brami, Gérard. « Les paradoxes de l'évolution des EHPAD », *Empan*, vol. 91, no. 3, 2013, pp. 56-61

LOI n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, chapitre 1-article 5.

Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019,juillet 2022 n° 1237

Marie-France Lalande: Accompagner un patient très dépendant: Repères et bonnes pratiques,Chronique Sociale, 2021, p.79

CAP retraite : Perte d'autonomie : 5 signes qui montrent que le maintien à domicile n'est plus adapté,10/05/25

HAS recommandation de bonnes pratiques professionnelles: L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, p.9

Kchirid, Amina, et Raja Temnati. « Chapitre 1. L'école classique », , *Management des entreprises*. coordonné par Kchirid Amina, Temnati Raja. Ellipses, 2021, pp. 31-37.

Meier, Olivier. « V. Frederick Winslow Taylor – Le management scientifique des entreprises », Sandra Charreire Petit éd., *Les Grands Auteurs en Management*. EMS Editions, 2017, pp. 67-79.

Dauphin, Sandrine. *Théories du management*, Informations sociales, vol. 167, no. 5, 2011, pp. 6-9

Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013), *Organizational Behavior* (15th ed.). Pearson.

Likert, R. (1967). **The Human Organization: Its Management and Value**. New York: McGraw-Hill.

Likert, Rensis. *New Patterns of Management*. New York: McGraw-Hill, 1961.

Bourguignon, Thierry. « Chapitre 31. Adopter un style de management participatif », *Entreprises : vers l'excellence. Une méthodologie de la performance par le management agile*, sous la direction de Bourguignon Thierry. Dunod, 2018, pp. 285-289.

Fédération Hospitalière de France (FHF). *Les principes fondamentaux du management participatif*. Poster institutionnel. Paris : FHF, 2021. Disponible sur : <https://www.fhf.fr> consulté le 06/05/25

Lejeune, J., Chenevert, D., Fouquereau, E., Coillot, H., Chevalier, S., Gillet, N., Gandemer, V., Michon, J., & Colombat, Ph. (2018). Impact de la démarche participative sur la qualité de vie au travail des soignants et sur la qualité des soins : enquête nationale en oncopédiatrie. Société Française des Cancers de l'Enfant

LE BRUN, Thierry, *Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD*, Paris, Éditions Le Coudrier, 2019.

Thiétart, R.-A. (2007). *Méthodes de recherche en management* (3^e éd.). Paris : Dunod

Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research* (12^e éd.). Belmont, CA : Wadsworth/Cengage Learning

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Paris : Armand Colin

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1995). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications

Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal : Éditions Saint-Martin

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	3
Liste des Abréviations.....	4
Liste des figures et Graph.....	4
Introduction.....	6
PARTIE 1: Apports théoriques et cadre conceptuel.....	8
A. L'Ehpad et l'accompagnement des résidents.....	8
1. L'EHPAD Structure d'accueil.....	8
2. Le résident en EHPAD.....	10
3. L'accompagnement du résident en Ehpad: une prise en charge pluridimensionnelle.....	11
a) L'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et les soins.....	12
b) L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée:.....	12
c) L'accompagnement psychosocial :.....	13
B. Le management un concept évolutif.....	14
1. L'école Classique.....	14
a) Une approche scientifique du management.....	14
b) La théorie de l'administration générale.....	15
c) Une approche bureaucratique du management.....	16
2. L'école des relations humaines.....	16
a) L'effet Hawthorne.....	16
b) La hiérarchie des besoins humains.....	17
3. L'école quantitative.....	18
4. Une formalisation des modèles de management.....	19
a) Le management Directif.....	20
b) Le management Persuasif.....	20
c) Le management participatif.....	20
d) Le management délégitif.....	21
C. Le management participatif.....	21
1. De l'origine et du développement du management participatif.....	21
2. Principes fondamentaux du management participatif.....	22
3. Avantages théoriques du management participatif.....	24
4. Impact de la Démarche Participative sur la Qualité de Vie au Travail des Soignants et la Qualité des Soins.....	25
5. Le management participatif dans les Ehpad: de quoi parle-t-on?.....	26
PARTIE 2: Le management participatif au service de l'accompagnement du résident: résultats d'une étude mixte.....	28
A. La méthodologie.....	28
1. Structuration de la méthodologie.....	28
2. Formalisation du questionnaire d'enquête et élaboration des guides d'entretiens.....	28

3. Échantillonnage.....	32
4. Les limites de la recherche.....	33
B. Les résultats.....	34
PARTIE 3: Impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en Ehpad.....	37
A. Les avantages et les limites du management participatif dans la prise en charge des résidents: retour d'expérience de professionnels du secteur.....	37
1) Une collaboration renforcée entre encadrement et équipes soignante.....	37
a) Des outils au service du participatif.....	39
b) Une motivation et un engagement renforcés chez les soignants.....	40
c) Une participation qui améliore concrètement l'accompagnement des résidents.....	42
1) Une Meilleure Compréhension et Personnalisation des Besoins.....	42
2) Des Soins de Qualité Accrus par l'Engagement et l'Effet Hawthorne...	43
3) Une Ambiance Plus Sereine et Humaine.....	44
2) Les freins à la pratique de la démarche participative.....	45
3) Une co-construction avec les résidents et les familles.....	47
a) Des instances formelles pour une parole valorisée : le rôle du CVS.....	47
1) Remontée d'informations structurée :.....	47
2) Priorisation des problématiques :.....	48
3) Validation des solutions et suivi :.....	48
b) Les Commissions Thématiques.....	48
1) La Commission Animation.....	48
2) La Commission Restauration.....	49
B. Recommandations pour les managers.....	51
1. Sensibilisation et formation approfondie :.....	51
2. Mise en place de cadres d'échanges et de décision structurés :.....	51
3. Intégration de la co-construction avec les résidents et les familles :.....	51
4. Délégation, responsabilisation et gestion des contraintes :.....	51
5. Communication transparente et feedback continu :.....	51
6. Évaluation concrète de l'impact sur l'accompagnement et le bien-être.....	52
C. Plan d'action.....	53
Conclusion générale.....	58
BIBLIOGRAPHIE.....	60
ANNEXES.....	64

ANNEXES

Annexe 1

GUIDE D'ENTRETIEN DIRECTEURS

Sujet de Mémoire

Le Management Participatif dans l'Accompagnement des Résidents en EHPAD

Problématique

Quel est l'impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD ?

Bonjour, je m'appelle Loïc KAKALAKA, et je réalise un mémoire sur le management participatif dans l'accompagnement des résidents en EHPAD.

L'objectif de cet entretien est de comprendre votre expérience et vos perspectives sur ce sujet. Je tiens à vous assurer que toutes vos réponses resteront strictement confidentielles.

Avec votre consentement, j'aimerais également enregistrer notre conversation pour m'assurer de ne rien manquer de vos précieuses contributions. Est-ce que cela vous convient?"

Thème 1 : Organisation et Prise de Décision

- Pouvez-vous me décrire comment fonctionne actuellement la gestion et l'organisation des décisions dans votre établissement ?
- De quelle manière les soignants sont-ils impliqués dans les décisions organisationnelles au quotidien ?
- Selon vous, quels obstacles ou difficultés peuvent freiner la mise en place d'une approche participative au sein de votre structure ?

Thème 2 : Expérience et Ressenti des Soignants

- Comment percevez-vous l'impact du management participatif sur la motivation et l'engagement des équipes soignantes ?
- En quoi l'ambiance de travail et la coopération entre les membres des équipes ont-elles évolué depuis la mise en place d'une approche participative ?

- Quelles sont, selon vous, les attentes ou les besoins exprimés par les aides-soignants concernant leur implication dans l'organisation du travail ?

Thème 3 : Effets sur la Qualité des Soins et le Bien-Être des Résidents

- Quelles évolutions avez-vous constatées dans la qualité des soins et l'accompagnement des résidents depuis l'adoption du management participatif ?
- Pouvez-vous donner des exemples où la participation accrue des équipes soignantes a permis une meilleure prise en compte des besoins individuels des résidents ?
- Quelles observations ou retours avez-vous reçus de la part des familles concernant la qualité de l'accompagnement des résidents ?

Thème 4 : Perspectives et Améliorations

- À votre avis, quels sont aujourd'hui les principaux atouts du management participatif dans le contexte d'un EHPAD ?
- Quelles limites ou difficultés persistent selon vous malgré la mise en œuvre de cette approche ?
- Quelles initiatives ou changements pourraient, selon vous, renforcer encore l'efficacité du management participatif dans votre établissement ?

Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIEN IDEC

Sujet de Mémoire

Le Management Participatif dans l'Accompagnement des Résidents en EHPAD

Problématique

Quel est l'impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD ?

Bonjour, je m'appelle Loïc KAKALAKA, et je réalise un mémoire sur le management participatif dans l'accompagnement des résidents en EHPAD.

L'objectif de cet entretien est de comprendre votre expérience et vos perspectives sur ce sujet. Je tiens à vous assurer que toutes vos réponses resteront strictement confidentielles.

Avec votre consentement, j'aimerais également enregistrer notre conversation pour m'assurer de ne rien manquer de vos précieuses contributions. Est-ce que cela vous convient?"

Thème 1 : Organisation et Prise de Décision

- Comment décririez-vous l'organisation actuelle de la prise de décision dans votre établissement ?
- De quelle manière impliquez-vous les aides-soignants dans les décisions concernant l'organisation du travail ?
- Quels dispositifs de concertation ou d'échanges avez-vous mis en place pour favoriser un fonctionnement participatif ?

Thème 2 : Collaboration et Communication au Sein des Équipes

- Avez-vous constaté une évolution de la collaboration entre aides-soignants depuis la mise en place du management participatif ?
- Quelles pratiques ou outils facilitent aujourd'hui la communication entre les membres de l'équipe soignante ?
- Selon vous, comment la participation des aides-soignants aux décisions influence-t-elle l'ambiance et la cohésion d'équipe ?

Thème 3: Effets sur la Qualité des Soins et l'Accompagnement des Résidents

- De quelle manière la collaboration accrue entre soignants se traduit-elle dans la qualité des soins apportés aux résidents ?
- Pouvez-vous citer des exemples où une meilleure communication interne a permis d'améliorer l'accompagnement des résidents ?
- Avez-vous observé des changements dans la satisfaction des résidents ou de leurs familles depuis l'adoption du management participatif ?

Thème 4: Enjeux, freins et Perspectives d'Amélioration

- Quels sont, selon vous, les principaux atouts du management participatif dans l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents ?
- Quels freins ou limites identifiez-vous à la pleine mise en œuvre de cette démarche participative ?
- Quelles actions supplémentaires seraient nécessaires pour renforcer la collaboration et la communication entre les équipes ?

Annexe 3

GUIDE D'ENTRETIEN AIDE SOIGNANT

Sujet de Mémoire

Le Management Participatif dans l'Accompagnement des Résidents en EHPAD

Problématique

Quel est l'impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD ?

Bonjour, je m'appelle Loïc KAKALAKA, et je réalise un mémoire sur le management participatif dans l'accompagnement des résidents en EHPAD.

L'objectif de cet entretien est de comprendre votre expérience et vos perspectives sur ce sujet. Je tiens à vous assurer que toutes vos réponses resteront strictement confidentielles.

Avec votre consentement, j'aimerais également enregistrer notre conversation pour m'assurer de ne rien manquer de vos précieuses contributions. Est-ce que cela vous convient?"

Thème 1 : Organisation et Prise de Décision

- Comment percevez-vous le management participatif dans votre travail quotidien ?
- Quelles sont les initiatives participatives que vous avez observées ou auxquelles vous avez participé ?
- Quels sont les défis que vous rencontrez dans la mise en œuvre du management participatif?

Thème 2 : Expérience et Ressenti

- Comment percevez-vous l'impact du management participatif sur votre motivation et votre engagement au travail ?
- Avez-vous noté des changements dans l'ambiance de travail et la collaboration avec vos collègues depuis l'instauration de pratiques participatives ?
- Ressentez-vous le besoin d'être davantage impliqué dans l'organisation du travail ?

Thème 3 : Effets sur la Qualité des Soins et le Bien-Être des Résidents

- Comment les initiatives participatives influencent-elles la qualité des soins et l'accompagnement des résidents ?
- Pouvez-vous partager des exemples où votre implication a permis d'améliorer l'accompagnement ou le confort des résidents ?
- Avez-vous reçu des retours positifs des familles concernant la qualité de l'accompagnement ?

Thème 4 : Perspectives et Améliorations

- Selon vous, quels sont les points forts du management participatif dans votre établissement?
- Quelles difficultés persistent pour renforcer votre implication dans les décisions ?
- Quelles suggestions proposeriez-vous pour améliorer encore le fonctionnement participatif dans votre EHPAD ?

