



HAL
open science

Implication organisationnelle et professionnelle des personnels de santé en EHPAD

Julie Menudier

► **To cite this version:**

Julie Menudier. Implication organisationnelle et professionnelle des personnels de santé en EHPAD. Gestion et management. Université de Limoges, 2024. Français. NNT: 2024LIMO0046. tel-04725762

HAL Id: tel-04725762

<https://theses.hal.science/tel-04725762v1>

Submitted on 8 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse de doctorat

Université de Limoges

ED 655 - Gouvernance des Institutions et des Organisations (GIO)

Centre de Recherche sur l'Entreprise, les Organisations et le Patrimoine

Thèse pour obtenir le grade de
Docteur de l'Université de Limoges
Sciences de Gestion

Présentée et soutenue par
Julie Menudier

Le 10 juillet 2024

L'implication organisationnelle et l'implication professionnelle des personnels de santé en EHPAD

Thèse dirigée par Mme **Martine Hlady-Rispal**, Professeur des universités, CREOP, IAE Limoges, Université de Limoges

JURY :

Président du jury

M. **Christophe Godowski**, Professeur des universités, LGTO, Université Paul Sabatier Toulouse III

Rapporteurs

Mme. **Céline Barrédy**, Professeur des universités, CEROS, Université Paris Nanterre.

M. **Olivier Herrbach**, Professeur des universités, IRGO, IAE Bordeaux, Université de Bordeaux

Invités

M. **Philippe Verger**, Directeur d'hôpital honoraire, Secrétaire général du GIP GIEGH87, Médiateur santé et médico-social.

À ma famille et à mes amis, qui ont été ma source de force, de soutien et d'inspiration tout au long de ce voyage.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude envers tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette thèse. Tout d'abord, je remercie le professeur Martine Hlady-Rispal qui m'a accompagnée tout au long des six dernières années, me guidant avec ses conseils avisés, son soutien constant et sa grande disponibilité. Son sérieux, sa patience et sa rigueur ont été des piliers essentiels qui m'ont permis de développer mes compétences et de mener à bien ce travail. Comme elle le dit souvent, "une bonne thèse, c'est une thèse finie", et c'est grâce à elle que j'ai pu y parvenir.

Je souhaite également remercier les membres de mon jury de thèse pour leur expertise et leur soutien tout au long de mon parcours. Le professeur Céline Barrédy a été d'une aide précieuse, non seulement pour ses conseils, mais aussi pour sa disponibilité tout au long de ma recherche. Le professeur Olivier Herrbach, rencontré lors d'un séminaire doctoral IAE France, a su me conforter dans l'intérêt de mon étude et m'a guidée sur le concept de l'implication et sa pertinence. Le professeur Christophe Godowski a été de bon conseil durant les comités de suivi de thèse, en particulier lors du dernier, où son aide a été inestimable. Enfin, Monsieur Philippe Verger, qui m'a introduite dans le monde des EHPAD, m'a grandement aidée à trouver mes terrains d'étude, ce dont je lui suis extrêmement reconnaissante. Je les remercie tous pour l'honneur qu'ils m'ont fait de juger ce travail et pour l'intérêt qu'ils ont manifesté vis-à-vis de ma thèse.

Je ne peux pas oublier l'aide précieuse des professionnels des EHPAD qui ont généreusement consacré du temps à mon étude, même pendant la crise Covid-19. Leur ouverture et leur disponibilité, malgré des circonstances difficiles, ont été fondamentales pour la réalisation de ce travail. À tous ceux que j'ai rencontrés lors de mes phases de terrain, je vous remercie chaleureusement pour votre passion et votre dévouement.

Je souhaite également remercier le personnel de l'IAE de Limoges et l'équipe du CREOP pour leur soutien tout au long de mon parcours. Mes collègues ont joué un rôle essentiel dans cette aventure, et je tiens particulièrement à remercier Valentina Di Pietro, avec qui j'ai partagé de nombreux moments, bons comme mauvais.

Enfin, mes remerciements les plus profonds vont à mes amis et à ma famille, qui ont été mon roc tout au long de ces années. À mes amis, qui ont été là pour célébrer les victoires et m'accompagner lors des moments de doute. Votre amitié est précieuse, et je vous en suis reconnaissante. Merci à mes parents, mes grands-parents, mon frère et ma sœur pour leur soutien indéfectible, leur écoute et leur amour, sans lesquels je n'aurais pas pu continuer.

Merci à vous tous pour avoir cru en moi, même dans les moments les plus difficiles.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	9
PERTINENCE ET ORIGINALITE DE LA RECHERCHE	11
INTERET THEORIQUE ET PRATIQUE DE LA RECHERCHE	13
OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET QUESTION DE RECHERCHE	15
CONCEPTION DE LA RECHERCHE	19
Chapitre I. LE MEDICO-SOCIAL, UN SECTEUR EN PLEINE TRANSITION : LE CAS DES EHPAD	21
I.1. Transformations d'un secteur au contour flou : un changement du modèle et du fonctionnement organisationnel	21
I.1.1. Le secteur médico-social : histoire et évolution	21
I.1.1.1. Le Médico-social, un secteur à l'identité fragile.....	23
I.1.1.2. Le secteur du médico-social, à la croisée de plusieurs cultures, le rapprochement du sanitaire	25
I.1.2. L'introduction du Nouveau Management Public, la réduction de l'autonomie du secteur.....	29
I.1.2.1. L'impact de l'évaluation sur les pratiques managériales et la transformation de la configuration structurelle des ESSMS	30
I.1.2.2. Une évolution contrainte des pratiques managériale, l'impact du NMP	34
I.1.2.2.1. Les configurations structurelles : la construction du modèle de Mintzberg	35
I.1.2.2.2. Théorie de la contingence, la configuration structurelle à l'épreuve de l'environnement	37
I.1.2.2.3. L'impact du NMP sur le modèle bureaucratique, configuration prédisposée au secteur public.....	39
I.2. Les EHPAD, une organisation en crise.....	41
I.2.1. Les EHPAD, contexte et présentation d'une structure en pleine mutation	41
I.2.1.1. Les EHPAD, des besoins en perpétuel augmentation	45
I.2.1.2. L'histoire et l'évolution législative, de la maison de retraite à l'EHPAD, vers une médicalisation de plus en plus importante.....	47
I.2.2. Le renforcement d'un mal être institutionnel et professionnel : l'impact du Nouveau Management Public sur les EHPAD.....	49
I.2.2.1. Financement des EHPAD, la remise en question du modèle	50
I.2.2.2. L'EHPAD, une structure fragmentée et des professions cloisonnées. : à la croisée de différentes cultures professionnelles.....	54
I.2.2.2.1. L'équipe de direction : le directeur et le cadre de santé.....	55
I.2.2.2.2. Les personnels de santé : les infirmières et les aides-soignantes.....	57
I.2.2.2.3. Les systèmes de contrôle de gestion porteurs d'une logique gestionnaire	59
I.2.2.3. Une crise du personnel : le comportement de retrait	61
I.2.2.3.1. Les métiers soignants sont les plus touchés par l'absentéisme en EHPAD	61
I.2.2.3.2. Les origines du phénomène d'absentéisme	64
I.2.2.3.3. L'impact de l'absentéisme sur les différents protagonistes	65
I.2.2.3.4. Solutions à apporter, modification d'un modèle en bout de course	68
CONCLUSION CHAPITRE I :	69

Chapitre II. ROLE DE L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE ET PROFESSIONNELLE DANS LA COMPREHENSION DE LA RELATION ORGANISATION/ SALARIE ET DES COMPORTEMENTS ASSOCIES.	70
II.1. L'implication, un concept pour mieux comprendre la relation salarie/organisation.....	70
II.1.1. L'implication, un concept très développé	71
II.1.1.1. Une première approche unidimensionnelle du concept d'implication organisationnelle	73
II.1.1.2. le développement de l'approche multidimensionnelle de l'implication	74
II.1.1.3. Les différents modèles d'implication organisationnelle existants	75
II.1.1.4. Le choix du modèle retenu : « Three-Component Model » (TCM)	77
II.1.2. Les notions d'implications organisationnelle et professionnelle, deux cibles complémentaires.....	80
II.1.2.1. L'implication organisationnelle, la relation du salarié avec son organisation .	80
II.1.2.2. Le concept d'implication professionnelle, le rapport de l'individu avec son métier.....	81
II.2. De la théorie à la pratique, l'émergence et le développement de la notion de profil d'implication	84
II.2.1. Profils d'implication : un outil pour mieux appréhender la relation employé/organisation.....	84
II.2.1.1. Le développement de la notion de profil d'implication	85
II.2.1.2. Les différents types de profil : une grille de lecture pour mieux comprendre la relation salarié/organisation	86
II.2.2. L'apport empirique à destination des gestionnaires : analyser les comportements de retrait	89
II.2.2.1. Le retrait organisationnel : de l'absentéisme au turn-over	89
II.2.2.2. Le lien entre profils d'implications organisationnelles et les comportements organisationnels	93
CONCLUSION DU CHAPITRE II :	94
Chapitre III. DE LA PROBLEMATIQUE AU TERRAIN : LE CHOIX DE LA METHODOLOGIE ET DU CADRE OPERATOIRE	95
III.1. Positionnement épistémologique retenu.....	95
III.1.1. La variété des positionnements épistémologiques en recherche qualitative	96
III.1.2. Une approche qualitative dans une posture interprétativiste.....	98
III.2. le choix de la méthode retenue : l'étude des cas, la porte d'accès au réel.....	101
III.2.1. Une phase d'analyse qualitative.....	101
III.2.1.1. Découverte des besoins et du fonctionnement des établissements, l'ethnographie	102
III.2.1.2. Les entretiens semi-directifs : clé de lecture du terrain observé.....	108
III.2.2. Le choix de l'étude de cas	113
III.2.3. Le choix de l'échantillon	119
III.3. Le design de la recherche	125
III.3.1. Un guide d'entretien inspirée des travaux sur les profils d'implication	125
III.3.2. La méthode de collecte et de codage des données	128
III.3.3. La méthode d'analyse et d'interprétation des données	130
III.3.3.1. Le Logiciel NVivo	131
III.3.3.2. La mise en pratique	132
CONCLUSION CHAPITRE III :	134

Chapitre IV. QUATRE ANALYSE INTRA-CAS ET UNE ANALYSE INTER-CAS	135
IV.1. ANALYSE INTRA-CAS EHPAD 1	137
IV.1.1. EHPAD 1 : un établissement en pleine reconstruction.....	138
IV.1.2. Le fonctionnement de l'EHPAD 1 :	142
IV.1.2.1. Division du travail au sein de l'EHPAD 1	142
IV.1.2.2. Coordination au sein de l'EHPAD 1	160
IV.1.2.3. Comportement de retrait au sein de l'EHPAD 1	171
IV.2. ANALYSE INTRA-CAS EHPAD 2	177
IV.2.1. Un EHPAD 2 : un établissement en fin de restructuration	177
IV.2.2. Le fonctionnement de l'EHPAD 2	184
IV.2.2.1. Division du travail au sein de l'EHPAD 2	184
IV.2.2.2. Coordination au sein de l'EHPAD 2	197
IV.2.2.3. Comportement de retrait au sein de l'EHPAD 2	209
IV.3. ANALYSE INTRA-CAS EHPAD 3	219
IV.3.1. EHPAD 3 : un établissement en quête de stabilité.....	219
IV.3.2. Le fonctionnement de l'EHPAD 3	225
IV.3.2.1. Division du travail de l'EHPAD 3	225
IV.3.2.2. Coordination au sein de l'EHPAD 3	237
IV.3.2.3. Comportement de retrait au sein de l'EHPAD 3	250
IV.4. ANALYSE INTRA-CAS EHPAD 4	257
IV.4.1. EHPAD 4 : un établissement en transition face à des défis architecturaux et organisationnels.....	257
IV.4.2. Le fonctionnement de l'EHPAD 4	264
IV.4.2.1. Division du travail au sein de l'EHPAD 4	264
IV.4.2.2. Coordination au sein de l'EHPAD 4	277
IV.4.2.3. Comportement de retrait au sein de l'EHPAD 4	289
IV.5. L'ANALYSE INTERCAS	296
IV.5.1. Dynamiques Contextuelles et Gestion des Ressources Humaines : Une Étude Comparative des quatre EHPAD	296
IV.5.2. Analyse Comparative de la Division du Travail dans les EHPAD : Une Approche Basée sur la Théorie de Mintzberg.....	299
IV.5.3. Analyse Comparative de la Coordination des Activités dans les EHPAD à travers la Typologie de Mintzberg.....	302
IV.5.4. Analyse Comparative des Comportements de Retrait et des Défis GRH dans quatre EHPAD.....	305
IV.5.5. Profil d'implication	309
IV.5.5.1. Analyse Globale EHPAD 1 :	309
IV.5.5.2. Analyse Globale EHPAD 2.....	311
IV.5.5.3. Analyse Globale EHPAD 3 :	313
IV.5.5.4. Analyse Globale EHPAD 4 :	314
CONCLUSION CHAPITRE IV :	319
Chapitre V. DISCUSSION	320
V.1. Étudier l'implication organisationnelle et l'implication professionnelle des personnels de santé en ehpad.....	321
V.1.1. L'Expérience de l'Implication Organisationnelle par les Aides-Soignantes et les Infirmières en EHPAD.....	321
V.1.1.1. Implication Affective : Examen de l'attachement à l'organisation.....	321

V.1.1.2. Implication Normative : Discussion sur le respect des normes professionnelles, la responsabilité morale, et le sens du devoir.....	323
V.1.1.3. Implication Calculée : Évaluation des avantages professionnels et personnels en regard des inconvénients liés à l'emploi.....	325
V.1.2. Implication Professionnelle des Personnels de Santé en EHPAD.....	326
V.1.2.1. Implication Affective : Examen de la passion pour le métier et l'attachement au rôle professionnel.....	326
V.1.2.2. Implication Normative : Discussion sur le respect des normes professionnelles, la responsabilité morale, et le sens du devoir.....	327
V.1.2.3. Implication Calculée : Évaluation des avantages professionnels et personnels en regard des inconvénients liés à l'emploi.....	328
V.1.2.4. Différences entre Aides-Soignantes et Infirmières.....	329
V.1.3. Les profils implication organisationnelle et implication professionnelle des personnels de soins en EHPAD.....	330
V.1.3.1. Impact de l'Implication Professionnelle sur l'Implication Organisationnelle.....	332
V.1.3.2. Interdépendance entre Implication Professionnelle et Organisationnelle.....	333
V.1.3.3. Stratégies pour Optimiser l'Implication Organisationnelle.....	334
V.1.4. Relation entre Implication Organisationnelle (IO) et Implication Professionnelle (IP) et Leurs Effets sur l'Absentéisme et le Taux de Roulement dans les EHPAD.....	335
V.2. Stratégies managériales pour renforcer l'implication et réduire les comportements de retrait pour le personnel de soin.....	337
V.2.1. Défis Spécifiques à Chaque EHPAD.....	337
V.2.2. Facteurs Influant sur l'Implication Organisationnelle et Professionnelle :.....	338
V.2.3. Apports de la grille de lecture de Mintzberg sur les stratégies Managériales.....	338
V.3. Une approche qualitative et comparative de l'étude de l'implication des personnels de santé en EHPAD.....	343
V.3.1. Méthodes Qualitatives pour l'Analyse des Profils d'Implication.....	343
V.3.2. Méthodes Qualitatives pour l'analyse comparative des Profils d'Implication de différentes professions et mener une étude comparative.....	344
V.4. Limitations et recommandations pour les recherches futures.....	347
CONCLUSION CHAPITRE V :.....	348
Conclusion.....	349
SYNTHESE DE LA RECHERCHE.....	349
LES CONTRIBUTIONS THÉORIQUES.....	350
LES CONTRIBUTIONS MANAGERIALES.....	354
LES CONTRIBUTIONS METHODOLOGIQUES.....	357
LES LIMITES DE LA RECHERCHE ET LES PROLONGEMENTS POSSIBLES.....	358
Références bibliographiques.....	365
Annexes.....	402

INTRODUCTION GENERALE

Dans un monde confronté à des défis sanitaires sans précédent, la crise COVID-19 a mis en lumière la vulnérabilité des structures de soins et d'accueil des personnes âgées, en particulier les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). La gestion de cette crise a révélé des lacunes significatives dans le management de ces institutions, soulignant l'urgence de repenser les approches traditionnelles de la gestion des ressources humaines dans le secteur sanitaire et médico-social. Selon Khaled Sabouné (2020), le bilan du management au sein des EHPAD post-COVID-19 est préoccupant, marqué par une « managérialisation » qui a bouleversé les professionnels de santé, affectant leur motivation et leur bien-être au travail.

Ainsi, selon l'auteur « la gestion de ces établissements s'avère dorénavant plus procédurale et repose sur des normes techniques et des outils de pilotage financier alors qu'elle était plus intuitive et portait sur la relation humaine » (p. 1).

En effet, l'adoption du Nouveau Management Public (NMP), inspirée des pratiques du secteur privé et visant une gestion plus efficace des dépenses publiques, a induit un virage managérial au sein des EHPAD (Hood 1995, Pesqueux, 2006 ; Melnik et Guillemot, 2010). Cette évolution s'inscrit dans un contexte plus large de réformes budgétaires et organisationnelles initiées dès les années 1980 en France, face à une crise financière et une remise en question de l'efficacité de l'action publique. Le NMP se propose de répondre à la double exigence d'une amélioration de la qualité des services publics, face à une population vieillissante et des besoins croissants en matière de dépendance, tout en maîtrisant les coûts. Cependant, cette transition vers un management plus procédural et normatif a eu des répercussions profondes sur le terrain, notamment pour les personnels de santé en EHPAD (Randon, 2015 ; Abord et Chatillon et al, 2016). L'enquête menée par Victor Castanet dans "Les Fossoyeurs" expose de manière frappante les conséquences de ces mutations managériales sur les conditions de travail et la qualité de la prise en charge dans les EHPAD, notamment au sein du groupe Orpea. Les révélations de maltraitance, de rationnement des soins et des produits de première nécessité, ainsi que les dysfonctionnements dans la gestion de l'argent public, illustrent de manière saisissante les failles du système actuel.

Ces réformes ont engendré des tensions significatives, exacerbées par la crise COVID-19, entre les impératifs de gestion et les besoins humains et professionnels des personnels de santé. L'augmentation de la pression temporelle, l'intensification du travail, et l'évolution des conditions de travail ont contribué à un mal-être institutionnel manifeste par un turn-over élevé et un fort taux d'absentéisme. Ces phénomènes de retrait ont des impacts considérables sur l'organisation du travail, sur les coûts pour les institutions, et surtout, sur le bien-être des salariés et la qualité des soins dispensés aux résidents.

Dans ce contexte, notre thèse se propose d'explorer l'implication organisationnelle et professionnelle des personnels de santé en EHPAD, en se fondant sur la théorie de Meyer et Allen. Nous interrogerons les liens entre les changements managériaux induits par le NMP, les conditions de travail, et leur influence sur l'implication des soignants envers leur profession et leur organisation. À travers une approche multidisciplinaire, combinant les sciences de gestion, la psychologie du travail et la sociologie des organisations, la recherche engagée ambitionne de contribuer à une meilleure compréhension des défis contemporains auxquels

sont confrontés les EHPAD et leurs personnels, en vue de proposer des pistes d'amélioration pour une gestion des ressources humaines plus adaptée aux spécificités de ce secteur.

