

Université de Lille
Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé – ILIS

ROBAKOWSKI Zoé

Le rôle du management dans la gestion des équipes en Unité de Vie Protégée : Enjeux et bonnes pratiques

Sous la Direction de Madame LANNOY-CARRÉ Ninon
Mémoire Universitaire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master
Année Universitaire 2024-2025
Master Management Sectoriel

Date de la soutenance : le Mardi 24 Juin 2025 à 14h00

Président de Jury : Madame DOSSOU Gloria,
Maître de conférence, intervenante à ILIS
Directeur de mémoire : Madame LANNOY-CARRÉ Ninon,
Cadre gestionnaire des EHPAD du CCAS de Lille
3^{ème} Membre du jury : Madame HELYNCK Virginie,
Cadre de Santé

FACULTÉ D'INGÉNIERIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ – ILIS UFR3S
42, Rue Ambroise Paré
59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Ce mémoire marque l'aboutissement de cinq années d'études, riches d'apprentissages, de rencontres, mais également de réflexions. À cette occasion, je souhaite exprimer ma profonde gratitude à celles et ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce parcours.

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement Madame LANNOY-CARRÉ Ninon, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement bienveillant, ses conseils précieux et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je remercie également Madame DOSSOU Gloria, présidente de jury, pour l'intérêt porté à ce mémoire et sa présence lors de la soutenance.

Mes sincères remerciements vont à la structure qui m'a accueilli en apprentissage pour ma dernière année d'études dans le cadre de mon alternance, L'EHPAD Saint-Jean, ainsi qu'à mes maîtres d'apprentissage, Madame HELYNCK Virginie et Madame PHILLIPPOT Virginie, pour leur confiance, leur encadrement et les nombreuses opportunités d'apprentissage offertes.

Je souhaite également remercier mes collègues de promotion, pour les échanges, l'entraide et les bons moments partagés au fil de ces cinq années. Un merci tout particulier à Léa, mon amie depuis la première année, pour son soutien constant, sa gentillesse et sa générosité.

Je remercie aussi mes proches, toujours présents, encourageants et patients. Je souhaite plus particulièrement adresser ma plus profonde gratitude à mon père, pour son soutien indéfectible, sa force tranquille et son amour discret mais immense, qui m'ont porté tout au long de ce parcours. Sans lui, je ne serais pas là où j'en suis aujourd'hui. Merci papa, pour tout.

Enfin, je tiens à remercier ILIS pour ces cinq belles années passées au sein de leur faculté, qui ont fortement contribué à ma formation académique, à mon développement personnel et professionnel.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
PARTIE I : REVUE DE LA LITTÉRATURE	6
PARTIE II : CHOIX D'UNE APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	20
PARTIE III : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	29
PARTIE IV : DISCUSSION	37
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	42
LISTE DES ABRÉVIATIONS	46
GLOSSAIRE	47
TABLE DES ILLUSTRATIONS	48
TABLE DES MATIÈRES.....	49
ANNEXES	51

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population constitue aujourd'hui un enjeu sociétal, sanitaire et économique majeur. Selon l'INSEE, d'ici 2050, près d'un tiers de la population française aura plus de 60 ans, et une personne sur dix aura plus de 75 ans. Cette transformation démographique s'accompagne d'une hausse significative des maladies chroniques et neurodégénératives, dont la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer. Cette pathologie, qui touche plus d'un million de personnes en France, entraîne une perte progressive d'autonomie, des troubles cognitifs, comportementaux et relationnels, nécessitant un accompagnement spécifique et de plus en plus complexe.

Face à cette réalité, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ont dû repenser leurs structures et leurs modes d'organisation pour répondre à l'évolution des besoins des résidents. Parmi les réponses apportées, la création d'Unités de Vie Protégée (UVP) ou Unités de Vie Alzheimer (UVA) marque une étape essentielle.

Ces unités spécialisées sont conçues pour accueillir des personnes souffrant de troubles cognitifs sévères, dans un environnement à la fois sécurisé, stimulant et respectueux de leur dignité. Elles visent à favoriser le maintien de l'autonomie, à préserver les capacités et à offrir un accompagnement individualisé, tout en assurant la sécurité des résidents.

Ces unités, si elles offrent un cadre mieux ajusté aux besoins des résidents, représentent également un véritable défi pour les équipes soignantes qui y travaillent.

En effet, les professionnels doivent faire face à des situations complexes, telles que la gestion des troubles du comportement, la communication altérée, la prise en charge de la souffrance psychique, ou encore l'accompagnement de la fin de vie. À cela s'ajoute une charge émotionnelle importante, des rythmes de travail parfois soutenus, et un sentiment d'isolement ou de manque de reconnaissance. Le déficit de formation spécifique et le manque de ressources humaines ou matérielles accentuent encore ces difficultés.

Ces contraintes, si elles ne sont pas anticipées et accompagnées, peuvent avoir des répercussions majeures : épuisement professionnel, démotivation, absentéisme, voire turnover accru. Elles impactent non seulement la qualité de vie au travail des soignants, mais aussi la qualité de la prise en charge globale des résidents, qui dépend en grande partie du bien-être et de l'engagement des équipes.

Dans ce contexte, le management joue un rôle central. Un encadrement bienveillant, structuré et à l'écoute peut non seulement prévenir les risques psychosociaux, mais également favoriser un climat de travail serein, valoriser les compétences des soignants et garantir une prise en charge humaine et personnalisée.

Toutefois, les pratiques managériales ne sont pas toujours homogènes, et de nombreux établissements peinent à mettre en œuvre des stratégies efficaces.

Ainsi, ce mémoire se propose de répondre à la problématique suivante :

Comment identifier et surmonter les difficultés rencontrées par le personnel soignant en Unité de Vie Alzheimer en EHPAD ?

L'objectif est triple. En effet, le premier est d'identifier les principales difficultés rencontrées par les équipes soignantes en UVA. Le second est d'analyser le rôle et l'impact du management dans la gestion de ces difficultés et le dernier est de proposer des pistes concrètes d'amélioration et des bonnes pratiques managériales en lien avec la Qualité de Vie au Travail (QVT) et la qualité des soins.

Pour ce faire, une démarche méthodologique mixte sera adoptée, combinant revue de la littérature, enquête auprès de directeurs d'EHPAD et questionnaires auprès des professionnels du soin.

Ce mémoire s'organise autour de trois axes principaux : une analyse des enjeux et des contraintes propres aux UVA, une étude du rôle du management dans la dynamique des équipes, et enfin une restitution des résultats de terrain débouchant sur des recommandations concrètes.

Ce travail ambitionne ainsi de contribuer à une meilleure compréhension des enjeux humains et organisationnels des UVA, et d'alimenter la réflexion collective sur l'amélioration des conditions de travail et la qualité de l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

PARTIE I : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le vieillissement de la population française constitue un enjeu majeur de Santé Publique, avec une augmentation constante du nombre de personnes atteintes de maladies neurodégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer.

Selon l'INSEE, plus de 21 % des Français ont désormais 65 ans ou plus, et ce chiffre devrait atteindre près de 30 % d'ici 2070. Cette évolution démographique s'accompagne d'une augmentation constante du nombre de personnes atteintes de maladies neurodégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer, qui touche actuellement plus de 1.2 million de personnes en France.^{1,2,3}

Les projections estiment que ce nombre pourrait doubler d'ici 2050, accentuant la pression sur le système de santé et les structures d'accompagnement.

Pour répondre à ces besoins croissants, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ont développé des dispositifs spécifiques parmi lesquels les Unités de Vie Alzheimer. Ces unités, généralement de petite capacité entre 12 et 14 places, sont des espaces protégés et sécurisés au sein des EHPAD, conçus pour accueillir des résidents présentant des troubles cognitifs modérés à sévères. Elles favorisent la déambulation, la stimulation cognitive et la préservation de l'autonomie, tout en assurant la sécurité des personnes accueillies.

Le fonctionnement de ces unités implique une prise en charge particulière, nécessitant de la part des soignants des compétences spécifiques, une grande disponibilité émotionnelle et une capacité d'adaptation constante.

Cependant, les professionnels travaillant en UVA sont confrontés à de nombreuses difficultés : surcharge de travail, stress, agressivité des résidents, manque de formation adaptée ou encore sentiment d'isolement. Ces réalités soulignent l'importance d'un management adapté et bienveillant, capable de soutenir les équipes dans un environnement à forte intensité émotionnelle.

Dans cette perspective, cette revue de littérature vise à explorer les fondements théoriques et conceptuels liés au vieillissement, à la maladie d'Alzheimer, aux spécificités du travail en UVA, ainsi que les apports du management et de la Qualité de Vie au Travail dans le secteur médico-social.

Elle permet ainsi de poser les bases nécessaires à l'analyse de terrain qui suivra, en identifiant les principaux enjeux et leviers d'action pour accompagner et valoriser les équipes soignantes en unité protégée.

Dans un premier temps, il convient de replacer la problématique dans son contexte démographique et sanitaire, en abordant le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies neurodégénératives.

Ces éléments permettent de comprendre l'émergence des Unités de Vie Alzheimer comme réponse institutionnelle à des besoins de prise en charge spécifiques.

1. Le contexte du vieillissement et des maladies neurodégénératives

A. *Le vieillissement de la population en France : Données clés et projections*

La France connaît un vieillissement démographique accéléré depuis le début des années 2010, principalement en raison de l'arrivée des générations du baby-boom dans la tranche d'âge des seniors⁵. Au 1^{er} Janvier 2025, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 21.8 % de la population française, contre 16.3 % en 2005⁶.

Cette proportion continuera d'augmenter dans les prochaines décennies. Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) la France comptera 19.6 millions de personnes âgées de 65 ans et plus en 2070 soit 29 % de la population contre 21 % aujourd'hui^{7,8}.

Cette hausse est principalement portée par l'arrivée des générations du baby-boom à des âges avancés et par l'allongement de l'espérance de vie soit 85,6 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes en 2024. Ce vieillissement s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes dépendantes, notamment celles touchées par des maladies neurodégénératives comme Alzheimer, ce qui pose d'importants défis en matière de santé publique et d'organisation des soins⁹.

B. La maladie d'Alzheimer : Définition, évolution et besoins spécifiques

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative complexe et progressive qui affecte les fonctions cognitives telles que la mémoire, le langage, le raisonnement ou la fonction exécutive et conduit à une perte progressive de l'autonomie.¹¹

Elle est caractérisée par la présence de plaques amyloïdes et d'enchevêtrements neurofibrillaires dans le cerveau, provoquant la mort neuronale et l'atteinte progressive des capacités intellectuelles¹². Les symptômes débutent souvent par des troubles de la mémoire, puis s'étendent au langage, à la reconnaissance des objets ou des personnes, et à la réalisation de gestes du quotidien. L'évolution de la maladie est variable, mais elle aboutit généralement à une dépendance lourde, nécessitant une prise en charge globale et adaptée¹³. Les besoins spécifiques des personnes atteintes d'Alzheimer incluent : un environnement sécurisé, des soins personnalisés, une stimulation cognitive, un accompagnement psychologique et social, ainsi qu'un soutien aux aidants.

En effet, les personnes atteintes nécessitent un accompagnement global, individualisé et adapté à leur rythme et à leur perception du monde. L'environnement dans lequel elles vivent, ainsi que la qualité des relations avec les professionnels, influencent fortement leur qualité de vie et leur bien-être au quotidien. Ces besoins spécifiques justifient la création de structures dédiées comme les Unités de Vie Alzheimer où les équipes doivent conjuguer compétences techniques, qualités relationnelles et grande vigilance.