Annexe 4

Transcription Entretien avec M. P.S Directeur d'Ehpad

Entretien Téléphonique:

Date: 15/05/25

Durée: 55 min 2s

INTERVENANT	ÉCHANGE
MOI	Bonjour Monsieur P.S, je vous remercie de m'accorder votre temps pour cet entretien.
MOI	Pour mon mémoire, j'ai choisi de me concentrer sur le management, car à long terme, je me projette sur un poste de direction, comme le vôtre. Je m'intéresse particulièrement à la question du management participatif : je me demande s'il est réellement adapté à la gestion en EHPAD, notamment pour améliorer l'accompagnement des résidents, mais aussi pour renforcer la motivation et le bien-être des professionnels sur le terrain. D'ailleurs, j'ai eu l'occasion de découvrir l'un de vos témoignages sur YouTube, grâce à M.C, que vous connaissez sûrement.
LUI	Oui c'est ça, oui tout à fait.
MOI	Voilà, donc il nous avait présenté justement cette capsule vidéo là où vous aviez présenté une organisation participative. Dans laquelle vos soignants avaient quand même cette possibilité là par rapport à l'organisation du travail de donner leurs avis. J'ai trouvé que c'était intéressant; donc je me suis dit pourquoi pas ne pas vous avoir directement en entretien. Pour savoir comment est-ce que vous déclinez cette approche de management participatif, et est-ce que vous êtes purement participatif ou vous avez aussi d'autres styles de management que vous pratiquez pour la gestion de votre établissement et surtout le plus important pour un meilleur accompagnement des résidents?

LUI	Je peux vous répondre déjà ?
MOI	Oui, dites-moi.
LUI	Je vais avoir une petite difficulté quand même à vous répondre parce que management participatif, au sens premier du terme, ça renvoie pour le coup à une théorie managériale qui peut opposer plusieurs styles managériaux justement. A savoir : 1. Le directif 2. Le paternaliste Si je ne me trompe pas, et ainsi de suite.
LUI	Est-ce que le terme participatif, est-ce que sur un plan terminologique, vous le définissez d'une façon particulière ?
MOI	Pour moi, le management participatif, c'est avant tout un style de gestion où le manager ne prend pas seul toutes les décisions. Au contraire, il associe les membres de son équipe aux réflexions et aux choix organisationnels. C'est une manière plus collective et collaborative d'aborder le management, où chacun peut contribuer aux décisions.. Il consulte quand même les personnes qui sont sous sa direction, que ce soit par rapport à un projet ou dans le cadre de l'accompagnement du résident. ce sont des décisions on va dire avec consultation vraiment de l'avis de tous
LUI	D'accord, je comprends bien. Il faut répondre de la façon la plus précise possible parce que c'est complexe comme sujet.
MOI	D'accord.
LUI	C'est complexe surtout parce que c'est très large comme sujet. Et je voudrais vraiment vous donner des informations qui vous seront très utiles parce que je ne pense pas en fait que l'on met en œuvre, que l'on applique en fait tout le temps le même style de management. Même s'il y a

	une base sur laquelle on s'appuie, on n'applique pas toujours le même style de management selon les sujets, selon le contexte ou selon les personnes en fait que l'on a en vis-à-vis. C'est-à-dire que l'on peut avoir des professionnels qui ont besoin justement que l'on prenne en compte leur avis, sans quoi ces personnes-là pourraient par exemple résister au changement. Et on a, contrairement, des professionnels qui eux peuvent préférer un style un peu plus directif qui est présenté également comme un style sécurisant. Donc pour moi en fait le style managérial induit tout d'abord une bonne connaissance en fait des caractéristiques de l'équipe. D'accord. C'est déjà pour moi la base. Alors je vais vous donner un exemple. D'accord. Une des caractéristiques que l'on peut étudier au sein d'une équipe pour justement adapter son style managérial, c'est la génération à laquelle l'équipe appartient.
MOI	Ok. Pourquoi ?
LUI	Parce qu'en fonction de la génération à laquelle vous appartenez, vous avez un rapport au travail différent. Un rapport au travail qui peut être aussi ambivalent. Dans certains cas, vous allez le voir, je vais vous prendre quelques exemples. Mais en tout cas, un rapport au travail, j'y reviens, qui est très différent au sein d'une seule et même équipe. D'où l'importance selon moi, et ça nous on le fait chaque année, de faire un état des lieux des différentes générations présentes dans l'établissement pour comprendre certains comportements, certaines résistances au changement, certaines attentes de la part des professionnels.
MOI	D'accord.
LUI	Ce qui peut aussi induire des attentes différentes dans le style managérial, c'est le niveau de compétence ou le niveau de qualification des professionnels. C'est-à-dire que j'ai eu la chance de travailler dans d'autres structures médico-sociales, en maison d'enfant à caractère social ou dans des établissements pour personnes en situation de polyhandicap, où le niveau de qualification des professionnels était plus élevé qu'en EHPAD. L'EHPAD, c'est assez particulier à ce niveau-là comme structure médico-sociale, où on a des niveaux de qualification tout compte fait assez faibles avec majoritairement des équipes d'aide-soignants et d'ASH.
MOI	Effectivement, c'est ça.

LUI	Alors que lorsque vous travaillez par exemple dans le handicap sévère ou dans les autres structures médico-sociales ou dans le social pur, vous gérez principalement des équipes d'éducateurs spécialisés, par exemple, ou de rééducateurs ou de moniteurs éducateurs, c'est-à-dire des niveaux de qualification plus élevés, avec pour le coup des capacités comme ça naturelles à avoir plus de latitude dans l'exercice du travail. Et de fait, les EHPAD, de par la constitution de ces équipes et son mode organisationnel totalement inspiré du sanitaire, est un type de structure qui aliène un peu ses salariés dans le sens où il induit en fait une relation hiérarchique assez directive. C'est-à-dire que les EHPAD sont les établissements médico-sociaux les plus hiérarchisés à l'heure actuelle. Je vais vous donner un exemple. Une aide-soignante qui travaille dans un établissement médico-social qui accueille des personnes en situation de handicap aura comme chef un chef de service, pour le coup, et comme autre supérieur, le directeur. Donc il y aura grosso modo deux strates au-dessus d'elle, deux strates décisionnelles au-dessus d'elle. Alors qu'une aide-soignante qui travaille en EHPAD aura au-dessus d'elle l'infirmier.
MOI	Effectivement.
LUI	Ensuite, l'infirmière. Ensuite, sans doute le cadre de santé. Et ensuite, sans doute, toujours sur un plan technique, le médecin coordinateur. Ensuite le directeur.
MOI	Donc ça fait beaucoup
LUI	Et ça fait beaucoup trop. Et ça, très clairement, en fait, ces hiérarchies-là, trop importantes, tuent ce que l'on appelle les compétences artisanales. C'est-à-dire que plus vous êtes contrôlé, plus il y a de strates hiérarchiques au-dessus de vous, et moins vous avez de latitude dans l'exercice de votre travail. Et en fait, ce qui est central dans la détermination de style managérial, c'est la détermination que l'on fait d'une latitude pour exercer le travail. Cette question-là, elle est bien plus importante en EHPAD que dans les autres structures médico-sociales, parce qu'en EHPAD, les personnes n'ont pas l'habitude justement d'avoir cette latitude dans l'exercice de leur travail. À cause justement de cette hiérarchie un peu trop stricte d'inspiration sanitaire.

MOI	Auriez-vous un exemple?
LUI	Pour vous donner un exemple, là où je travaille, j'ai diminué le nombre de strates hiérarchiques pour que les professionnels n'aient pas besoin de faire valider par 5 supérieurs la moindre initiative qu'ils prendraient, par exemple, ou le moindre acte qu'ils feraient. Et j'ai même désanitarisé la structure en nommant un chef de service et non pas un cadre de santé. Et en ne mettant pas de responsabilité hiérarchique entre les médecins et les aides-soignants. En fait, seuls les chefs de service dans l'établissement, il n'y a pas de cadre de santé chez nous, ce sont des chefs de service. Ce sont des professionnels du management qui peuvent ne pas être de formation initiale soignants, par exemple. Par contre, ils sont formés au management, ça pour moi c'est ce qui est le plus important. Et bien ce sont les chefs de service qui sont responsables des aides-soignants. Ce ne sont pas les IDEC, ce n'est pas le médecin, vous voyez, c'est le chef de service parce que le chef de service c'est un professionnel formé au management. Plus qu'un IDEC et encore plus qu'un médecin. Et surtout, je fais ça parce que j'en connais pas mal des médecins et j'ai la chance d'en avoir un dans la structure, sur un plan managérial c'est assez catastrophique parce que justement trop directif.
MOI	C'est ce qui est très souvent reproché aux médecins
LUI	Ah oui, trop directif avec un fonctionnement d'inspiration sanitaire, pur et dur, qui ne fonctionne pas, ça ne fonctionne pas à l'hôpital, ça ne risque pas de fonctionner en EHPAD.
MOI	Et pourquoi ça ne fonctionne pas?
LUI	Parce que le turnover à l'hôpital ou le taux d'absentéisme à l'hôpital est absolument catastrophique. Les professionnels de santé sont en France les professionnels les plus absents.
MOI	Effectivement, je l'ai observé aussi.
LUI	Pas parce que leur charge de travail est trop importante, mais parce qu'ils ne sont pas bien managés.

MOI	C'est vraiment une problématique RH qui touche directement au style de management. Par exemple, dans l'EHPAD où j'étais en alternance. Je pense que ce n'est pas un cas isolé, le turnover est très élevé. Il est presque impossible de recruter des soignants en CDI. On fonctionne principalement avec des CDD, et les équipes changent constamment. Cela complique énormément la stabilité et la continuité dans l'accompagnement des résidents.
LUI	Alors ça c'est catastrophique et pour le coup c'est symptomatique de management inadapté. Je vais expliquer pourquoi. Quand on a un turnover important, le plus souvent les professionnels lorsque vous les interrogez en fait ne quittent pas l'établissement, ils quittent leur manager. Ah bah oui. Et le plus souvent en fait le manager soit il a déjà démissionné, soit il est débordé, soit il est trop directif. Et ou le plus souvent ce sont des IDEC ou des cadres de santé qui ne sont pas formés normalement, qui sont des anciens infirmiers. Mais ce n'est pas parce que vous avez été un bon infirmier que vous êtes demain un bon manager.
MOI	Bien sûr que non. La formation est tout aussi importante. Et d'autre part, ce que vous dites est très juste. Hier encore, lors d'un entretien avec un IDEC, il me partageait les retours de soignants nouvellement arrivés dans son établissement. Beaucoup d'entre eux expliquaient qu'ils n'avaient pas quitté leur ancien poste à cause de l'établissement en lui-même, mais à cause du manager et de son style de management, qu'ils ne trouvaient pas adapté. Et ce n'est pas propre qu'aux équipes soignantes : même au sein du CODIR, le style de management d'un directeur ou d'une directrice peut pousser un directeur adjoint ou un IDEC à partir. C'est vraiment une problématique managériale majeure dans le secteur;
LUI	Le problème de management qui est quand même assez important dans les structures. C'est central. Si vous arrivez à mettre en place un management adapté aux attentes de vos professionnels, vous tuez le turnover et l'absentéisme. Directement. Tout est étroitement lié au management. Je reviens plus qu'aux conditions de travail; plus qu'à la charge de travail. En Ehpad, la charge de travail est très lourde. Tout comme à l'hôpital. D'ailleurs même bien plus lourde que dans les autres structures médico-sociales. En moyenne, les EHPAD ont 40% de moyens en moins que les autres structures médico-sociales. Mais ce n'est pas pour ça que les professionnels ne peuvent pas supporter cette charge de travail. Ils peuvent la supporter si leurs

	conditions de travail sont bonnes. Et dans les conditions de travail, il y a le style managérial. Et donc, la situation que je vous décris là, c'est-à-dire des établissements très hiérarchisés, avec un rythme de travail très important, avec une cadence, une charge de travail également importante, une forme d'aliénation, un manque de latitude dans l'exercice du travail, nous renvoie à l'organisation scientifique du travail. Connaissiez-vous l'organisation scientifique du travail ?
MOI	C'est la taylorisation.
LUI	C'est ça exactement. C'était le modèle qui était majoritaire, en premier lieu aux Etats-Unis et ensuite en Europe, au début du XXe siècle. En fait, c'est la rationalisation des coûts, la rationalisation du temps de travail, la partialisation, je ne sais pas si on le dit ainsi, de la morcelée des tâches plutôt. Un peu fatigué, mais mes mots pourraient être fantastiques. On part du principe que certains décident et que d'autres font. On éloigne la réflexion autour de l'organisation du travail du terrain, en partant du principe qu'il y a des cols blancs qui réfléchissent et des cols bleus.
MOI	Qui obéissent et qui exécutent.
LUI	C'est ça, qui exécutent, exactement. C'est le bon terme. Et ça, on le retrouve aujourd'hui dans les EHPAD, mais pas que dans les EHPAD, dans énormément d'organisations françaises. Un des exemples, c'est la mise en place de plus en plus de procédures. C'est ce qu'on appelle la bureaucratisation. On continue à bureaucratiser à outrance nos organisations. Alors, on a besoin de bureaucratie parce que sans bureaucratie, il n'y aurait pas de processus de recrutement, par exemple. Vous voyez, il n'y aurait pas d'objectivité non plus, de grille d'évaluation. On a besoin d'outils de bureaucratisation pour des questions d'équité évidentes, de justice aussi. Mais lorsqu'il y en a trop, j'y reviens, vous tuez les compétences artisanales, vous tuez la latitude dans l'exercice du travail, et donc vous générez ce qu'on appelle du désengagement. Et la meilleure façon de réengager les personnels pour qu'ils fassent plus que leur tâche initiale, pour qu'ils fassent mieux, pour qu'ils adaptent leur poste aux caractéristiques de leur travail, c'est de leur redonner de la latitude. Leur donner de la latitude, c'est leur donner du pouvoir décisionnel. Leur donner du pouvoir décisionnel, c'est être dans un management participatif, en fait.