Le travail de recherche est divisé de la manière suivante :

Tout d'abord, **l'introduction générale et la présentation du projet**. Elle détaille la pertinence et la nouveauté de la recherche, en soulignant l'axe central de l'enquête, la problématique de la recherche. Ensuite, elle passe en revue les intérêts théoriques et pratiques de la recherche, les objectifs généraux et spécifiques et explique le paradigme et la méthodologie de la recherche. Enfin, il donne un aperçu de la conception de la recherche.

Le premier chapitre présente le **contexte de la recherche**, ce chapitre offre un aperçu exhaustif des dynamiques de changement et des défis auxquels sont confrontés le secteur médico-social et les EHPAD. En décortiquant les facteurs structurels, législatifs, et managériaux qui influencent ces établissements, il pose les bases nécessaires à la compréhension des enjeux stratégiques de la gestion des ressources humaines dans un contexte de transition et de crise.

Ensuite, le deuxième chapitre traite **les fondements théoriques**. L'objectif de ce chapitre est double. Premièrement, il vise à définir et à distinguer les concepts d'implication organisationnelle et professionnelle, en soulignant leur pertinence pour comprendre la relation entre les salariés et leur organisation, notamment dans le contexte spécifique des EHPAD. Deuxièmement, ce chapitre cherche à mettre en lumière la manière dont ces formes d'implication influencent les comportements des salariés, avec un intérêt particulier pour les comportements de retrait tels que l'absentéisme et le turnover.

Le troisième chapitre présente les aspects **méthodologiques de l'étude**. Ce chapitre se structure autour de trois sections principales visant à établir le fondement épistémologique, justifier le choix méthodologique et décrire le déroulement de la recherche. Ce chapitre récapitule l'importance de la méthodologie choisie pour assurer la rigueur et la pertinence de l'étude. Elle souligne comment l'alternance entre phases de terrain et d'analyse enrichit la compréhension des dynamiques à l'œuvre dans les EHPAD, permettant ainsi de répondre de manière éclairée aux questions de recherche posées.

Le quatrième chapitre **analyse et interprète les données collectées**, nous explorons en profondeur les dynamiques organisationnelles et de gestion des ressources humaines (GRH) au sein de quatre Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). À travers une série d'analyses intra-cas, chaque section dédiée à un EHPAD spécifique examine ses processus internes, mettant en lumière le fonctionnement de chaque structure, la division du travail, la coordination des activités, les comportements de retrait, ainsi que la relation au travail et les profils d'implication des salariés. Ces analyses intra-cas seront complétées par une analyse inter cas qui a pour objectif de mettre en lumière les variations des pratiques de gestion des ressources humaines (GRH) dans les EHPAD et de comprendre

comment ces variations influencent l'implication organisationnelle et professionnelle des soignants.

En examinant les contextes spécifiques de chaque établissement, cette analyse vise à :

- Identifier les **facteurs contextuels** qui impactent la gestion des ressources humaines et l'implication des employés.
- Comparer et **contraster les approches** de gestion des ressources humaines dans différents contextes organisationnels.
- Évaluer **l'efficacité des stratégies de GRH** en lien avec l'implication des personnels de santé.

Le cinquième chapitre concerne la **discussion**, il explore l'implication organisationnelle et professionnelle des personnels de santé en EHPAD, analysant leur implication émotionnelle, leur adhésion aux normes, et le difficile équilibre balance coûts/bénéfices à trouver au sein de leur travail. Il discute l'interdépendance entre l'implication professionnelle et organisationnelle et leur impact sur l'absentéisme et le taux de roulement. Ce chapitre identifie également les défis et opportunités pour les recherches futures, suggérant des pistes pour améliorer la gestion des ressources humaines dans les environnements de soins de longue durée. Nous chercherons à identifier des pistes pour les gestionnaires afin de mieux gérer les comportements de retraits, contribuant ainsi à l'amélioration du climat de travail et à la performance globale de l'organisation.

Enfin, la **conclusion générale** fournit un résumé complet de la recherche. Elle comprend les principales idées tirées de l'analyse, les bases du paradigme et de la méthodologie de la recherche, les principaux résultats liés aux objectifs de la recherche, les contributions théoriques, méthodologiques et pratiques de la recherche, des recommandations spécifiques et uniques basées sur les résultats de la thèse et la discussion et, enfin, quelques considérations sur les limites du travail et le champ d'application de la recherche future.

PERTINENCE ET ORIGINALITE DE LA RECHERCHE

La pertinence et l'originalité de cette recherche résident dans son exploration approfondie de l'implication organisationnelle et professionnelle des personnels de santé au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), un secteur sous haute tension qui est confronté à des pressions budgétaires et des défis démographiques sans précédent. L'originalité de notre étude réside également dans son cadre temporel, se déroulant en plein cœur de la crise Covid-19, une pandémie de portée internationale. Cette recherche s'est étendue sur une période exceptionnelle, couvrant les phases « Avant, pendant, et après-Covid », dont les effets pourraient se faire sentir sur une longue durée. Initialement mise en place en 2018, bien avant l'émergence du virus, notre démarche a débuté par l'établissement de relations avec plusieurs directeurs d'EHPAD, et la planification de visites sur site. Toutefois, avec le déclenchement de la pandémie juste au moment où nous prévoyions de commencer notre travail de terrain en 2020-2021, nous avons rencontré des obstacles significatifs, allant de simples retards à l'annulation de certaines de nos études de

terrain. Lorsque nous avons été autorisés à reprendre nos recherches dans certains EHPAD, l'émergence du Covid a exacerbé les problématiques préexistantes au sein de ces établissements, impactant gravement leur personnel. Bien que la crise sanitaire ait représenté un défi initial, elle a, de façon contre-intuitive, approfondi notre analyse, révélant les enjeux spécifiques et préexistants des EHPAD étudiés. Malgré une réduction de notre échantillon initial, l'analyse des établissements que nous avons pu étudier a mis en lumière des problématiques clés et exacerbé des dysfonctionnements tels que l'absentéisme, le taux de rotation du personnel, le désengagement, la perte de sens pour les personnels de santé, ainsi que leurs causes sous-jacentes.

L'analyse s'appuie sur la théorie de Meyer et Allen, offrant un cadre robuste pour comprendre les dynamiques complexes à l'œuvre entre les soignants et leur environnement professionnel dans un contexte de pressions budgétaires et organisationnelles croissantes. La nécessité de « *faire plus et mieux avec moins* », dictée par les pouvoirs publics, confronte les EHPAD à des défis de gestion sans précédent, soulignant l'urgence d'une réflexion approfondie sur l'implication des personnels de santé. Le concept d'implication, défini par Meyer et Allen, offre un cadre théorique pertinent pour aborder les questions de fidélité, de motivation et d'engagement des salariés au sein de leur organisation. La réduction des ressources financières, conjuguée à une demande de soins de plus en plus exigeante, met les EHPAD au centre d'un paradoxe gestionnaire : comment assurer une qualité de service optimale tout en gérant efficacement les contraintes budgétaires ? Cette question, mise en lumière par les travaux de Naro (1998), soulève l'intérêt croissant pour les notions d'implication organisationnelle et professionnelle au sein de ces structures, dans un contexte où la pression budgétaire a des effets notables sur l'implication des salariés.

Les recherches de Subramaniam et Mia (2003), Lau et Chong (2002) ont déjà exploré les relations entre pression budgétaire et implication organisationnelle, mettant en évidence les effets différenciés selon les sources de cette pression. Dans les EHPAD, l'implication du personnel soignant, mise à l'épreuve par des réformes et un contexte institutionnel tendu (Martin et Ramos-Gorant, 2017), est cruciale non seulement pour la qualité des soins apportés aux résidents mais également pour la gestion des risques psychosociaux et le maintien d'un environnement de travail sain. La recherche s'appuie également sur les études de Georgescu et Commeiras (2011) sur la pression budgétaire dans les hôpitaux, et de Minvielle et al. (2008) sur le climat organisationnel, pour proposer une analyse détaillée de l'impact de la pression budgétaire sur l'implication des soignants. Les événements tels que la grève aux "Opalines" en 2017 et le rapport de Monique Ibbora et Caroline Fiat en 2018 illustrent les conséquences du mal-être institutionnel, comme le turn-over élevé et l'absentéisme, et soulignent la nécessité d'une gestion RH efficace.

Cette thèse adopte une approche exploratoire et appliquée pour analyser l'implication organisationnelle et l'implication professionnelle des personnels de santé en EHPAD, s'appuyant sur les travaux de Morin et Renaud (2009) sur le turn-over et de Rousseau (2012) sur l'absentéisme. Elle vise à identifier les facteurs qui influencent ces types d'implications, en tenant compte des spécificités du contexte des EHPAD, telles que les réformes tarifaires, les contraintes budgétaires et les conditions de travail, dans une perspective enrichie par les contributions de Minvielle et al. (2008) sur le climat organisationnel.

L'originalité de cette thèse vient aussi de son approche interdisciplinaire, croisant les perspectives de la gestion des ressources humaines, de la psychologie du travail et de la sociologie des organisations, pour offrir une compréhension holistique des enjeux d'implication

dans les EHPAD. En s'appuyant sur les cadres théoriques établis par Bentein, Vandenberghe, et Stinglhamber (2005), ainsi que Tett et Meyer (1993), ce travail ambitionne de contribuer significativement aux connaissances existantes et d'apporter des recommandations pratiques pour les gestionnaires d'EHPAD. Cette thèse ambitionne d'apporter une contribution originale en articulant la théorie de l'implication organisationnelle et professionnelle à l'analyse des pratiques managériales au sein des EHPAD. Elle vise à démontrer comment les principes du NMP, en promouvant une logique de gestion inspirée du secteur privé, interagissent avec les valeurs propres au secteur de la santé et du médico-social. À travers une étude approfondie des dispositifs de gestion, nous examinerons leur impact sur l'implication des personnels de santé et leur capacité à répondre aux défis posés par le vieillissement de la population et la complexification des besoins en soin.

En adoptant une démarche empirique, appuyée sur des études de cas et des analyses qualitatives, notre travail entend révéler les paradoxes et les tensions engendrés par l'application des principes du NMP dans un secteur fortement imprégné d'une logique de service public. En mettant en lumière les stratégies d'adaptation et de résistance des professionnels, cette recherche propose de repenser les modèles de gestion en EHPAD, en vue de promouvoir une implication durable et significative des personnels, essentielle à la qualité de l'accompagnement des personnes âgées.

Ainsi, notre thèse se positionne à l'intersection de plusieurs domaines critiques – gestion des ressources humaines, théorie organisationnelle, et études sectorielles spécifiques aux EHPAD – pour éclairer les enjeux de l'implication des personnels de santé dans un environnement en constante évolution. Elle s'efforce de répondre à un besoin urgent de solutions concrètes face aux défis imposés par les politiques de Nouveau Management Public, avec pour objectif ultime d'améliorer le bien-être des soignants et des soignés au sein des EHPAD. Ce faisant, elle aspire à mettre en lumière les défis et opportunités liés à l'implication des personnels de santé en EHPAD, en se focalisant sur les liens entre conditions de travail, pratiques de gestion des ressources humaines et l'implication des salariés, dans le but d'améliorer la qualité des soins et de renforcer le bien-être au travail.

En définitive, le travail de recherche contribue au débat sur l'avenir des EHPAD en France, en proposant des pistes de réflexion et d'action pour les décideurs politiques, les gestionnaires d'établissements et les professionnels de santé, afin de concilier efficacité gestionnaire et qualité du soin dans le respect des valeurs humaines et professionnelles qui sont au cœur du métier soignant. Il s'inscrit dans la lignée des travaux de Meyer et Allen sur l'implication, tout en intégrant les analyses critiques de Hood (1991), Bezes et Demarière (2011), ainsi que les perspectives de Bartoli et Chomienne (2007) sur les transformations des organisations publiques sous l'effet du NMP, offrant ainsi une vision renouvelée et contextualisée de l'implication des personnels dans les EHPAD.

INTERET THEORIQUE ET PRATIQUE DE LA RECHERCHE

Cette étude s'inscrit à l'intersection de la théorie et de la pratique, cherchant non seulement à enrichir la littérature académique sur l'implication des personnels de santé en contexte d'EHPAD, mais également à fournir aux gestionnaires des outils pratiques pour mieux comprendre et influencer positivement cette implication. Théoriquement, elle répond à un

besoin de clarification des liens entre implication organisationnelle et professionnelle, ainsi que de leurs effets sur les comportements de retrait, dans un contexte spécifique et sous-exploité dans la littérature existante. Elle vise à identifier les causes de la diminution de l'implication et de l'augmentation de l'absentéisme et du turnover, en évaluant l'impact des changements organisationnels liés au Nouveau Management Public (NMP) et ses réformes sur les EHPAD.

Sur le plan théorique, nous explorons la dynamique complexe entre l'implication organisationnelle et professionnelle des aides-soignants (AS) et des infirmiers diplômés d'État (IDE) travaillant en EHPAD. La théorie de l'implication organisationnelle de Meyer et Allen (1991), envisage l'implication comme un prédicteur clé des comportements de retrait et de la performance au travail. Notre recherche vise à déceler les interactions potentielles entre les différentes formes d'implication et leur effet sur les comportements de retrait, un enjeu peu abordé dans les études précédentes se focalisant sur les secteurs de la santé. En s'appuyant sur les travaux de Meyer et Allen, ainsi que sur des études récentes (Martin et Ramos-Gorand, 2017; Pascual, 2013), ce travail cherche à mettre en lumière les spécificités de l'implication dans le contexte des EHPAD, offrant ainsi de nouvelles perspectives sur les stratégies de gestion du personnel dans ce secteur. Son intérêt réside dans son approche théorique novatrice, qui dépasse le cadre des variables traditionnellement étudiées pour adopter une perspective centrée sur l'individu. Inspiré par les travaux de Biétry (2012), Gellatly et al. (2006), ainsi que Meyer et al. (2002), ce changement de paradigme permet d'aborder avec finesse la complexité des états psychologiques des employés et de leurs interactions. L'orientation choisie ouvre ainsi la voie à une compréhension plus riche et globale des mécanismes d'implication, soulignant l'importance de considérer les aspects multidimensionnels et contextuels de l'implication dans les environnements de soins spécialisés.

D'un point de vue pratique, l'intérêt de cette recherche est d'offrir aux gestionnaires d'EHPAD des outils concrets pour comprendre et améliorer l'implication de leurs équipes. Face aux défis posés par l'absentéisme et le turnover, particulièrement prégnants dans le secteur des soins aux personnes âgées, cette étude se propose d'identifier les leviers d'action susceptibles de renforcer l'implication du personnel.

En outre, cette thèse se distingue par son exploration des effets des changements organisationnels induits par le Nouveau Management Public (NMP) sur l'implication des personnels de santé. Elle cherche à apporter un éclairage nouveau sur la manière dont les pratiques managériales, adaptées aux besoins et attentes des employés en EHPAD, peuvent favoriser une meilleure implication. L'approche innovante par profils d'implication offre aux gestionnaires un outil d'analyse précieux, leur fournissant des clés de lecture spécifiques pour agir efficacement sur la relation employé/organisation. Le travail s'inscrit également dans la continuité des recherches de Jaros (1997), Meyer et Herscovitch (2001), Gellatly et al. (2006), et Johnson et al. (2009), qui ont exploré la diversité des hypothèses autour des dimensions d'implication et leur impact sur les comportements organisationnels. En se focalisant sur le contexte des EHPAD, cette recherche ambitionne de démontrer comment les différents profils d'implication influencent les comportements de retrait, tels que le turnover et l'absentéisme, contribuant ainsi à une gestion des ressources humaines plus adaptée et efficace, capable de renforcer l'implication et la fidélité des personnels de santé. Par conséquent, la pertinence de cette recherche se manifeste à travers son potentiel à fournir des stratégies de gestion des ressources humaines innovantes et adaptées, destinées à améliorer l'efficacité organisationnelle et à promouvoir un environnement de travail plus engageant pour les professionnels de soin en EHPAD.

Cette recherche porte ainsi une double contribution. D'une part, elle avance les connaissances académiques en explorant les profils d'implication des personnels soignants dans un contexte de soin aux personnes âgées, un domaine jusqu'alors peu étudié dans la littérature en GRH. D'autre part, elle vise à améliorer concrètement les pratiques de gestion des ressources humaines en EHPAD, en fournissant des recommandations utiles pour le management et le leadership. À travers l'identification des différents profils d'implication (affective, normative, et calculée) et l'analyse de leur impact sur le comportement au travail, cette étude propose des stratégies de gestion innovantes, susceptibles de renforcer l'implication et la fidélité des personnels de santé.

En définitive, cette thèse ambitionne de contribuer significativement à la littérature sur l'implication organisationnelle dans le secteur des soins aux personnes âgées. En mettant en lumière les spécificités de l'implication des personnels soignants en EHPAD et en explorant les implications pratiques pour la gestion et le leadership dans ces établissements, cette recherche ouvre la voie à des pratiques de gestion des ressources humaines qui favorisent un environnement de travail à la fois soutenant et engagé. Par cette démarche, nous aspirons à améliorer la qualité de vie au travail des soignants, et par ricochet, celle des soignés, contribuant ainsi à un meilleur fonctionnement global des EHPAD.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET QUESTION DE RECHERCHE

Dans un paysage sanitaire et social en constante évolution, marqué par une pression démographique croissante et une pandémie mondiale sans précédent, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) se trouvent confrontés à des défis majeurs. La gestion des ressources humaines au sein de ces établissements revêt une importance critique, face à des problématiques telles que l'absentéisme élevé et le turnover du personnel de santé, exacerbées par la crise sanitaire Covid-19. Ces enjeux soulignent non seulement l'urgence de revisiter les pratiques managériales existantes mais aussi de développer de nouvelles approches pour améliorer la rétention et le bien-être du personnel. Dans ce contexte complexe, l'implication organisationnelle et professionnelle émerge comme une piste prometteuse pour répondre à ces défis. Toutefois, malgré l'abondance de recherches sur l'implication dans les sciences de gestion, son rôle spécifique dans le management de la santé, et plus particulièrement au sein des EHPAD, reste peu exploré. L'absentéisme et le turnover du personnel soignant, en plus de leurs coûts directs, peuvent compromettre la qualité des soins apportés aux résidents et la performance globale de ces établissements.

L'objectif de cette thèse est de combler cette lacune en explorant en profondeur comment l'implication, à la fois organisationnelle et professionnelle, selon le modèle à trois composants développé par Meyer et Allen (1991), influence les comportements de retrait du personnel de santé dans les EHPAD. Ce cadre théorique distingue l'attachement affectif, l'obligation normative et l'implication calculée comme les principales dimensions de l'implication organisationnelle, offrant ainsi un outil analytique puissant pour examiner les motivations profondes derrière l'implication des employés.

Quel est le rôle joué par l'implication, organisationnelle et professionnelle au regard des comportements de retrait des personnels de santé en EHPAD ?

Cette problématique se décline en quatre questions de recherche :

Premièrement, cette recherche s'attachera à comprendre comment **l'implication organisationnelle est perçue et vécue par les aides-soignants et les infirmiers** travaillant en EHPAD. Cette question cherche à explorer la perception et l'expérience de l'implication organisationnelle parmi le personnel de santé, afin d'identifier les facteurs qui contribuent à leur implication envers l'organisation.