C. La réponse institutionnelle : Rôle et place des EHPAD, création des UVA

Face à l'augmentation des personnes âgées en perte d'autonomie et des cas de maladies neurodégénératives, la France a développé un réseau d'établissements spécialisés : les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes – EHPAD¹⁵. Les EHPAD assurent une prise en charge globale : hébergement, soins

médicaux et paramédicaux, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, maintien de l'autonomie et soutien psychologique¹⁶.

On compte près de 8 000 EHPAD en France, accueillant plus de 700 000 résidents. Pour répondre aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, des Unités de Vie Adaptées ou Unités de Vie Protégée ont été créées au sein des EHPAD. Ces unités proposent un environnement sécurisé et une prise en charge personnalisée, adaptée aux troubles psycho-comportementaux, afin de préserver au maximum l'autonomie et la qualité de vie des résidents.

Les Unités de Vie Alzheimer sont ainsi des espaces sécurisés, souvent aménagés de manière apaisante et non stigmatisante, permettant de limiter les risques de fugues, de chutes ou d'agitation tout en maintenant une certaine autonomie. Elles reposent sur une approche non médicamenteuse, relationnelle et sensorielle, et mobiliser des pratiques innovantes centrées sur la personne. L'accueil en UVA peut se faire par admission directe ou par transfert depuis d'autres unités, et repose sur une équipe pluridisciplinaire formée à la spécificité de la maladie d'Alzheimer.

Cependant, leur fonctionnement repose sur une mobilisation importante des équipes pluridisciplinaires, qui doivent faire face à des situations complexes, tant sur le plan technique qu'humain. Cela soulève la question du rôle du management dans l'accompagnement et la régulation de ces dynamiques professionnelles.

2. Les spécificités du travail en Unité de Vie Alzheimer

A. Caractéristiques des résidents en UVA : Troubles cognitifs, dépendance et comportements

Les résidents accueillis en Unité de Vie Alzheimer présentent des troubles neurocognitifs majoritairement liés à la maladie d'Alzheimer ou à des pathologies apparentées, telles que la démence à corps de Lewy ou la démence fronto-temporale.¹⁷

Ces affections entraînent une altération progressive de la mémoire, des fonctions exécutives et de la capacité à reconnaître l'environnement.¹⁸

À mesure que la maladie évolue, les personnes concernées manifestent également des troubles cognitifs modérés à sévères, caractérisés par une désorientation spatio-temporelle, des pertes de mémoire importantes et une diminution de l'autonomie.

La dépendance des résidents en UVA est généralement élevée, tant sur le plan physique que psychosocial. Ils nécessitent une aide pour la plupart des activités de la vie quotidienne, telles que la toilette, l'alimentation ou les déplacements.

Sur le plan psychosocial, ils peuvent présenter des difficultés de communication, de l'anxiété, de l'apathie ou, à l'inverse, des épisodes d'agitation.

Les troubles du comportement sont fréquents et constituent un défi majeur pour l'entourage et les équipes soignantes. Parmi ces manifestations, on retrouve l'agitation, l'errance, l'agressivité verbale ou physique, présente dans environ 35 % des cas, l'opposition, les hallucinations, la désinhibition ou encore le repli sur soi.²⁰

La déambulation, observée chez près de 60 % des résidents, nécessite la mise en place d'espaces sécurisés et adaptés.

D'autres comportements, tels que la répétition compulsive de gestes ou de paroles, peuvent également survenir. Ces attitudes, souvent désorientantes et déroutantes pour l'entourage, ne sont pas volontaires : elles traduisent généralement un mal-être, une douleur ou une incompréhension de la situation.

La fréquence et l'intensité de ces troubles du comportement constituent une charge émotionnelle importante pour les professionnels.

Pour répondre à ces besoins spécifiques, les UVA sont conçues comme des unités fermées, dotées de dispositifs de sécurité tels que les digicodes ou la signalétique adaptée, d'espaces circulaires favorisant la déambulation et d'un environnement visuel simplifié.

Cette organisation vise à garantir la sécurité des résidents tout en préservant leur autonomie et leur bien-être.

B. Les exigences du soin en UVA : Approche centrée sur la personne, Humanitude et la méthode Montessori

La prise en charge des personnes vivant en Unité de Vie Alzheimer repose sur des approches relationnelles et non médicamenteuses, conçues pour préserver l'autonomie, la dignité et la qualité de vie des résidents malgré la progression des troubles cognitifs. Au cœur de ces pratiques se trouve l'approche centrée sur la personne, théorisée par Carl Rogers, qui place l'individu au centre de la relation de soin, en tenant compte de son histoire, de ses habitudes, de ses préférences et de ses capacités résiduelles. Cette philosophie, issue de la psychologie humaniste, considère que chaque personne possède en elle les ressources nécessaires à son développement et à son adaptation, à condition d'évoluer dans un environnement bienveillant et facilitateur.²¹

Dans ce contexte, plusieurs méthodes d'accompagnement sont aujourd'hui privilégiées en UVA. L'Humanitude, développée par Yves Gineste et Rosette Marescotti, met l'accent sur la qualité du lien relationnel à travers le regard, la parole, le toucher et la verticalité. Cette philosophie de soin vise à garantir le respect de la personne, à éviter les soins de force et à maintenir les résidents debout autant que possible, favorisant ainsi leur autonomie et leur estime de soi. L'Humanitude a montré son efficacité dans la réduction des situations de crise et dans l'amélioration du bien-être des personnes accompagnées.²²

La méthode Montessori, adaptée aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, repose sur la valorisation des capacités restantes plutôt que sur la constatation des pertes. Elle propose des activités personnalisées et concrètes, permettant aux résidents de continuer à apprendre par la pratique et d'entretenir leur mémoire procédurale. Cette approche favorise l'autonomie, la participation active et le sentiment d'utilité, tout en contribuant à limiter la perte des compétences qui ne sont plus sollicitées²³.

Enfin, la méthode de validation, élaborée par Naomi Feil, consiste à reconnaître et à valider les émotions et les ressentis des personnes désorientées, plutôt que de les confronter à la réalité ou de corriger leurs propos. En adoptant une posture d'écoute

empathique, les soignants peuvent ainsi entrer dans le monde du résident, apaiser ses angoisses et améliorer la communication, même en cas de troubles sévères.²⁴

L'efficacité de ces approches repose sur un positionnement professionnel spécifique, fondé sur la patience, l'adaptabilité, l'observation fine et le travail en équipe pluridisciplinaire. Elles nécessitent également un cadre organisationnel et managérial favorable, afin de permettre aux professionnels de s'engager pleinement dans une démarche de soin individualisée et respectueuse de la personne.

C. Les contraintes rencontrées : Charge émotionnelle, stress, agressivité, manque de reconnaissance

Malgré la richesse des approches centrées sur la personne et des méthodes innovantes mises en œuvre en Unité de Vie Alzheimer, les professionnels sont confrontés à une réalité de terrain particulièrement exigeante. La prise en charge de résidents désorientés, souvent marquée par des épisodes d'agressivité, de refus de soin ou de troubles du comportement, génère une charge émotionnelle importante et expose les soignants à un risque élevé d'épuisement professionnel.²⁵

Ce phénomène est accentué par la répétition de situations complexes, la difficulté à obtenir des résultats visibles ou durables, et le manque de reconnaissance institutionnelle, autant de facteurs qui peuvent conduire à un sentiment de lassitude, voire de renoncement à l'investissement professionnel.²⁶

Le travail en UVA requiert une vigilance constante, la gestion simultanée de multiples tâches et une forte coordination interprofessionnelle. Lorsque les effectifs sont insuffisants ou que la communication au sein de l'équipe est défailante, les tensions et le stress augmentent rapidement.

De plus, l'absence ou l'insuffisance de formation spécifique sur les troubles neurocognitifs renforce le sentiment d'insécurité professionnelle, en particulier chez les jeunes soignants qui peuvent se sentir dépassés par la complexité des situations rencontrées.

Ce manque de formation adaptée est d'autant plus problématique que la majorité des résidents en EHPAD présentent aujourd'hui des troubles cognitifs, ce qui exige des

compétences relationnelles et techniques pointues pour adapter la prise en charge et favoriser la bientraitance.

Les horaires prolongés, la fatigue physique et la difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle s'ajoutent à ces contraintes, impactant la qualité de vie au travail des équipes.²⁷

Face à ces défis, certaines stratégies d'adaptation sont mises en place, comme les groupes de parole ou les formations continues, qui permettent de partager les expériences difficiles et d'acquérir de nouvelles compétences pour mieux gérer les situations complexes.

Cependant, la qualité de l'accompagnement en UVA dépend autant des compétences individuelles que de la qualité du management et du soutien organisationnel. Ces constats soulignent la nécessité d'un management bienveillant et de politiques de qualité de vie au travail renforcées, qui seront analysés dans la suite de cette revue de littérature.

3. Le management des équipes dans les établissements médico-sociaux

A. Rôle du management dans les établissements médico-sociaux

Le management en EHPAD ne se limite pas à la gestion administrative et financière : il joue un rôle central dans la dynamique des équipes, la qualité des soins, la prévention des risques psychosociaux et la cohésion entre les professionnels.²⁸

Il s'agit d'un levier fondamental pour instaurer un climat de travail propice au bien-être des salariés, à la coopération et à la qualité de la prise en charge²⁹.

Un management bienveillant et structurant permet notamment de limiter le stress, l'épuisement professionnel et le sentiment d'isolement des soignants, tout en favorisant la motivation au travail³⁰.

Dans les Unités de Vie Alzheimer, cette fonction managériale prend une dimension encore plus stratégique. En effet, les équipes sont confrontées à des défis humains et émotionnels intenses, qui nécessitent un encadrement présent, soutenant, et capable de créer des conditions de travail stables, sécurisantes et valorisantes³⁰.

Le manager devient alors un acteur-clé de l'équilibre entre exigence de qualité et bien-être au travail³¹.

B. Styles de management et effets sur les professionnels

Différents styles de management peuvent être observés dans les établissements. Le management directif, centré sur l'organisation stricte du travail, repose sur une prise de décision hiérarchique et des instructions précises : il peut convenir à des environnements très protocolaires ou en situation de crise, mais risque de démotiver les équipes en limitant leur autonomie et leur implication³⁶.

À l'inverse, le management participatif encourage la consultation et l'implication des professionnels dans les décisions, favorisant l'engagement, l'innovation et la responsabilisation des équipes³⁷.

Ce style, souvent appelé collaboratif, permet de créer un climat de confiance et de coopération, particulièrement bénéfique dans les structures médico-sociales.

Le management bienveillant ou collaboratif, axé sur l'écoute, la reconnaissance et l'accompagnement, semble particulièrement adapté aux environnements de soin où la charge émotionnelle est élevée et où la cohésion d'équipe est essentielle à la qualité de la prise en charge. En Unité de Vie Alzheimer, les effets de ces styles sont amplifiés : un management perçu comme rigide ou absent peut accentuer le mal-être, l'isolement ou le turnover du personnel, tandis qu'une posture managériale empathique, ouverte et structurante renforce le sentiment de reconnaissance, la cohésion d'équipe et la résilience face aux difficultés quotidiennes.

L'adaptation du style de management au contexte spécifique de l'EHPAD, et plus encore en UVA, apparaît donc comme un levier majeur pour la motivation, la fidélisation et la qualité de vie au travail des équipes, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins apportés aux résidents.