MOI	Dans la pratique, comment cela se traduit ?
LUI	Je vais vous donner un exemple. Le fait de laisser aux professionnels la possibilité de travailler eux-mêmes sur leurs horaires, c'est leur redonner de la latitude. Le fait de ne pas avoir de fiche de poste, c'est leur donner de la latitude dans l'exercice du travail. Chez nous, il n'y a pas de fiche de poste, il y a des fiches de fonction. C'est-à-dire qu'on définit dans les grandes lignes l'exercice du travail avec eux. Il y aura des aspects dans leur fiche de fonction personnelle, ce qui fait que chaque fiche de fonction est unique. Dans la fiche de fonction, on met par exemple le projet pro de la personne, les compétences extra-professionnelles, et ainsi de suite. Donc c'est vraiment un document très personnel.
MOI	Et du coup, ce document-là, vous le faites avec la personne concernée, c'est-à-dire que vous élaborerez ce document en sa présence avec elle ?
LUI	Oui, c'est ça. Tout à fait. Il y a une base qui est la même pour tout le monde, mais même cette base-là peut bouger. Et si la personne, par exemple, une aide soignante a le projet de devenir infirmière, on va lui confier des responsabilités en lien avec ce que les infirmiers font actuellement. Justement, l'aider dans la réussite du concours ensuite, et ainsi de suite, par exemple. On va tout faire pour qu'elle puisse réaliser son projet professionnel. Et ça c'est donner de la latitude aux professionnels. C'est-à-dire leur donner la possibilité de participer à la majorité des décisions de la structure. Et en définissant ce qui est non négociable et ce qui est négociable. Ça c'est essentiel dans le management.
MOI	C'est -à -dire qu'il faut du cadrage aussi.
LUI	Oui tout à fait. Pour nous tout ce qui est non négociable c'est assez simple. C'est tout ce qui est en lien avec la sécurité de la structure. Tout ce qui est en lien avec la sécurité des personnes accompagnées. La fameuse notion de maltraitance. Moi je suis limpide sur le fait que quelqu'un qui maltraite se fera licencier en première intention. Pas besoin d'avertissement par exemple. Redéfinir avec les professionnels ce cadre-là, c'est pas leur enlever de la latitude dans l'exercice du travail. C'est quelque part les sécuriser. C'est en cela que l'on ne peut pas être participatif.

	Surtout parce que tout n'est pas négociable. Ça par exemple, ça n'est pas négociable. Je ne peux pas dire à quelqu'un comment est-ce que vous voyez la question de la maltraitance et de la bientraitance. Moi je dis zéro maltraitance. C'est tout. Ce n'est pas négociable par exemple. Et il y a énormément d'autres aspects sur lesquels on négocie : • Sur la façon dont on va accompagner les habitants. • Sur la façon dont on va servir les petits déjeuners. • Sur les responsabilités que l'on peut prendre. • Sur la façon dont on va organiser nos pauses. • Sur tout ce qui est en lien avec les conditions de travail. C'est totalement négociable par exemple. Parce que ce sont eux les mieux placés pour me dire j'ai besoin de prendre ma pause à ce moment-là parce que c'est à ce moment-là que je suis fatigué par exemple. Ça, il n'y a pas de souci à ce niveau-là. Alors que dans beaucoup de structures, dans l'hôpital, l'organisation des temps de pause n'est pas négociable.
MOI	Ah non, ce n'est pas négociable. Dans la grande majorité des établissements, que ce soit en milieu sanitaire ou en EHPAD, les plannings sont établis à l'avance et les soignants doivent s'y conformer. C'est une organisation imposée, avec peu de flexibilité.
LUI	Oui, oui, oui. Pour ça, par exemple, je ne comprends pas parce que je vous renvoie à une expérience qu'avait menée Elton Mayo. C'est une expérience dont je parle assez souvent parce que pour moi elle est vraiment révélatrice de ce qu'il faut mettre en place pour que ça fonctionne. Elton Mayo, pour répondre à l'organisation scientifique du travail dans les années 20, a mené une expérience dans une usine de construction de composants électriques aux Etats-Unis dans la ville de Cicero. Il a isolé un groupe d'ouvrières et il a proposé à ce groupe-là, qui participait justement à cette expérience, d'organiser telle qu'elle le souhaitait leur temps de pause. C'était pour le coup totalement innovant et audacieux en pleine période d'organisation scientifique du travail où tout était au contraire millimétré, y compris le temps où on pouvait aller aux toilettes et ainsi de suite.

	Conséquemment, ce groupe d'ouvrières a pris plus de pauses, a travaillé sur un plan effectif moins que les autres, bien moins parce que, vu qu'elles posaient plus, elles travaillaient moins sur un plan effectif. Et quel a été le résultat ?
MOI	Leur productivité a augmenté, avec un sentiment d'appartenance.
LUI	C'est ça, il y avait le sentiment d'appartenance, il y avait on vous responsabilise, très bien, on me responsabilise et je vais faire encore mieux pour vous montrer que vous avez eu raison de me responsabiliser. Donc ma productivité augmente, mais surtout c'est fini de travailler à la chaîne. Dans un milieu comme ça, professionnel où le travail est très cadencé, très difficile et où la charge de travail est très importante, laisser aux personnes la possibilité de s'organiser telle qu'elles le peuvent physiquement leur permet d'être plus productives. Par exemple, nous on a des filles dans l'établissement qui prennent leur pause une fois qu'elles ont terminé l'intégralité des toilettes, mais elles vont faire une longue pause. On en a d'autres qui vont faire des pauses bien plus régulières et bien plus courtes parce qu'elles sont fatiguées après avoir fait chaque toilette. Le fait de respecter ce rythme-là, de leur laisser cette latitude dans l'organisation des pauses fait qu'in fine, tout le monde est beaucoup plus productif. Notre productivité à nous, c'est la qualité de l'accompagnement. C'est-à-dire qu'on produit une meilleure qualité dans l'accompagnement parce qu'on s'organise tel qu'on l'entend. Et ça, pour le coup, c'est en effet ultra participatif. C'est-à-dire que sur tout ce qui est à l'organisation même du travail, je pense qu'il faut justement être dans une approche très participative pour leur laisser la possibilité de s'organiser telles qu'elles l'entendent. Donc c'est pour ça que, pour reprendre ce que je vous disais au début, il y a en effet plusieurs styles de management qui existent. On ne peut pas faire que du participatif à 100%.
MOI	Je suis d'accord.
LUI	Mais on en fait sur, je pense, 90%. Oui, facilement, sur 90% des décisions que l'on prend. On sollicite l'avis des personnes. On ne le suit pas toujours, mais on le prend toujours en compte. Par contre, tous les aspects relatifs, j'y reviens, à la sécurité, au bien-être, c'est pas négociable. Il n'y a pas de participatif là-dessus. Sur la question aussi du respect du cadre de travail, du respect entre collègues, du respect des heures, lorsque la qualité de l'accompagnement était étroitement liée aux heures. Ça aussi, ce n'est pas négociable. Par contre, quand je dis que ce n'est pas

	négociable, c'est discutable en amont. "Je vais vous donner un exemple. Si on a par exemple un collègue qui arrive en retard tous les matins et que ça a un impact sur l'organisation des toilettes.
MOI	Et c'est aussi un facteur d'augmentation de charge de travail sur la collègue qui est arrivée à l'heure.
LUI	Voilà, c'est ça, exactement. Pour moi, ça ne va pas. Je vais rencontrer la personne. Par contre, je ne vais pas lui dire, je veux que vous arriviez à l'heure tous les matins. Ça, ce serait du direct. Je vais lui dire, pourquoi est-ce que vous arrivez en retard ? Qu'est-ce que l'on peut faire ensemble pour que vous n'arrivez plus en retard ? La personne va peut-être dire, je suis plus d'après-midi, moi, ou je préférerais démarrer plus tard pour telle et telle raison, et ainsi de suite. Et puis, on trouve ensemble un cadre qui permet de bien exercer son travail dans des conditions de travail qui sont pour le coup adaptées à son rapport au travail. Tout simplement. Et à ce qu'il peut faire lui-même.
MOI	D'accord. Je trouve que cette manière de faire est vraiment intéressante, surtout en ce qui concerne l'organisation du travail. Le fait de consulter les équipes, de prendre en compte leur avis, et de construire les décisions en partant de leurs réalités, de leurs contraintes et de leurs spécificités, changent beaucoup de choses. Les professionnels ont alors le sentiment que si leur journée commence à une certaine heure, ou si leur travail est structuré d'une certaine manière, ce n'est pas quelque chose qu'on leur a imposé de manière arbitraire. C'est en lien direct avec ce qu'ils ont eux-mêmes exprimé. Cela les responsabilise davantage : ils se sentent engagés dans ce qu'ils ont contribué à mettre en place. Il y a aussi une forme de conscience professionnelle qui entre en jeu puisqu'ils ont été acteurs de la décision, ils se sentent tenus de s'y tenir. Et ils savent que si quelque chose ne fonctionne pas, il sera toujours possible d'en reparler pour l'ajuster. Finalement, cela rend le travail plus fluide et agréable, tout en renforçant l'implication de chacun.
LUI	Vous parliez de conscience professionnelle, c'est toujours difficile à utiliser comme terme parce que ça peut induire des interprétations ou autres. Moi, au lieu de dire conscience professionnelle, je vais dire engagement.
MOI	Ah d'accord.

LUI	En fait, ça va induire plus d'engagement, plus de responsabilisation, ça, vous l'avez dit. On responsabilise les gens et parallèlement à ça, ils sont plus engagés. Donc, ça signifie qu'ils ont plus de conscience pro, tout simplement. Mais en effet, parce que la notion d'engagement, c'est une notion qui est assez importante et sur laquelle on compte. C'est lorsque vous avez un fort taux d'engagement que vous avez une baisse de votre Turnover. Sur l'engagement, on travaille et on l'acquiert en apportant justement une attention au personnel. "Je vais reprendre un exemple, je vous parlais de l'expérimentation d'Elton Mayo. Il avait mené notre expérience sur ce groupe d'ouvrières. Il leur avait par exemple modifié leur environnement en leur baissant l'éclairage de leur zone de production. Il fait ça et bien entendu, qu'est-ce qui se passe ? La production augmente. C'est assez surprenant. Il dit, je vais augmenter l'éclairage pour voir ce qui se passe. Et qu'est-ce qui se passe ? Elle augmente encore la production. C'est assez bizarre. C'est surprenant. Il y a quelque chose qui cloche ? En fait, non. Ce que ça démontre, c'est que dès lors que vous allez apporter de l'attention à des professionnels, leur productivité va augmenter. Ce groupe d'ouvrières, le fait d'être sujet d'une expérimentation, d'être le sujet d'une attention, a fait que leur production a augmenté. Que leur engagement a augmenté. C'est l'effet Hawthorne. Il est important pour le coup, d'en avoir confiance. C'est-à-dire que, ce qui est bien, c'est que grâce à Elton Mayo, vous pouvez sur un plan scientifique le démontrer. C'est-à-dire que dès lors que vous allez avoir de l'empathie, de l'attention à l'égard d'une organisation professionnelle ou d'une équipe, vous allez augmenter l'engagement de l'équipe et sa productivité. Donc, ça nécessite, c'est super intéressant comme étude, et lui il a fait, donc Elton Mayo, il est à l'origine du courant de l'école des relations humaines en management.
MOI	Ok, et c'est bizarre parce que c'est super intéressant que vous en parliez parce que dans ma partie revue conceptuelle, j'essayais aussi de, je suis là en train de regarder ce que j'avais écrit et ça me permet aussi de réfléchir du coup sur la conception que j'avais, c'est super intéressant.
LUI	Il est intéressant de visualiser l'organisation scientifique du travail et la façon dont on y a répondu dans les siècles XIV -XIX, c'est exactement ce qu'il faut refaire aujourd'hui. C'est-à-dire que nos EHPAD sont organisés tel que Taylor avait organisé ses usines. On ne laisse pas aux gens la possibilité de décider ou de réfléchir, c'est du travail à la chaîne. D'ailleurs, les professionnels sont même souvent sur le champ lexical de l'usine lorsqu'ils parlent. Ils disent c'est trop cadencé, on

	travaille à la chaîne, c'est des choses qu'ils vont dire. Ça, ça doit nous alerter sur l'organisation globale de l'établissement qui n'est ni plus ni moins que l'organisation d'une usine. Alors on sait ce que ça a généré, l'organisation scientifique du travail. • des troubles musculosquelettiques • les premiers mouvements de l'utopie médicale. Et quand on voit par exemple, la situation de la France dans les années 2007-2008, où nous avons eu des vagues de suicides chez France Télécom et ainsi de suite. En passant à 35 heures et en augmentant la cadence de l'ensemble des professionnels français, on ne s'est pas rendu compte qu'on a atténué pour le coup les compétences artisanales et ainsi de suite en augmentant tout simplement la cadence sans augmenter la capacité d'organiser mieux et différemment son travail. En fait, on a augmenté la pression à l'égard des professionnels avec les 35 heures, sachant que je suis totalement pour les 35 heures.
MOI	Autrement dit, cela a été contre productif.
LUI	Oui, c'est ça. On a augmenté la pression, on a réduit la latitude dans l'exercice du travail et, conséquemment, on a eu des vagues de suicides majeurs. Aujourd'hui, on a un taux d'absentéisme et un taux de maladie énorme. Et on entend le gouvernement qui souhaite faire la course aux personnes malades. Mais c'est tranquille, ils sont malades. Par contre, faites la course aux conditions de travail. C'est ça. Et là, vous verrez que vous aurez moins de personnes en arrêt maladie. Mais on n'a pas tiré les leçons du passé à ce niveau-là, absolument pas. Et surtout, on a l'impression de ce retrouver dans les travaux de l'école des relations humaines en management, de Abraham Maslow et McGregor, qui est le premier à élaboré les théories autour du rapport au travail en fonction de la génération à laquelle vous appartenez. D'accord. Vous voyez, ce n'est pas nouveau ça. Ça date des années 50. J'ai envie de vous dire qu'ils avaient tout compris à l'époque. Ils avaient compris que si l'employeur adaptait les conditions de travail aux particularités de ses professionnels...
MOI	Et à leurs besoins aussi.