Deuxièmement, l'étude examinera l'expérience de **l'implication professionnelle parmi ces mêmes personnels**, en considérant l'attachement au métier et à la profession comme des facteurs clés influençant le bien-être au travail et la loyauté envers l'établissement. L'objectif est de comprendre comment l'attachement au métier et à la profession influence le bien-être au travail et la loyauté envers l'établissement.

Troisièmement, la recherche analysera **comment l'implication professionnelle impacte l'implication organisationnelle et vice versa**, en mettant en lumière les interactions et les dynamiques entre ces deux formes d'implication. Cette analyse permettra de comprendre comment elles se renforcent mutuellement et influencent les comportements de retrait, s'appuyant sur le modèle théorique de Meyer et Allen (1991).

Enfin, nous étudierons **les effets combinés de l'implication organisationnelle et professionnelle sur l'absentéisme et le taux de turnover**, en quête de pistes d'action concrètes pour les gestionnaires d'EHPAD. Enfin, cette recherche examine l'impact combiné de l'IO et de l'IP sur des indicateurs clés tels que l'absentéisme et le turnover, avec pour objectif de dégager des pistes d'action pour les gestionnaires d'EHPAD.

À travers une démarche méthodologique rigoureuse et une analyse approfondie, et une approche multidisciplinaire, elle vise à éclairer les pratiques managériales susceptibles de favoriser un environnement de travail impliquant et satisfaisant pour le personnel de santé, contribuant ainsi à améliorer la qualité des soins et la performance organisationnelle des EHPAD.

PARADIGME ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéressons aux dynamiques internes des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), avec une attention particulière portée à l'implication organisationnelle et professionnelle de leur personnel soignant. Notre recherche adopte une démarche qualitative, s'inscrivant dans une

posture interprétativiste. Cette orientation méthodologique reflète notre implication à comprendre en profondeur les perceptions et expériences des soignants, reconnaissant la complexité des interactions et des réalités sociales telles qu'elles se manifestent au sein de ces structures. Le choix de cette approche est guidé par notre volonté d'explorer ces dynamiques à travers le prisme du cadre théorique sur l'implication organisationnelle développé par Meyer et Allen (1991, 1997). Ce cadre sert de fondement à notre étude, permettant d'éclairer les **différents degrés d'implication des soignants dans leur environnement professionnel**. Notre recherche est enrichie par l'utilisation d'observations ethnographiques et d'entretiens semi-directifs, inspirés respectivement par les travaux fondateurs de Malinowski (1922) et Geertz (1973), ainsi que par les méthodologies d'entretien développées par Kvale (1996) et Patton (2002). Ces méthodes nous permettent de capter la **réalité vécue au quotidien dans les EHPAD**, offrant une perspective détaillée des routines, pratiques, et interactions qui caractérisent le travail des soignants. La pandémie de Covid-19 a introduit des défis méthodologiques supplémentaires, nécessitant une adaptabilité et une flexibilité accrues dans notre approche de la recherche menée sur cette période. Conformément à Hammersley et Atkinson (2007), nous avons ajusté notre méthodologie pour surmonter les contraintes imposées par le contexte sanitaire, tout en maintenant une rigueur scientifique et une pertinence dans la collecte des données. En outre, la conduite éthique de cette recherche est au premier plan de nos préoccupations, guidée par les principes établis par Ellis (2007). Nous veillons à ce que la confidentialité, le consentement éclairé, et le bien-être des participants soient scrupuleusement respectés tout au long de notre étude.

L'orientation interprétativiste de notre étude repose sur la prémisse que la réalité sociale est subjectivement construite par les individus. Inspirée par les travaux de Weber (1949) sur la sociologie compréhensive, de Geertz (1973) concernant l'interprétation des cultures, et Blumer (1969) sur l'interactionnisme symbolique, cette approche met en exergue l'importance de **décrypter les significations attribuées par les personnels de santé à leurs expériences et interactions**. Notre recherche explore en profondeur comment ces significations influencent leur comportement et bien-être, ainsi que leur degré d'implication au sein de l'organisation. Le choix des méthodes qualitatives, et plus spécifiquement des entretiens semi-directifs et des observations ethnographiques, s'aligne avec les recommandations de Schwandt (1994) et de Denzin et Lincoln (2005) pour une collecte de données nuancée et riche.

Cette méthodologie, appuyée par une approche inductive au sens de Thomas :

« The primary purpose of the inductive approach is to allow research findings to emerge from the frequent, dominant, or significant themes inherent in raw data, without the restraints imposed by structured methodologies » (Thomas, 2006, p. 238), s'avère particulièrement pertinente pour notre étude.

En effet, cette recherche se veut être exploratoire à partir des observations et des entretiens avec les professionnels en EHPAD. En nous plongeant dans les perceptions et vécus des soignants, cette approche nous permet d'offrir une vue d'ensemble des divers profils d'implication et des dynamiques d'implication au sein des EHPAD, ainsi que les éléments qui impactent les dimensions de l'implication.

Utiliser l'approche inductive nous aide à identifier et comprendre les nuances des comportements et des attitudes sans les préconceptions apportées par des hypothèses

préformées. Cette approche est donc idéale pour explorer un nouveau concept tel que le profil d'implication avec des méthodes qualitatives. Cela permet d'explorer des terrains moins connus et de découvrir de nouvelles théories qui pourraient ne pas émerger dans une approche plus restrictive ou hypothético-déductive. La nature exploratoire de notre étude est cruciale car elle mobilise pour la première fois le concept de profil d'implication dans le contexte spécifique des EHPAD en utilisant des méthodes qualitatives. Les entretiens détaillés et l'observation directe fournissent une richesse de données qui peuvent révéler des aspects inattendus de l'implication professionnelle et organisationnelle, permettant ainsi de construire une compréhension plus complète et nuancée de ces phénomènes au sein de cette population spécifique.

Notre recherche, en s'appuyant sur un cadre interprétatif solide, entend apporter une contribution significative à la littérature sur la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé à dominante quantitative. Par l'analyse empathique et approfondie des expériences vécues par les personnels de santé, cette étude aspire à enrichir notre compréhension des mécanismes d'implication organisationnelle et professionnelle, tout en suggérant des pistes d'amélioration pour les pratiques managériales en EHPAD. Les fondations théoriques de notre démarche, ancrées dans les contributions de Weber (1949), Geertz (1973), et Blumer (1969), offrent une perspective enrichissante pour naviguer à travers les complexités des dynamiques en jeu, avec l'espoir d'inspirer des changements positifs au sein de ces structures essentielles à notre société.

La méthode qualitative favorise l'établissement d'une relation de confiance entre le chercheur et les participants. Pour gagner cette confiance, nous avons mis en œuvre plusieurs stratégies. Tout d'abord, nous avons commencé chaque entretien par une phase de mise en confiance, où nous discutons de sujets moins sensibles pour mettre les participants à l'aise. Cette approche initiale a aidé à créer un environnement de dialogue ouvert et respectueux. De plus, nous avons été transparents concernant les objectifs de notre recherche et les procédures employées. Avant les entretiens, les participants étaient informés des buts de l'étude, de la durée prévue des entretiens, et des modalités d'enregistrement. Nous nous sommes également engagés à fournir une synthèse des résultats pour que les participants comprennent comment leurs contributions seraient utilisées. Cette transparence a renforcé la confiance et a encouragé les participants à partager des informations plus détaillées et personnelles. Enfin, l'écoute active a été une composante essentielle de notre méthode. En pratiquant une écoute attentive et en répondant de manière empathique, nous avons pu valider les expériences et les perspectives des participants, renforçant ainsi leur engagement dans le processus de recherche. Les questions ouvertes et les relances judicieuses ont permis d'obtenir des réponses riches et détaillées, cruciales pour notre analyse qualitative.

Nous avons également pris des mesures rigoureuses pour protéger la confidentialité des informations recueillies. Toutes les données collectées au cours des entretiens ont été anonymisées afin de préserver l'identité des participants. Cela implique que tous les identifiants personnels susceptibles de révéler l'identité des participants ont été supprimés ou modifiés dès la phase de transcription des entretiens. De plus, avant de commencer la collecte des données, un contrat de confidentialité a été signé avec les établissements participants. Ce contrat garantissait que toutes les informations fournies seraient traitées avec le plus haut degré de confidentialité et utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche. Cela a aidé à renforcer la confiance entre le chercheur et les participants, assurant que leurs contributions seraient manipulées avec soin et respect, et contribuant ainsi à la volonté des participants de partager des informations sensibles et détaillées essentielles pour la profondeur et la validité

de notre étude qualitative. Ces stratégies combinées ont non seulement facilité l'accès à des données de haute qualité mais ont également permis d'apprendre de l'intérieur des réalités complexes et souvent confidentielles des EHPAD.

La pandémie de Covid-19 a profondément bouleversé le monde, y compris le domaine de la recherche en sciences sociales et en gestion des ressources humaines. Les restrictions sanitaires et les défis inédits qu'elle a imposés ont souligné la nécessité d'une approche méthodologique flexible et innovante, en particulier dans le cadre des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Cette thèse reconnaît et relève ces défis, illustrant la capacité de la recherche à s'adapter et à innover face à une crise sanitaire sans précédent. La situation exceptionnelle a exigé des adaptations significatives pour surmonter les obstacles liés aux restrictions de déplacement et aux mesures de distanciation sociale. L'application de mesures de protection sanitaire strictes lors des visites sur site et une planification flexible des rencontres ont été indispensables pour maintenir la continuité de la collecte de données. Cette réactivité et cette capacité d'innovation méthodologique ont non seulement permis de relever les défis posés par la pandémie mais ont également mis en évidence l'importance de la résilience dans la recherche qualitative. Face à l'incertitude et au changement constants, notre approche a démontré qu'il est possible de mener à bien des recherches approfondies et significatives, contribuant ainsi de manière importante à notre compréhension des impacts de la Covid-19 sur le travail et l'implication des personnels dans les EHPAD.

En conclusion, notre étude apporte une contribution significative à la compréhension de l'implication organisationnelle et professionnelle des personnels de santé en EHPAD, dans un contexte perturbé par la pandémie. En mettant en évidence les nuances des expériences vécues par ces professionnels. Cette étude souligne l'importance d'une approche empathique et approfondie pour saisir les nuances de l'implication des personnels soignants, offrant ainsi une base solide pour les recherches futures et pour le développement de pratiques managériales améliorées au sein de ces établissements essentiels. Cette recherche souligne également l'importance d'une approche qualitative et flexible, capable de s'adapter aux défis méthodologiques posés par les crises sanitaires, tout en apportant des éclairages précieux pour améliorer les pratiques de gestion des ressources humaines dans les EHPAD.

CONCEPTION DE LA RECHERCHE

La figure ci-dessous illustre la structure et le plan de la recherche. Il comprend l'introduction générale, les 3 parties qui sont : la revue de littérature, le cadre méthodologie, les résultats avec les sections à couvrir, et la conclusion générale. Elle figure l'explication donnée en début de chapitre dans l'objectif de plonger immédiatement le lecteur dans le déroulé de la recherche.

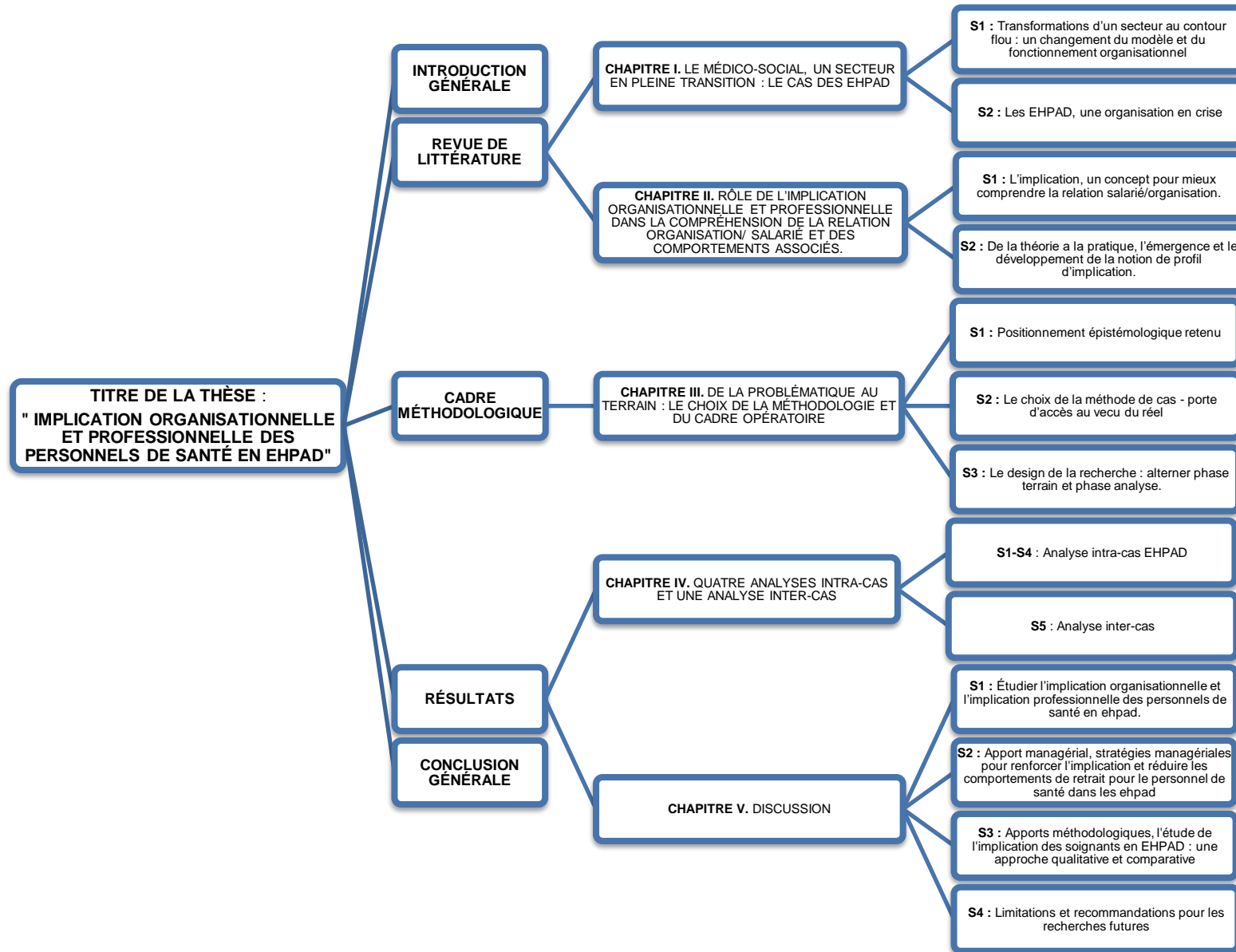


Figure 1 : La conception de la recherche



Chapitre I. LE MEDICO-SOCIAL, UN SECTEUR EN PLEINE TRANSITION : LE CAS DES EHPAD

Historiquement, le secteur médico-social qu'on peut situer « *entre le sanitaire et le social* » s'est construit au XX^{ème} siècle dans un rapport de force entre les religieux, les familles, les partis politiques, les associations et l'État, les professions de médecins, le secteur sanitaire et les sciences humaines. Depuis plusieurs années, ce secteur est traversé par de nombreuses transformations qui mènent vers une remise en question des modes d'organisation et de fonctionnement illustrés par l'apparition des contraintes réglementaires ou financières imposant à celles-ci de faire face rapidement à de nouveaux enjeux.

I.1. Transformations d'un secteur au contour flou : un changement du modèle et du fonctionnement organisationnel

Le secteur du médico-social a été confronté ces dernières années, à de nombreuses réformes, aussi bien législatives, managériales qu'identitaires. La réduction des coûts et l'amélioration de la qualité des prestations sont les deux objectifs prioritaires poursuivis par les réformes menées par les gouvernements successifs (Beaucourt, 2011). Ces mutations sont venues fragiliser ce secteur à l'identité et aux contours incertains. Ces évolutions sont dues à l'ajustement des politiques publiques face aux nouveaux objectifs de politiques budgétaires menées par de nombreuses réformes managériales et législatives. Dans ce contexte, il est donc essentiel de bien cerner les évolutions qui ont affecté le secteur du médico-social pour comprendre les enjeux et les défis auxquels ce secteur est confronté, ainsi que les conséquences de ces évolutions sur les usagers, les professionnels et les établissements concernés.

Gaël Coron (2017) s'est interrogé sur le devenir du secteur du médico-social, il a formulé plusieurs hypothèses. En tenant compte de ces transformations récentes, il a émis 3 scénarios : un affaiblissement général de la notion de secteur susceptible de remettre en question le médico-social, une (ré) intégration du médico-social dans le sanitaire ou enfin une légitimation du secteur médico-social comme secteur à part entière.

L'énoncé de ces différents scénarios nous montre que le secteur du médico-social est toujours en quête d'une identité propre. Cette instabilité identitaire a de fortes répercussions sur la lisibilité de ce secteur que ce soit pour le public accueilli, les acteurs, les statuts et notamment le devenir des Établissements et Services sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) dont font partie les Établissements d'Hébergement pour Personne Âgée dépendante (EHPAD).

I.1.1. Le secteur médico-social : histoire et évolution

A l'origine, le mot « *secteur* » est indissociable de sa dimension spatiale et c'est avec son adaptation par les sciences sociales et notamment l'analyse du passage de la société industrielle à la société post-industrielle, que ce terme acquiert le sens de « *secteur d'activité* » (primaire, secondaire et tertiaire). C'est lors de la formulation d'un « *secteur d'intervention* » par les autorités publiques que les sciences sociales ont parlé de la transformation d'un

secteur d'activités en secteur d'action publique (Lehmbruch, 2001, p. 24-31). Initié par Muller, à partir de ses recherches sur l'agriculture (1984) et l'aéronautique (1989), le développement de cette notion de secteur a permis de définir les fondements du « *modèle français de politiques publiques* » et de pouvoir comprendre les raisons et les causes des transformations des différents secteurs.

La notion de secteur est employée par les politiques publiques, les acteurs eux-mêmes et les auteurs en sociologie ou en sciences politiques. Dans les sociétés traditionnelles, le territoire a une dimension identitaire importante et permet de structurer les rapports sociaux ; dans les sociétés modernes celle-ci renvoie à la division du travail social, particulièrement la professionnalisation des rôles sociaux qui entraîne le passage d'une logique horizontale (ou territoriale) à une logique verticale (ou sectorielle) (Coron, 2017).

Le secteur qu'on peut aussi entendre dans le sens de la sectorisation de l'action publique désigne :

« le résultat d'un processus d'acquisition, par l'État, de compétences sur un problème donné, et de légitimité à y exercer son autorité » (Baraize, 1996, p 109).

Les auteurs en sciences politiques et notamment Pierre Muller définissent le secteur comme :

« une structure verticale des rôles sociaux (en général professionnels) qui définit ses règles de fonctionnement, de sélection des élites, d'élaboration de normes et de valeurs spécifiques, de fixation de ses frontières, etc. » (Muller, 1990).

Ces auteurs veulent définir et comprendre la relation entre les acteurs étatiques et les différents groupes qui composent le secteur. C'est sous cet angle nous allons aborder la notion de secteur du médico-social. Selon Pierre Muller, il est sûr que les « *frontières* » du secteur ainsi que la définition des activités qui en font partie constituent un enjeu pour les différents acteurs qui participent à la définition et la mise en œuvre de la politique concernée.