C. Qualité de Vie au Travail et prévention de l'épuisement professionnel

La Qualité de Vie au Travail est désormais reconnue comme un facteur essentiel de performance dans les organisations médico-sociales. Elle recouvre plusieurs dimensions : conditions de travail, reconnaissance, sens donné au travail, équilibre vie professionnelle/vie personnelle, participation aux décisions, qualité du management, etc.^{32,33}

Dans les UVA, les risques psychosociaux tels que le stress, burn-out, fatigue compassionnelle sont particulièrement élevés. Plusieurs études montrent que des conditions de travail dégradées ou un encadrement peu présent favorisent l'absentéisme, les tensions interpersonnelles et la dégradation de la qualité des soins.

À l'inverse, les dispositifs de soutien tels que les groupes de parole, la supervision, les formations, l'ajustement des plannings, les espaces de repos et les moments de convivialité contribuent au bien-être et à la fidélisation du personnel. Ces actions doivent être soutenues, encouragées et pilotées par une équipe de direction consciente des enjeux humains de son établissement.³⁴

4. Qualité de Vie au Travail et prévention des risques psychosociaux

A. Définition de la QVT dans le secteur médico-social

La Qualité de Vie au Travail est définie par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 Juin 2013 comme la manière de conjuguer amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des entreprises³⁵.

Dans le secteur médico-social, la QVT est un enjeu majeur du fait de la nature exigeante des soins relationnels, de la confrontation à la dépendance, à la fin de vie, et du poids émotionnel généré par l'accompagnement quotidien.

Selon l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), la QVT repose sur six grands domaines : les relations sociales et le climat de travail, le contenu du travail, l'environnement physique, l'organisation du travail, la réalisation et le développement professionnel, ainsi que la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

En EHPAD, ces domaines sont régulièrement mis à l'épreuve par les contraintes budgétaires, la pénurie de personnel et l'intensification des tâches, en particulier en UVA où les troubles cognitifs des résidents compliquent l'accompagnement³⁶.

L'étude de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la qualité de vie au travail en établissement de santé et médico-social souligne que celle-ci est un levier d'attractivité et de fidélisation des soignants, et qu'elle influence directement la qualité de la prise en charge des résidents³⁷.

B. Les risques psycho-sociaux : Burn-out, épuisement professionnel et turnover

Les Risques Psycho-Sociaux (RPS) regroupent les situations où les conditions de travail peuvent affecter la santé mentale ou physique des professionnels. Ils comprennent le stress chronique, le manque de reconnaissance, les tensions relationnelles, la charge mentale excessive, ou encore l'absence de soutien hiérarchique selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) en 2019³⁸.

Dans les unités Alzheimer, les aides-soignants et infirmiers sont régulièrement confrontés à des situations émotionnellement éprouvantes : agitation, agressivité verbale ou physique, désorientation des résidents. Cette pression quotidienne, associée à une forte exigence émotionnelle et à un manque de ressources, peut conduire au burn-out, décrit par Maslach et Jackson en 1981 comme un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation, et une diminution de l'accomplissement personnel au travail³⁹.

Le turnover élevé est un indicateur fréquent de risques psycho-sociaux en EHPAD. Une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques datant de 2019 montre que 32 % des professionnels du secteur médico-social envisagent de quitter leur emploi dans les trois prochaines années, principalement à cause du stress, du manque de reconnaissance, et du sentiment d'inutilité⁴⁰.

C. Enjeux de la reconnaissance et de la valorisation du personnel

La reconnaissance au travail est un facteur de motivation essentiel. Selon François Hubault en 2011, elle se décline en quatre formes : la reconnaissance existentielle - être vu comme une personne, la reconnaissance de l'investissement, des compétences, et des résultats. Dans les établissements médico-sociaux, et en particulier en UVA, le travail invisible et relationnel des professionnels est encore peu valorisé, ce qui génère de la frustration et un sentiment de non-reconnaissance⁴¹.

Le rapport El Khomri de 2020 sur l'attractivité des métiers du grand âge insiste sur la nécessité de revaloriser financièrement les professionnels, mais aussi de leur donner plus de place dans les décisions organisationnelles, de faciliter leur accès à la formation continue, et de renforcer la culture de reconnaissance dans les équipes⁴².

Des dispositifs comme les entretiens de reconnaissance, les groupes de parole, les espaces de régulation émotionnelle ou encore les primes liées à l'engagement sont recommandés pour soutenir les soignants, prévenir les RPS et maintenir la motivation.⁴³

5. Formation, accompagnement et développement des compétences

A. Les besoins en formation spécifique au travail en UVA

La gestion des EHPAD, et plus spécifiquement des unités de vie protégée comme les UVA, repose sur un ensemble de lois et de réformes récentes qui cherchent à répondre aux défis du vieillissement et à améliorer la qualité de vie des résidents comme des professionnels.

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement loi (ASV) du 28 Décembre 2015 a constitué une étape majeure. Elle vise à anticiper la perte d'autonomie, à adapter la société à l'avancée en âge, et à soutenir les aidants. Elle insiste également sur le rôle des établissements médico-sociaux dans le parcours de vie des personnes âgées⁴⁴.

La réforme du Grand Âge, bien que plusieurs fois repoussée, a donné lieu à plusieurs rapports parlementaires et propositions avec le Rapport Libault en 2019 ainsi que le Rapport El Khomri en 2020. Elle souligne la nécessité de revaloriser les métiers du

soin, d'adapter l'offre d'hébergement, et de repenser le modèle de financement des EHPAD⁴⁵.

Le référentiel d'évaluation de la qualité des Établissements ou Services Sociaux et Médico-Sociaux, mis en œuvre par la HAS, structure désormais l'évaluation des EHPAD autour de 3 chapitres : l'usager, les professionnels, et l'établissement. Il met en avant les enjeux de bientraitance, de participation des professionnels, de coordination, et de pilotage par les directions⁴⁶.

B. L'impact des formations sur les pratiques professionnelles

La Haute Autorité de Santé publie des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) qui encadrent les prises en charge dans les EHPAD, notamment en UVA.

Parmi les plus pertinentes, on retrouve la « Qualité de vie en EHPAD ». Cette RBPP insiste sur l'importance d'un management éthique, d'un climat de travail serein et de la valorisation des pratiques professionnelles.

Ensuite, « Accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ». Selon la HAS, elle valorise les approches centrées sur la personne, les soins relationnels, la gestion des troubles du comportement et l'implication des équipes pluridisciplinaires.

Pour terminer, « Qualité de vie au travail dans les ESSMS ». Cette recommandation souligne l'impact de la qualité du management sur la prévention des risques psychosociaux et sur la dynamique d'équipe.

C. L'importance du soutien institutionnel et du développement professionnel continu

Le cadre réglementaire insiste de plus en plus sur l'importance de la formation continue, de l'accompagnement des professionnels, et de l'inscription du management dans une logique de projet global.

L'article L. 311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles impose que chaque ESSMS élabore un projet d'établissement ou de service, qui doit intégrer les dimensions organisationnelles, managériales, éthiques, et de formation⁴⁷.

La formation professionnelle des personnels est une obligation réglementaire et une condition de renouvellement d'autorisation des établissements. L'article L.6311-1 du Code du Travail impose un accès équitable à la formation tout au long de la vie, ce qui est essentiel dans le contexte des maladies neuro-évolutives⁴⁸.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur la qualité de vie au travail appelle à renforcer l'intégration du management participatif dans les projets d'établissement, en y incluant des outils d'écoute, de régulation et d'accompagnement managérial⁴⁹.

En somme, la littérature met en évidence le lien étroit entre qualité du management, bien-être des professionnels soignants et qualité de l'accompagnement en Unité de Vie Protégée. Face aux défis spécifiques de ces unités, notamment liés à la complexité des troubles cognitifs et à la charge émotionnelle du travail, le rôle du management apparaît comme un levier essentiel. Cette revue de littérature permet ainsi de poser les bases d'une réflexion sur les pratiques managériales à mobiliser pour surmonter les difficultés rencontrées sur le terrain.

PARTIE II : CHOIX D'UNE APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

En complément des recherches bibliographiques menées lors de la première partie, il est apparu essentiel de confronter les apports théoriques à la réalité du terrain.

Dans cette perspective, cette source permet de mieux cerner le rôle structurant du management dans l'organisation et le pilotage des actions menées en UVA. Cette démarche mixte permet non seulement de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre, mais aussi d'identifier les leviers et les obstacles rencontrés dans l'intégration de ces pratiques innovantes.

Ainsi, cette seconde partie vise à présenter et à justifier l'approche méthodologique retenue pour cette étude. Elle détaillera les choix opérés en matière de collecte et d'analyse des données, ainsi que les critères de sélection des participants. L'objectif est de garantir la pertinence des résultats obtenus et de permettre une compréhension fine des expériences vécues par les professionnels du secteur.

Il m'a semblé indispensable de compléter l'analyse théorique par une enquête de terrain. Cette double approche, croisant littérature spécialisée et données empiriques, permet d'appréhender à la fois les fondements conceptuels du management en milieu gérontologique et les réalités vécues par les professionnels de terrain.

1. L'étude à destination des directeurs et cadres de direction en EHPAD

A. Choix du public et objectifs de l'étude

Le premier volet de cette enquête s'est adressé aux professionnels occupant des fonctions de direction ou de direction adjointe au sein d'EHPAD, car ils jouent un rôle central dans la gestion des ressources humaines et la structuration des UVP. En tant que décideurs, encadrants et porteurs de projets, les directeurs sont à même d'évaluer l'efficacité des pratiques managériales mises en œuvre, d'identifier les problématiques rencontrées par leurs équipes et de mettre en perspective les leviers ou freins existants.

Ce choix d'interlocuteurs s'appuie sur plusieurs objectifs.

Le premier est de comprendre leur perception des enjeux spécifiques à la gestion des équipes en UVA, notamment en lien avec la charge émotionnelle, la complexité des soins, et les besoins en formation continue.

Le second est d'identifier les stratégies managériales qu'ils mobilisent pour favoriser la cohésion d'équipe, la qualité de vie au travail et la motivation des soignants.

Le troisième est de mettre en lumière les bonnes pratiques managériales ayant un impact positif sur le climat de travail en UVP.

Enfin, le dernier est de dégager les difficultés structurelles ou organisationnelles qu'ils rencontrent, et les solutions qu'ils mettent en œuvre ou envisagent.

Le choix de m'adresser spécifiquement à des directeurs, directeurs adjoints ou anciens directeurs d'EHPAD s'inscrit pleinement dans la logique de ma problématique :

Comment identifier et surmonter les difficultés rencontrées par le personnel soignant en Unité de Vie Alzheimer ?

En tant que pilotes de l'établissement, les directeurs jouent un rôle central dans la définition des orientations stratégiques, l'organisation du travail, la gestion des ressources humaines, mais aussi dans la création de conditions favorables à un management humain, structurant et bienveillant. Ce sont eux qui impulsent les dynamiques d'équipe, arbitrent les priorités, fixent les marges de manœuvre et portent la responsabilité de la qualité de vie au travail des professionnels, en particulier dans les unités spécialisées comme les UVA.

Interroger ces professionnels permet donc d'accéder à une vision globale, organisationnelle et systémique des réalités du terrain. Mon objectif était de recueillir leur perception des difficultés spécifiques rencontrées par les équipes soignantes dans les unités Alzheimer, ainsi que leur expérience concrète en matière de gestion, d'accompagnement et de prévention de ces difficultés.