LUI	Oui, c'est ça. De la productivité à l'augmenter, mais surtout l'engagement et le bien-être au travail. Parce moi j'ai l'impression que c'est quelque chose qu'on a totalement oublié. Il faudrait revenir aussi à ces basiques-là. C'est essentiel. Mais on en est revenu au fondamental de l'OST. Vous voyez, c'est le problème. Ça ne marcherait pas. Ce n'est pas aussi adapté à nos structures aussi.
MOI	"Comme vous m'avez dit que ce style de management est très présent dans votre établissement, est-ce que vous avez constaté des effets positifs concrets sur l'accompagnement des résidents ? En quoi ça change vraiment les choses pour eux au quotidien ?"
LUI	Par rapport à la qualité de l'accompagnement: déjà le fait de ne pas avoir de turnover, c'est que vous allez avoir de fait une amélioration des soins. Une amélioration des soins. Alors on l'évalue, tout ça, par des enquêtes de satisfaction. Les enquêtes de satisfaction, chaque année, présentent une amélioration du niveau de satisfaction des habitants et des familles. Et quand on met en parallèle les enquêtes de qualité du travail et les enquêtes de satisfaction des habitants, quand l'une augmente, l'autre augmente aussi. Moi: C'est-à-dire qu'au travers d'une démarche participative ce ne sont pas que les résidents qui sont impactés de manière positive, mais aussi bien les salariés, le personnel soignant aussi.
LUI	Ah oui, ils ont un rapport au travail qui est extrêmement positif. Et donc, étant donné que leur rapport au travail est positif, la qualité de leur travail s'améliore, et surtout, en laissant aux professionnels la possibilité de s'organiser tel qu'ils l'entendent et de travailler tel qu'ils le souhaitent, ils développent en fait leurs compétences artisanales. C'est-à-dire qu'ils s'adaptent aux situations qu'ils rencontrent. Ils n'appliquent pas forcément des protocoles totalement détachés des réalités que l'on connaît lorsqu'on est face à des troubles neuro évolutifs et ainsi de suite. Ils développent vraiment des compétences spécifiques.
MOI	Ça me fait penser à un exemple que j'ai vécu l'année dernière, dans l'EHPAD où j'étais en alternance. Il y avait une unité protégée Alzheimer, et on rencontrait pas mal de difficultés. Les soignants se plaignaient souvent, notamment à cause de la lourdeur des prises en charge. L'IDEC a eu l'idée de lancer un appel auprès de l'équipe, en demandant simplement : 'Qui aimerait vraiment travailler dans cette unité ?' Et ça a tout changé. Les personnes qui se sont portées

	volontaires l'ont fait parce qu'elles se sentaient motivées, prêtes à s'investir. Du coup, comme ce n'était pas imposé, elles étaient plus impliquées, plus patientes, et surtout, elles avaient envie d'être là. Ça s'est vraiment ressenti dans l'accompagnement des résidents : il y a eu une nette amélioration. Et ce qui est intéressant, c'est que même les familles l'ont remarqué. Elles nous ont fait des retours très positifs, elles voyaient la différence par rapport à l'organisation précédente, où les affectations étaient imposées selon le planning. Là, on avait une équipe volontaire, soudée, et ça se voyait dans la qualité de l'accompagnement.
LUI	Donc, ça peut paraître pour le coup évident, en effet. La chose la plus difficile, c'est d'objectiver, pour le coup, ou d'étayer l'amélioration du sentiment de satisfaction. C'est pour ça que nous, on s'appuie beaucoup sur les enquêtes de satisfaction annuelle pour mesurer tout compte fait les effets de ce management sur les habitants. Et tous les aspects de l'enquête, toutes les questions présentent de meilleurs résultats.
MOI	Il y donc un avantage considérable à pratiquer les management participatif.
LUI	Mieux les soignants, par exemple, ils trouvent que la coordination des soins est plus efficace. Vous voyez, vous avez vraiment ce type de résultats. Ils trouvent qu'ils ont une écoute. Les familles trouvent que les troubles du comportement baissent chez leurs parents aussi. Il y a vraiment un bon niveau de satisfaction. Sur tous les items, c'est en amélioration et ça l'est. Moi, je pensais qu'on aurait atteint un palier. Non, ça l'est encore pour le coup en amélioration. Alors que l'on a un niveau de satisfaction très élevé, ça continue encore à progresser.
MOI	Et sinon, j'aimerais savoir, d'après vous, qu'est-ce qui peut freiner la mise en place d'un management participatif ? Quelles sont les difficultés que vous ou d'autres directeurs pouvez rencontrer ? Qu'est-ce qui, concrètement, peut poser problème avec cette façon de faire ?
LUI	Alors, moi, je n'en vois pas. Alors, il y a des... Ce que j'entends le plus souvent, mais ça me surprend, c'est l'idée que certains professionnels puissent en profiter. Des fois, on entend ça. Des fois, on entend même aussi, "vous êtes trop gentil". Moi, je pense qu'en fait, on n'est jamais trop gentil au travail. Et je pense qu'on n'en fait jamais trop au travail et qu'il faut surtout manager les professionnels tels que l'on est. Si on n'est pas dans notre nature directive, ça ne sert à rien

	d'essayer de les faire passer à quoi que ce soit. D'ailleurs, souvent, les gens confondent autorité et je ne sais pas si on pourrait dire directivité, management directif, alors que ces deux aspects-là n'ont absolument rien à voir les uns avec les autres. Je suis très à l'aise avec l'exercice de l'autorité dans l'établissement, par exemple, tout en étant très ouvert et dans un management très participatif. Ça n'empêche absolument pas l'autre et les professionnels, pour le coup, le comprennent sans aucune difficulté.
MOI	Mais il n'y a t-il pas des professionnels qui trouvent en fait que l'on n'est pas assez directif? Le professionnel, c'est assez surprenant.
LUI	Oui, tout à fait, c'est assez surprenant. Parce que je fais des enquêtes tous les deux ans dans lesquelles j'évalue justement cet aspect-là. Et on a encore à peu près 30% des professionnels qui trouvent que l'on n'est pas assez directif. Et ces professionnels-là, si on était directif avec eux, ne seraient pas contents.
MOI	Bien sure
LUI	Il faut être directif avec les autres, c'est assez rigolo. Et je réponds à ces professionnels-là, et c'est quelque chose vraiment qui est en amélioration chaque année, que c'est eux qui ne sont pas assez mûrs pour ce style de management-là. Je dis à l'équipe de direction, ne vous remettez pas en cause. On a un faible absentéisme, un faible turnover, ça fonctionne très bien. Ça signifie en fait que nos modalités managériales sont totalement adaptées. Lorsque des professionnels, par contre, en abusent ou parlent mal, ce qui arrive des fois à l'égard de certains chefs de service, c'est que ces professionnels-là ne sont pas assez mûrs pour ce type de management, ne sont pas assez équipés sur un plan relationnel pour prendre des responsabilités. C'est des gens qui ne sont pas encore assez sûrs d'eux, qu'il faut faire de notre côté monter en compétences. Soit, en effet, et d'ailleurs c'est ce que l'on fait à chaque fois, on fait le choix pour ces professionnels-là de les monter en compétences, de tenter de leur donner comme ça un peu plus d'épaisseur dans l'exercice de leur travail pour qu'ils soient un peu plus sûrs d'eux et qu'ils aient moins besoin d'avoir des cadres autoritaires. Mais lorsque ça ne fonctionne pas parce qu'il y a de la mauvaise volonté chez certains de ces professionnels-là, on cherche en fait des voies de sortie pour ces professionnels.

MOI	C'est-à-dire?
LUI	On ne les garde pas. C'est-à-dire que soit on va tenter de travailler avec eux sur de la mobilité, soit on négocie leur départ ou on les emmène à partir, mais de façon bien entendu toujours très cordiale avec chaque professionnel. En leur indiquant en effet qu'ils ne sont pas adaptés, ils ne sont pas prêts en fait pour ce management qui est pour la majorité quand même des salariés le management le plus efficient, pour la grande majorité. Mais voilà, s'il y a un ou deux nœuds dans l'organisation à cause de un ou deux professionnels qui trouvent que ce n'est pas suffisamment strict et directif, à ce moment-là ces professionnels, soit j'essaye tout d'abord de les monter en compétences, si malgré ça ça ne fonctionne pas, je les emmène à travailler ailleurs. Avec ça je n'ai aussi aucune difficulté. Y compris à leur dire de façon aussi naturelle.
MOI	Alors en ce qui concerne l'évaluation des effets ou de l'impact du management participatif au sein de votre établissement, quels sont les outils d'évaluation que vous utilisez ou quels sont les outils que vous préconisez pour vraiment l'évaluer ?
LUI	Alors c'est des enquêtes de qualité de vie au travail et de risques psychosociaux, on en fait tous les deux ans. Alors il y a donc des enquêtes qui nous permettent d'évaluer si le management est le bon. Et je fais un tri des résultats, donc c'est des enquêtes anonymes, mais ils doivent me cocher sur l'enquête la génération à laquelle ils appartiennent. D'accord. Et ils doivent aussi indiquer quel est leur manager, leur N+1. Comme ça, ça me permet de faire un tri des résultats par manager, pour voir si le management pour le coup est adapté ou au contraire est-ce qu'il génère des problématiques particulières. D'accord. Et un tri par génération pour continuer à comprendre le rapport au travail des différentes générations dans l'établissement. Ensuite, l'autre outil d'évaluation, le second, c'est les entretiens annuels. L'obligation dans le médico-social non public, c'est de faire un entretien tous les deux ans. Nous, on le fait tous les ans. Et tous les ans, il y a dans nos grilles d'entretien une évaluation du sentiment d'appartenance à l'établissement, par exemple. D'accord. Vous voyez, en posant des questions assez simples aux professionnels, comme : • Est-ce que vous venez travailler avec plaisir ?

	• Est-ce que vous bosser avec la boule au ventre ? • Pourquoi ? Voilà. Mais c'est des choses en fait que l'on évalue de façon extrêmement régulière, tout comme le projet pro des salariés, pour toujours leur donner des perspectives pour renforcer l'engagement des salariés.
MOI	C'est vraiment précieux de pouvoir évaluer ce sentiment d'appartenance, parce qu'au fond, dans n'importe quelle organisation, quand on se sent réellement intégré, qu'on n'est pas juste un exécutant mais qu'on a une vraie place, un rôle à jouer, forcément ça renforce l'engagement. On s'investit plus dans son travail, mais aussi dans l'équipe, dans l'établissement. Et c'est là que ça peut faire toute la différence. Par exemple, un soignant en CDD qui travaille à la fois ici et dans un autre établissement, même si les postes sont similaires, il va sentir cette différence. S'il se sent reconnu et impliqué ici, il aura moins envie de partir ailleurs, même si l'autre structure lui propose quelque chose. Ce lien d'appartenance, ça joue énormément. On n'en parle pas assez, mais ça influence vraiment la fidélité des équipes. Donc, si je résume notre échange, pour vous, le management participatif a une place essentielle, surtout dans nos types de structures. Vous l'appliquez à 90 %, avec quand même certaines limites sur les sujets non négociables, comme la sécurité ou la prévention de la maltraitance, ce qui est tout à fait normal. Mais sur tout ce qui concerne l'organisation du travail, les ressentis, les besoins des équipes, là, c'est une vraie co-construction. Et finalement, on voit bien qu'il y a un lien direct entre la qualité de l'accompagnement des résidents et les conditions de travail des soignants. Pourrait-on dire que: l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents passe par l'amélioration des conditions de travail des salariés?
LUI	Je dirais même que c'est le préalable, en fait, l'amélioration des conditions de travail. La problématique, ce n'est vraiment pas la charge de travail parce que si vous avez de bonnes conditions de travail, vous supportez des grosses charges de travail. Donc, c'est vraiment les conditions de travail, c'est le préalable à tout le reste. Vous n'avez même pas à vous occuper, pour le coup, des habitants de l'EHPAD en tant que directeur. Moi, je m'y intéresse énormément, je les connais tous, etc. Bien entendu. À midi encore, je mangeais avec eux.