Pour lui, la notion de secteur sert davantage à se poser des questions qu'à obtenir des réponses toutes faites :

« le véritable enjeu scientifique consiste à identifier les modalités de constitution de la relation entre la politique et le milieu social concerné » (Muller, 2005, p.180).

En tenant compte de ce point de vue, on peut considérer comme Bousquet, Jacquot et Ravinet (2004) que l'existence d'un secteur dépend de 3 dimensions : la dimension liée aux intérêts, la dimension institutionnelle et la dimension cognitive.

La dimension liée aux intérêts correspond à un ensemble d'acteurs qui expriment des intérêts spécifiques. Elle peut aussi bien concerner des groupes sociaux bien identifiés (enseignants, policiers, soignants, ...) que des acteurs plus dispersés dont le regroupement en secteur devient plus problématique. Il peut arriver, dans certains cas, que plusieurs acteurs entrent en compétition pour la domination du secteur. Muller (2010) explique que la dimension des intérêts de conflits ou de pouvoir est essentielle pour comprendre les logiques en action et mise en œuvre au sein d'un secteur et donc dans la politique considérée. Une dimension liée aux intérêts, constituée par un ensemble d'acteurs individuels ou collectifs, publics ou privés, professionnels ou profanes et qui rassemble les principales logiques d'action à l'œuvre au sein du secteur.

La dimension institutionnelle précise la division du travail administratif telle qu'elle est mise en place dans un ensemble d'organisations, d'établissements de ministères ou autres qui vont donner de la « *consistance* » (Muller, 2010) aux relations entre les acteurs du secteur tout en figeant les configurations de pouvoir. Elle repose sur des règles, des procédures et des instruments spécifiques qui organisent les relations entre les acteurs notamment lors de la mise en œuvre des budgets, des choix organisationnels, des outils et des techniques.

La dimension cognitive expose la vision du problème et des solutions telle qu'elle a été construite par les acteurs dominant le secteur et telle qu'elle s'est imposée sous forme de diagnostics, d'algorithmes mais aussi de valeurs et de normes qui vont donner sens à l'action publique dans un domaine. On y retrouve, les notions de paradigme, de référentiel ou encore de cadres cognitif et normatif. C'est la vision qu'ont les acteurs de cet environnement, de ses frontières et de ce qui s'y applique ou devrait s'y appliquer en termes d'action publique.

Cette logique de sectorisation de l'action publique vient du fait que la constitution d'un savoir efficace pour s'occuper d'un problème passe par la mobilisation d'experts, eux-mêmes spécialisés et qui vont revendiquer une légitimité dans le domaine concerné et exclure des experts concurrents. Cela va créer un monopole d'expertises qui va se traduire concrètement par une forme de spécialisation institutionnelle qui exprime l'état des rapports de leadership dans le secteur. Le recours à la notion de secteur pour identifier une politique, examiner ses frontières et en préciser les principales caractéristiques est très fréquent dans la recherche. La mobilisation de la notion de secteur permet, avant tout, de mieux expliquer certaines transformations menées par l'action publique (Jacquot et Halpern, 2015).

La notion de secteur a une double utilité, définir une identité professionnelle et un champ d'activité des pouvoirs publics. L'utilisation de la notion de secteur a été unanimement reconnue aussi bien par le terrain que par les chercheurs. Le terme médico-social renvoie à un secteur hybride. Pour les acteurs professionnels, les administratifs et les politiques publiques, cette dualité rend difficilement identifiable ce qui relève ou non de ce secteur.

Le secteur médico-social est un enjeu social important au vu du nombre de personnes concernées : 505 273 personnes en situation de handicap et 601 304 personnes âgées dépendantes sont accueillies en établissements ou bénéficient de services à domicile (CNSA, 2021).

I.1.1.1. Le Médico-social, un secteur à l'identité fragile

Le secteur du médico-social français est le produit de la combinaison de trois logiques : l'aide, l'action et la sécurité sociale. Ce secteur a été créé par la loi du 30 juin 1975. Il marque sa séparation avec le secteur sanitaire. Il est entièrement réaménagé par la loi du 2 janvier 2002 et complété par une nouvelle gouvernance mise en place par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009. À la suite de ces nombreuses interventions, on pourrait penser que ce secteur a été clairement défini et encadré, ce qui n'est pas le cas. Ce secteur représente un nombre d'établissements très important, différentes modalités de financement, des tarifications diverses et un accompagnement fondé sur le projet de vie.

A chaque secteur correspond plus ou moins une politique publique. Pour qu'il y ait un secteur, il faut que celui-ci soit doté de règles formelles ou informelles, une « élite » qui caractérise le secteur mais également un certain nombre de notions et d'idées partagées entre ces acteurs.

Ce sont ces valeurs et cette identité qui permet d'identifier les frontières avec les autres secteurs et notamment celles avec le sanitaire. Pour que le médico-social soit considéré comme un secteur à part entière, il faut une identification claire au sein des politiques publiques. Cependant, historiquement de nombreux éléments ont pesé sur la difficulté d'identifier le médico-social en tant que notion mobilisable par les professionnels de ce secteur.

Le problème du secteur du médico-social est cette quête perpétuelle d'une identité propre. Coron (2017) l'a clairement démontré en donnant 3 éléments qui ont historiquement pesé sur la difficulté d'identifier le médico-social : la place des acteurs non étatiques, la difficulté pour le secteur de se découper en sous-secteurs bien autonomes (comme la dépendance, le handicap) et le partage des compétences entre les collectivités locales (les départements et les régions) et l'administration étatique.

Par son l'histoire, de sa création à son développement, ce secteur est composé d'acteurs qui relèvent aussi bien du public que du privé. Cette situation a été rappelée par Robert Lafore (2010). A l'origine, c'est sous forme caritative - par la famille, les associations ou encore par l'Église, que l'initiative privée a précédé celle de l'État en ce qui concerne certaines catégories de population qui aujourd'hui sont concernées par les politiques médico-sociales. Au cours du XX^{ème} siècle, c'est la forme associative qui est la forme juridique qui domine et la notion du « *prendre soin* » qui est prépondérante. Ce mouvement associatif est né du constat que l'État ne peut pas pourvoir à tous les besoins. Actuellement, bien que l'offre du privé reste importante, la réalité diffère selon le public accueilli (CNSA, 2017).

Au sein du secteur du médico-social, les associations restent des acteurs indispensables « Les associations sont, en quelque sorte, le second pilier de la décentralisation une sorte de « décentralisation fonctionnelle » : elles s'accordent avec les logiques locales qui sont souvent indispensables à la légitimité des interventions ; elles disposent d'une grande souplesse d'adaptation pour aménager en continu le contenu de l'offre ; elles accueillent, du fait de leur malléabilité, les innovations et les innovateurs qui s'engagent dans une course sans fin entre les formes établies et les nouveautés de l'action sociale. » (Lafore, 2010, p.67).

L'aménagement des institutions, des services et des modes de financement en fonction des populations complique également l'identification du secteur médico-social. La différenciation des publics accueillis sert de frontières pour délimiter la compétence des institutions. En effet, les établissements médico-sociaux accueillent deux populations principales : les personnes en situation de handicap et les personnes âgées dépendantes. Cette distinction s'est construite grâce aux évolutions historiques et institutionnelles. En effet, lorsque la question de la dépendance s'est posée durant les années 70 jusqu'à son institutionnalisation dans les années 2000, l'utilisation de ce terme pour les personnes porteuses de handicap est écartée. Cette décision est spécifique à la France.

Cette catégorisation du public renvoie également à des enjeux professionnels. C'est à l'occasion de cette spécialisation qu'est apparue la gériatrie comme spécialité médicale.

Selon Thomas Frinault « c'est (...) dans le champ gériatrique que la « dépendance » émergea au cours de la décennie 1970. Nous avons alors affaire à un travail d'étiquetage réalisé par des médecins, réfléchissant sur les difficultés posées par les patients âgés dans les structures hospitalières ». (Frinault, 2014, p. 76)

Ces fragmentations entre ces populations ont un effet sur les personnes et leur prise en charge. Les institutions, les procédures, les instruments d'évaluation des personnes, les parcours des professionnels sont en partie différents. En ce sens, la politique de la dépendance et celle du handicap sont en partie autonomes.

Cette hybridation du secteur se retrouve également au travers du partage des compétences entre l'État et les conseils départementaux. L'État a la responsabilité de la politique de santé, il est présent sur les différents territoires via les ARS (Agences Régionales de Santé). Quant au conseil départemental celui-ci :

« définit et met en œuvre la politique d'action sociale en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de Sécurité sociale ; il coordonne les actions menées sur le territoire qui y concourent ».
(Article 49 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004).

Chaque établissement relevant du médico-social est habilité à fonctionner en vertu d'un arrêté passé entre Agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental d'autorisation d'activité pour une durée de 15 ans. Ces établissements doivent aussi mener des évaluations internes tous les cinq ans et des évaluations externes menées par un organisme habilité par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Selon le rapport rendu, les autorités décideront s'ils autorisent ou non le renouvellement de l'autorisation de l'établissement social et médico-social (ESSMS). Ce fonctionnement a conduit à un partage du contrôle et du financement des établissements, entre les conseils départementaux et les ARS.

En plus d'une histoire riche et fluctuante, depuis les années 1990, d'importantes réformes ont touché l'action sociale et le système de santé conduisant à un rapprochement avec le secteur sanitaire.

I.1.1.2. Le secteur du médico-social, à la croisée de plusieurs cultures, le rapprochement du sanitaire

Au fil du temps, le médico-social et le sanitaire se sont construits l'un par rapport à l'autre, fluctuant entre rapprochement et séparation. Au tout début, ces deux secteurs ont été séparés selon les besoins des personnes.

Tableau 1 : Évolution du secteur médico-social (Coron, 2017)

Évolution du secteur médico-social : quelques points de repères législatifs

1975 : Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Généralise l'exigence d'encadrement professionnel et établit le régime juridique des établissements.

1983 : Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. Elle modifie la répartition des compétences dans le champ médico-social au profit du département.

2001 : Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Institue notamment l'allocation personnalisée d'autonomie perceptible aussi bien à domicile qu'en établissement.

2002 : Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle renforce la planification, transforme les régimes d'autorisation et d'habilitation et généralise l'exigence d'évaluation.

2005 : Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées instituant notamment les maisons départementales du handicap (MDPH). Elle crée la prestation compensatrice du handicap (PCH).

2009 : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle crée notamment les agences régionales de santé (ARS) compétentes sur le sanitaire et le médico-social et généralise l'appel à projets.

2015 : Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Instaure un financement au forfait des établissements dans les champs de la dépendance, rénove la contractualisation et crée les conditions d'un pilotage par les ressources et non plus par les dépenses.

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 a consacré la séparation entre le social et le sanitaire. Cette loi a ordonné pour la première fois l'offre sociale et médico-sociale comme un ensemble autonome et homogène. Le vote de cette loi va permettre de débiter le développement du secteur social et médico-social. L'article 1 de cette loi définit les institutions sociales ou médico-sociales, tous les établissements publics ou privés qui « *à titre principal et d'une manière permanente (...) hébergent des personnes âgées* ». A l'occasion de cette loi, les compétences sont partagées que ce soient lors de la création, la transformation, la suppression des établissements et le système de tarification. Le financement du sanitaire relève des compétences de l'État alors que le secteur du médico-social dépend celui du Conseil général. Cette séparation crée un cloisonnement qui va contraindre la coordination des modes de prise en charge et des difficultés importantes à suivre le parcours de la personne.

Dans le secteur social, l'article 36 de la loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002 a inséré dans le code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) l'article L. 313 instaurant les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Cet article concerne les gestions budgétaire, comptable et financière et les modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Il a pour objectif de permettre aux tutelles de mieux contrôler les coûts des établissements qu'elles financent. Ce texte de loi a permis de mettre en place des outils de planification de l'offre, de la gouvernance par le projet d'établissement, le livret d'accueil ou le contrat de séjour et surtout a rendu obligatoire l'auto-évaluation pour ces structures. Cette loi reste une référence incontournable pour tout responsable d'établissement.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pose, quant à elle, le principe d'une accessibilité généralisée, intégrant tous les types de handicaps qu'on rencontre dans tous les domaines de la vie que ce soit l'emploi, la culture, la santé, le déplacement, le logement. A l'occasion de cette loi, la distinction entre les politiques pour les personnes handicapées et politiques pour les personnes âgées est faite en mettant en avant le concept de soutien à l'autonomie et la nécessité de mettre en place des réponses transversales et convergentes.

En parallèle, le décret 2007-975 du 15 mai 2007 définit les modalités d'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette évaluation est pratiquée selon un cahier des charges défini par l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). L'objectif de l'ANESM résidait dans la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les ESSMS dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 Janvier 2002. A partir de 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) absorbe l'ANESM créée en 2007, elle-même succédant au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, ce qui montre la volonté des politiques publiques de rapprocher les deux secteurs avec une primauté du secteur sanitaire.

Avec ces différentes interventions législatives, la séparation entre les secteurs du sanitaire et du médico-social s'est construite par voie législative en mettant en avant la spécialisation des structures. Le secteur sanitaire se tourne vers les personnes dont l'état de santé est atteint ou menacé tandis que le médico-social s'est dirigé vers les individus dont l'état de santé n'est qu'un élément parmi d'autres de leurs difficultés sociales. Cependant, cette séparation entraîne des difficultés notamment en ce qui concerne l'aménagement des parcours de soins entre les établissements relevant du sanitaire et ceux relevant du médico-social.

Afin d'atténuer ce problème, la loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) est venue reconfigurer le cadre juridique de l'action sociale. Elle avait pour but de mettre en place une meilleure coordination entre le champ sanitaire et le champ médico-social pour offrir une prise en charge globale et transversale. Ainsi, un lien entre les deux secteurs s'est fait lors de la création des agences régionales de santé, la mise en œuvre des procédures de management identique à celles des établissements de santé (accréditation, évaluation, ...) et l'instauration des contrats pluriannuels d'objectifs de moyens (CPOM) dans le secteur médico-social. Cette orientation a engendré des craintes des acteurs du secteur médico-social ne voulant pas être assimilés par le sanitaire. À côté, le langage professionnel a évolué, avec l'utilisation plus fréquente des termes de patient plutôt que celui d'utilisateur, celui de soin à la place d'accompagnement (Jourdain et al, 2017). Cette peur est encore présente mais les acteurs du médico-social sont pleinement conscients du besoin de restructurer leur domaine au vu des contraintes économiques et de l'évolution de la société qui souhaite réduire la

segmentation et surtout la sectorisation des accompagnements. Cette volonté se ressent avec la réforme des agences régionales de santé (ARS), soit la loi HPST 2009 qui met un place une double dimension, celle de l'institution par la gouvernance et un décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social.

La création des ARS a au moins **trois objectifs** :

- **un objectif budgétaire** en réduisant le nombre d'agents en fusionnant les institutions et en mutualisant les ressources ;
- **un objectif politique** en permettant à l'État d'absorber la majeure partie du réseau de l'assurance maladie ;
- et enfin **un objectif fonctionnel** en favorisant les rapprochements des différents secteurs dans le but de réduire le recours à l'hospitalisation classique.

Le début de sa mise en œuvre coïncide avec le déploiement de la révision générale de politiques publiques ayant pour but de rechercher des solutions rapides en priorisant l'angle budgétaire. Cette réforme illustre parfaitement le fait que le secteur médico-social est souvent lié fonctionnellement au secteur sanitaire, celui-ci semble être un idéal d'excellence, de rationalisation procédurale ou de technicité. Cette loi a reconnecté les deux secteurs grâce à la création des ARS, la mise en place de manière générale des procédures de management identiques à celles des établissements de santé (évaluation, accréditation, certification) et l'instauration des CPOM dans le secteur médico-social. Pour Abry (2009), le secteur du médico-social va se retrouver englouti sous le dispositif des ARS et perdre son autonomie.

Ces différentes lois illustrent la réduction de l'autonomie du secteur du médico-social par rapport au sanitaire. Ce phénomène est accentué par le fait que le secteur sanitaire a connu, avant le médico-social, le déploiement des outils du Nouveau Management Public via la mise en œuvre de la Tarification à l'activité (T2A). Cette situation explique que les acteurs du sanitaire sont amenés à gérer des évolutions du champ médico-social selon leur expérience acquise pour ses outils (Jourdain et al, 2017). Ce rapprochement est aussi dû à l'évolution des populations accueillies au sein des établissements relevant du médico-social.

Ces réformes successives ont pour but de moderniser le management des établissements par la mise en place de nouveaux outils de gestion, permettant d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers et d'optimiser les coûts de fonctionnement. Selon Baret, ces établissements sont alors :

« amenés à repenser leurs missions, à revoir leur organisation et à réaliser des économies et à trouver de nouvelles ressources financières pour rester à l'équilibre ».
(2012, p 67)

Dans un monde en profonde mutation demandant de fortes capacités d'adaptation et de compétitivité, les politiques publiques sont maintenant confrontées à une obligation de performance, celles-ci renvoient à des exigences à la fois d'efficacité en mesurant l'impact sur les usagers, de la qualité du service rendu en personnalisant la prise en charge et enfin d'efficience avec un meilleur service à un moindre coût. Ces trois impératifs renvoient à la triple exigence que le Nouveau Management Public (NPM) impose aux organisations publiques (Urio, 1998) : économie, efficacité et efficience.

I.1.2. L'introduction du Nouveau Management Public, la réduction de l'autonomie du secteur

Depuis le début des années 80, la France traverse une crise financière importante qui se caractérise par un important déficit public, soit 72, 8 milliards d'euro en 2019 (INSEE, 2021) avec un endettement élevé et une crise de légitimité avec la remise en question de l'action publique jugée trop onéreuse (Émery et Giaucque, 2005). Les années 1982-1983 marquent également le début d'une logique de décentralisation accordant plus de pouvoirs aux collectivités locales, modifiant la gouvernance territoriale. Afin d'endiguer ces phénomènes, un programme de modernisation de l'action publique va voir le jour. Son but est d'encadrer, de rationaliser voire de réduire les coûts. Pour ce faire, des méthodes de management, traditionnellement employées dans le secteur privé, se sont au fur et à mesure répandues dans la sphère publique : entreprises publiques comme administrations. Cette solution se nomme le Nouveau Management Public (NMP) également appelé Nouvelle Gestion Publique (NGP) qui a pour objectif de réformer le budget de l'État avec une plus grande efficacité des dépenses publiques : comment faire mieux et moins cher (Amar et Berthier, 2007).

D'après Peters (2014) :

« le NMP s'intéresse à l'accroissement des capacités managériales par la mise en œuvre de techniques de management issues du secteur privé et tend ainsi à mettre l'accent sur l'aspect managérial, au détriment de l'aspect politique ». (p. 390).

Comme le confirme Noblet et Rodwell (2009), le but est de faire davantage avec moins de ressources humaines.

Selon la revue de littérature réalisée par Gruening (2001), les « *coupes budgétaires* », c'est-à-dire réduire les dépenses publiques pour que celles-ci soient inférieures ou égales aux recettes publiques (Bacache-Beauvallet, 2012) sont une des composantes du NPM. Ce nouveau mode de management correspond également à l'ensemble des dispositifs et des pratiques qui tentent d'accroître le contrôle sur le travail des agents publics et d'augmenter leur productivité (Hood, 1991).