Cette étude vise plusieurs objectifs complémentaires. Notamment celui d'identifier les principaux obstacles auxquels sont confrontés les soignants en UVA : surcharge émotionnelle, manque de formation, sous-effectif, tensions relationnelles, etc. Ainsi que de comprendre comment les directeurs analysent ces difficultés : quelles en sont,

selon eux, les causes profondes ? Comment perçoivent-ils l'évolution du métier et des attentes ?

Ensuite d'explorer les pratiques managériales mises en place pour y faire face : recrutement, encadrement, formation, communication interne, reconnaissance professionnelle, etc.

Dans cette même dynamique, de recueillir leurs retours d'expérience sur ce qui fonctionne, mais aussi sur les limites rencontrées ou les erreurs à éviter.

Pour finir, de dégager des bonnes pratiques susceptibles d'être partagées, mutualisées ou généralisées dans d'autres structures.

Ce point de vue managérial est complémentaire des constats tirés de ma revue de littérature. Il me permet de confronter les discours théoriques aux réalités vécues sur le terrain, à travers une parole professionnelle incarnée.

B. Élaboration de l'outil de collecte des données

Pour recueillir la parole des directeurs d'EHPAD, j'ai conçu un questionnaire structuré en ligne, à visée exploratoire, qui servait à la fois de support de réflexion et de cadre d'expression libre pour les professionnels interrogés – ANNEXE 1.

Ce questionnaire a été élaboré à partir des principaux axes dégagés lors de la revue de littérature, en lien avec ma problématique :

Comment identifier et surmonter les difficultés rencontrées par le personnel soignant en Unité de Vie Alzheimer en EHPAD ?.

Plusieurs objectifs ont guidé la construction de ce questionnaire. Celui de comprendre la perception des directeurs sur les spécificités du travail en Unité de Vie Alzheimer, ainsi que d'identifier les pratiques managériales mises en place pour encadrer, soutenir et motiver les équipes soignantes. Ensuite de recueillir leur point de vue sur les freins et leviers liés à la gestion du personnel en UVA, et pour finir de mettre en lumière d'éventuelles bonnes pratiques pouvant être transposées ou valorisées.

Le questionnaire comportait une vingtaine de questions ouvertes, rédigées de manière à laisser aux participants une grande liberté de réponse. Cette démarche visait à favoriser l'émergence d'une parole authentique et non orientée, permettant aux directeurs d'exprimer librement leur vision, leurs pratiques, et les réalités qu'ils observent dans leur établissement.

J'ai fait le choix d'un format numérique afin de faciliter la participation des professionnels, souvent contraints par des emplois du temps chargés. Le format écrit permet également une anonymisation plus aisée des réponses et une analyse comparative plus claire entre les différents profils.

Le lien vers le questionnaire leur a été envoyé directement, leur permettant de répondre à leur rythme, tout en garantissant une certaine confidentialité.

Ce support unique m'a permis de recueillir des données qualitatives et quantitatives variées, allant de la description des difficultés concrètes rencontrées par les équipes à la mise en lumière des stratégies managériales jugées efficaces pour répondre aux besoins spécifiques des soignants en UVA. Ces éléments serviront de base à l'analyse thématique présentée dans la troisième partie du mémoire.

Voici quelques exemples de questions posées :

« Quelles sont, selon vous, les principales difficultés que rencontrent les professionnels soignants en Unité de Vie Alzheimer ? »

« Quelles actions de management avez-vous mises en place pour répondre à ces difficultés ? »

« Quelles sont, selon vous, les qualités managériales indispensables dans une Unité de Vie Alzheimer ? »

« Quels freins avez-vous rencontrés dans vos tentatives d'amélioration du fonctionnement en Unité de Vie Alzheimer ? »

« Quels conseils donneriez-vous à un nouveau directeur pour renforcer l'engagement des équipes en Unité de Vie Alzheimer ? »

Cette approche m'a permis de recueillir des témoignages riches et nuancés, directement en lien avec les réalités organisationnelles et humaines des UVA.

C. Échantillon et méthode de recueil des résultats

Pour répondre à ma problématique et approfondir les résultats de ma revue de littérature, j'ai choisi de mener une enquête mixte auprès de directeurs, directeurs adjoints et anciens directeurs d'EHPAD. Le critère principal retenu pour la sélection des répondants était leur expérience directe de gestion d'une Unité de Vie Alzheimer ou leur connaissance du fonctionnement de ce type d'unité protégée.

Afin de constituer un échantillon pertinent et diversifié, j'ai principalement utilisé le réseau social LinkedIn pour entrer en contact avec ces professionnels. J'ai rédigé une présentation ciblée expliquant l'objet de mon mémoire, les modalités de participation à l'enquête et les garanties de confidentialité assurées dans le traitement des données. Plutôt que de diffuser largement cette présentation, j'ai choisi d'adopter une démarche personnalisée, en envoyant un message privé directement aux professionnels concernés. Ce message introduisait brièvement mon sujet de recherche et sollicitait leur participation. Les réponses positives reçues m'ont permis de renforcer le lien de confiance et d'envoyer ensuite le lien vers le questionnaire en ligne, sur Google Forms, de manière individuelle. Cette méthode a favorisé un meilleur taux de retour, en valorisant l'échange direct et la clarté des objectifs de l'enquête.

Le recueil des données s'est fait intégralement via un formulaire Google Forms, spécialement conçu pour cette étude. Le format en ligne offrait aux participants une grande souplesse : ils pouvaient répondre à leur rythme, de manière anonyme, tout en développant librement leurs propos à travers les questions ouvertes proposées. Cette méthode s'est révélée efficace, à la fois discrète, rapide à diffuser et respectueuse des contraintes de temps des directeurs, souvent très sollicités dans leurs fonctions.

J'ai ainsi obtenu 10 réponses complètes et exploitables. Tous les répondants sont ou ont été en responsabilité managériale au sein d'un EHPAD, avec une expérience directe de la gestion d'une UVA. Leur diversité de profils, de structures et de contextes d'exercice permet d'enrichir l'analyse, en apportant des regards variés et complémentaires sur les réalités du terrain.

Bien que l'échantillon ne soit pas statistiquement représentatif de l'ensemble des directions d'EHPAD en France, il permet de faire émerger des tendances mixtes significatives, en lien avec la gestion managériale des équipes en UVA.

Ces témoignages serviront de base à une analyse thématique dans la partie suivante afin de dégager des tendances générales, des difficultés récurrentes, mais aussi des pratiques managériales innovantes ou inspirantes.

1. L'étude à destination des professionnels soignants en EHPAD

A. Choix du public et objectifs de l'étude

Afin d'enrichir l'analyse de mon sujet portant sur le rôle du management dans la gestion des équipes en Unité de Vie Protégée, il m'a semblé indispensable d'interroger directement les professionnels de terrain, à savoir les soignants intervenant quotidiennement auprès des résidents en UVA. Ce public regroupe principalement des aides-soignants, agents de service, auxiliaires de vie et infirmiers, dont le rôle est central dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles cognitifs apparentés.

Ce choix s'explique par leur proximité directe avec les résidents, mais aussi par leur expérience concrète des dynamiques managériales au sein de leur structure. Ce sont eux qui vivent au quotidien les contraintes organisationnelles, les pressions émotionnelles, mais aussi les effets concrets des pratiques de gestion, de communication interne et de reconnaissance professionnelle mises en œuvre par la direction.

Ce second questionnaire poursuit plusieurs objectifs complémentaires comme celui d'identifier les principales difficultés rencontrées par les professionnels soignants en UVA : surcharge de travail, gestion de l'agressivité, manque de personnel ... Également d'évaluer la perception du management : qualité de l'écoute, communication, soutien émotionnel, clarté des consignes ainsi que de mettre en lumière les leviers de motivation ou de démobilisation : reconnaissance, valorisation des compétences, ambiance de travail. Pour finir, de recueillir des propositions concrètes d'amélioration venant du terrain, afin d'alimenter une réflexion sur les bonnes pratiques managériales adaptées à ce type d'unité protégée.

Ce questionnaire permet donc de faire entendre la voix des soignants, souvent peu sollicités dans les démarches d'évaluation organisationnelle, et de croiser leur vécu avec la vision des directeurs, dans une approche intégrée et complémentaire.

B. Élaboration de l'outil de collecte des données

Pour construire ce questionnaire à destination des soignants en UVA, je me suis appuyé sur les thématiques majeures identifiées dans ma revue de littérature ainsi que sur les premiers résultats issus du questionnaire adressé aux directeurs. L'objectif était de proposer un outil à la fois synthétique, accessible et pertinent, permettant aux professionnels de s'exprimer librement tout en structurant leur réflexion – ANNEXE 2.

Le questionnaire se compose d'environ quinze questions, alternant formats fermés avec des questions à choix multiples ainsi que des échelles de satisfaction et des questions ouvertes, afin de quantifier certaines tendances tout en recueillant des verbatims riches.

Les thèmes abordés dans le questionnaire sont les suivants : les conditions de travail en UVA comprenant la charge physique et mentale, les effectifs et le rythme de travail, la communication avec l'équipe de direction ainsi que la reconnaissance et valorisation du travail accompli, la gestion des conflits ou situations de tension. Les ressources internes comprenant les formations, le soutien psychologique et l'encadrement ainsi que les suggestions et attentes vis-à-vis du management seront abordées dans le questionnaire.

C. Échantillon et méthode de recueil des résultats

Le recueil des réponses a été rendu possible grâce à la collaboration des directions d'EHPAD ayant accepté de relayer l'enquête auprès de leurs équipes soignantes. Cette diffusion a été réalisée via les boîtes mail professionnelles. La participation s'est faite sur la base du volontariat, et l'ensemble des réponses a été traité de manière totalement anonyme, afin de garantir la liberté d'expression des répondants.

Au total, 10 réponses complètes ont été recueillies. Ces réponses proviennent de professionnels actuellement en poste dans des UVA, assurant ainsi la pertinence et l'actualité des données collectées. La diversité des profils : ancienneté, poste, type d'établissement permet d'offrir un échantillon qualitatif, même si non représentatif au sens statistique.

Les réponses obtenues fournissent un aperçu précieux du quotidien vécu dans ces unités spécifiques, notamment en termes de conditions de travail, relation avec la hiérarchie, reconnaissance du rôle des soignants et attentes envers le management. Cette analyse sera ensuite mise en parallèle avec les résultats du questionnaire destiné aux directeurs, dans une logique de croisement des perspectives permettant de nourrir des pistes concrètes d'amélioration du management en UVA.

La méthodologie adoptée dans le cadre de ce mémoire repose sur une démarche mixte croisée, combinant les points de vue stratégiques des directions d'EHPAD et les expériences opérationnelles des professionnels soignants intervenant en Unité de Vie Protégée. Cette approche m'a permis de confronter les intentions managériales exprimées par les cadres dirigeants à la réalité vécue sur le terrain par les équipes, au plus près des résidents atteints de troubles cognitifs.

Le premier questionnaire, destiné aux directeurs, visait à comprendre leur vision du management en UVA, les enjeux liés à l'accompagnement des soignants, les pratiques mises en place pour motiver, encadrer et soutenir les équipes, ainsi que les freins ou leviers qu'ils identifient dans leur gestion quotidienne. Le recueil de dix témoignages issus de professionnels en fonction m'a offert une diversité de points de vue, tout en révélant certaines constantes dans les pratiques de pilotage et les difficultés rencontrées.