LUI	Je dirais même que c'est le préalable, en fait, l'amélioration des conditions de travail. La problématique, ce n'est vraiment pas la charge de travail parce que si vous avez de bonnes conditions de travail, vous supportez des grosses charges de travail. Donc, c'est vraiment les conditions de travail, c'est le préalable à tout le reste. Vous n'avez même pas à vous occuper, pour le coup, des habitants de l'EHPAD en tant que directeur. Moi, je m'y intéresse énormément, je les connais tous, etc. Bien entendu. À midi encore, je mangeais avec eux. En fait, ça change la nature de l'établissement. Ce n'est plus juste un établissement, mais c'est comme si c'était une maison, réellement une famille.
LUI	Tout à fait. C'est plus important. Mais je dis souvent aux professionnels, mais ça, c'est votre partie à vous. Moi, ma partie à moi, c'est m'occuper de vous, m'occuper des professionnels. Et vous, vous vous occupez ainsi des habitants. Et c'est quelque chose qui fonctionne très, très bien. Parce que j'y reviens dans l'idée de les responsabiliser, de leur laisser de la latitude dans l'exercice du travail, c'est leur faire confiance. En leur disant, vous gérez, vous prenez des décisions. Des fois, je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce qui se décide, mais ce n'est pas grave. Moi, je n'ai pas envie d'être aussi tout puissant, d'être partout. Vous voyez ?
MOI	D'accord. Et donc, pour tout ce qui touche à l'évaluation, vous utilisez surtout des enquêtes, comme celles sur la satisfaction au travail, la qualité de vie au travail ou encore sur les risques psychosociaux. Les entretiens annuels vous servent aussi à faire le point avec les salariés, mais aussi avec les managers, pour ajuster les choses, mieux comprendre les besoins de chacun, et adapter le style de management à chaque personne dans l'établissement. En tout cas, si je vous suis bien, même si on ne peut pas tout faire de manière participative comme vous l'avez dit, il y a des décisions qui restent non négociables. On peut quand même dire qu'une grande partie du fonctionnement reste participative. Et c'est justement ce qui permet de renforcer le sentiment d'appartenance et de créer un engagement réel des équipes.
LUI	Oui, tout à fait. J'y reviens, ça ne peut pas être 100% participatif parce que tout n'est pas négociable. Mais la grande majorité des choses le sont. C'est vraiment dans un cadre non négociable que se détermine le niveau de l'attitude des professionnels. Mais d'abord, il y a un cadre non négociable. Généralement, ce cadre non négociable est précisé et représenté par :

	• le règlement d'établissement, • le règlement de fonctionnement, • le contrat de travail. C'est ça qui détermine le cadre non négociable.
MOI	Et tout ce qui est aussi par rapport à la réglementation des établissements?
LUI	C'est ça, les procédures en lien avec la sécurité et ainsi de suite. Même si beaucoup de procédures sont négociables, c'est-à-dire qu'on peut bosser sur les procédures en amont avec l'ensemble des professionnels. Quand certaines règles comme ça sont posées, pour le coup, surtout toutes les règles en lien avec la sécurité, une fois qu'elles sont posées, qu'elles sont écrites, après on s'y tient tous. C'est important, même si elles peuvent être discutées par tout le monde en amont. Puis il n'y a que deux ou trois aspects qui ne peuvent pas être discutés, comme la question de la maltraitance. La question aussi, moi, que je ne discute pas, c'est la question de la dignité des personnes. Le respect. La dignité des personnes ne se discute pas. Voilà, je veux dire, quand une personne, par exemple, dit, oui, allez, je ne sais pas, j'aimerais avoir deux fois de la soupe. On lui dit non, je dis pardon, enfin, je ne comprends pas. Oui, ça, c'est des choses qui ne se discutent pas. Vous voyez, ça, c'est des aspects qui, pour moi, sont non négociables, parce qu'il serait insupportable pour moi d'être responsable d'un établissement qui prive les personnes de leur liberté, par exemple. Oui, la question de la liberté, pareil, c'est essentiel.
MOI	D'accord. C'était une discussion assez riche. Je pense que j'ai eu assez d'infos.
LUI	si après vous avez une ou deux questions, vous m'envoyez un message. D'accord. Je n'hésiterai pas, à ce moment-là. Écoutez, je vous remercie beaucoup de m'avoir accordé votre temps. Je sais que ce n'est pas évident. Je vous remercie beaucoup d'avoir pu dégager ce temps-là pour moi. Et voilà, si jamais j'ai d'autres préoccupations, je n'hésiterai pas à revenir vers vous.
LUI	Avec plaisir.

Annexe 5

Transcription Entretien avec M. C.P IDEC

Entretien Visio:

Date: 14/05/25

Durée: 58 min 14s

INTERVENANT	ÉCHANGE
MOI	Bonjour Monsieur, je vous remercie de m'accorder cet entretien. Ce sera, comme je l'ai dit, un entretien semi-directif, donc avec des questions qui seront bien évidemment ouvertes. Vous serez libre de répondre avec vos propres mots. Mon objectif, c'est vraiment de recueillir votre expérience en tant que IDEC et aussi par rapport à votre mode de management de vos équipes. Si tant est-il qu'il n'est pas participatif dans sa globalité ou dans sa vraie nature, moi, ça ne me dérange pas. Mon but, c'est de savoir qu'est-ce que vous pratiquez comme management et s'il est participatif, comment est-ce que vous impulsez cette démarche-là et quels en sont les bénéfices et aussi les inconvénients pour vous.
LUI	D'accord, bien entendu.
MOI	Voilà. Alors, donc pendant l'entretien, on va aborder quatre thèmes principaux : 1. Par rapport à l'organisation et la prise de décision en général. 2. La collaboration et la communication au sein des équipes. 3. L'effet de ce management participatif-là ou pas sur la qualité des soins qui sont donnés aux résidents pour leur accompagnement. 4. Les enjeux, les freins par rapport à ce type de

	management et aussi pourquoi pas des perspectives d'amélioration tant est-il que l'objectif de ce mémoire aussi c'est de savoir si le management participatif est une valeur sûre et si voilà, qu'est-ce qu'on peut faire pour ceux qui le pratiquent déjà pour améliorer cela ou qu'est-ce qu'on peut proposer de nouveau pour améliorer vraiment aussi bien l'accompagnement des résidents et aussi pour favoriser aussi le personnel soignant qui accompagne aussi ces résidents-là qui n'est pas à négliger aussi.
LUI	OK.
MOI	Voilà. Alors, est-ce que vous avez déjà des questions d'entrée de jeu?
LUI	Du coup, c'est dans quel cadre? C'est pour un master?
MOI	Oui, c'est ça. C'est pour un master, oui.
LUI	OK.
MOI	Donc la formation, c'est management des établissements sanitaires et médico-sociaux du coup. Donc moi du coup, pour mon parcours, je crois que je vous l'ai expliqué un peu dans mon mail, j'ai une licence en sciences sanitaires et médico-sociales et tout mon parcours, je n'ai fait que des stages en EHPAD. Donc pour moi, l'EHPAD, c'est vraiment un milieu que j'affectionne. C'est ce vers quoi je me dirige professionnel. D'où le choix de ce sujet-là.
LUI	Très bien.
MOI	Alors, justement, comme je disais, par rapport à tout ce qui est organisation et prise de décision, vous m'avez dit que vous, connaissiez le management participatif. En une définition, pour vous, le management participatif, c'est quoi en réalité?
LUI	C'est être le plus transparent possible avec les équipes que je manage et échanger le plus possible avec eux lors de changements, de prises de décision, de nouvelles choses à mettre en place, tout

	ce qui va être organisationnel ou stratégique si on peut dire, au niveau de leurs compétences et au niveau de leur secteur d'activité.
MOI	D'accord. En réalité, c'est ça, parce que le management participatif, c'est sur la prise de décision, afin qu'on ne soit pas en tant que cadre ou en tant que dirigeant à prendre les décisions seules, mais ça fait aussi participer les équipes, les personnes qui sont managées. C'est aussi prendre en compte leurs décisions, comme vous l'avez dit, aussi bien sur l'aspect pratique que sur l'aspect organisationnel et stratégique. Du coup, vous par rapport à votre établissement, comment est-ce que vous décrivez vraiment l'organisation actuelle de la prise de décision du coup ? Comment est-ce que ça se passe ?
LUI	Alors, au niveau de mon positionnement ou au niveau de l'établissement global ?
MOI	De votre positionnement à vous en tant que IDEC.
LUI	Moi, du moment que ce n'est pas des choses uniquement en top down imposées par le groupe ou la direction, mais et qu'on on me suggère certains changements. Je mets toujours déjà moi et mettre mon avis en fonction de qui me le propose, si c'est la responsable région ou la directrice directement, et ensuite discuter avec les différentes équipes de soins. Pour voir ce qu'elles en pensent déjà. Si c'est quelque chose que moi je trouve intéressant, c'est comment les amener sur le sujet pour qu'ils trouvent un intérêt pour les amener au maximum sur le sujet, sur le changement, sur les décisions, sur le protocole qu'on va mettre en place Et toujours leur expliquer le pourquoi du comment pour que plus ils comprendront, plus ils adhèrent à la chose. Parce qu'en général ça va être des choses soit pour les protéger, soit pour améliorer le quotidien des résidents et ou des familles.
MOI	D'accord. Donc chez korian, avec les processus, tout ce qui est imposé, vous est obligé de suivre par rapport au processus, à la qualité, c'est important de suivre ça. Mais ce qui est bien c'est que comme vous le dites, vous le soumettez aux équipes pour prendre aussi leur avis et que ce ne soit pas directement imposé.

LUI	Tout à fait. Donc ça leur permet aussi de se sentir, vraiment concerné, d'adhérer aussi au projet qui est proposé.
MOI	D'accord. Et du coup pour justement venir à cette adhésion, de quelle manière est-ce que vous les impliquez dans les décisions? Si je prends l'exemple de l'organisation du travail par exemple, est-ce que vous les impliquez déjà par rapport à tout ce qui est, comment on organise le travail, que ce soit par rapport au dispatch sur l'établissement, sur qui va en unité protégée ou qui ne va pas en unité protégée, comment est-ce que vraiment vous les impliquez dans les décisions concernant l'organisation ?
LUI	Alors déjà moi je leur parle du sujet, qu'on m'a transmis de façon orale, lors des transmissions, à la fin des transmissions orales, quand il y a tout le personnel soignant. Donc je vais leur en toucher un mot, je leur dit si c'est quelque chose qu'il faut mettre en place plus ou moins rapidement, court, moyen ou long terme. Ensuite je leur propose, en fonction du sujet, de l'importance du sujet aussi, des groupes de travail. Donc on arrive soit à se dégager un temps en début d'après-midi, et certaines prennent le relais pour éviter qu'ils viennent absolument que sur leur repos par rapport à ça. Sinon moi je leur propose aussi de m'envoyer leurs idées via la messagerie du DRI.
MOI	Ah, ça c'est...
LUI	La messagerie interne,oui parce que là, la tête dans le guidon en fin de matinée. Quand ils ont fait toute leur matinée, il y en a beaucoup qui n'ont pas la tête à penser à de nouveaux projets. Ils n'ont plus vraiment la clarté d'esprit. En fonction de l'importance du sujet, si on a quelques semaines ou quelques mois pour mettre en place, je leur dis faites-moi des retours via le DRI, même si vous voulez à main levée, vous pouvez le poser sur mon bureau. Vous n'êtes pas obligé de monter, mais vous pouvez aussi commencer à m'en parler et je pourrai en discuter avec vous. Et après en fonction, soit on met des groupes de travail en place, soit on en reparle, plusieurs jours de suite, lors de jours de présence, à la fin des transmissions orales, on prend un temps pour discuter du projet à mettre en place ou de la réorganisation à mettre en place.

MOI	D'accord. Je trouve que c'est vraiment intéressant par rapport au DRI, parce que moi par exemple, si je prends l'exemple d'un établissement que je connais, sur tout ce qui est prise de décision, c'est comme vous l'avez dit: la majeure partie des décisions, dans l'implication des soignants, c'est plus les transmissions je dirais, à part les transmissions de l'informel, c'est-à-dire l'IDEC où on va juste prendre l'avis en passant, ou juste en discuter dans le couloir, mais je pense que le DRI c'est quand même une idée de... ça permet aussi aux soignants, même si ce n'est pas sur son temps de travail, même à la maison, d'y penser, et quand elle revient, elle vous le transmet du coup par ce canal-là. Je pense que c'est intéressant.
LUI	Moi je cultive beaucoup l'utilisation du DRI, parce que pour les équipes qui travaillent le week-end, quand moi je ne suis pas là, parce que je suis comme quelqu'un qui par exemple, s'ils ont des soucis particuliers, avant leur congé, ou moi j'ai des congés aussi, ça laisse une trace, c'est horodaté, c'est signé. On sait qu'ils ont transmis le problème. Mais je cultive aussi pour les difficultés qu'ils peuvent avoir, ça leur permet aussi de se décharger, sur l'instant aussi, je leur dis, ne mettez pas les formes, vous mettez un seul destinataire, du coup on a déjà une grande culture du DRI, et du coup quand je veux mettre en place des nouvelles choses, je me sers aussi de ce biais, que ce soit moi pour transmettre. Si par exemple on a une info le vendredi, l'équipe du week-end, je la verrai pas avant lundi. Alors je dis écoutez, le lundi on prendra un temps pour discuter de tel sujet, si vous avez un moment le week-end, vous pouvez le tracer, on en parlera en tous les cas lundi, Mais voilà, je vous informe de... Et pareil à l'inverse, dans quelques semaines, il faudra qu'on se rencontre de façon formelle ou informelle pour discuter de tel sujet. Si déjà, vous avez des infos à me transmettre, allez-y, balancez-les-moi via le logiciel. Comment ça s'est passé, et vous ne perdez pas aussi les idées que vous avez.
MOI	Je trouve que c'est intéressant.
LUI	Tout à fait, c'est un support qui est quand même privé, c'est privé, ils mettent leurs notes et personne ne voit ce qu'ils ont noté.
MOI	C'est-à-dire que seule la personne qui est dans la conversation peut avoir accès à ce qui y est noté.