D'après Osborne et Gaebler (1993), le NMP s'est développé sous différentes formes dans le monde entier. Si certains pays, comme la Grande Bretagne ou l'Australie, l'ont amorcé dès le début des années quatre-vingt et parfois de manière brutale, d'autres comme la France ont mis en œuvre, de manière échelonnée, des dispositifs de gestion de l'activité publique inspirés des principes de base de ce mouvement général. Il n'y a pas un seul Nouveau Management Public mais des Nouveaux Managements Publics (Bezes, 2005, 2012). Durant cette transition, les organisations publiques ont vécu une augmentation des pathologies liées au travail telles que le stress, le harcèlement, l'épuisement professionnel, de la même manière que les entreprises privées. La dégradation des indicateurs de santé au travail dans le secteur public est observée dans de nombreux pays (Korunka, Scharitzer, Carayon et Saintfort, 2003 ; Kirkpatrick et al, 2005). Ainsi, les réformes liées au NPM auraient des conséquences humaines négatives potentiellement importantes (Pollit, 2000, 2002)

Le NMP impose aux organisations publiques des exigences économie, d'efficacité et d'efficacités (Urio, 1998)

- **L'exigence économie** repose non plus exclusivement sur la volonté de dépenser de l'argent mais également d'en gagner. L'objectif est donc de réaliser des économies sur les prestations de service public apportées (Osborne et Gaebler, 1993 ; Bacache-Beauvallet, 2012)
- **L'exigence d'efficacité** a pour but d'améliorer les réalisations de service public par une utilisation optimale des ressources humaines, matérielles et financières (Thoenig, 2000)
- **L'exigence d'efficacités** ne doit surtout pas être négligée. Dans le contexte de la rationalisation des coûts, la qualité des prestations publiques est essentielle (Osborne et Gaebler, 1993). Cette exigence repose sur un double objectif. Le premier objectif est celui de l'obligation de service public : les administrations publiques sont jugées sur leur capacité à dépenser les deniers publics en augmentant le nombre de bénéficiaires. Le deuxième objectif est celui de l'amélioration continue de la qualité et de la fiabilité des prestations de services fournis (Emery et Giaucque, 2001).

Avec cette triple exigence, le NMP marque le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats recherchant la performance par une meilleure maîtrise du coût de l'action publique (Achmet et Commeiras, 2018 ; Rivière et al, 2019). L'entreprise privée représente le modèle à suivre qui s'oppose à une bureaucratie qui symbolise tous les dysfonctionnements.

I.1.2.1. L'impact de l'évaluation sur les pratiques managériales et la transformation de la configuration structurelle des ESSMS

En reprenant les travaux de Hood (1991), Bezes et Demarière (2011) ont synthétisé les définitions du NMP. Pour cela, ils ont mis en avant les principes que le NMP valorise. Ils ont retenu 5 principes qu'ils considèrent stables :

« la séparation entre les fonctions de stratégie, de pilotage et de contrôle et les fonctions opérationnelles (...) ; la fragmentation des bureaucraties verticales par création d'unités administratives autonomes (...) ; le recours systématique aux mécanismes de marché (...) ; la transformation de la structure hiérarchique de l'administration en renforçant les responsabilités et l'autonomie des échelons en charge de la mise en œuvre de l'action de l'État ; la mise en place d'une gestion par les résultats. ». (p. 295).

De ces cinq principes, différents instruments et dispositifs ont été mis en œuvre afin de transformer les relations entre les entités administratives, de mesurer leurs effets et surtout leur efficacité et leur performance.

Bartoli et Chomienne (2007) ont établi qu'il y a eu un changement de paradigme au sein des organisations publiques, celles-ci sont passées d'une logique pyramidale à une logique organique intégrée. Ce changement a pour objectif de redéfinir les modalités d'action du service public en passant d'un État Provident à un État Organisateur. L'État connu comme le principal financeur de ce secteur veut désormais rationaliser ses dépenses tout en améliorant

la qualité du service rendu. L'État devient donc un « *État Stratège* » qui se développe grâce aux instruments et aux outils gestionnaires avec des indicateurs, des outils de gestion budgétaire et comptable, également avec des tâches managériales, telles la coordination, la programmation et l'évaluation, qu'il introduit dans la sphère du public.

Il s'agit « d'insuffler l'esprit d'entreprise dans l'appareil d'État en introduisant des logiques de marché dans son fonctionnement », tout en réduisant le poids des règles et des procédures en vue d'augmenter la rentabilité et la satisfaction des citoyens (Pesqueux, 2006, p.3).

Par ses conditions, l'existence même du NMP repose sur un paradoxe difficilement gérable : répondre à l'exigence toujours plus importante de la qualité du service public qui ne peut se réaliser sans l'implication du personnel, avec une forte contrainte budgétaire qui conduit à des changements organisationnels importants. Cette situation peut mettre à mal le contexte de l'emploi et les attitudes des salariés à l'égard de leur travail (Noguera, 2010 ; Emery et Giaque, 2005). La mise en œuvre du NPM et notamment son objectif de réduction de coûts (Lethbridge, 2004) a des conséquences sur les conditions de travail. L'évaluation du social et du médico-social n'est pas juste pour les ESSMS une contrainte administrative en plus, elle conduit à un changement de paradigme organisationnel (Charleux, 2014). Le NMP considère que les organisations publiques doivent se rapprocher des modes de gestion du secteur privé (Gruening, 2001). Il est d'ailleurs interrogé dans le secteur sanitaire (Pollitt, 2000) parce qu'il impose de nouvelles exigences aux agents publics (Mikkelsen et al, 2000 ; Noblet et al, 2006) mais qu'en est-il pour le secteur du médico-social ?

Pour répondre à cette question, Delaloy (2014) a comparé les caractéristiques qu'on donne au NMP avec les nouveaux discours managériaux tenus dans le secteur social et médico-social. L'auteur propos 3 tableaux pour montrer que ces deux éléments sont équivalents. Ce rapprochement a été analysé à travers 3 registres :

- Les caractéristiques liées au paradigme juridique de l'utilisateur/citoyen ;
- Les caractéristiques liées aux modalités financières et organisationnelles ;
- Les caractéristiques liées au management.

Tableau 2 : Le nouveau paradigme juridique de l'utilisateur/citoyen (Delaloy, 2014)

Objectifs du NMP	Homologies observées dans le secteur social et médico-social
Ouverture et participation : recueil des attentes des usagers et mise en place de nouveaux modes de gouvernance, l'utilisateur est désormais inclus dans les décisions prises.	Mise en place de la loi 2002 sur le droit des usagers. Mise en place des recommandations de bonnes pratiques (avec la participation individuelle et collective des usagers).
Accessibilité : assouplissement des heures d'ouverture et volonté de rendre intelligible l'action de l'état pour favoriser une compréhension des décisions par les citoyens.	Adaptabilité des outils : projets d'établissements et de services, livrets d'accueil adaptés
Responsabilisation des services publics : mise en place de modalités d'évaluation pour rendre compte à ceux qui les financent (contribuables)	Mise en place de l'évaluation interne. Mise en place de l'évaluation externe.

Le NMP a donc introduit de nouveaux outils d'évaluation permettant une meilleure rationalisation en tenant compte de l'exigence d'efficience. On peut observer que l'État, dans le cadre d'une privatisation, va se désengager progressivement. Si une compétence est vue comme non rentable, elle sera délaissée en ouvrant cette activité au marché concurrentiel. On peut voir ainsi émerger plus de collaborations entre le secteur public/privé.

Tableau 3 : Un changement des modalités financières et organisationnelles (Delaloy, 2014)

Objectifs du NMP	Homologies observées dans le secteur social et médico-social
Amélioration de la performance : promotion de l'efficience et de la rentabilité (exemple : réalisation d'économies d'échelle)	Regroupement associatifs, rationalisation des dépenses.
Financement : allocation d'enveloppes budgétaires pour les entités locales.	Mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)
Modification de la structure de relations hiérarchiques et fonctionnelles : le passage d'un modèle vertical (Weber) à un modèle plus horizontal et transversal (NMP)	Mise en place des fonctions transversales au sein des sièges associatifs Développement des fonctions de chargé de mission et de projet.

En plus de ces nouveaux modes d'organisation, on voit apparaître de nouvelles méthodes comme le management par projet, la gestion par les compétences (GPEC), la comptabilisation du temps de travail entre autres.

Des auteurs dont Emery et Giauque (2005) soulignent le fait que le NMP a introduit au sein des organisations publiques 3 paradoxes : la performativité, l'organisation et la culture, et de la légitimité

Le premier paradoxe touche à la performativité. Avant la mise en place de nouveaux fonctionnements, les organismes relevant du public étaient peu, voire pas du tout outillés. Depuis la mise en œuvre du NMP, ces mêmes établissements sont dans la plupart des cas sur-outillés. Ce qui a conduit les organisations publiques à ancrer la culture du résultat et du pilotage de manière extrême (Pollitt et Bouckaert, 2004).

L'obligation législative d'un renouvellement d'autorisation subordonné exclusivement aux résultats d'une évaluation externe oblige les établissements du secteur à établir une redéfinition générale de leurs objectifs. Cela se voit par l'évaluation introduite par la loi du 2 janvier 2002 qui oblige les organisations à évoluer. Chandler en 1962 a mis en évidence que les décisions stratégiques prises en fonction des changements de l'environnement nécessitent une adaptation plus ou moins importante de l'organisation. Cet ajustement a pu se constater depuis quelques années. En effet, la configuration structurelle des organismes sociaux et médico-sociaux a été marquée par des évolutions conséquentes comme le développement des systèmes d'information, la création de fonctions spécialisées, etc. Cette évaluation impose aux ESSMS de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. L'accompagnement ne se définit plus exclusivement par la nature des moyens employés mais par les résultats visés. Ce changement de vision inscrit la notion de performance dans le champ du social et du médico-social et influence directement la pratique du management d'équipe.

Ce fonctionnement est accentué depuis la loi HPST (Delouette et Nirello, 2017), les nouvelles autorisations de création et d'extension d'EHPAD sont établies à partir d'appels à projet émis par les ARS. Pour mener à bien une telle procédure, il faut trois ans au minimum entre la création dossier et la construction de l'établissement dans le cas d'une nouvelle structure. En plus que cette procédure soit longue et complexe, il y a été mis en place depuis quelques années, un *numerus clausus* qui vient limiter la création de nouvelles places.

Tableau 4 : Le changement du paradigme managérial et ses conséquences (Delaloy, 2014)

Objectifs du NMP	Homologies observées dans le secteur social et médico-social
Mise en place de la gestion des ressources humaines : passage du modèle classique du fonctionariat (ancienneté) à la prise en compte du mérite et de la compétence. La politique de formation change aussi avec la mise en place d'entretiens annuels par exemple.	Promotion plus rapide vers des fonctions de cadres. Mise en place des entretiens annuels d'évaluations (ou de progrès)
Passage d'une référence à l'état de droit, au NMP qui propose une prestation de service adapté à chaque citoyen.	Adaptation de l'accompagnement proposé aux usagers. Personnalisation de l'accompagnement.
Respect de l'égalité de traitement entre les usagers et les fonctionnaires.	Contractualisation, co-construction, recherche de l'adhésion des usagers.
Fin progressive de la logique « métier ».	Mise en place de la notion de compétences au détriment de la qualification

Le deuxième paradoxe qu'a introduit le NMP est celui de l'organisation et de la culture.

La multiplication des indicateurs fait perdre dans certains cas le sens de la cohésion d'ensemble de ceux-ci et donc le sens de l'organisation elle-même (Emery et Giauque, 2003). La culture dite « classique » du public est considérée. En effet, la multiplication des indicateurs a mis en difficulté la cohésion d'ensemble. En s'appuyant sur cette logique marchande, la régulation publique met en place des dispositifs de mise en concurrence des établissements et de standardisation de leur activité via la médicalisation (Delouette et Nirello 2017).

Ce terme de médicalisation date des années 1970. Il désignait à l'origine les sections de « *cure médicale* ». Ces sections ont été mises en place dans les maisons de retraite pour mettre à contribution l'assurance maladie pour certaines places réservées aux invalides. En suivant cette logique marchande, la mise en place d'indicateurs permet de standardiser l'activité des établissements en la normalisant. Comme pour le secteur sanitaire (Batifoulier, 2012, p.157), rendre évaluable le « *bien soin* » à l'aide d'indicateurs est une condition indispensable pour une évaluation marchande de la qualité. Depuis la fin des années 90, la puissance publique met en place des dispositifs de régulations pour mettre en place un marché homogène avec une offre de standardisée et concurrentielle.

Enfin le troisième paradoxe est celui de la légitimité. Le NMP a pour but de faire évoluer la légitimité classique des organisations, celle de servir les usagers, vers une légitimité liée à l'efficacité marchande. Cependant le NMP ne permet pas de faire totalement disparaître le financement public de ces organisations, il laisse vivre un paradoxe entre ces deux sources de légitimité (Desmarais, Abord de Chatillon, 2010).

Bon nombre d'auteurs ont souligné que le NMP est un facteur de tensions de rôle, de stress, de surcharge au travail de dégradation des relations sociales au travail ou encore l'épuisement professionnel (Rivière et al., 2019, Abord de Châtillon et al, 2016 ; Abord de Châtillon et Desmarais, 2012 ; Demmke, 2016 ; Newman et Lawler, 2009 ; Noblet et Rodwell, 2009).

Le NMP a donc succédé à de nombreuses réformes et tentatives de modernisation du secteur public comme la Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB). Mise en place dans les années 1960, cette technique budgétaire avait pour finalité un meilleur emploi des fonds publics. Elle avait pour finalité de fixer des objectifs de projets définis puis de les évaluer par le biais d'études coûts-bénéfice ou coûts-efficacité. Depuis les années 1980, le service public a connu des réformes de modernisation qui a placé les agents de la fonction publique au cœur d'une nouvelle forme de régulation. En effet, c'est durant cette période que l'État Français a traversé une crise financière, caractérisée par un important déficit public ainsi qu'une crise de légitimité due à une remise en question de l'action publique vue comme trop coûteuse (Emery et Giauque, 2005). Pour corriger ces différents phénomènes, le NMP sera mis en œuvre. Il a pour objectif de réformer le budget de l'État avec une plus grande efficacité des dépenses publiques : comment faire mieux et moins cher (Amar et Berthier, 2007). Pour résumer, le NMP va être appliqué en France pour lutter contre le gaspillage des deniers publics, et l'inefficacité prétendue du secteur public (Schedler et Proeller, 2000). Selon Emery et Giauque (2005) l'exigence, l'efficacité, l'efficience, la performance et l'adaptabilité sont les maîtres-mots de cette nouvelle gestion publique. Le NMP impose aux organisations publiques une triple exigence (Urio, 1998) : économie, efficacité et efficience. Cette conception du secteur public est à l'opposé de celle de Weber et son idéal type la « bureaucratie » (1921) qui est, selon lui, la condition même de l'efficacité grâce à sa dimension rationaliste (Bezes et Demazière (2011).

Dans le contexte du NMP, les professionnels du secteur public se sentent remis en cause (Kletz et al, 2014). En effet, la pratique professionnelle est caractérisée par l'autonomie (Mintzberg, 1982). Celle-ci est mise à mal par le développement des outils d'évaluation qui ont pour but de contrôler, standardiser et optimiser leur activité. Une des conséquences les plus importantes du NMP sur le personnel est la « crise identitaire » (Emery et al, 2008). Ce phénomène peut se voir avec la perte de sens au travail dû à la transformation des rapports avec les usagers ou encore le « flou » qui impacte les statuts et les parcours professionnels (Jeannot, 2005).

I.1.2.2. Une évolution contrainte des pratiques managériale, l'impact du NMP

Par le déploiement du NPM, l'État a fait le choix de la standardisation des pratiques (Lapointe et al, 2000 ; Samuel et al, 2005). L'État a mis en place de nombreuses évolutions législatives qui ont pour but de responsabiliser les établissements afin de suivre les principes du NMP. On peut observer cette orientation par la mise en œuvre de logique de décentralisation et de contractualisation.

Ces différentes évolutions ont eu un impact sur la configuration structurelle des organismes sociaux et médico-sociaux. En effet, ceux-ci sont marqués par des évolutions comme le renforcement des sièges sociaux, la création de fonctions spécialisées, le développement des systèmes d'information. Lorsqu'on se questionne sur les EHPAD et qu'on souhaite comprendre leur organisation, Mintzberg et ses recherches sur les configurations structurelles (1982) sont essentielles. Dans son ouvrage, il explique que l'hôpital est une bureaucratie professionnelle. Avec le rapprochement du secteur sanitaire avec celui du médico-social, avec la médicalisation des structures, il est possible de s'interroger sur la configuration de ses structures.

Si ces changements ne sont pas dû exclusivement au NPM, d'autres facteurs environnementaux, économiques et politiques sont aussi à prendre en compte, celui-ci pèse sur l'organisation de manière significative en raison du changement que celui-ci impose aux ESSMSS.

I.1.2.2.1. Les configurations structurelles : la construction du modèle de Mintzberg

L'application des concepts développés par Henri Mintzberg à l'analyse des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) offre une grille de lecture pertinente pour comprendre leur structure organisationnelle et leurs mécanismes de coordination. En effet, les EHPAD, par leur mission de soin et d'accompagnement des personnes âgées, se confrontent à la nécessité de diviser le travail en tâches distinctes tout en assurant une coordination efficace entre ces différentes tâches. Selon Mintzberg, cette division et coordination du travail sont au cœur de la structure organisationnelle, qui s'adapte selon les facteurs de contingence tels que l'âge, la taille de l'organisation, le système technique, l'environnement et les relations de pouvoir (Mintzberg, 1982).

Mintzberg identifie sept configurations structurelles (structure simple, bureaucratie mécaniste, bureaucratie professionnelle, structure divisionnalisée, adhocratie, missionnaire, et politique), dont certaines peuvent être particulièrement adaptées aux EHPAD :

- La **structure simple** pourrait correspondre à de petits EHPAD avec une hiérarchie réduite, où la supervision directe et l'ajustement mutuel prédominent.
- La **bureaucratie professionnelle** se prête bien aux EHPAD de plus grande taille, où la standardisation des qualifications est essentielle pour garantir des soins de qualité.
- **L'adhocratie ou la structure organique** pourrait être adaptée aux EHPAD innovants, cherchant à implémenter des soins personnalisés et des approches thérapeutiques novatrices.

Ces configurations reflètent la manière dont un EHPAD peut structurer son organisation en fonction de sa taille, de son environnement, et des qualifications de son personnel. Les EHPAD peuvent typiquement s'associer à la bureaucratie professionnelle. Cette configuration est caractérisée par une standardisation des qualifications, où le personnel qualifié (infirmiers, aides-soignants) joue un rôle central dans la coordination des soins. La complexité et la spécificité des soins requis dans les EHPAD nécessitent une forte standardisation des qualifications, garantissant que les employés possèdent les compétences et connaissances nécessaires pour répondre aux besoins variés des résidents.

Les mécanismes de coordination identifiés par Mintzberg offrent des pistes pour la gestion des tâches et des relations au sein des EHPAD :

- **L'ajustement mutuel** est essentiel dans les situations de soins où les besoins des résidents exigent une communication fluide et directe entre les soignants.
- La **supervision directe** est courante, avec des cadres de santé ou des responsables d'unité supervisant le personnel soignant.
- La **standardisation des procédés** trouve son application dans les protocoles de soins, garantissant une qualité et une sécurité des soins.
- La **standardisation des qualifications** est cruciale dans un contexte où la compétence du personnel impacte directement la qualité des soins apportés aux résidents.