En parallèle, le second questionnaire m'a permis de recueillir la parole des professionnels soignants, souvent peu consultés dans les réflexions managériales. Leurs réponses, également au nombre de dix, offrent un éclairage complémentaire essentiel : elles donnent à voir les effets concrets du management, en termes de qualité de vie au travail, de reconnaissance, de communication interne ou encore de gestion des tensions. Elles soulignent également les attentes fortes des équipes quant à une plus grande écoute, une meilleure organisation et un accompagnement plus humain de la part des encadrants.

Ces deux volets de l'enquête, bien que distincts, s'inscrivent dans une logique de dialogue entre la direction et les équipes. Ils permettent de faire émerger à la fois les écarts de perception et les points de convergence autour des enjeux managériaux en UVA. Cette double lecture enrichira l'analyse des résultats, en offrant une compréhension fine et contextualisée des pratiques de management, de leurs limites, mais aussi de leurs potentiels en matière d'amélioration continue.

L'analyse thématique des données collectées permettra désormais de répondre à la problématique centrale du mémoire : *Comment identifier et surmonter les difficultés rencontrées par le personnel soignant en Unité de Vie Alzheimer en EHPAD ?*

Après avoir mené une revue de littérature approfondie et défini une méthodologie fondée sur l'écoute croisée des directions et des équipes soignantes, cette troisième partie a pour objectif d'analyser les résultats des deux enquêtes menées sur le terrain.

L'ambition est de confronter les représentations managériales aux réalités vécues par les soignants, afin de mieux comprendre les difficultés spécifiques rencontrées en Unité de Vie Protégée dans les EHPAD. À travers cette analyse, il s'agira de faire émerger des thématiques transversales, révélant à la fois les facteurs de tensions mais aussi les leviers d'amélioration en matière de gestion des équipes dans ces unités particulières.

Cette partie est organisée autour de trois grands axes d'analyse, chacun structuré à partir des données recueillies dans les questionnaires et enrichi par des exemples concrets issus des réponses. Elle vise à mettre en lumière les principales difficultés rencontrées sur le terrain, tant du point de vue des équipes que de la direction. Ainsi que les pratiques managériales actuelles mises en œuvre, leur perception par les soignants et leurs effets sur la dynamique de travail. Pour finir, les leviers d'action et bonnes pratiques identifiées, pouvant inspirer des évolutions dans le pilotage des équipes en UVA.

PARTIE III : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

1. Les difficultés rencontrées en Unité de Vie Protégée

Pour faciliter la lecture de l'analyse, les réponses des directeurs seront désignées par la lettre D, et celles des professionnels soignants par la lettre S.

La majorité des professionnels soignants interrogés (S1, S2, S4, S5, S7, S8, S10) expriment une charge de travail importante, souvent exacerbée par le manque de personnel et la complexité des comportements liés aux pathologies Alzheimer. Cela se traduit par un épuisement physique et psychologique. S3 et S9 évoquent des situations où la communication avec les résidents devient difficile, augmentant le stress.

Les directeurs (D1, D2, D5) reconnaissent cette charge de travail, certains soulignant des difficultés à recruter ou fidéliser du personnel formé spécifiquement pour les UVP. D3 et D4 notent également que les contraintes réglementaires ou budgétaires peuvent limiter les marges de manœuvre en termes de ressources humaines.

De nombreux soignants (S1, S3, S6, S7, S8, S10) déclarent ressentir un manque de reconnaissance, à la fois de la hiérarchie mais aussi de l'institution dans son ensemble. S6 précise : « Ce que nous faisons au quotidien est très éprouvant, mais personne ne le voit vraiment. »

Les directeurs (D2, D4) admettent que les actions de reconnaissance manquent parfois de régularité ou de formalisation. D4 indique : « Nous sommes conscients de leur engagement, mais il vaut mieux structurer la reconnaissance. »

Une part importante des professionnels (S2, S4, S5, S7, S9) souligne une formation initiale ou continue insuffisante pour faire face aux spécificités des UVP. S2 mentionne l'absence de modules sur les troubles du comportement et S5 regrette de devoir « apprendre sur le tas ».

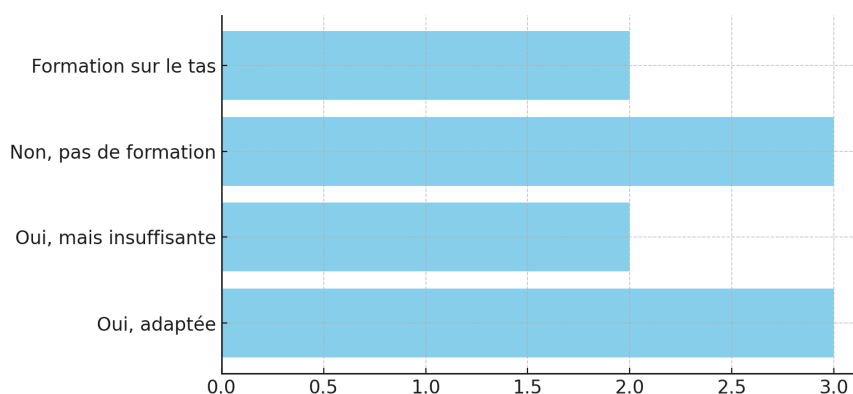


Figure 1 : Formation reçue par les soignants en UVP

Côté direction, D3 et D5 affirment avoir mis en place des formations, mais D3 reconnaît que la participation reste limitée, faute de temps ou de motivation du personnel. D5 souligne l'importance d'adapter les formations aux réalités de terrain.

Les professionnels soignants (S1, S3, S5, S8, S9) regrettent le manque de communication entre les différents membres de l'équipe, ou entre les équipes et la direction. Cela nuit à la cohérence des actions menées auprès des résidents. S3 note : « Nous avons l'impression que chacun travaille dans son coin. »

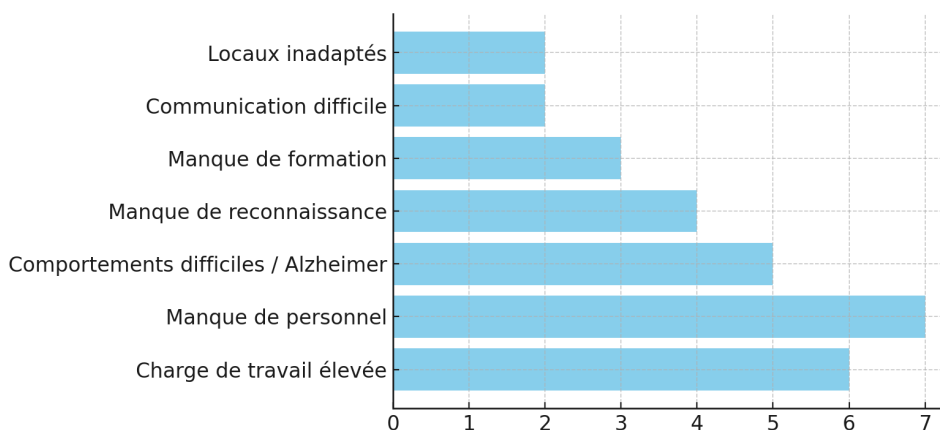


Figure 2 : Difficultés rencontrées par les soignants

Du côté des directeurs, D2 et D4 partagent ce constat et cherchent à favoriser des réunions d'équipe régulières, mais D2 précise : « Les contraintes d'agenda compliquent la mise en place régulière de ces temps d'échange. »

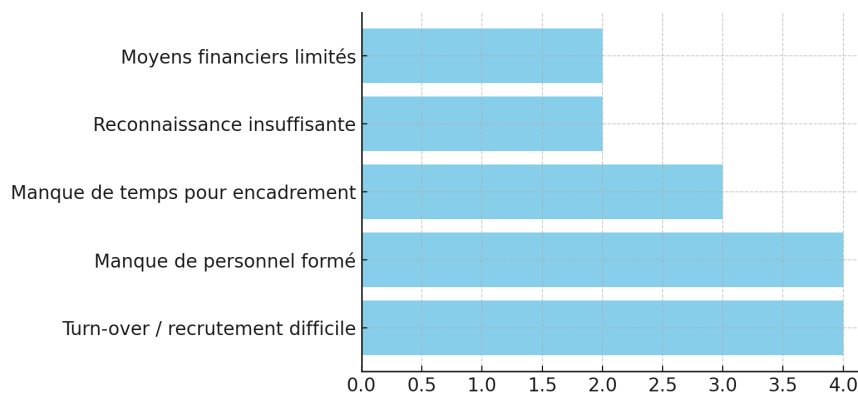


Figure 3 : Difficultés identifiées par les directeurs

Certains professionnels (S4, S6, S7) estiment que les locaux ne sont pas toujours adaptés aux besoins des résidents désorientés, ce qui augmente les risques d'agitation ou de fugue. S6 insiste sur la nécessité d'un espace sécurisé mais apaisant.

Les directeurs (D1, D5) soulignent que des travaux d'adaptation ont été réalisés ou sont prévus, mais que cela dépend fortement des budgets disponibles. D1 note également que l'organisation du travail pourrait être repensée pour mieux répartir la charge.

2. Les pratiques managériales observées : entre intentions et réalités

L'analyse des réponses des directeurs révèle une variété de styles de management. Une majorité (D1, D2, D4, D5, D7, D8, D10) se revendique d'un management bienveillant ou participatif, visant à inclure les soignants dans les décisions et à favoriser une communication ouverte. D2 met en avant une charte managériale participative, tandis que D4 parle d'un accompagnement individuel et de coaching.

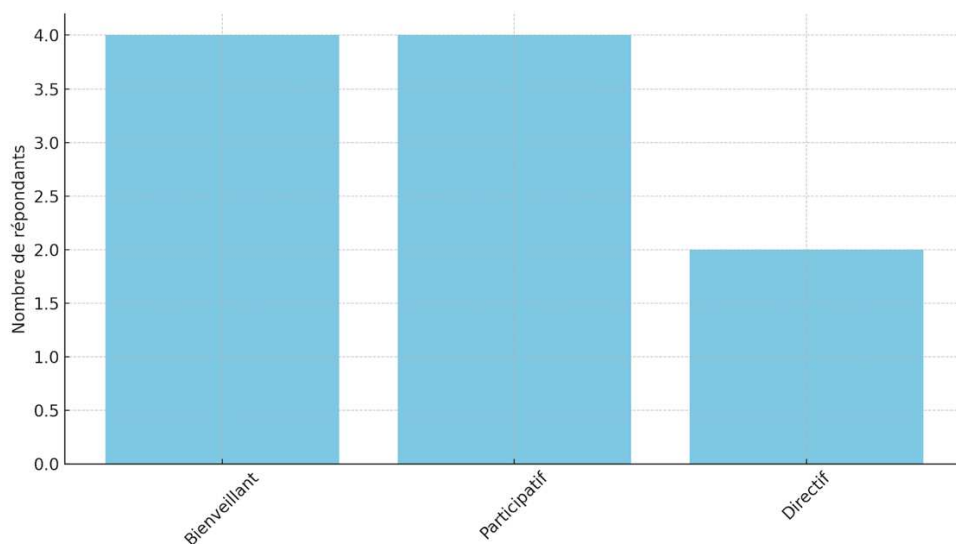


Figure 4 : Styles de management déclarés (Directeurs)

Cependant, cette approche est loin d'être uniforme. D3 et D9 adoptent un style plus directif, où les prises de décision sont centralisées et les temps d'échange rares, voire inexistants. Ces différences de style ont un impact direct sur la perception du personnel, comme le soulignent plusieurs soignants (S3, S6, S7), qui décrivent un management distant ou peu présent.