LUI	Voilà, c'est ça. Après, ça me permet aussi d'extraire ce que je trouve d'intéressant ou moins intéressant, de le mettre en forme, de le présenter aussi à l'équipe, et tout le monde peut retrouver ses idées aussi, qui sont souvent les meilleures, quand ça vient du terrain, des personnes qui sont directement concernées.
MOI	C'est vrai parce que de toute façon, ce sont eux qui sont le plus sur le terrain, c'est eux qui connaissent la réalité du terrain. Ok. C'est une bonne idée à noter, par rapport au DRI, et aussi, vous m'avez dit qu'ils vous laissent aussi, des mots sur le bureau, ils vous envoient aussi des mails?
LUI	Des mots sur le bureau, ça va être plus rare, mais quand c'est pour des idées, par exemple, d'un nouveau projet, ils peuvent mettre un mot sur le bureau. Après, en général, je n'ai pas de mots, parce qu'au moins, ils savent que personne ne les lit, parce que mon bureau n'est pas fermé à clé. Donc, c'est uniquement le DRI, c'est pour ça qu'il y a une bonne culture du DRI, et du coup, je m'en sers, que ce soit eux pour leur réclamation, entre guillemets, ou les problèmes, les difficultés qu'ils ont pu rencontrer. Mais aussi pour m'envoyer des bonnes idées par rapport aux nouveaux projets, de nouvelles organisations à mettre en place.
MOI	Ok. Ah ben, ça c'est super. En plus, vous avez anticipé sur ma prochaine question, j'allais vous demander, du coup, quels étaient les dispositifs de concertation ou d'échange que vous avez mis en place pour favoriser ce fonctionnement participatif, et je pense que le DRI, c'est un point fort, du coup.
LUI	C'est un petit canal individuel. Ils ne sont pas obligés, les autres personnes ne lisent pas leurs idées, ne lisent pas ce qu'ils écrivent, donc ils ne sont pas moins jugés aussi, et parfois ils participent, pour certains plus facilement. Pour les personnalités un peu plus réservées, un peu plus timides, mais très performantes sur le terrain, ça leur permet quand même de donner leurs idées, de participer.
MOI	Exactement. Et ça leur permet aussi d'être plus libres, comme vous l'avez dit, surtout pour les personnes qui sont réservées et qui, en transmission, n'osent pas dire ce qu'ils pensent.
LUI	Il y a certaines personnes qui sont un petit peu jugées aussi par rapport à l'écriture.

MOI	Ah oui, totalement.
LUI	Je leur dis, vous lâchez les mots comme ça vient, ne mettez pas les formes, les fautes, on s'en fiche. L'idée, c'est de transmettre l'information.
MOI	C'est ça. Et du coup, justement, à part le DRI, les transmissions et les groupes de travail, est-ce que vous avez un autre moyen par lequel, de concertation, d'échange, qui est mis en place ? Par exemple, un canal WhatsApp ou pas du tout ?
LUI	Non, non, du tout. Ça, moi, certains de mes collègues sur d'autres établissements l'ont fait, moi je ne le fais pas. Déjà, il y a un gros turnover, mon téléphone perso, c'est quand il y a des problèmes ou quand il y a des absences. Je me protège.
MOI	D'accord, parce qu'à force, vous serez chez vous en train de regarder votre messagerie WhatsApp. Ce n'est pas évident.
LUI	Pour être vraiment bien, il me faudrait deux Groupes WhatsApp pour chaque équipe parce que le problème, c'est que quand une équipe travaille, l'autre est en repos. Donc quand l'une a des soucis sur le terrain, il va me les transmettre via ces canaux. L'autre équipe est en repos, au final, ils ne coupent jamais, ils n'ont pas leur temps de pause un peu mentale. Rien en lien avec le téléphone perso.
MOI	D'accord. Donc on retient que vous avez le DRI, les groupes de travail et les transmissions orales.
LUI	Après, moi, je déjeune quotidiennement, chaque jour de présence sur site avec les équipes.
MOI	Ah, donc vous ne déjeunez pas avec le CODIR ?
LUI	Non, moi, je suis à part du codir. Je déjeune tout le temps avec les équipes. Pour ceux qui mangent sur place aussi hein, parce qu'il y en a qui ne mangent pas sur place. Mais ça permet aussi d'avoir un moment plus libre et d'échanger sur certaines problématiques ou du coup, d'un sujet, quand on

	veut mettre des choses en place, d'échanger sur ça aussi. C'est du coup, très informel à ce moment-là.
MOI	Oui, et ça vous permet aussi de vous rapprocher encore plus d'eux, d'avoir aussi des infos sur ce qu'ils vivent aussi sur le terrain de façon quotidienne.
LUI	Oui, tout à fait.
MOI	D'accord. Et du coup, vous, par rapport au management participatif, ça fait combien de temps que vous êtes IDEC? Excusez-moi, je ne vous l'ai pas demandé?
LUI	Le premier juillet ça va faire six ans.
MOI	Ah oui. Et sur le même site ?
LUI	Sur le même site.
MOI	D'accord. Et du coup c'est un mode de management que vous avez toujours pratiqué ou ça a évolué dans le temps ?
LUI	En tout cas, moi avant j'étais infirmier donc j'étais pas du tout sur le poste de management.
MOI	D'accord.
LUI	Si mais différent parce qu'on m'imposait moins de choses. Et du coup j'ai pas été formé sur ce poste.
MOI	D'accord. C'est juste la pratique, l'expérience?
LUI	C'est ça. J'ai toujours été dans cette dynamique, bien sûr, parce que je l'étais déjà en tant qu'infirmier avec les équipes avec lesquelles je travaillais. Et du coup c'est pour ça qu'on m'a

	rapidement proposé ce poste. On m'a proposé après deux mois d'exercice d'infirmier dans le groupe.
MOI	Ah super.
LUI	Oui, c'est une belle opportunité et évolution. Mais bon du coup je suis arrivé sur un établissement avec beaucoup d'insécurité et sans formation donc ça a été très dur au début. Mais j'ai toujours été le plus transparent possible avec les équipes parce que c'est comme ça qu'on crée le plus de liens. Avec une communication claire, transparente et adaptée avec du bon sens.
MOI	Ok, vous avez totalement raison. Parce que plus on est clair avec eux sur ce qu'on attend d'eux, ce qu'on veut faire, plus ils comprennent aussi. Et ça les fait aussi adhérer et se sentir vraiment concerné. Et de ne pas dire c'est juste quelque chose qu'on nous impose mais qu'on est aussi acteur du projet.
LUI	Tout à fait
MOI	Ok, et du coup, vous m'avez dit que pour vous le management participatif c'est votre mode de management. Est-ce que des fois vous observez que vous adoptez un mode de management qui n'est pas du tout participatif ou on va dire plus du directif des fois ? Ou essayez-vous le plus possible de rester vraiment entre les deux ?
LUI	Moi je suis... C'est peut-être à minimiser ou maximiser, je ne sais pas. Mais moi je pense que je suis participatif au plus que je peux et je vais être directif de mon point de vue uniquement quand il va y avoir des problèmes et qu'il va falloir recadrer en fait.
MOI	D'accord, ok.
MOI	Maintenant nous allons aborder le deuxième thème, tout ce qui concerne la collaboration et la communication au sein des équipes. Est-ce que vous avez constaté ou vous avez observé on va dire une évolution de la collaboration entre les aides soignants ? Enfin, depuis le moment où vous pratiquez justement le management participatif, surtout par rapport aux nouveaux soignants que

	vous avez intégrés dans vos équipes et pour qui au fil du temps, vous avez vu une évolution entre leur manière de travailler entre elles et qui serait vraiment dû à votre style de management, cette dynamique participative que vous avez impulsée sur votre équipe?
LUI	Alors, vu que c'est pas compliqué mais qu'on a peu de soignants qui restent plus de deux ans sur site, c'est compliqué de voir s'il y a vraiment une réelle évolution. Mais par contre, sur des nouveaux soignants, on voit qu'ils critiquent facilement leurs anciens managers quand ils comprennent le mode de management participatif qui est mis en place sur l'établissement.
MOI	Ah, parce qu'ils n'ont pas eu l'habitude de...?
LUI	C'est ça, de ce type de management. Donc du coup, est-ce que... c'est toujours pareil hein. On critique facilement, la critique est facile. Mais je ne sais pas s'il y a une évolution, enfin, je ne pense pas l'avoir vraiment vue. Mais par contre, il y a cette chose-là où beaucoup disent être contents quand ils s'aperçoivent de comment est mis en place le management parce que ce n'est pas quelque chose qu'ils connaissaient auparavant et qu'ils ne se sont pas trompés en changeant d'établissement.
MOI	Ok, donc ça voudrait dire, c'est toujours à vérifier parce que comme vous l'avez dit, le ressenti peut être différent et varier d'une personne à une autre. Est-ce que du coup, dans ces autres établissements, ils ne sont pas vraiment sur de participatif ? Pas forcément à cause du manager, peut-être à cause des exigences ou des attendus, que ce soit groupe ou au niveau associatif. C'est-à-dire que pour eux, ils auront plus une pratique, on va dire, qui n'est pas participative. C'est la question, je pense, qu'il faut se poser à ce moment-là. Mais je retiens que pour les nouvelles personnes, ils vous font quand même un retour positif du management que vous mettez en place à ce moment-là, participatif pour gérer vos équipes, on va dire. Donc, il y a un retour positif.
MOI	Alors au niveau des équipes, je ne vais pas parler de climat social, mais au niveau de la communication, ce n'est pas toujours évident, que ce soit entre aides-soignants ou même la communication, que ce soit descendante ou ascendante, de vous à eux ou de eux à vous. Et surtout, ce qui m'intéresse, entre eux, les membres de l'équipe. Est-ce qu'ils arrivent, au niveau de la communication, est-ce que ça se passe toujours bien ou pas ?

LUI	Non, bien sûr que non, parce qu'on a de tout profil, comme partout. Globalement, on a une culture d'établissement qui est très bienveillante, même entre collaborateurs. Après, le contexte est particulier. On est un petit village du sud de la France, une petite résidence avec 63 lits. Le codir est quand même globalement stable. C'est un environnement très cocooning, si on peut dire. On est très reconnu sur le territoire. On a été élu meilleur EHPAD de province selon le nouvel observateur novembre 2022 et 2023. En 2023, on a été premier EHPAD d'Occitanie et on a été neuvième France sur tous les EHPAD privés, publics, associatifs sur le classement. On a une très bonne réputation, en fait, qui fait qu'il y a une, je pense, avec cette culture d'établissement, ce climat qui est quand même globalement très bienveillant, que ce soit entre résidents, mais du coup entre aussi, malgré, bien sûr, certaines personnalités qu'on retrouvera dans toute organisation.
MOI	D'accord. Est-ce que vous sauriez me dire, je ne sais pas quels outils vous avez mis en place, quels outils avec vos équipes vous avez pu mettre en place justement pour favoriser, installer une sorte de communication plus ou moins cordiale et en tout cas vivable au sein de l'équipe soignante?
LUI	Déjà, ce que je fais, c'est que moi, j'essaye de mettre en place une communication fluide très rapidement avec les nouveaux collaborateurs pour qu'ils sachent venir me dire dès qu'ils ont la moindre difficulté, que ce soit dans leur poste ou que ce soit avec un de leurs collègues, quel qu'il soit, ASH, IDE, un autre membre du CODIR, etc. En fait, qu'ils aient cette facilité de venir me dire quand ils ont quelque chose qui les chagrine. Donc ça, j'essaye de cultiver à fond. Donc c'est très coûteux, mais c'est un investissement, comme on le sait, pour beaucoup de choses. Donc dès le début, j'essaye d'avoir un accompagnement très proche, de les voir plusieurs fois dans la journée parce que j'ai cette possibilité aussi qu'on ait un petit établissement. Et en même temps, du coup, quand ils remontent certaines difficultés, je vais voir le salarié avec qui ils ont des difficultés en fonction du sujet. Alors déjà, mais parce que comme j'ai une communication facile, je sais que je peux aller voir n'importe quel salarié et discuter de quasiment n'importe quel sujet, en tout cas professionnel, avec lui. Donc ça arrivera toujours à casser des petits conflits ou des spéculations de conflits qui n'arriveront pas. C'est juste aujourd'hui, elle ne m'a pas dit bonjour, en fait, elle n'a pas une bonne mine parce qu'elle est malade ou autre chose. Et tout de suite, ça a fait un effet boule de neige.

MOI	D'accord. Et du coup, justement, par rapport à la communication d'information, du coup, ça c'est plus les relations en soignant individuel, mais la communication d'infos, la communication par rapport à la prise en charge surtout du résident, comment ça se passe ? Comment les informations sont transmises de vous à eux et d' eux à vous par rapport à la prise en charge, l'accompagnement des résidents ? Est-ce qu'il y a des outils que vous utilisez pour communiquer ?
LUI	On va être vraiment en fonction des infos et du moment de la transmission, mais soit ça va être via la messagerie DRI, soit en transmission écrite. Et sinon après systématiquement un doublon dans tous les cas si ça a été fait auparavant à l'écrit, à l'oralité lors des transmissions orales. Et là on en discute. L'avantage aussi c'est qu'on a des transmissions orales où ça devient un état complet clinique du résident sur la matinée.
MOI	Ok. Et vos transmissions vous les faites à quelle heure ?
LUI	À 11h15.
MOI	Ah ok. Donc c'est le matin.
LUI	On le fait en fin de matinée quand on a eu le plus gros de la matinée qui est passé avec tous les soins d'hygiène. Parce qu'on n'a pas de changement d'équipe sur l'après-midi. Ce sont des personnes qui sont là pour la journée.
MOI	Donc ils sont en 10h c'est ça ?
LUI	C'est ça. Sur une amplitude de 12 voire 12h30 ils sont là toute la journée. Donc c'est vrai que là c'est un temps où on a déjà vu tous les gros sujets. S'il y a eu des problèmes par rapport à la nuit. S'il y a eu des problèmes par rapport à l'état cutané. S'il y a eu des problèmes par rapport à un retard de selle, d'urine etc. Déjà on va faire un gros point clinique là à ce moment-là et alimentaire sur la prise de la veille et du petit déjeuner.