L'organisation interne des EHPAD peut être analysée à travers le modèle de Mintzberg des cinq parties de base d'une organisation :

- Le **centre opérationnel**, constitué par les soignants qui fournissent directement les soins aux résidents.
- Le **sommet stratégique**, incluant la direction de l'EHPAD, qui définit les orientations stratégiques et s'assure de leur mise en œuvre.
- La **ligne hiérarchique**, qui relie le sommet stratégique au centre opérationnel, garantissant le respect des procédures et la qualité des soins, ce sont les cadres de santé (CS) ou les infirmier coordinateur (IDEC).
- La **technostructure**, où se trouvent les fonctions de support comme la qualité, la formation continue, et l'adaptation aux normes réglementaires, jouant un rôle dans la standardisation du travail.
- Les **fonctions de support** logistique, qui comprennent les services administratifs, la maintenance, la restauration, et d'autres services indirects essentiels au fonctionnement de l'EHPAD.

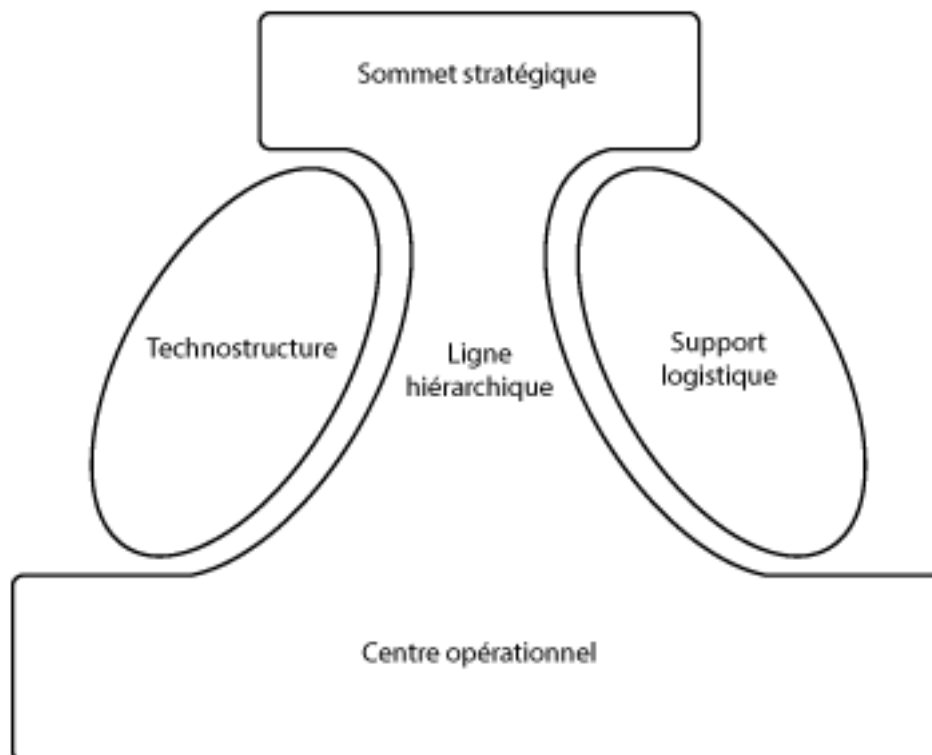


Figure 2 : Les cinq parties de base des organisations

En résumé, les contributions de Mintzberg offrent un cadre théorique robuste pour l'analyse et l'optimisation des pratiques organisationnelles dans les EHPAD. Cette perspective aide à appréhender la manière dont la structure organisationnelle et les mécanismes de coordination se déploient au sein des EHPAD, ainsi que leur influence sur l'environnement de travail et l'implication des employés.

I.1.2.2.2. Théorie de la contingence, la configuration structurelle à l'épreuve de l'environnement

L'étude des EHPAD à travers le prisme de la théorie de la contingence et la configuration structurelle face à l'environnement révèle des insights cruciaux pour la gestion des ressources humaines dans ce secteur spécifique. Selon Mintzberg (1982, 1989), Burns et Stalker (1961), et Woodward (1965), la performance et la structure organisationnelle d'une entité sont intrinsèquement liées à la nature de son environnement et aux objectifs stratégiques de ses dirigeants. Cette perspective est particulièrement pertinente dans le contexte des EHPAD, caractérisés par un environnement dynamique et complexe, exacerbé par l'introduction du Nouveau Management Public (NMP) et par les défis constants posés par la diversité et l'hostilité de l'environnement médico-social.

Les facteurs internes de contingence : l'âge, la taille et le système technique

Les EHPAD, en tant qu'organisations, sont affectés par plusieurs facteurs internes de contingence tels que l'âge, la taille, et le système technique. L'âge de l'EHPAD peut influencer son degré de formalisation et la rigidité de ses procédures, alors que la taille peut affecter la complexité de sa structure organisationnelle, nécessitant des tâches spécialisées et des unités administratives développées. Le système technique, quant à lui, englobe les outils et méthodes utilisés dans le soin des résidents, dont la complexité et la régulation peuvent impacter la structure organisationnelle de l'EHPAD, de la bureaucratie à l'organisation organique (Mintzberg, 1982; Hunt, 1972).

Les facteurs externes de contingence : l'environnement et le système technique

Les EHPAD doivent naviguer dans un environnement marqué par la stabilité, la complexité, la diversité, et l'hostilité. Mintzberg (1982) souligne que la dynamique de cet environnement impose aux EHPAD d'adopter des structures plus organiques, favorisant l'ajustement mutuel et une décentralisation pour répondre efficacement aux besoins fluctuants des résidents et aux exigences réglementaires. La complexité de l'environnement, notamment avec l'implémentation du NMP, requiert une bureaucratie décentralisée ou professionnelle, soutenue par des experts et une flexibilité organisationnelle accrue.

L'application de la théorie de la contingence aux EHPAD permet d'identifier les configurations structurelles optimales pour améliorer leur performance et leur adaptation à l'environnement. Les différents mécanismes de coordination, allant de la supervision directe à l'ajustement mutuel, offrent un cadre pour comprendre comment les EHPAD peuvent structurer leur organisation pour répondre aux défis uniques posés par leur environnement spécifique (Mintzberg, 1982).

Dans notre recherche sur les EHPAD, l'intérêt de ces théories réside dans leur capacité à fournir des recommandations personnalisées pour chaque EHPAD, en prenant en compte ses caractéristiques internes (âge, taille, système technique) et l'environnement externe (complexité, dynamisme, hostilité). Cette approche permet d'identifier les pratiques de gestion des ressources humaines les plus adaptées pour favoriser une organisation flexible et réactive, capable de répondre efficacement aux besoins en constante évolution des résidents et aux contraintes réglementaires.

En conclusion, la théorie de la contingence et l'analyse des configurations structurelles offrent un cadre précieux pour étudier la gestion des EHPAD. Elles permettent d'adapter la structure organisationnelle et les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de chaque EHPAD, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins et à la performance organisationnelle dans le secteur médico-social.

I.1.2.2.3. L'impact du NMP sur le modèle bureaucratique, configuration prédisposée au secteur public

Depuis les années 1980, le secteur public a été affecté par des réformes porteuses des principes et des instruments tirés du NMP a remis en cause certaines règles dites « *bureaucratiques* » au sens de Max Weber (1921). La notion de bureaucratie a longtemps été la forme organisationnelle favorisée pour assurer la réalisation des activités à caractère public (Cueille, 2007). Mintzberg (1982, 1989) a défini deux grands modèles de bureaucraties.

Le premier celui dit mécaniste qui provient des théories de Taylor (1911), Fayol (1916) et Weber (1919) fait référence aux organisations au sein desquelles l'autorité hiérarchique est précisément définie du haut vers le bas. Dans ces travaux Mintzberg a repris ceux de Pugh (1969) et de Inkson et al (1970) a développé la notion de « *bureaucratie mécaniste* » qu'il a apposé aux structures de l'administration publique. Ces constructions combinent à la fois du travail routinier mais également des procédures de gestion du personnel formalisées (Mintzberg, 1982).

Le deuxième modèle dit professionnel se retrouve au sein des organisations qui : « s'appuient, pour fonctionner, sur les compétences et le savoir de leurs opérateurs qui sont des professionnels ». (Mintzberg, 1982, p.310).

Le mécanisme de coordination majeur est celui de la standardisation des qualifications qui permet aux professionnels de bénéficier d'une marge de manœuvre importante dans l'exercice de leur fonction.

Selon Mintzberg, l'élément essentiel pour différencier la bureaucratie professionnelle au mécaniste, c'est la ligne hiérarchique. Pour ce qui est du modèle professionnel, ce sont les professionnels qui influencent la ligne hiérarchique parce qu'ils sont au cœur des opérations tandis que dans le modèle mécaniste, le rôle des professionnels semble être totalement instrumentalisé par la technostrucure. Le nouveau courant du NMP, a largement conduit à remettre en cause ce modèle d'organisation. De nombreuses études se sont intéressées aux conséquences du NMP sur les professionnels, notamment les bureaucraties professionnelles (Ackroyd et al, 2007 ; Bezes et al, 2011).

Les réformes qui soutiennent la mise en place du NMP portent avec elles une critique des groupes professionnels du secteur public, ce que Henry Mintzberg (1982) appelle des « *bureaucraties professionnelles* ». Selon Bloch et al (2011), les établissements relevant de la santé sont connus pour être des bureaucraties professionnelles comme celles relevant du secteur des services sociaux ou encore de l'enseignement (Denis et al, 1990 ; Guérard et Langley, 2005, Dupuis et Farinas, 2010). Ce modèle a été la forme dominante dans le secteur public pour les professionnels qui ont une forte autonomie de contrôle sur leur activité. Ce type de structure se caractérise par la standardisation des compétences aussi appelé la standardisation de qualification. En effet, c'est grâce au haut niveau de compétence que les professionnels disposent d'une autonomie et un pouvoir décisif sur la réalisation de leur travail. Avec la mise en œuvre du NMP a été appuyée par la rationalisation de l'offre de service et les modalités de gestion interne et la réduction des coûts. Leur autonomie est mise à mal notamment par le développement d'outils d'évaluation et de mesure de la performance visant à standardiser, contrôler et optimiser leur activité.

Dès les années 1990, ce modèle d'organisation a connu une modernisation qui s'est vue avec l'appel au décloisonnement et à une plus forte coordination entre les professionnels qui travaillent dans le même domaine d'action publique (Bezes et Demazière, 2011). Comme nous l'avons vu précédemment, la mise en place du NMP au sein de ces structures a donné lieu à des changements contrastés voire paradoxaux. Nous sommes passé d'un contrôle des professionnels relevant d'un modèle de « *mandat* » qui reposait sur l'autonomie et la confiance à un modèle de « *contrat* » marqué par l'obligation croissante de rendre des comptes aux autorités politiques. Nous ne devons surtout pas réduire ce changement à une perte d'autonomie ou encore une résistance des professionnels vis-à-vis des managers. Newman (2001) affirme que le discours sur la modernisation des bureaucraties professionnelles induit par le NMP vacille constamment entre deux modèles. L'un d'entre eux valorise la standardisation des procédures de travail, le contrôle des résultats des professionnels et enfin l'intégration verticale. Le deuxième modèle préfère favoriser cette modernisation en mettant l'accent sur l'implication des professionnels dans les réformes, l'autorégulation, l'expertise et les capacités d'initiative locale.

Cependant ces deux modèles de la modernisation des BP sont en contradiction l'un par rapport à l'autre ce qui induit un profond climat d'incertitude. Le NMP a eu pour effet de faire évoluer la culture des professionnels du service public. Celui-ci a remis en question le modèle de BP en voulant le remplacer par le modèle du Managérialisme, modèle qui privilégie la performance dans les services publics, percutant ainsi les standards professionnels (Ackroyd et al, 2007). En effet, ceux-ci doivent désormais prendre davantage en compte les objectifs de résultat et également les contraintes de coûts générées par leur activité. Malheureusement il n'est pas sûr que les économies réalisées depuis la mise en œuvre de cette politique soient à la hauteur des espérances. En effet, ces réformes ont généré par leur application des coûts aussi bien financiers qu'humains.

Si les EHPAD empruntent une direction orientée vers une gestion plus formelle, marquée par une tendance à la standardisation du travail, cette évolution rencontre des obstacles liés à la standardisation des qualifications, comme souligné par Mintzberg (1982). Bertezene (2013) assimile alors les EHPAD à une structure de type mécaniste, qui requiert formalisation et processus standardisés pour gagner en efficacité, s'appuyant sur les travaux de Mintzberg (1982) et Lawrence et Dyer (1984). La médicalisation des structures, accentuée par la loi HSPT, a mis en lumière le conflit entre les logiques de gestion et les impératifs médicaux, questionnant leur capacité à coexister harmonieusement au sein d'une structure qui s'apparenterait à une bureaucratie professionnelle. Au cœur de cette organisation, le pouvoir est souvent détenu par le personnel soignant, lequel se retrouve parfois en opposition avec les gestionnaires.

I.2. Les EHPAD, une organisation en crise

« On reconnaît le degré de civilisation d'une société à la place qu'elle accorde à ses personnes âgées » (De Beauvoir, Simone, 1970)

Au début des années 2000, plusieurs constats font apparaître une médicalisation insuffisante des établissements, un manque de places important en maison de retraite et une offre ne répondant pas aux nouvelles spécificités du secteur. Les établissements médico-sociaux dont les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont ainsi amenés à subir depuis une vingtaine d'année des restructurations et appliquent de nouvelles pratiques managériales pour se conformer aux exigences des pouvoirs publics. Il est à noter que l'État, en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées, reporte les contraintes vers les autorités de tarification que sont les ARS et les conseils départementaux pour les EHPAD. Ces contraintes se déplacent ensuite vers les organisations et leurs salariés.

I.2.1. Les EHPAD, contexte et présentation d'une structure en pleine mutation

Pour parler des EHPAD il faut savoir avant tout qui est concerné : quelle est la définition des personnes âgées dépendantes ? Ce sont :

des « personnes qui nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » selon l'article L.232-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

En France, il existe principalement deux modalités de prise en charge professionnelle des personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile avec la fourniture d'une aide professionnelle au domicile, l'accueil dans des lieux dédiés avec les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA), parmi lesquels figurent les EHPAD. Il faut savoir que sur 1,3 million de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), 37% vivent à domicile. Les SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile), les SPASAD (Services polyvalents d'aide et de soins à domicile) et les infirmiers libéraux participent également à la prise en charge des personnes âgées.

Il est essentiel de les prendre en compte tant au regard de la concurrence sur le marché que de l'évolution du modèle des EHPAD.

Dans ce paysage, l'EHPAD est un des acteurs de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est un lieu de vie habilité par l'État à recevoir des personnes de plus de 60 ans, en perte d'autonomie, pour des séjours permanents ou spécifiques : hébergement temporaire, accueil de jour, accueil Alzheimer et apparenté notamment, et à leur dispenser des soins. Ces établissements sont répartis sur l'ensemble du territoire français. Quel que soit son statut juridique, il doit respecter les règles de fonctionnement inscrites dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). En effet, la loi du 24 janvier 1997 a créé le statut EHPAD, a mis en place un processus d'autorisation pour la création de ses établissements.

Les financements publics ne dépendent plus du statut juridique de l'organisation mais du niveau de dépendance du public accueilli.

Au 31 décembre 2016 (INSEE, 2019), 7 438 EHPAD accueillent 605 061 personnes. Cette population a progressé de 7,0% depuis à 2011 et plus rapidement que l'offre (+6,2%) malgré une politique en faveur du maintien à domicile. Compte tenu à l'évolution de la dépendance, les EHPAD tendent à se médicaliser de plus en plus et le recours aux personnels soignants dans ces établissements va encore s'intensifier dans ces prochaines années. Les postes d'aides-soignants et d'infirmiers représentaient, entre 2007 et 2011, déjà 40% des équivalents temps plein (ETP). Ces professions sont de plus en plus demandées et nécessaires aux vues des évolutions démographiques, de la diversité et du changement de profil des usagers qui sont de plus en plus dépendants. Or, ce secteur souffre d'un déficit d'attractivité, de fidélisation et de stabilisation des professionnels, quels que soient les statuts des établissements : public, privé ou associatif

En effet, il existe plusieurs statuts juridiques pour les EHPAD. Il peut être public, privé associatif ou à but lucratif (La banque postale, 2018).

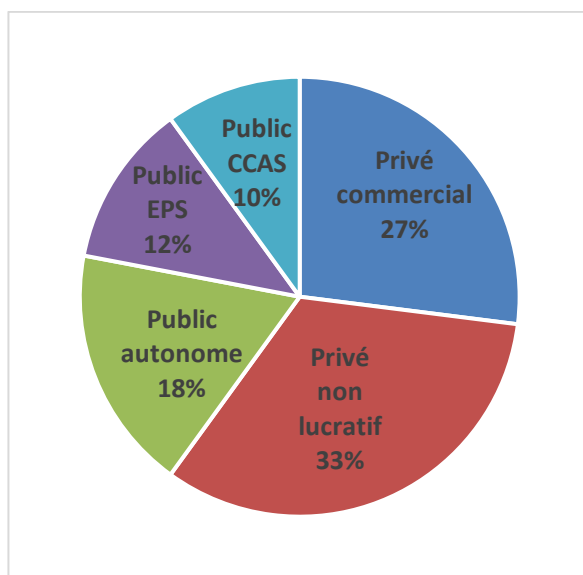


Figure 3 : Répartition des EHPAD selon leur statut juridique à partir d'Extraction ImportERRD au 28 août 2019, FINESS au 31 décembre 2018, HAPI au 31 décembre 2018.

L'EHPAD public représente 40 % des EHPAD en France dont 18% sont autonomes, 10% territoriaux c'est à dire rattachés à un Centre Communal d'Action Sociale qui dépend de leur commune et doivent rendre des comptes au maire et 12% rattachés à un établissement public de santé. Le secteur privé non lucratif, associatif, regroupe près d'un tiers des EHPAD en 2018 soit 33% et 27% des EHPAD sont privés commerciaux (CNSA, mai 2020).