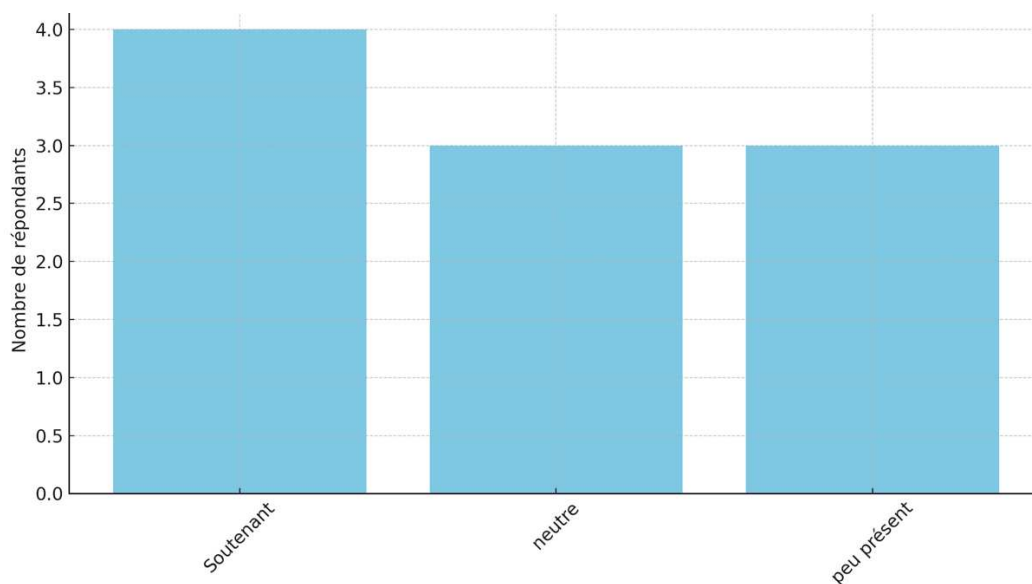


Figure 5 : Perception du management par les soignants

La plupart des directions (D1, D2, D4, D5, D6, D7, D10) mettent en place des réunions régulières, des groupes de parole ou des dispositifs d'écoute pour encadrer les équipes. Des outils tels que des supervisions (D1, D4) ou des coachings sont mentionnés. Toutefois, leur régularité et leur efficacité varient selon les structures.

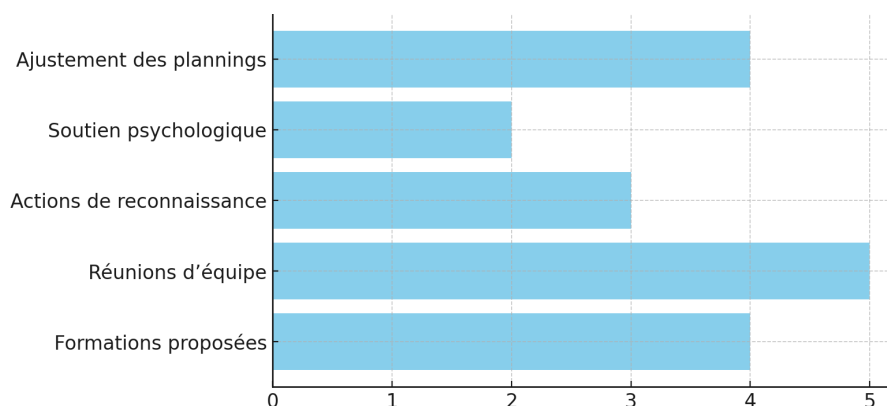


Figure 6 : Actions managériales mises en place

Du côté des professionnels, les réponses (S1, S3, S6, S7) indiquent que ces outils ne sont pas toujours accessibles ou efficaces. Plusieurs soignants affirment ne jamais disposer de temps d'échange avec leur hiérarchie, ni participer à des évaluations régulières. La perception d'un encadrement flou, voire absent, ressort nettement chez S3, S6, et S7.

Plusieurs directions affirment mettre en place des mesures d'accompagnement face aux difficultés : soutien psychologique (D2, D10), groupes d'analyse de pratique (D4), ou dispositifs de mentorat (D2, D5). Ces initiatives vont dans le sens d'une reconnaissance des souffrances professionnelles et d'un engagement à les prévenir.

Cependant, du côté du personnel, peu de soignants (S2, S4, S5, S8) estiment disposer d'un espace pour exprimer leurs difficultés. La majorité (S1, S3, S6, S7, S9) signale un manque d'écoute ou d'interlocuteur direct pour parler des conflits internes ou du stress émotionnel.

Si plusieurs directeurs affirment favoriser la communication par des réunions ou la création d'espaces d'échange (D1, D2, D4, D5), les soignants restent plus nuancés.

De nombreux professionnels (S3, S6, S7, S9) mentionnent un isolement informationnel, voire une absence de vision commune dans l'équipe.

Les difficultés de circulation de l'information semblent être un enjeu structurel : entre le rythme intense, les effectifs réduits, et l'absence de temps dédié à la coordination, les mécanismes de transmission sont fragiles. Cela nuit à la cohésion des équipes et à la cohérence des soins apportés.

En somme, si les directions revendiquent des pratiques managériales tournées vers l'humain, la réalité ressentie sur le terrain par les soignants met en lumière des décalages importants, notamment dans la mise en œuvre concrète des outils de soutien, de reconnaissance et de communication.

3. Leviers d'action et pistes d'amélioration pour un management adapté en UVA

Les réponses recueillies montrent un besoin fort de valorisation professionnelle des soignants. La formation spécialisée, notamment sur la maladie d'Alzheimer et la gestion des troubles du comportement, est citée comme un levier indispensable par les directeurs (D2, D4, D5, D10) et les soignants (S2, S5, S10). Beaucoup regrettent son insuffisance actuelle (S1, S6, S7).

La montée en expertise doit s'accompagner d'un système de reconnaissance plus structuré. Si des primes ou distinctions internes existent dans plusieurs établissements (D1, D4, D7), les soignants (S3, S6, S7) expriment un sentiment persistant de manque de reconnaissance, malgré leur implication. Instituer des temps de valorisation formels pourrait répondre à cette attente.

Les groupes de parole, les supervisions ou encore l'accès à un soutien psychologique sont des outils cités positivement par les directions (D1, D2, D4, D10). Cependant, les soignants (S3, S6, S7) soulignent que ces dispositifs sont souvent absents ou peu accessibles. Or, face à l'épuisement émotionnel fréquemment exprimé (S1, S6, S9), de tels espaces apparaissent essentiels. Leur systématisation permettrait de mieux prévenir les risques psychosociaux et de renforcer la résilience collective des équipes.

La charge de travail, évoquée par de nombreux répondants (D1, D4, D7 ; S1, S3, S6, S10), rend nécessaire une réflexion sur les plannings, les remplacements et

l'adéquation des effectifs aux besoins réels des résidents. L'instauration de binômes expérimentés/nouveaux (S4) ou de référents Alzheimer (D6, S9) sont des pistes concrètes pour mieux organiser les soins et favoriser la montée en compétence.

L'implication des équipes dans les projets d'établissement, la réflexion sur l'organisation ou les décisions de soin est jugée essentielle par plusieurs directeurs (D2, D4, D5). Les soignants interrogés (S2, S4, S5, S10) en expriment également le besoin, se sentant parfois tenus à l'écart. Des outils comme les réunions pluridisciplinaires, les commissions internes ou les consultations régulières peuvent améliorer ce sentiment d'appartenance et valoriser l'expérience de terrain.

Le turnover, élevé dans plusieurs établissements (D2, D3, D6, D9), nuit à la stabilité des équipes. Des mesures comme le tutorat des nouveaux, la constitution de binômes solides, ou encore des rituels collectifs (groupes de parole, retours d'expériences, etc.) peuvent favoriser un sentiment d'équipe plus fort. La cohésion d'équipe est également liée à la qualité des relations hiérarchiques : un management présent, à l'écoute, et visible est souvent perçu positivement (S2, S5, S8), à l'inverse d'un management distant (S3, S6, S7).

Ces pistes, issues du croisement des perceptions des directions et des professionnels de terrain, dessinent les contours d'un management plus humain, plus participatif et mieux adapté aux spécificités des Unités de Vie Alzheimer.

4. Regard croisé : un enrichissement du diagnostic

L'intérêt d'un regard croisé entre les questionnaires des directeurs et des professionnels de terrain est manifeste. Il permet de mettre en lumière non seulement les convergences – comme la reconnaissance des difficultés émotionnelles ou la nécessité de renforcer les effectifs – mais aussi les décalages d'interprétation ou de perception.

Tandis que certains directeurs considèrent que des dispositifs existent, les soignants expriment souvent leur invisibilité ou leur accessibilité limitée.

Cette confrontation des points de vue est un levier précieux pour un diagnostic partagé et l'élaboration de réponses managériales plus ajustées aux réalités vécues.

Ces pistes, issues du croisement des perceptions des directions et des professionnels de terrain, dessinent les contours d'un management plus humain, plus participatif et mieux adapté aux spécificités des Unités de Vie Alzheimer.

PARTIE IV : DISCUSSION

1. Mise en perspective des résultats avec la littérature

Les résultats de cette étude corroborent plusieurs constats établis dans la littérature sur la gestion des équipes en milieu gériatrique spécialisé. La surcharge de travail, l'épuisement professionnel, la difficulté de communication hiérarchique et le besoin de reconnaissance sont des thématiques largement documentées par les travaux de Claveranne et al. (2019), et de la HAS (2022) sur la qualité de vie au travail en EHPAD. Les données recueillies confirment que ces problématiques persistent, mais révèlent aussi que des marges de manœuvre existent localement.

Par ailleurs, la littérature managériale (Mintzberg, 2015 ; Drucker, 2006) souligne l'importance de l'écoute, de l'autonomisation des équipes et de la reconnaissance des compétences comme leviers d'efficacité organisationnelle. Cette étude vient illustrer concrètement ces apports en montrant que les établissements où les directions adoptent une posture de proximité et de soutien obtiennent une perception plus positive de la part des soignants.

2. Apports théoriques de l'étude

Ce mémoire contribue à une meilleure compréhension du rôle du management de proximité dans les UVA. En recoupant les données issues des directions et celles du personnel de terrain, il met en évidence l'écart fréquent entre les intentions managériales affichées et les pratiques réellement perçues. Il souligne ainsi l'intérêt d'un management relationnel fondé sur la transparence, la participation et le soutien émotionnel.

Cette approche croisée enrichit les réflexions sur le pilotage des établissements médico-sociaux, en particulier dans des contextes complexes comme celui des UVP, où la dimension humaine est centrale.

3. Implications pratiques

Les résultats issus de cette étude montrent plusieurs enseignements concrets pour les établissements médico-sociaux, en particulier pour les directions d'EHPAD qui accueillent des unités de vie protégée.

Tout d'abord, il apparaît essentiel de structurer des espaces d'expression pour les professionnels. La mise en place de groupes de parole, de supervisions cliniques ou de temps de régulation permet de prévenir l'épuisement émotionnel et de renforcer la cohésion d'équipe. Ces dispositifs favorisent également la reconnaissance du vécu professionnel et le partage d'expériences, deux leviers indispensables au maintien de la motivation sur le long terme.