MOI	Donc je retiens par rapport à vos outils de communication: le DRI bien évidemment. Les transmissions à 11h par rapport à tout ce qui se passe dans la matinée, les infos qui sont laissées et qui ont été remontées par les équipes de nuit aussi. Alors selon vous, comment la participation des soignants aux décisions influe-t-elle sur l'ambiance et la cohésion d'équipe ?
LUI	C'est sûr que plus ils se sentent impliqués, plus les relations seront bonnes entre eux et avec leur manager direct ou même la direction. Plus on va être transparent et communiquant, mieux seront les relations entre eux et avec les autres collaborateurs de l'établissement.
MOI	D'accord. es-ce à dire que ça crée une dynamique de ce qu'on est tous dans la même équipe au final, et qu'on n'est pas les uns contre les autres, autour du résident qui est au centre du projet?
LUI	Oui, mais ça c'est pareil, c'est du temps de passer avec les uns et les autres, et puis aussi les relations entre managers qui font qu'après les équipes aussi s'entendent. THÈME 3
MOI	D'accord. Nous allons à présent parler du résident. Comme je le disais tout à l'heure, le résident c'est quand même le point culminant de tout ce qu'on fait en EHPAD. Que ce soit les décisions qui sont prises depuis, on va dire même le siège au niveau du groupe, qui est décliné au niveau établissement, le principal concerné c'est le résident. Par rapport au management participatif, quels sont les effets sur la qualité des soins et l'accompagnement qu'on donne aux résidents ? Autrement dit, de quelle manière la collaboration, c'est-à-dire le management participatif, influence-t-elle la qualité des soins que vous apportez aux résidents ? Comment est-ce que vous l'observez ?
LUI	Plus ils vont se sentir à l'aise dans la communication et plus ils vont nous dire des choses, avoir des transmissions orales déjà. Donc, il y aura moins de pertes d'infos. Et après, c'est un gros travail aussi à moi à faire, quotidien, de leur dire de bien tracer tout ce qu'ils disent à l'oral. Et parfois, après, certains me le demandent, me disent, ça je le trace, oui ou non, oui, oui, transmettre, c'est important, parce que pour la continuité, pour X, Y, raisons. Donc, ça va être vraiment la communication, je pense, ils vont se sentir plus à l'aise. Déjà, ils vont plus dire de choses sur les résidents. Et du coup, nous, après, on va compléter et bien sûr, toujours être bienveillant, même à l'oral, même s'ils nous disent, il y avait tel état cutané, j'ai mis tel type de crème. Et si ce n'était pas,

	par exemple, le bon produit qu'il fallait utiliser, même si ça n'avait rien de grave, vu que c'est souvent de la prévention, mais leur dire de façon bienveillante que ce n'était pas le bon. Ça ne veut pas dire, non, ce n'est pas ça, il fallait mettre ça. Non, toujours rester, bon, OK, tu as mis ça. Pour ce type de problème cutané, c'est plus intéressant de travailler avec tel type de crème par rapport à ça, ça, ça. Et toujours donner l'explication, pour que la fois d'après, ils retiennent le pourquoi il faut utiliser tel produit et pas tel produit, par exemple.
MOI	Et ça permet aussi, je pense, le fait de donner cette info-là à une soignante qui commet cette erreur-là, lui expliquer aussi le pourquoi du comment. Peut faire en sorte que face à une collègue qui ne maîtrise pas et qui pourrait aussi faire la même erreur, elle sera quand même à même d'apporter cette correction-là et aussi d'expliquer. Donc, quelque part, ça vous décharge aussi.
MOI	Est-ce que vous pouvez me donner des exemples où une meilleure communication a permis d'améliorer l'accompagnement des résidents ?
LUI	Des exemples d'erreurs?
MOI	Pas forcément d'erreur, que ce soit de projets, où vous avez tous travaillé ensemble, qui ont permis vraiment d'améliorer l'accompagnement du résident ?
LUI	Alors, qu'est-ce qu'on pourrait dire ? Par exemple, les difficultés qu'il peut y avoir dans la prise alimentaire du petit-déjeuner. Des fois, ou par moment, pour éviter la fuite d'information, le discours était AS-ASH direct. Des fois, ce n'était pas bien transmis ou pas transmis correctement, et du coup, ça ne suivait pas sur l'équipe d'après. Du coup, moi, je leur demande de me le dire en transmission orale. Moi, je prends note. Et moi, après, je vais directement voir la manager qui gère l'équipe de distribution du petit-déjeuner pour qu'elle fasse le nécessaire pour que ce soit bien noté sur leur cahier de distribution du petit-déjeuner pour que la prise en soin soit adaptée dès le lendemain matin, dès la prise du petit-déjeuner suivant. Que ce soit rectifié au plus près, au plus court. Autre sujet, si le matin, on voit que certains résidents qui seraient entre deux textures, entre guillemets, qu'on n'a pas orthophoniste sur site ce jour-là pour faire une évaluation et que l'AS n'est passé à l'aise pour me dire: "je trouvais qu'il y avait des difficultés à déglutir par rapport à peut-être au petit déjeuner ce matin", peut-être qu'à midi, moi je vais dire à une IDE d'être présente lors de la

	prise alimentaire du premier plat au restaurant et en fonction, voir avec la cuisine pour que le reste du repas soit pris dans une autre texture. Pour essayer d'intervenir au plus près, au plus vite.
MOI	Pour éviter que ça prenne du temps et que ça s'oublie aussi dans la foulée.
LUI	Que ça s'oublie et qu'on n'engendre un risque de fausse route, surtout. De difficulté derrière, médicale, auprès du résident.
MOI	Bien, auriez-vous d'autres exemples comme ça?
LUI	Par exemple, sur un point de mobilité, sur un résident qui aurait été observé fatigué le matin et qui du coup a un risque de chute, donc plutôt que de l'accompagner sans aide technique, vu qu'on a un temps de travail très réduit sur la résidence, moi, dès la sortie de transmission, soit moi, soit en fonction de ce que me disent les soignants, je leur préconise d'utiliser tel ou tel dispositif médical pour accompagner le résident à la salle de restaurant.
MOI	Du coup, pour éviter le risque de chute. Est-ce que vous avez observé des changements dans la satisfaction des résidents des retours de leur part ou des familles. Est-ce que vous avez observé des retours satisfaisants qui seraient vraiment liés à l'application du management participatif ?
LUI	Franchement, je ne sais pas parce que là, ça va être délicat de dire que c'était vraiment lié à ça. Parce que ça peut être aussi lié uniquement à la personnalité du soignant. Qui aura pris les devants sur la mise en place de certains dispositifs. Par exemple, si moi, je n'étais pas là ce jour-là, ça serait délicat de dire que c'est vraiment lié à ça.
MOI	Justement, ça faisait partie des questions que je me posais. C'est comment on évalue l'impact de ce management participatif sur l'amélioration de la qualité.
LUI	Sur la pure qualité, s'il y a un nouveau manager qui met ce management en place, il y a vraiment une fracture entre deux managers. Là, si le manager est vraiment participatif, ça peut-être l'augmentation de déclaration d'événements indésirables, l'augmentation de messages sur le DRI, sur cette culture par rapport à l'ancien manager, peut-être voir les outils de transmission de

	problèmes, de difficultés ou d'accès à l'amélioration en quantité, comment ils ont été ramenés. Moi, je sais que depuis que je suis en poste, mais dans les six mois peut-être à venir, je suis l'établissement où je suis. On est l'établissement Occitanie-Ehpad du groupe qui réalise le plus d'EI mensuels. Et du coup, depuis plus de trois ans maintenant.
MOI	Ils sont donc dans cette dynamique-là de la traçabilité.
LUI	C'est ça. Donc, d'un côté, augmenter aussi la qualité. Plus on se concentre sur les choses qui ne vont pas, plus on sera en mesure de les améliorer. Dans cette dynamique d'améliorer pour eux leur condition de travail ou d'améliorer surtout le quotidien des résidents. C'est à dire que plus on va déclarer, remonter ces problèmes-là, ça va permettre vraiment d'y réfléchir et de trouver des solutions qui feront en sorte que ces situations-là ne se reproduisent plus ou qu'on trouve vraiment une solution pour pourquoi pas amenuiser vraiment l'impact. Ce qui va logiquement améliorer la qualité de l'accompagnement du résident.
LUI	Tout à fait. THÈME 4
MOI	Nous allons à présent aborder la dernière partie. Quels seraient pour vous les avantages pour la qualité de l'accompagnement du résident. Qu'est-ce que ça peut apporter ou qu'est-ce que ça apporte réellement ?
LUI	D'accord. Il y a moins de manquement et de perte d'information. Parce qu'une salariée qui dirait un message, ce n'est pas grave, c'est rien. Alors que là, les salariés, comme ils veulent se sentir impliqués et valorisés dès qu'ils ont pris la parole et qu'on va surtout leur demander, ils vont tout dire jusqu'à la moindre petite rougeur qui ne serait pas forcément significative. J'en ai eu un exemple il y a deux jours. Une salariée qui parle d'une rougeur au pied. Donc moi, une petite étincelle parce que c'est une résidente qui est diabétique, avec un diabète très déséquilibré quand elle est arrivée. Donc le lendemain, je dis à l'infirmière si elle peut aller voir. elle me dit "oui, je l'ai vu en fait c'était sûrement un appui" "Pour moi, elle n'avait rien du tout quand je l'ai vu". Et voilà. Même pour des petites choses entre guillemets, qui du coup, même après coup, n'ont pas d'importance, ça a été transmis. On va transmettre toutes les choses parce qu'on se sent valorisé quand on prend la parole, parce qu'on nous encourage à prendre la parole et parce qu'on valorise nos paroles. Notre

	positionnement. Notre point de vue de soignant, c'est important. Et après, mais forcément, globalement quand même, je pense, même s'il y a des périodes, moins de tensions entre secteur d'activité et entre collaborateurs du même secteur d'activité. Parce que si ça renvoie encore une fois au fait qu'on se sent déjà valorisé.
MOI	Et je pense que c'est l'un des points importants. Parce que, quand j'ai pris le sujet, je me suis dit, ok, je vais juste évaluer l'impact du management participatif sur les résidents. Mais en vrai, je me rends compte que pour arriver à cet impact sur les résidents, il faut passer d'abord par le bien-être du personnel soignant qui se sent valorisé, comme vous l'avez dit, motivé, écouté, entendu.
LUI	Et c'est ça qui va faire que, logiquement, ça va se décliner sur l'accompagnement dans leur pratique aussi, qui va vraiment améliorer la qualité de l'accompagnement que reçoit le résident. En vrai, le management participatif, ça avantage aussi bien le personnel soignant que les résidents. C'est tout le monde qui gagne en vrai. Et le manager.
MOI	on parle des avantages, mais quels seraient vraiment les freins ou quelles sont les limites que vous identifiez par rapport à la mise en place de la démarche participative en EHPAD du coup ? Les difficultés ?
LUI	Si on est sur un site avec un turnover, c'est compliqué de mettre en place une culture de couloir. Qu'est-ce qu'il pourrait y avoir comme frein ? Le manque de temps, à savoir parce que c'est un petit établissement, mais s'il y avait 80 lits, il y aurait beaucoup plus de soignants. Peut-être que je n'arriverais pas à le faire aussi bien que ce que je fais là. Après, il faudrait du coup déléguer une partie et il faut pouvoir trouver les bonnes personnes pour déléguer. Qu'est-ce qu'il pourrait y avoir comme frein ? Après, c'est la volonté du manager, le temps et sa perception du management. Il y a encore beaucoup trop de personnes qui pensent que le management est autoritaire et directif.
MOI	Peut être que des fois, les soignants, quand ils sont dans ce système-là de management directif, ils font malgré eux. Le font-ils parce qu'on leur dit de faire ?