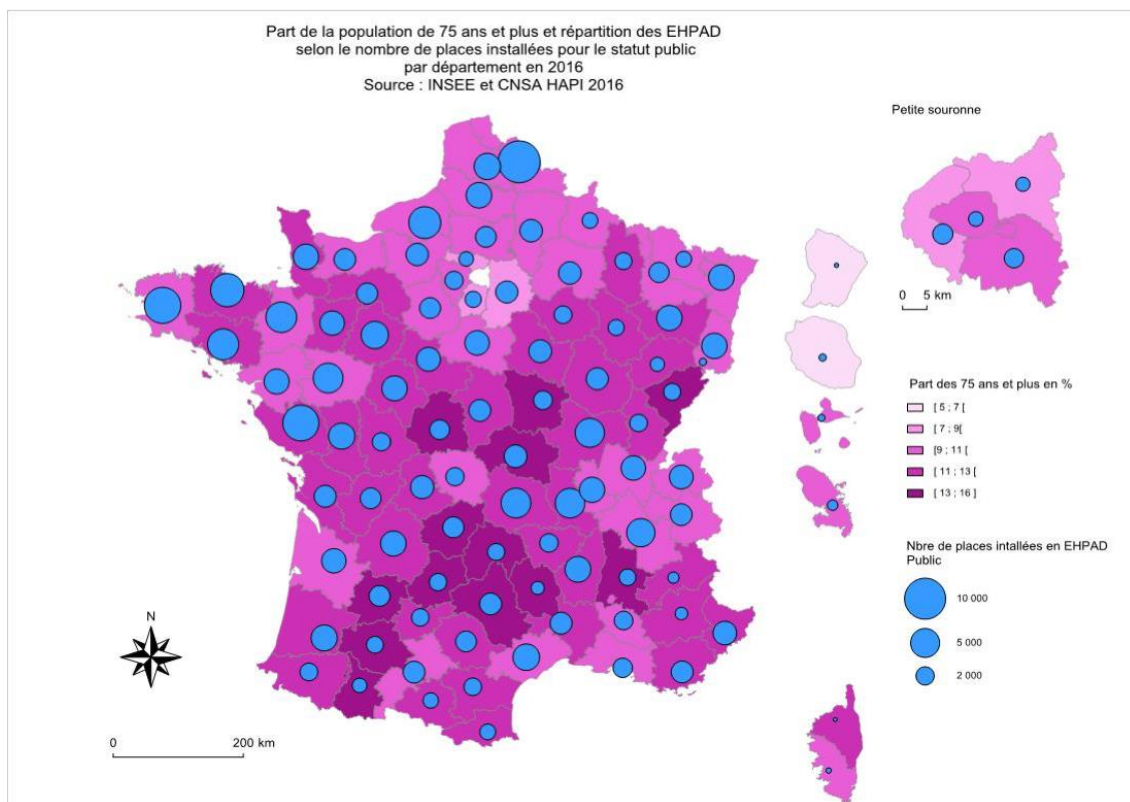


Figure 4 : Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD selon le nombre de places installées pour le statut public par département en 2016.

Les EHPAD publics sont de taille plus importante que les autres structures. Ils représentent 49 % des places en hébergement permanent. Les EHPAD publics sont présents sur l'ensemble des départements avec une répartition géographique relativement homogène.

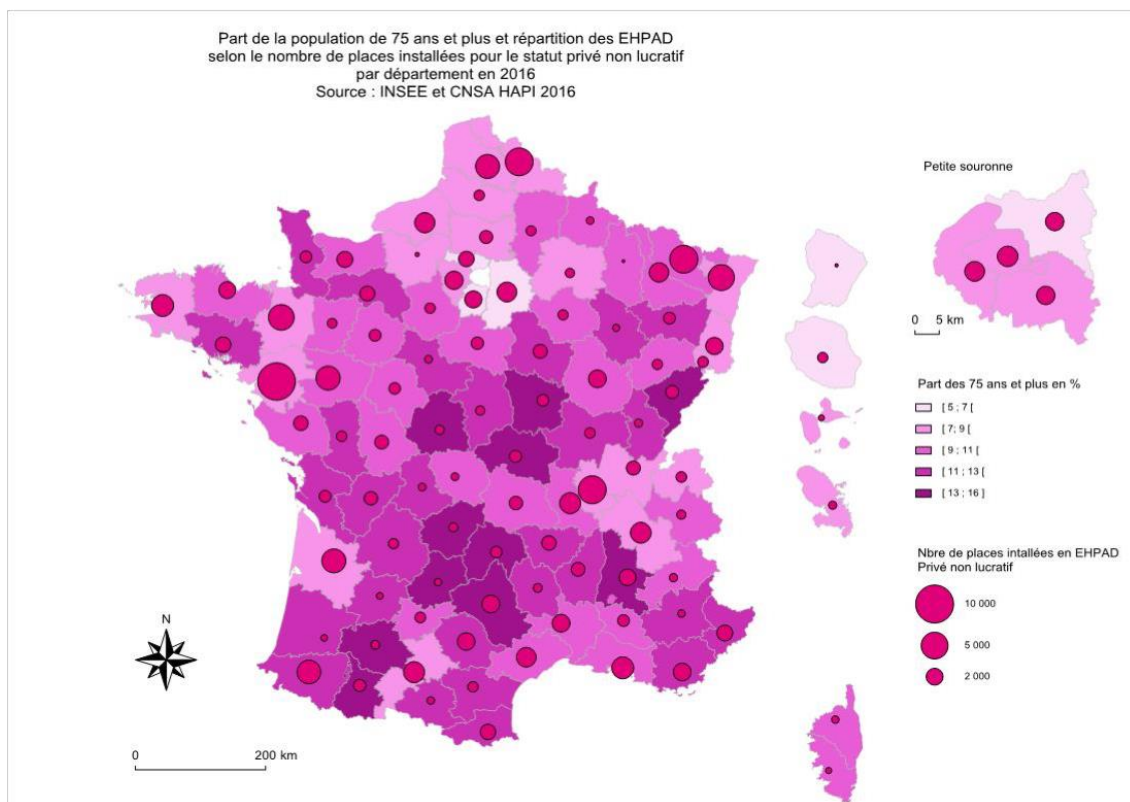


Figure 5 : Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD selon le nombre de places installées pour le statut privé non lucratif par département en 2016.

Les EHPAD privés non lucratifs sont aussi présents sur l'ensemble des départements, avec une présence plus importante en Pays de la Loire, en Île-de-France, le Nord et l'Est de la France.

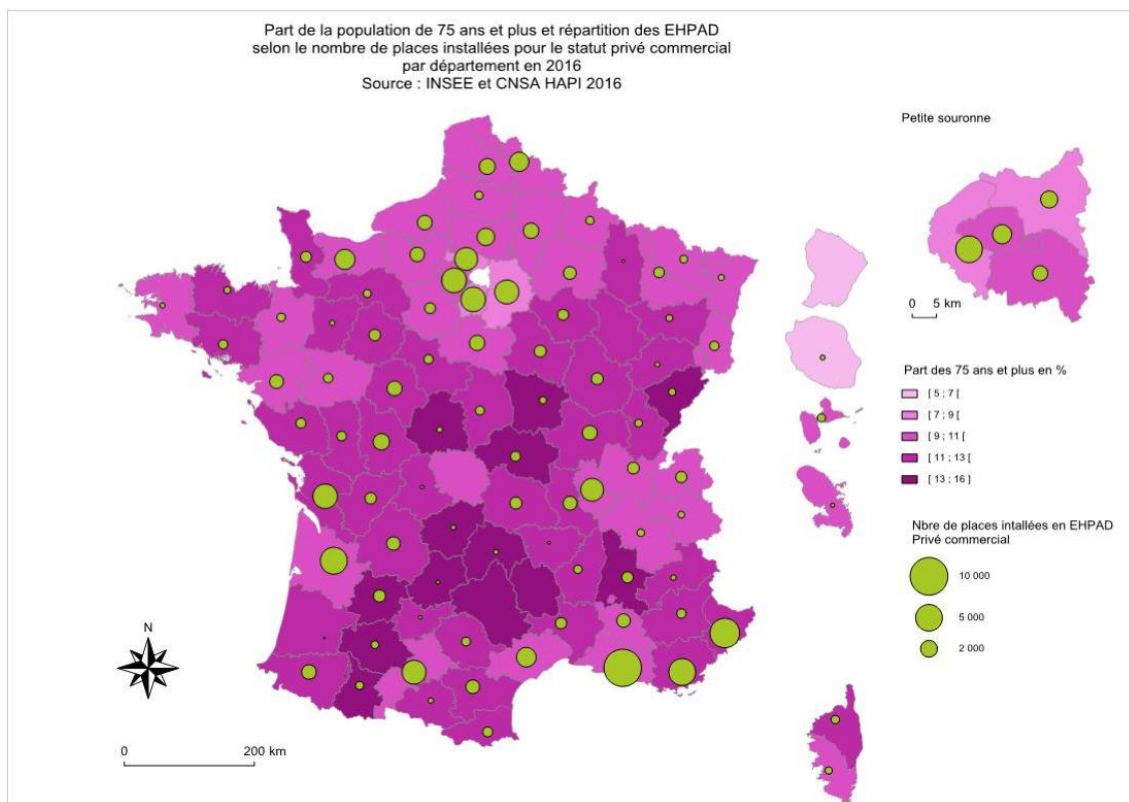


Figure 6 : Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD selon le nombre de places installées pour le statut privé commercial par département en 2016.

Les EHPAD commerciaux sont très présents en Île-de-France, en Nouvelle Aquitaine et en Provence-Alpes-Côte d’Azur, ainsi que le long de la côte.

I.2.1.1. Les EHPAD, des besoins en perpétuel augmentation

« Nous vivons une révolution : celle de la longévité et de la dépendance qui peut en découler. » (Bas, 2006)

Le vieillissement des populations est un phénomène mondial, il touche aussi bien les pays développés que les pays émergents. Au 1^{er} janvier 2020, la population française continue de vieillir, ce phénomène s’accélère depuis 2011, avec l’arrivée à 65 ans des générations nées durant la période de l’après-guerre. Elle a pour cause un double phénomène : la baisse de la fécondité d’une part et l’augmentation de l’espérance de vie d’autre part.

Le vieillissement de la population est un donc enjeu sociétal qui va s’intensifier avec le temps. Pour anticiper ses conséquences, l’État est intervenu juridiquement avec la loi relative à l’adaptation de la société au vieillissement entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Elle promeut pour l’essentiel le soutien aux proches aidants, la prévention de la perte d’autonomie des personnes âgées, qui réforme de l’allocation personnalisée d’autonomie, etc.

Ainsi, selon une projection de l'Insee (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) réalisée en 2016, si les tendances démographiques se maintenaient, la France compterait 76,5 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2070. La quasi-totalité de la hausse de la population d'ici 2070 concerneraient les personnes âgées de 65 ans ou plus. En 2070, la part des 65 ans ou plus pourrait atteindre 28,7% (Blanpain et Buisson, 2016), au 1^{er} janvier 2020, elle est de 20,5%.

L'âge moyen d'entrée en EHPAD augmente et les personnes y rentrent avec des pathologies souvent lourdes et multiples (Marquier, 2013). Cette tendance va s'accroître dans les années à venir avec le recours de plus en plus présent du maintien à domicile. Cette politique est plébiscitée par la population et incitée par le pouvoir public. Les usagers rentreront en établissement plus âgés avec une dépendance accrue ne permettant plus leur maintien à domicile.

Avec la politique du maintien à domicile, le niveau de dépendance des usagers à l'entrée des EHPAD a considérablement augmenté

Depuis les années 60, la réponse donnée par les politiques publiques à la perte d'autonomie des personnes âgées est de favoriser le maintien à domicile. C'est le rapport Laroque qui a jeté, en 1962, les bases de cette nouvelle politique de la vieillesse qui a pour objectif de répondre aux besoins émis par les personnes âgées (Marquier, 2013) et de répondre au souci de maîtrise des dépenses publiques. Ce dispositif a été renforcé par la circulaire du 28 janvier 1977, « Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées », légitimant les services d'aides. Cette volonté s'est traduite par l'accroissement des différents types de services à la personne, une structuration de cette activité et un soutien financier affiché. Cette solution du maintien à domicile est également favorisée par le coût de l'hébergement en EHPAD. En effet, il constitue un frein important pour de nombreuses personnes âgées et leurs familles. Selon le CNSA (2021), en 2019, le prix médian en hébergement pour personnes âgées dépendantes s'élève à 2 004 euros par mois, soit 27 euros de plus (+ 1,39 %) que celui constaté en 2018. Au vu de tous ces éléments, l'entrée en institution apparaît alors comme la dernière solution lorsque toutes les possibilités du maintien à domicile ont été épuisées.

Ainsi, les entrées ne relèvent pas d'un choix de la personne et de sa famille, mais sont majoritairement la conséquence d'autres événements : perte de l'aidant, chute, hospitalisation, aggravation de la pathologie. Ces entrées se font souvent en urgence, les établissements sont alors confrontés à un manque de préparation et d'anticipation.

Cela conduit à des évolutions importantes du public accueilli au sein des EHPAD. En effet, les usagers sont plus âgés, 80% des résidents ont 80 ans ou plus en 2011, ils entrent plus tardivement en établissement, 84 ans et 9 mois en 2011 contre 83 ans et 10 mois en 2007 (Volant, 2014 n°899), et avec un niveau de dépendance plus important.

Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) « Après 75 ans, une personne sur douze vit en institution. L'entrée dans un l'établissement pour personnes âgées est souvent liée à des problèmes médicaux, en particulier ceux entraînant une perte d'autonomie. » (2016, p.1).

Les personnes âgées sont institutionnalisées parce qu'elles sont isolées et ne peuvent pas bénéficier d'un accompagnement suffisant pour leur permettre de vivre seule et en toute sécurité avec souvent leur état de santé très dégradé. Accueillir un public en augmentation avec des pathologies plus lourdes est un défi pour les finances publiques, qui va encore s'alourdir quand les baby-boomers auront atteint l'âge de dépendance en 2030. Ce changement du public accueilli n'a pas été assez anticipé par les pouvoirs publics, les EHPAD et leur personnel se retrouvent submergés par ce nouveau profil induit par le maintien à domicile qui retarde l'entrée des personnes âgées.

Le nombre de personnes âgées en France métropolitaine est en augmentation permanente et nécessite des besoins d'accompagnement et de soins associés. En raison de ces changements, les personnels soignants soulignent une augmentation de leur charge de travail et donc un changement de leurs conditions de travail. Marquier et al (2016) ont montré que l'évolution des profils du public accueilli a conduit à des changements dans les conditions de travail des soignants dans les EHPAD. C'est pour cela que de plus en plus d'aides-soignantes, d'infirmières ou de directeur d'EHPAD interpellent les politiques pour dénoncer le « manque de personnel » du secteur du médico-social. Ce dernier est effectivement confronté à des difficultés notables de recrutement et de stabilisation de ce personnel dû notamment à un fort taux d'absentéisme. L'absentéisme des personnels soignants a pris des proportions préoccupantes et de plus en plus dénoncés.

Devant l'augmentation de la dépendance et le besoin toujours accru en soin, il est facile d'oublier que l'EHPAD est avant tout un lieu de vie, certes médicalisé mais pas un lieu d'hospitalisation (Carpentier, 2018). Un des défis à relever par le soignant est d'accomplir des soins techniques qui peuvent être compliqués du fait de leur lourdeur et tout cela en respectant le projet d'accompagnement des personnes âgées. L'évolution de la population en EHPAD est corrélée aux flux démographiques et aux choix des politiques publiques qui priorisent le maintien à domicile

I.2.1.2. L'histoire et l'évolution législative, de la maison de retraite à l'EHPAD, vers une médicalisation de plus en plus importante

Les EHPAD sont confrontés à des logiques contradictoires. En effet, ils doivent répondre à un besoin de plus en plus important de prise en charge d'une population vieillissante tout en surmontant les problèmes de financement et de recrutement des personnels de santé (Zardet et Petit, 2017). Afin de répondre aux besoins croissants de prise en charge en EHPAD, le secteur a fait l'objet d'une structuration à la suite de plusieurs évolutions réglementaires.

Avant la révolution industrielle, la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France était assurée majoritairement par les familles, qu'on appelle aujourd'hui les aidants familiaux. C'est durant le 19^{ème} siècle qu'une assistance aux plus démunis va se développer sur les principes du service public avec la loi dite « *d'assistance publique* » **du 7 août 1851**. S'en suivra plusieurs lois pour aboutir à celle du 21 décembre 1994 relative aux hôpitaux et hospices publics permettant d'ouvrir l'hôpital à tous et établissant un prix journalier d'hospitalisation. Les personnes âgées ne pouvant pas être accueillies par des proches, l'étaient dans les hospices.

En 1958, l'article L. 678 du Code de la Santé Publique (CSP) donne une nouvelle définition du rôle des hospices :

« les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent, le cas échéant, les soins nécessaires. Lorsqu'ils ne reçoivent que des vieillards, ces établissements sont dénommés maisons de retraite ».

Les hospices ont disparu il y a environ 40 ans laissant la place aux maisons de retraites, médicalisées ou non. La loi du **30 juin 1975** substitue le concept de « *maison de retraite* » à la notion d'hospice, devenu trop péjoratif. Dans cette loi, la notion de médicalisation commence à s'insérer dans le fonctionnement des établissements d'accueil pour personne âgée (Brami, 2013). Cela va se caractériser par la présence d'aides-soignants, d'infirmières salariées. La prise en charge des médicaments est également possible. Cependant cette médicalisation reste partielle. En effet, celle-ci n'est contenue que dans une seule partie de l'établissement, il est interdit de médicaliser tout l'établissement. Il y a de façon très limitée quelques établissements qui font exception à cette règle.

La réforme de 1999 conduit tous les établissements, quel que soit leur statut, à obtenir le statut EHPAD et des moyens qui en découlent à la seule condition d'une médicalisation bien définie et beaucoup plus développée. Les établissements sont désormais médicalisés et les aides-soignants et infirmiers sont des acteurs salariés. La présence médicale est renforcée par la création d'un poste de médecin coordonnateur. Ce changement sémantique est vu par les professionnels comme le passage d'un lieu de vie à un lieu de soin, voire hospitalier.

Au début des années 2000, plusieurs études montrent que les maisons de retraite ne sont pas assez médicalisées. Le manque de place et l'offre ne correspondent plus aux nouvelles spécificités du secteur. Ainsi, plusieurs lois vont se succéder à l'initiative du gouvernement pour solutionner ces problèmes. La loi rénovant l'action sociale et médico-social **du 2 janvier 2002** crée les EHPAD remplaçant les maisons de retraites traditionnelles et intègre un volet soins dans la prise en charge : le secteur se professionnalise. En dix ans, 80% des structures sont transformées en EHPAD, le reste est non médicalisé sont des EHPA (INSEE, 2019). Cette médicalisation est inévitable au vu de l'âge des résidents : 35% des résidents ont 90 ans ou plus en 2019, et entrent plus tardivement en institution, 85 ans et 2 mois en 2015, contre 83 ans et 9 mois en 2011 âge moyen (DREES, 2020). Ils ont également un niveau de dépendance plus élevé (Volant, 2014). En effet, les résidents cumulent en moyenne 7, 9 pathologies (Makdessi et Pradines, 2016). Les EHPAD connaissent ainsi des changements organisationnels par la création d'une nouvelle autorité de tarification en 2010, les ARS, avec une refonte des modes de financement publics.

À la suite de la canicule de 2003, le Plan Vieillesse et Solidarité a généré entre 2003 et 2008, 10 000 places supplémentaires en EHPAD. Puis, plusieurs plans Solidarité Grand âge ont créé entre 2007 et 2016, 86 000 places en établissements et services pour un coût estimé à 851 millions d'euros. Le Bilan de 2016, faisait état de lieu de 73 000 places créées en à peine quinze ans dont 38 500 en EHPAD. Leur taux d'occupation (TO), c'est-à-dire le rapport entre le nombre de résidents et le nombre de lits est élevé. En 2015 dans les EHPAD il était en moyenne de 97,5%. Le statut privé et public jouent sur le TO : les EHPAD publics ont un TO plus important que celui des EHPAD privée à but lucratif, avec 98,2 % et 94,9%, respectivement. Cette différence est due aux prix plus élevés des établissements privés à but lucratif.