Ensuite, le management de proximité doit être encouragé. Les résultats montrent que les soignants sont plus engagés et plus sereins lorsque leur encadrement est visible, à l'écoute et accessible. Former les cadres à l'accompagnement des troubles cognitifs, mais aussi à la gestion de l'équipe en contexte difficile, est un axe d'amélioration prioritaire. Il s'agit de passer d'un management technique à une posture plus relationnelle, centrée sur l'humain.

Il convient également de repenser les organisations de travail pour mieux tenir compte des spécificités des UVP. Cela suppose une adaptation fine des plannings, une meilleure gestion des remplacements, mais aussi la stabilité des équipes. La constitution de binômes, la désignation de référents Alzheimer ou l'instauration d'un tutorat interne sont des pratiques qui favorisent à la fois l'apprentissage et la continuité du soin.

Par ailleurs, la reconnaissance des professionnels doit être intégrée dans une politique managériale structurée. Cela peut prendre la forme d'entretiens d'évaluation qualitatifs, de temps formels de valorisation ou de distinctions internes. Ces pratiques, lorsqu'elles sont régulières et sincères, contribuent au sentiment de fierté et de légitimité professionnelle.

Enfin, les résultats soulignent l'intérêt d'impliquer les soignants dans les décisions touchant à leur quotidien. Cela passe par la consultation lors de la rédaction du projet de service, la participation aux réunions pluridisciplinaires ou encore la création de

commissions internes. Ce type de gouvernance partagée renforce l'engagement, la responsabilisation, et permet d'élaborer des réponses plus adaptées aux réalités du terrain.

En somme, cette recherche montre que la qualité du management en unité de vie protégée ne dépend pas uniquement des moyens matériels. Elle repose aussi, et surtout, sur une transformation culturelle des pratiques managériales, qui place la confiance, la participation et la reconnaissance au cœur de l'organisation.

CONCLUSION

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation des troubles cognitifs, les Unités de Vie Protégée représentent aujourd'hui un dispositif essentiel au sein des EHPAD. Conçues pour garantir sécurité et bien-être aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, elles exigent des équipes soignantes une vigilance constante, une forte capacité d'adaptation et un engagement humain profond.

Ce mémoire a permis de mettre en lumière les tensions auxquelles sont confrontés les professionnels en UVP : surcharge de travail, stress émotionnel, manque de reconnaissance, déficit de formation et marges de manœuvre organisationnelles réduites. À travers une approche croisée entre les directions et les équipes de terrain, il apparaît que, malgré des intentions managériales globalement positives, les pratiques sont parfois éloignées des besoins concrets exprimés par les soignants. Le manque de dialogue formalisé, l'insuffisance des espaces d'expression ou encore la faible implication dans les décisions traduisent un réel écart entre la stratégie et la réalité.

Pourtant, des leviers d'action concrets existent : renforcer les compétences par des formations ciblées, instaurer des temps d'échange collectifs, adapter les rythmes de travail, développer des pratiques de reconnaissance (feedback régulier, valorisation des compétences, perspectives d'évolution), et impliquer davantage les professionnels dans les projets d'établissement. Ces pistes, inspirées d'un management participatif et humaniste, offrent des réponses adaptées aux spécificités des UVP.

Plus largement, ce travail invite à repenser en profondeur la culture managériale des établissements médico-sociaux. Il met en lumière la nécessité de sortir des logiques descendantes pour construire un pilotage plus collaboratif, où la parole circule librement, où les compétences sont reconnues, et où l'on prend soin de celles et ceux qui prennent soin des autres.

À l'heure où les enjeux de fidélisation, d'attractivité et de qualité de service sont centraux, les UVP peuvent devenir un laboratoire de transformation managériale, inspirant une nouvelle façon de diriger les structures du grand âge, plus juste, plus efficace, et plus humaine.

Mais une question demeure : comment bâtir un modèle managérial durable, à la fois éthique, efficient et attractif, capable de répondre aux défis humains et organisationnels du grand âge ?

BIBLIOGRAPHIE

- ÉPARGNANTS, C. DES.**, 2025. Vieillesse de la population : son impact sur les retraites futures. *In* : CercleDesEpargnants [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.cercledesepargnants.com/post/vieillesse-de-la-population-son-impact-sur-les-retraites-futures>>.
- Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>>.
- 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée - Insee Première - 1881. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>>.
- Améliorer la qualité de vie au travail dans le médicosocial : des ressources pratiques issues d'expériences de terrain | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://solidarites.gouv.fr/ameliorer-la-qualite-de-vie-au-travail-dans-le-medicosocial-des-ressources-pratiques-issues-dexperiences-de-terrain>>.
- AMYOT, J.-J.**, 2009. Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD. *Gérontologie et société*, volume 32128129, n° 1. p. 273-283.
- Article L311-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721294/>.
- Article L6311-1 - Code du travail - Légifrance. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021340825>.
- Dementia prevention in memory clinics: recommendations from the European task force for brain health services - The Lancet Regional Health – Europe. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(22\)00272-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(22)00272-1/fulltext)>.
- Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.. *In* : Haute Autorité de Santé [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_668873/fr/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-maladie-d-alzheimer-et-des-maladies-apparentees>.
- EHPAD - Votre métier - INRS. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/ehpad.html>>.
- Employeur - Principaux risques professionnels et préconisations en matière de prévention- CNRACL - La retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.cnrACL.retraites.fr/employeur/prevention-risques-professionnels/metiers-et-secteurs-dactivite/ehpad/principaux-risques-professionnels-et-preconisations-en-matiere-de-prevention>>.

Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques.

Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Rapport définitif remis à la DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/etude-qualitative-sur-les-conditions-de-travail-dans>>.

FEIL, N. En quoi consiste cette méthode ?

Fonctionnement d'EHPAD : Définition, missions, organisation., 2023. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.annuaire-retraite.com/maisons-de-retraite/le-fonctionnement-des-ehpad/>>.

Formation cohésion d'équipe en EHPAD., 2018. *Pointcom Formation* Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.pointcom-formation.fr/cohesion-dequipe-en-ehpad/>>.

Guide : la démarche QVCT dans les établissements médico-sociaux | Anact. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.anact.fr/guide-la-demarche-qvct-dans-les-etablissements-medico-sociaux>>.

Haute Autorité de Santé - Qualité de vie au travail. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail>.

La maladie d'Alzheimer. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>>.

La prévention des risques psychosociaux au sein de l'Ehpad public. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.weka.fr/fiches-et-outils/la-prevention-des-risques-psychosociaux-au-sein-de-l-ehpad-public-10790/>>.

La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité | Anact. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.anact.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-un-levier-de-competitivite-0>>.

Label Humanitude : concept, formation et soins en EHPAD., 2024. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.annuaire-retraite.com/maisons-de-retraite/label-humanitude-concept-formation-et-soins-en-ehpad/>>.

Les EHPAD | Pour les personnes âgées. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>>.

Les symptômes de la maladie d'Alzheimer : troubles pour faire face. *France Alzheimer* Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/la-maladie-dalzheimer/symptomes-comprendre-faire-face/>>.

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1)., 2015.

- Maladie d'Alzheimer.. *In* : Haute Autorité de Santé [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058411/fr/maladie-d-alzheimer>.
- Montessori pour les seniors Alzheimer., 2022. *In* : Colisée [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://colisee.fr/montessori-pour-les-seniors-alzheimer/>>.
- Principaux repères de l'OMS sur la démence. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>>.
- Programme Qualité de vie en Ehpad.. *In* : Haute Autorité de Santé [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad>.
- Projections - Evolution de la population - France - Les chiffres.. *In* : Ined - Institut national d'études démographiques [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/evolution-population/projections/>>.
- Qualité de vie au travail.. *In* : Haute Autorité de Santé [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail>.
- Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ? *Alzheimer-recherche* Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://alzheimer-recherche.org/quest-ce-que-la-maladie-dalzheimer/>>.
- Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ? | Alzheimer-recherche. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://alzheimer-recherche.org/quest-ce-que-la-maladie-dalzheimer/>>.
- Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <<https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>>.
- RNCP35110 - Manager d'unité fonctionnelle et opérationnelle. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/35110/>>.
- Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire.. *In* : Haute Autorité de Santé [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire>.
- SWILDENS, H., ET ZELLER, O., 2012.** La psychothérapie centrée sur la personne appliquée aux personnes âgées. Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche, volume 15, n° 1. p. 55-71.
- Test de Maslach sur le burn-out. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-maslach_burn-out.htm>.
- Texte de base : Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle -

Légifrance. [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALITEXT000028216997/>.

TRAVAIL, M. DU, SANTE, DE LA, FAMILLES, DES S. ET DES, TRAVAIL, M. DU, SANTE, DE LA, ET FAMILLES, DES S. ET DES. Rapport de la concertation Grand âge et autonomie. *In* : Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [en ligne]. Date de consultation : 06/06/2025. Disponible sur :
<<https://sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>>.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

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

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ANI : Accord National Interprofessionnel

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

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMSA : Équipe Médico-Social Alzheimer

ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

QVT : Qualité de Vie au Travail

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

RPS : Risques Psycho-Sociaux

UVA : Unité de Vie Alzheimer

UVP : Unité de Vie Protégée

GLOSSAIRE

L'**ANESM** est l'**A**gence **N**ationale de l'évaluation et de la qualité des **É**tablissements et **S**ervices **M**édico-sociaux est chargée jusqu'en 2018 d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Ses travaux sont aujourd'hui intégrés à la HAS.

La **Loi ASV** est la loi relative à l'**A**daptation de la **S**ociété au **V**ieillessement. Elle vise à prévenir la perte d'autonomie, soutenir les aidants et renforcer les droits des personnes âgées en établissement.

Le **Rapport El Khomri** datant de 2023 est le rapport sur l'attractivité des métiers du grand âge. Il recommande l'amélioration des conditions de travail, la reconnaissance des soignants et le développement du management participatif.