LUI	C'est ça. Après, du coup, on a des personnes qui font les choses sans savoir pourquoi elles les font et sans comprendre pourquoi elles les font. Et quand il y a des dérives, ça les importe moins parce qu'elles ne comprennent pas le fond de l'action. Elles ne sont pas vraiment responsabilisées sur le pourquoi du comment elles font les choses aussi.
MOI	Une dernière question. Si demain une infirmière arrive pour prendre un poste d'IDEC, que pourriez-vous lui proposer pour faciliter son intégration et renforcer l'esprit de collaboration au sein des équipes ? Et vous, en tant que manager, qu'est-ce que vous envisagez de nouveau pour améliorer la communication entre IDEC, IDE et aides-soignants, notamment autour de la prise en charge des résidents ?
LUI	Ce serait déjà de proposer plus de temps partagé en équipe pour qu'ils passent du temps hors soins ensemble. Je ne sais pas travailler sur des choses, proposer un déjeuner la semaine en équipe, des choses comme ça, une fois par mois. Il y a déjà les petits-déj, mais les petits-déj, c'est délicat, il y a tout le monde. Une soirée collaborateur par an, c'est bien. Mais je pense qu'un déjeuner sur site pour les équipes qui ont les mêmes horaires, une fois par mois, avec à minima leur manager s'ils le souhaitent, certains membres du codir s'ils le souhaitent aussi. Mais voir après un sondage dans quel concept on le ferait. Mais je pense que ça serait bien. Et à ce moment-là, l'établissement peut fournir le repas bien sûr, parce que c'est pas ce que ça coûte, mais avoir ce temps d'échange sur de la pause, même si au début ça va parler boulot, après ça va vite passer un peu la rigolade, passer sur d'autres sujets et passer du bon temps ensemble. Avoir systématiquement à minima une journée complète, tutorat, il faut faire des difficultés, éviter les rancœurs. Et après, la formation, apprendre, mais essayer d'accueillir et d'avoir les postes d'apprentissage, soin, des stagiaires. Un nombre adapté, parce que trop, ça ne sert à rien. Et qu'on puisse guider, qu'on puisse former, parce que moi, je m'aperçois aussi que de transmettre, ça les enrichit beaucoup plus que ce qu'ils ne le pensent.
MOI	Et je pense que c'est très important cet aspect-là, que ce soit du tutorat, mais aussi de la formation de nouveaux stagiaires ou des apprentis. C'est vraiment important parce que ça leur permet aussi de se rendre compte qu'en fait, ils ne sont pas juste des exécutants dans la mesure où ils ont de la connaissance, ils ont de l'expérience qu'ils peuvent valoriser et qu'ils peuvent aussi transmettre.

LUI	C'est ça. Cet aspect pédagogique, ça les valorise énormément. Premièrement, ça les oblige à mobiliser leurs connaissances pour les transmettre de façon adaptée. Déjà, ça leur fait un peu du bien parce que c'est leur cœur de métier, donc c'est intéressant pour eux. Et la transmission est vraiment intéressante. Exemple: sur une personne qui était venue à un stage, qui finalement après est venue chez nous une fois diplômée en CDI et qui m'a toujours dit : "moi surtout pas de stagiaire", quelqu'un qui n'était pas en grande assurance sur ses capacités alors qu'elle en avait. Et en fait, un jour quand je l'ai sentie capable, j'ai dit : écoute, à partir de telle période, tu auras une stagiaire qui prendra ton rôle, comme ça tu auras tout le temps un tutorat, ce sera plus facile pour elle et pour toi. Au début, elle a fait un petit temps d'arrêt et puis comme elle a confiance en moi, elle m'a dit : "ok, je vais essayer". Je lui ai dit : écoute, il n'y a pas de souci, de toute façon tu sais bien que s'il y a quoi que ce soit, on échangera. Et au début, je l'ai beaucoup guidé sur cette nouvelle mission et deux années plus tard, elle m'a dit : mais si j'avais su qu'un jour je pourrais avoir des élèves à tutorer, que je me régèlerais autant. Parce qu'elle a fait une formation après reconversion professionnelle, donc c'est une personne qui a plus de 40 ans, qui a déjà fait d'autres métiers. Et du coup: remobiliser tout ça et lui donner la capacité de transmettre. Parce qu'elle a eu une rupture scolaire plus jeune, tout ça ça a remué plein de choses dans son passé. Et être capable de tout ça, ça l'a valorisé tellement que c'était top.
MOI	Et c'est vraiment aussi d'où l'importance de la place du manager, de celui qui impulse vraiment cette dynamique là. J'imagine que si vous n'avez pas su instaurer entre vous et elle cette relation de confiance, où elle sait qu'elle peut compter sur vous et que aussi par vos mots valorisants, elle n'aurait pas pu vraiment justement accomplir ce qu'elle a pu accomplir par ce tutorat là. Donc ça pose aussi vraiment l'importance de la confiance qu'on donne justement aux personnes qu'on manage en tant que manager.
MOI	Parfait c'était tout pour moi, auriez vous à votre niveau, avez des questions.
LUI	Non, non, les questions étaient bien organisées, je trouvais. Donc c'était intéressant, je n'ai pas eu de questions particulières.

MOI	D'accord. Bah écoutez, je vous remercie beaucoup. Je pense que j'ai noté pleins de choses. Surtout cette utilisation du DRI, je trouve que c'est vraiment intéressant.
LUI	Surtout pour la parole est plus libérée. Les personnes qui parlent très rarement à l'oral, parfois arrivent plus facilement à échanger sur ce mode d'échange. Et du coup, c'est bien parce que ça permet de quand même recueillir aussi leur opinion.
MOI	Ce qui est vraiment intéressant, c'est que les personnes plus discrètes ou réservées, celles qui ont du mal à s'exprimer spontanément, sont souvent celles qui observent le plus et qui ont des idées très pertinentes. Leur offrir un espace où elles peuvent parler librement, sans crainte d'être jugées ou interrompues, change tout.
LUI	Donc ce que je fais moi aussi au transmission, c'est que tout le monde prend la parole l'un après l'autre de façon organisée. Sur ça je suis un peu directive, mais c'est pour qu'il y ait de l'ordre lors des transmissions orales et qu'on ait vraiment une info de tous les niveaux, de toutes les personnes qui étaient là au cours de la matinée. Donc même les stagiaires à la fin prennent la parole par rapport à ce qu'ils ont fait, les apprentis, tout le monde. Et ça montre à tout le monde qu'on valorise vraiment la parole de tous.
MOI	Oui, et surtout, je trouve que c'est intéressant, surtout le fait déjà à ce moment-là de donner la parole aux stagiaires aussi, parce qu'ils ne sont pas juste stagiaires, ils voient aussi des choses, ils peuvent aussi être force de proposition.
LUI	Et même pour eux, dans le futur, ça les prépare.
MOI	D'accord. Écoutez, je vous remercie beaucoup pour cet échange.
LUI	Écoutez, à très bientôt et de toute façon, on se suit sur LinkedIn.
MOI	Bien sûr. Merci beaucoup à vous.
LUI	Merci, au revoir, bon courage.

Annexe 6

Transcription Entretien avec Mme H.B Aide soignante en Ehpad

Entretien Téléphonique:

Date: 08/02/25

Durée: 45 min 36s

INTERVENANT	ÉCHANGE
MOI	Bonjour et merci beaucoup d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui. Pour commencer, j'aimerais avoir votre ressenti général : que signifie pour vous le management participatif dans votre travail au quotidien ?
ELLE	Bonjour, c'est un plaisir de pouvoir en parler. Le management participatif, pour moi, c'est quand on nous écoute vraiment. En tant qu'aide-soignante, on connaît les résidents, on sait ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Donc pouvoir participer aux décisions, donner notre avis, c'est essentiel. Ça me donne le sentiment d'être reconnue, pas juste comme une exécutante, mais comme quelqu'un qui a une expérience, un regard utile. Et cette

	reconnaissance, ça change tout. C'est motivant, ça donne envie de s'impliquer davantage.
MOI	C'est vraiment ce que j'essaye de comprendre dans ce travail : à quel point cette reconnaissance peut transformer le quotidien. Est-ce qu'il vous est arrivé récemment d'être impliquée concrètement dans une prise de décision ?
ELLE	Oui, récemment on a eu une réunion avec notre IDEC. On a évoqué le rythme de soins, notamment le moment des toilettes pour certains résidents qui sont plus anxieux le matin. On a proposé d'échelonner les soins, de ne pas tous les faire à la même heure. Et cette idée, elle a été mise en place. Depuis, on sent que les résidents sont moins stressés, et nous aussi. C'est un petit changement, mais ça a eu un grand impact. C'est dans ces moments-là qu'on voit que participer, ça peut vraiment faire évoluer les choses dans le bon sens.
MOI	C'est un très bon exemple. Et quand ce type de propositions est entendu, est-ce que vous sentez que ça influence l'ambiance générale ?
ELLE	Oui, clairement. On travaille plus en confiance. Il y a plus de communication entre nous, plus d'entraide aussi. On se dit que notre parole a du poids. Et ça crée un sentiment d'appartenance à l'équipe. Quand on voit que nos idées peuvent améliorer la vie des résidents, ça donne du

	sens à notre travail.
MOI	Est-ce que vous avez toujours vécu cette écoute dans votre parcours, ou est-ce quelque chose de plus récent ?
ELLE	Non, ce n'est pas toujours comme ça. J'ai connu des établissements où on ne nous demandait rien, où on suivait juste les plannings. Et là, c'est très différent. On a encore des choses à améliorer, bien sûr, mais l'état d'esprit est plus ouvert. On peut proposer, on peut discuter. Et même si tout ne change pas, au moins on a la possibilité de s'exprimer. C'est déjà énorme.
MOI	Selon vous, qu'est-ce qui freine parfois cette démarche ? Qu'est-ce qui pourrait limiter votre implication ?
ELLE	Le premier frein, c'est le temps. Quand on est en sous-effectif, quand on court partout, on n'a pas toujours la disponibilité pour réfléchir ou faire des réunions. Parfois, même si on a des idées, on n'a pas le temps de les formuler. Et puis il y a encore des collègues qui pensent que ça ne sert à rien, parce qu'ils ont été déçus ou qu'on ne les a jamais écoutés. Il faut reconstruire la confiance.

MOI	Et vous pensez que des outils particuliers peuvent aider à structurer cette participation malgré ces contraintes ?
ELLE	Oui, bien sûr. Les réunions d'équipe régulières, c'est indispensable. Même si elles sont courtes. Les groupes de travail aussi, quand on veut réfléchir à une amélioration. Et puis chez nous, on a mis en place ce qu'on appelle les réunions métiers, avec l'IDEC. C'est entre soignants et encadrement intermédiaire, pour échanger sur les pratiques, proposer des idées. On y parle librement. C'est un vrai espace d'expression. C'est là qu'on se sent écoutés et utiles.
MOI	Vous avez l'air très engagée. Est-ce que vous avez le sentiment que cet engagement rejaillit aussi sur la qualité des soins ?
ELLE	Complètement. Quand on se sent considéré, on travaille mieux. On est plus attentif aux détails, plus proche des résidents. Par exemple, pour une résidente qui refusait souvent les repas, on a proposé de changer son horaire, de lui donner à manger dans un cadre plus calme. C'était une idée d'une collègue. On l'a testée, et ça a marché. Elle mange mieux, elle est plus détendue. C'est ce genre d'ajustement qu'on ne peut faire que si on nous laisse la place d'observer et de proposer.

MOI	Est-ce que les familles réagissent à ces changements ?
ELLE	Oui, elles remarquent. Elles nous remercient souvent. Parfois elles nous écrivent un petit mot. Elles sentent que les résidents sont bien entourés, qu'il y a de l'attention. Et je pense que cette qualité relationnelle vient aussi du fait qu'on se sent bien dans notre travail.
MOI	Et dans tout cela, qu'est-ce que vous aimeriez voir évoluer encore ?
ELLE	Je pense qu'on pourrait aller plus loin en organisant des points réguliers, même 15 minutes par semaine, pour faire un retour sur ce qui a été proposé, ce qui a été retenu. Ce suivi manque parfois. Et puis valoriser ceux qui s'investissent : un mot, une reconnaissance, ça motive. Et puis former les encadrants à mieux animer ces temps-là. Tout le monde n'est pas à l'aise pour faire parler une équipe.
MOI	Est-ce que vous vous verriez endosser un rôle de relais ou de référente sur ces sujets ?
ELLE	Pourquoi pas. Si c'est clair, bien défini, et que je suis soutenue, oui. J'aime transmettre, faire le lien. Mais il faut que ce soit intégré à notre mission, pas en plus, sinon ça devient vite une

	charge de plus. Mais si c'est fait intelligemment, ça peut être très stimulant.
MOI	Merci encore pour tout ce que vous avez partagé. Ce sont des propos très enrichissants, et je suis certain qu'ils apporteront beaucoup à mon travail.
ELLE	Merci à vous. Ça fait du bien de pouvoir s'exprimer, et j'espère vraiment que ça pourra contribuer à faire évoluer les choses dans nos établissements.

Quel est l'impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD?

Le **management participatif** est de plus en plus reconnu comme un modèle efficace de gestion organisationnelle, mettant l'accent sur l'**implication** active des membres de l'équipe dans la prise de décision afin de stimuler la **motivation**, l'innovation et l'engagement. Cette approche répond à la demande croissante de démocratie organisationnelle et de valorisation du capital humain. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (**EHPAD**), qui sont confrontés à des besoins complexes et variés des résidents, on pourrait se demander si la gestion participative peut améliorer la **qualité des soins** en favorisant une meilleure coordination des équipes et la satisfaction au travail. Ce mémoire explore l'impact du management participatif sur la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD.

Mots-clés: **Management participatif, implication, motivation, amélioration EHPAD, qualité, soins**

What impact does participative management have on the quality of care provided to residents in nursing homes?

Participative management is increasingly recognized as an effective model of organizational management, emphasizing the active **involvement** of team members in decision-making to stimulate **motivation**, innovation and commitment. This approach meets the growing demand for organizational democracy and human capital development. In **nursing homes**, which are faced with the complex and varied needs of residents, we might ask whether participative management can improve the **quality of care** by fostering better team coordination and job satisfaction. This study explores the impact of participative management on the quality of resident care in nursing homes.

Keywords: **Participative management, involvement, motivation, improvement nursing home, quality, care**