Le **Rapport Libault** datant de 2019 est le rapport issu de la concertation « Grand Âge et Autonomie ». Il propose des mesures pour mieux accompagner le vieillissement : revalorisation des métiers, soutien aux EHPAD, et renforcement du management de la formation.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Formation reçue par les soignants en UVP	30
Figure 2 : Difficultés rencontrées par les soignants	30
Figure 3 : Difficultés identifiées par les directeurs.....	31
Figure 4 : Styles de management déclarés (Directeurs).....	32
Figure 5 : Perception du management par les soignants.....	32
Figure 6 : Actions managériales mises en place	33

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
PARTIE I : REVUE DE LA LITTÉRATURE	6
1. LE CONTEXTE DU VIEILLISSEMENT ET DES MALADIES NEURODEGENERATIVES	7
A. <i>Le vieillissement de la population en France : Données clés et projections</i>	7
B. <i>La maladie d'Alzheimer : Définition, évolution et besoins spécifiques</i>	8
C. <i>La réponse institutionnelle : Rôle et place des EHPAD, création des UVA</i>	8
2. LES SPECIFICITES DU TRAVAIL EN UNITE DE VIE ALZHEIMER	9
A. <i>Caractéristiques des résidents en UVA : Troubles cognitifs, dépendance et comportements</i>	9
B. <i>Les exigences du soin en UVA : Approche centrée sur la personne, Humanité et la méthode Montessori</i>	11
C. <i>Les contraintes rencontrées : Charge émotionnelle, stress, agressivité, manque de reconnaissance</i>	12
3. LE MANAGEMENT DES EQUIPES DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	13
A. <i>Rôle du management dans les établissements médico-sociaux</i>	13
B. <i>Styles de management et effets sur les professionnels</i>	14
C. <i>Qualité de Vie au Travail et prévention de l'épuisement professionnel</i>	15
4. QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	15
A. <i>Définition de la QVT dans le secteur médico-social</i>	15
B. <i>Les risques psycho-sociaux : Burn-out, épuisement professionnel et turnover</i>	16
C. <i>Enjeux de la reconnaissance et de la valorisation du personnel</i>	17
5. FORMATION, ACCOMPAGNEMENT ET DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES	17
A. <i>Les besoins en formation spécifique au travail en UVA</i>	17
B. <i>L'impact des formations sur les pratiques professionnelles</i>	18
C. <i>L'importance du soutien institutionnel et du développement professionnel continu</i>	18
PARTIE II : CHOIX D'UNE APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	20
1. L'ETUDE A DESTINATION DES DIRECTEURS ET CADRES DE DIRECTION EN EHPAD	20
A. <i>Choix du public et objectifs de l'étude</i>	20
B. <i>Élaboration de l'outil de collecte des données</i>	22
C. <i>Échantillon et méthode de recueil des résultats</i>	24
1. L'ETUDE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS SOIGNANTS EN EHPAD	25
A. <i>Choix du public et objectifs de l'étude</i>	25
B. <i>Élaboration de l'outil de collecte des données</i>	26
C. <i>Échantillon et méthode de recueil des résultats</i>	26
PARTIE III : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	29
1. LES DIFFICULTES RENCONTREES EN UNITE DE VIE PROTEGEE	29
2. LES PRATIQUES MANAGERIALES OBSERVEES : ENTRE INTENTIONS ET REALITES	31
3. LEVIERS D'ACTION ET PISTES D'AMELIORATION POUR UN MANAGEMENT ADAPTE EN UVA	34
4. REGARD CROISE : UN ENRICHISSEMENT DU DIAGNOSTIC	35
PARTIE IV : DISCUSSION	37

1. MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE	37
2. <i>Apports théoriques de l'étude</i>	37
3. <i>Implications pratiques</i>	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	42
LISTE DES ABRÉVIATIONS	46
GLOSSAIRE	47
TABLE DES ILLUSTRATIONS	48
TABLE DES MATIÈRES	49
ANNEXES	51

ANNEXES

Annexe I — Questionnaire à destination des directeurs d'EHPAD

Contexte de l'étude

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'études du Master 2 Management Sectoriel Direction des Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux, cette enquête vise à mieux comprendre le rôle du management dans la gestion des équipes intervenant en Unité de Vie Alzheimer (UVA) au sein des EHPAD.

L'objectif est d'identifier les principales difficultés rencontrées par les professionnels en UVA, mais également de recenser les pratiques managériales favorisant leur bien-être, leur engagement au travail et la qualité de l'accompagnement des résidents.

Deux questionnaires ont été élaborés dans ce cadre :

1. L'un à destination des directeurs d'EHPAD, afin de recueillir leur vision managériale, les organisations mises en place et les actions concrètes engagées.
2. L'autre à destination des professionnels soignants travaillant en UVA, afin d'explorer leur vécu, leurs besoins et leurs propositions.

Les réponses sont anonymes, confidentielles et exploitées uniquement à des fins académiques. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, seulement l'expression de votre expérience professionnelle.

Un grand merci pour votre participation, essentielle à la qualité de cette recherche.

1. Informations générales

Nom de l'établissement (facultatif) :

Localisation de l'EHPAD (Région / Département) :

Statut juridique : ☐ Public ☐ Privé associatif ☐ Privé lucratif

Capacité d'accueil (nombre de places en EHPAD) : ☐ Moins de 50 ☐ 50–100 ☐ Plus de 100

Nombre de places en Unité de Vie Alzheimer : ☐ 1 ☐ 2 ☐ Plus de 2

Nombre moyen de soignants (AS, IDE, psychologues) par unité : _____

2. Gestion des équipes et difficultés rencontrées

Quelles sont les principales difficultés rencontrées par le personnel soignant en UVA ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Charge de travail élevée

☐ Stress émotionnel

☐ Manque de formation spécifique

☐ Difficulté à gérer les comportements des résidents

☐ Problèmes de communication interne

☐ Manque de reconnaissance et de motivation

☐ Autre : _____

Selon vous, quelles sont les causes principales de ces difficultés ?

☐ Manque de personnel

☐ Manque de formation adaptée

☐ Contraintes budgétaires

☐ Difficulté de recrutement

☐ Absence de soutien psychologique pour les soignants

☐ Autre : _____

Comment évaluez-vous le taux de turnover du personnel en UVA ?

☐ Très faible

☐ Faible

☐ Modéré

☐ Élevé

☐ Très élevé

Avez-vous mis en place des mesures spécifiques pour améliorer les conditions de travail ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ? _____

3. Rôle du management et bonnes pratiques

Quel style de management privilégiez-vous en UVA ?

☐ Directif

☐ Participatif

☐ Bienveillant

☐ Autre : _____

Quelles actions avez-vous mises en place pour améliorer la communication et la cohésion d'équipe ?

☐ Réunions régulières

☐ Groupes de parole

☐ Formations en gestion du stress

☐ Coaching / supervision des soignants

☐ Autre : _____

Offrez-vous des formations spécifiques sur la prise en charge Alzheimer ?

☐ Oui, régulièrement

☐ Oui, mais rarement

☐ Non, mais nous souhaitons en proposer

☐ Non

Quelle importance accordez-vous à la reconnaissance du travail des soignants ?

☐ Très importante

☐ Importante

☐ Moyenne

☐ Faible

☐ Très faible

Avez-vous mis en place des dispositifs de reconnaissance ?

☐ Primes / augmentations

☐ Distinctions internes / valorisation symbolique

☐ Temps de repos supplémentaire

☐ Autre : _____

4. Perspectives et recommandations

Selon vous, quelles seraient les solutions les plus efficaces pour améliorer la gestion des équipes en UVA ?

Quels conseils donneriez-vous à un nouveau directeur d'EHPAD pour bien gérer une UVA ?

Annexe II — Questionnaire à destination des professionnels soignants en UVA

Contexte de l'étude

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'études du Master 2 Management Sectoriel Direction des Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux, cette enquête vise à mieux comprendre le rôle du management dans la gestion des équipes intervenant en Unité de Vie Alzheimer au sein des EHPAD.

L'objectif est d'identifier les principales difficultés rencontrées par les professionnels en UVA, mais également de recenser les pratiques managériales favorisant leur bien-être, leur engagement au travail et la qualité de l'accompagnement des résidents.

Deux questionnaires ont été élaborés dans ce cadre :

1. L'un destiné aux directeurs d'EHPAD, afin de recueillir leur perception du management, de l'organisation du travail en UVA et des actions mises en place.
2. L'autre destiné aux professionnels soignants intervenant en UVA, pour mieux appréhender leur vécu, leurs attentes et leurs propositions.

Les réponses sont anonymes, confidentielles et exploitées uniquement à des fins académiques. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, seulement l'expression de votre expérience personnelle et professionnelle.

Un grand merci pour votre participation, essentielle à la réussite de cette étude.

1. Informations générales (anonymes)

1. Poste occupé : ☐ AS ☐ AMP / AES ☐ IDE ☐ Autre : _____

2. Ancienneté en EHPAD : ☐ < 1 an ☐ 1 à 5 ans ☐ > 5 ans

3. Travaillez-vous uniquement en UVA ? ☐ Oui ☐ Non

2. Ressenti et conditions de travail

4. Ressentez-vous une charge de travail élevée au quotidien ?

☐ Oui, très souvent

☐ Parfois

☐ Rarement

5. Quels aspects de votre travail sont les plus difficiles ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Manque de temps pour accompagner les résidents

☐ Comportements difficiles : agitation, agressivité...

☐ Sous-effectif

☐ Manque de reconnaissance

☐ Relations avec les familles

☐ Autre : _____

6. Diriez-vous que vous vous sentez soutenu(e) par votre hiérarchie ?

☐ Oui

☐ Moyennement

☐ Non

7. Ressentez-vous du stress ou de la fatigue émotionnelle dans votre travail ?

☐ Oui, souvent

☐ Parfois

☐ Non

8. Depuis votre arrivée, diriez-vous que vos conditions de travail se sont :

☐ Améliorées

☐ Dégradées

☐ Restées stables

☐ Ne sait pas

9. Vous sentez-vous suffisamment préparé(e) à gérer les troubles du comportement ?

☐ Oui

☐ Moyennement

☐ Non

3. Management et accompagnement

10. Avez-vous des temps d'échange réguliers en équipe ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Parfois

11. Le management dans votre établissement vous semble :

- ☐ À l'écoute et soutenant
- ☐ Plutôt neutre
- ☐ Distant ou peu présent

12. Avez-vous accès à des formations sur Alzheimer et les troubles cognitifs ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Très rarement

13. Avez-vous accès à des temps pour exprimer vos difficultés ou souffrances professionnelles ?

- ☐ Oui
- ☐ Parfois
- ☐ Non

14. Participez-vous aux décisions concernant l'organisation ou les pratiques dans l'UVA ?

- ☐ Oui, régulièrement
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

4. Propositions et attentes

15. Que faudrait-il améliorer selon vous pour mieux travailler en UVA ?

- ☐ Plus de personnel

☐ Meilleure organisation des plannings

☐ Plus de reconnaissance

☐ Plus de formations

☐ Autre : _____

16. Avez-vous des suggestions ou des idées à partager ?

APPROCHE MANAGÉRIALE ET QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL EN UVA

La présente recherche porte sur le rôle du **management** dans la gestion des équipes soignantes en **Unité de Vie Protégée** au sein des **EHPAD**. À partir d'une revue de la littérature, d'une enquête qualitative menée auprès de directeurs et de professionnels **soignants**, il met en lumière les difficultés rencontrées au quotidien : surcharge de travail, manque de reconnaissance, fatigue émotionnelle, manque de reconnaissance et **communication** insuffisante.

L'analyse révèle un décalage entre le management perçu par les directions et le vécu des équipes sur le terrain, soulignant le besoin d'un management plus présent, à l'écoute et adapté aux réalités du soin. Des pistes d'amélioration sont proposées autour de la **reconnaissance**, de la formation, de la **qualité de vie au travail** et de la stabilité des équipes, afin de renforcer l'attractivité et la cohésion en Unité de Vie Protégée.

Mots-clés : Management, EHPAD, Unité de Vie Protégée, Soignants, Qualité de Vie au Travail, Reconnaissance, Communication.

MANAGERIAL APPROACH AND QUALITY OF WORK IN PROTECTED LIVING UNITS

This research focuses on the role of **management** in the supervision of caregiving teams in **Protecting Living Units** within French **nursing homes**. Based on a literature review and qualitative survey conducted with directors and **healthcare professionals**, it highlights the daily challenges faced : workload overload, lack of recognition, emotional fatigue, and insufficient **communication**.

The analysis reveals a gap between the management perceived by leadership and the experiences of staff in the field, emphasizing the need for more present, attentive, and care-adapted management. Improvement strategies are proposed, focusing on **recognition**, training, **quality of work life** and team stability, in order to enhance the attractiveness and cohesion within Protected Living Units

Keywords : Management, Nursing home, Protected Living Unit, Healthcare Professionals, Quality of Work Life, Recognition, Communication.