L'objectif de ces réformes était d'homogénéiser les prises en charge entre les établissements, notamment pour répondre à l'inégale répartition des ressources et surtout pour répondre aux besoins du nouveau public accueilli : médicalisation, renforcement de la qualité, individualisation de la prise en charge. Différentes réformes ont introduit progressivement de nouveaux outils de gestion enfin d'optimiser la prise en charge des résidents tout en améliorant le fonctionnement organisationnel. Selon Baret (2012), ces structures modifient leurs missions afin de réduire les coûts de fonctionnement. Le secteur de l'hébergement pour personnes âgées a connu de nombreuses évolutions aussi bien historiques, sémantiques, de statut et dans ses missions. Cette transition a conduit à un rapprochement de ses structures vers le secteur sanitaire. Cette médicalisation croissante au sein des EHPAD a été vue par ses acteurs comme l'introduction du modèle de gestion sanitaire dans le secteur du médico-social (Routelous et al 2021).

Ces transformations profondes remettent perpétuellement en question le sens du travail auprès des personnes âgées. La maîtrise des ressources utilisées par les établissements de santé est devenue un enjeu majeur par le financement à l'activité, la gouvernance des établissements ou encore l'organisation du travail. Cette remise en question est également accompagnée d'une évolution des profils des résidents accueillis au sein des établissements et ainsi que l'évolution de leur prise en charge et de leurs besoins.

I.2.2. Le renforcement d'un mal être institutionnel et professionnel : l'impact du Nouveau Management Public sur les EHPAD

Le NMP va introduire dans son fondement même un paradoxe : répondre à l'exigence croissante de la qualité et des besoins du service public due à l'évolution démographique et l'augmentation de la dépendante en EHPAD qui ne peut se penser sans l'implication des personnels de santé, sous contrainte budgétaire induisant des changements organisationnels importants pouvant mettre à mal le contexte d'emploi et les attitudes à l'égard de leur travail. (Emery et Giaucque, 2005). Dans un contexte économique et démographique fluctuant, l'État met donc en place des outils et des indicateurs afin de maîtriser les dépenses tout en améliorant la qualité des services.

Les EHPAD ont été ainsi amenés à faire évoluer leur fonctionnement, à mettre en place des outils de gestion à visée de performance pour tenter de répondre à l'injonction « *de faire plus et mieux avec moins* ». Leur gestion devient plus procédurale, reposant sur des normes, des outils de pilotage financier, des certifications (internes et externes). Cette approche gestionnaire des EHPAD impacte les soignants au cœur même de leur métier : le prendre soin de la personne âgée. Cette situation impacte leur motivation, leur implication et le sens que le personnel donne à leur métier.

Pour les EHPAD, ce paradoxe trouve ses preuves dans la réforme de tarification

I.2.2.1. Financement des EHPAD, la remise en question du modèle

Depuis les années 1990, le référentiel qui guide la politique publique dans le secteur des EHPAD, entendu comme :

« un ensemble de valeurs fondamentales renvoyant aux croyances de base d'une société, ainsi qu'aux normes qui permettent de choisir entre les conduites » (Muller, 2014, p.557), repose sur une logique marchande.

En effet, l'une des principales modifications et évolutions qu'ont connue ces établissements est son mode de financement par les pouvoirs publics et les acteurs du vieillissement. En effet, l'ouverture à la concurrence des différents secteurs a nécessité un changement de logique dans l'attribution des financements publics à des activités et des organisations. Ils sont passés d'un modèle de subvention à des appels à projet (Goujon Belghit, 2020) contraignant l'établissement à repenser son offre de service. Ainsi, la création d'EHPAD, les modalités de financement public sont désormais liées à des critères de dépendance et non plus selon son statut juridique. Les ressources d'un établissement dépendent essentiellement de la tarification de trois prestations financées par trois financeurs différents : l'hébergement, la dépendance et le soin L. 314-2 du Code de l'action sociale et des familles, CASF). Ces trois prestations résument parfaitement les 3 missions essentielles que les EHPAD doivent fournir à ces résidents.

Le tarif « *hébergement* » recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, de blanchisserie et de l'animation de la vie sociale qui ne relève pas de la dépendance du résident (art. R.314-159 et R.314-1 du Code de l'action sociale et des familles, CASF). Ce forfait couvre 60% des charges totales des EHPAD. Ce tarif « *hébergement* » est entièrement à la charge du résident ou/et de sa famille, avec déduction possible avec l'Allocation Personnalisée au Logement (APL). Ce tarif peut également être pris en charge par l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH), dans le cas où les ressources de la personne âgée et les personnes tenues à l'obligation alimentaire ne peuvent pas le financer. Pour ce dernier cas, il faut que l'établissement soit obligatoirement conventionné par l'aide sociale.

Le tarif « *dépendance* » concerne l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liés aux soins. Il couvre en moyenne 15% des charges. Il s'agit des surcoûts hôteliers liés à l'état de dépendance (art. R. 314-160 et R.314-162 du CASF) comme l'aide à l'habillage, à la toilette ou aux repas. Pour mesurer le niveau de dépendance d'une personne âgée et définir ses besoins, six groupes iso-ressources ont été créés. Ces différents groupes permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ce classement est réalisé en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie, gérontologie-groupe iso-ressource). Elle permet de pondérer différentes variables : la cohérence, l'orientation, la toilette, la communication. Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit, en fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées (exemple : Alzheimer). La présence constante d'accompagnateurs est indispensable. Le GIR 6 concernent les personnes complètement autonomes pour tous les actes de la vie quotidienne. La grille AGGIR est donnée dans le tableau suivant.

Tableau 5 : d'évaluation des 6 degrés de dépendance (Source : Service public, 2021)

Groupe GIR	Caractéristiques	Droit à l'APA
GIR 1	Personnes confinées au lit, dont les facultés mentales sont gravement altérées, et qui ont besoin d'une présence continue d'intervenants. Les personnes en fin de vie.	Oui
GIR 2	Personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées, et qui ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Les personnes qui ont des fonctions mentales altérées, mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer.	Oui
GIR 3	Personnes ayant conservé leurs facultés mentales mais qui ont besoin plusieurs fois par jour d'aides pour les soins corporels.	Oui
GIR 4	Personnes ne faisant pas leur transfert seules (par exemple se lever seules du fauteuil) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et pour s'habiller. Personnes n'ayant pas de problème pour se déplacer mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour la préparation des repas.	Oui
GIR 5	Personnes qui peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques : préparation des repas, ménage.	Non
GIR 6	Personnes autonomes pour tous les actes importants de la vie courante.	Non

A chaque GIR est attribué un nombre de points fixé par le tableau en Annexe 3-6 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Le GIR Moyen Pondéré (GMP) d'un établissement est calculé à l'aide de la valorisation de la dépendance de chaque résident divisé par le nombre de résidents de l'établissement. Le GMP détermine la charge de dépendance qui incombe à l'établissement, la dépendance étant entendue comme l'aide aux activités de la vie courante, et également du nursing. Cet indicateur donne une indication sur la charge de travail d'un établissement et va permettre de déterminer le montant de financement du volet dépendance. Le tarif « *dépendance* » est financé en grande partie par le Conseil Départemental, sous la forme d'une dotation globale ou d'un prix de journée versés à l'établissement. Il reste

cependant à la charge du résident, quels que soient ses revenus, une part du tarif appelée « *talon APA* » ou ticket modérateur.

Le tarif « *soins* » intègre l'ensemble des prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques des résidents (art. L.314-9 du CASF). Il couvre aujourd'hui 25% des charges totales de l'EHPAD. Le tarif « *soin* » est entièrement pris en charge par l'assurance maladie via les ARS. Pour évaluer les besoins en soin requis, il existe le référentiel « *PATHOS* ».

Cet outil permet « d'évaluer à partir des situations observées les soins médicotecniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile. » (ARS Corse, 2017).

Les coupes PATHOS attribuent un nombre de points qui permet de déterminer le Pathos Moyen Pondéré (PMP) et de mesurer la charge en soins médicotecniques des établissements. Le PMP correspond donc à la lourdeur en soins médicaux d'un malade moyen parmi la population de l'EHPAD. Cet indicateur entrera dans le calcul du forfait soin.

Le forfait « *soins* » est déterminé à l'aide d'un indicateur qui intègre la charge de soin et la dépendance. C'est l'indicateur synthétique Groupe iso-ressources moyen pondéré en soins (GMPS). Pour résumer, le GMPS rend compte du niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et de leurs besoins en soins. Le GMPS = GMP + (2,59 x PMP).

Les évaluations du GIR et du PATHOS impactent le financement et le fonctionnement des établissements. Pour résumer, les deux indicateurs GMP et PMP sont des outils de pilotage de l'action publique qui orientent la politique d'accueil des établissements. Ils déterminent le montant des dotations publiques pour les volets dépendance et soins. Ces dotations vont impacter le taux d'encadrement au sein des établissements, c'est-à-dire le rapport entre les effectifs de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places dans l'établissement.

En raison de leur rôle stratégique, ces outils sont au cœur de toutes les préoccupations financières au sein des EHPAD. En effet, au moment de la signature des conventions triparties avec les autorités de tarification, il est fixé un niveau de GMP et de PMP que les organisations doivent respecter. Si ces indicateurs sont inférieurs à ce qui était prévu, ils seront surdotés s'ils sont supérieurs, les moyens matériels et surtout humains ne seront pas suffisants, ce qui peut conduire à une mise en difficulté des professionnels (Dussuet et al, 2017). Ces deux indicateurs vont pousser vers la standardisation des activités. Ils accompagnent la logique de médicalisation des établissements, c'est-à-dire un développement des moyens humains et matériels réservé à l'accompagnement de personnes de plus en plus dépendantes. Par l'intermédiaire de ces indicateurs, les autorités de tarification vont fixer des objectifs de GMP à atteindre, ce qui a pour effet de standardiser le public accueilli poussant les EHPAD vers l'accueil de la grande dépendance. En outre, ces indicateurs vont également standardiser les tâches puisque les autorités de tarification fixent à la minute près le temps que doit passer chaque soignant avec chaque usager selon le niveau de GIR qui lui est attribué. C'est de cette façon que sont calculés les moyens humains alloués à chaque établissement. Ainsi, c'est par l'intermédiaire de ces indicateurs que les autorités de tarifications mènent une évaluation des tâches en établissement et déterminent le travail des professionnels.

L'évaluation de ces indicateurs est réalisée par les autorités de tutelles. Le financement de ces établissements qu'ils soient publics ou privés relève majoritairement des finances publiques par l'intermédiaire du Conseil Département et de l'ARS.

L'évaluation de la perte d'autonomie (GIR) est validée par un médecin du Conseil Départemental concerné et un médecin de l'ARS. L'évaluation des besoins en soins (PATHOS) est validée par un médecin de l'ARS. Le coût public de la perte d'autonomie s'élève à 24 milliards d'euros (1,1 point du produit intérieur brut), dont 11 milliards sont destinés au financement des EHPAD. En effet, un quart des montants est financé par le département en ce qui concerne le volet dépendance et l'aide sociale à l'hébergement et les trois quarts restants sont financés par l'assurance maladie pour ce qui est du volet soin. Afin d'avoir un droit de regard et un contrôle sur la bonne gestion des ressources publiques gérées par les EHPAD, des accords sont passés entre l'établissement et les autorités de tutelles, au vu du montant des dépenses engagées.

Avant 2016, les directeurs des EHPAD signaient une convention tripartite avec les autorités de tutelle représentées par le Directeur Général de l'ARS et par le Président du Conseil Départemental. Cette convention donnait pour 5 ans les objectifs de qualité de prise en charge et les moyens de financiers de fonctionnement. Depuis 2016 et l'introduction de la loi relative à l'adaptation de la société aux vieillissements (Loi ASV n°2015-1776), le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) remplace la convention. Cette réforme s'articule autour de deux principaux décrets :

Le premier décret met en œuvre un forfait global relatif à la dépendance, versé par le département (n°2016-1814). Dans l'article 58 de la loi, les financements versés par les conseils départementaux pour la prise en charge de la dépendance sont déterminés selon le niveau de dépendance moyen des résidents. Le calcul de ce forfait global relatif à la dépendance relie le niveau de dépendance des résidents accueillis avec le niveau des ressources allouées à chaque EHPAD. Plus l'établissement recevra de personnes avec des niveaux de dépendance élevés (GIR 1-3) plus le Conseil Départemental allouera des ressources. L'objectif est de rétablir l'équité dans la répartition des financements des EHPAD en se fondant exclusivement sur l'état de dépendance et du besoin en soin des résidents. Ce mode de fonctionnement a des effets pervers. Il n'incite pas les établissements à maintenir voire développer l'autonomie des résidents. Plus ils sont en perte d'autonomie plus l'établissement touche des aides de la part du Conseil Départemental. L'indicateur qu'est le GIR, n'est pas mobilisé dans un but de développer l'autonomie mais d'évaluer le niveau de dépendance et les besoins.

Le deuxième décret (n°2016-1815) détaille le contenu et les modalités du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) qui se substitue à la convention tripartite conclue entre l'établissement, l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Département. Il généralise le CPOM et le rend désormais obligatoire. Le CPOM peut être pluriannuel, porter sur plusieurs établissements à la fois et être signé par plusieurs financeurs. Selon la banque postale (2018), le CPOM possède plusieurs avantages par rapport à son prédécesseur, la convention tripartite. Il permet selon lui une plus grande maîtrise des ressources et des moyens, une responsabilisation des gestionnaires et une anticipation et une visibilité plus longues car il s'inscrit dans une perspective pluriannuelle. En effet, la rémunération conditionnée au GMP et PMP est contractualisée dans le cadre du CPOM. Ces indicateurs sont réévalués une seule fois dans les 5 années d'exécution du contrat. Ce mode de fonctionnement impose au médecin coordonnateur et au directeur de maintenir une certaine cohérence des profils accompagnés.

Le CPOM sert également à mener une approche de logique de groupe, et cela sur plusieurs établissements pour les pluri-gestionnaires, ce qui facilite la mise en application de la logique de parcours de soins pour les personnes prises en charge. Le CPOM permettra de promouvoir des actions qui rendront les organisations plus efficaces grâce à la mutualisation des moyens entre plusieurs établissements d'un même CPOM.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) impose également un nouvel outil de gestion aux établissements pour anticiper et piloter leur budget : l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD). Le principe reste le même, diagnostiquer les besoins de l'établissement, avec pour objectif la fixation du montant des financements selon les GIR présents avec contractualisation sur 5 ans. Bien que le principe reste le même, la logique de financement a muté d'une logique de financement par la dépense à un financement par la recette. L'EPRD permet le pilotage par les ressources. Ce changement est illustré notamment par le nouveau modèle de la tarification des EHPAD. La tarification est un processus réglementaire permettant à un organisme public de fixer par arrêté un « tarif » en contrepartie de prestations rendues par un établissement ou un service. Ce nouveau modèle a pour but d'objectiver les besoins de financement des établissements en reliant l'allocation de ressources aux besoins en soins des résidents ainsi qu'à leur niveau de dépendance.

I.2.2.2. L'EHPAD, une structure fragmentée et des professions cloisonnées. : à la croisée de différentes cultures professionnelles

Le personnel des EHPAD se répartit selon sept catégories (Pelissier, 2015):

- le personnel de direction avec les agents administratifs et gestionnaires ;
- le personnel des services généraux (agent de restauration et personnel d'entretien) ;
- le personnel d'encadrement des soins avec les IDE, avec les cadres infirmiers et paramédicaux ;
- le personnel éducatif avec auxiliaire de vie sociale et animateurs ;
- le personnel médical ;
- le personnel paramédical ;
- les agents de service hospitalier (ASH) public ou privé.

Il existe des différences majeures, souvent inconciliables, entre les professionnels et les managers et le système qu'il représente (Gangloff, 2009). Le développement de la marchandisation du secteur peut conduire au développement de différentes formes d'opposition entre personnels et managers (Domin, 2008, p. 70)

Les EHPAD sont basés sur une départementalisation selon les spécialités de chaque professionnels (Makhloufi et al 2012). Ce type de fonctionnement a conduit à favoriser un cloisonnement entre les différents services que sont la cuisine, l'administration, le soin et la technique. Au sein de chaque service, il existe une forme de concentration des pouvoirs qui donne lieu à « une forme hiérarchique dans laquelle toutes les informations convergent vers les échelons supérieurs » afin de mettre en place une prise de décision centralisée (Nizet et Pichault, 2012). Ces différentes directions sont composées de métiers hétérogènes avec des

logiques et des intérêts divergents favorisant ce cloisonnement. Ainsi, les services vont poursuivre des buts spécifiques au détriment des objectifs organisationnels globaux.

Notre étude ne se portant que sur les personnels de santé, nous ne traiterons que deux catégories : l'équipe de direction : direction et cadre de santé et des personnels de santé infirmiers et aides-soignants.

I.2.2.2.1. L'équipe de direction : le directeur et le cadre de santé

L'équipe de direction en charge de la gestion de l'EHPAD est composée du Directeur de l'établissement et du cadre de santé, appellation réservée aux EHPAD publics, également appelé IDEC (Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice) dans le secteur privé.

Le Directeur : Le directeur est le principal agent preneur de décisions.

Le métier de directeur d'EHPAD évolue selon les réformes qui impactent le fonctionnement des établissements. Il est le garant du bon fonctionnement de la structure et des droits des usagers qu'il accueille. Il a pour rôle d'accompagner les professionnels dans leur travail au quotidien en leur fournissant des moyens logistiques et les compétences nécessaires à l'exécution de leur tâche. En plus de ce rôle, il est celui qui guide l'équipe pluridisciplinaire, rassure la famille et assure la sécurité des usagers. En pilotant la mise en place de 7 outils de la loi du 02 janvier 2002, il assure une gouvernance conforme à l'accueil des résidents dépendants.

La réforme 2002 a transformé le rôle des directeurs qui doivent désormais devenir des gestionnaires polyvalents. Ils doivent veiller à contrôler les dépenses tout en améliorant la qualité. La pérennité de la structure va dépendre de leur capacité à élaborer et à porter des projets devant leurs financeurs comme ARS ou le Conseil Départemental permettant d'obtenir des sources de financement supplémentaires afin d'augmenter la qualité de la prise en charge des résidents.

Les directeurs doivent également faire face à de nombreuses contraintes. L'une d'elles est de répondre aux objectifs du propriétaire de l'établissement. En effet, selon le statut de l'établissement qu'il soit public, associatif ou privé à but lucratif, les directeurs sont amenés à prendre des décisions distinctes. Chaque directeur doit gérer des établissements différents en termes de personnel, de localisation, d'histoire, de capacité et des résidents ayant des origines professionnelles, culturelles ou de besoins très divers impactant fortement leurs pratiques. Les comportements gestionnaires des directeurs s'exercent forcément sous contraintes. Le choix de gestion dépend également de leurs propres préférences, de leur parcours professionnel et de leur formation. Les directeurs d'EHPAD viennent souvent d'horizons différents conduisant à des pratiques différentes.

L'étude menée par Sibille et Joël (2016) montre que les directeurs ayant une formation initiale en économie-gestion ont pour priorité l'amélioration de la productivité du personnel, alors que les directeurs ayant suivi un cursus médical ont pour priorité l'amélioration de la qualité des soins fournis aux résidents.

IDEC / Cadre de santé :

L'infirmier coordinateur en EHPAD est un Infirmier Diplômé d'État qui devient responsable de l'équipe de soin.

Pour les EHPAD, on retrouve la fonction d'IDEC sous l'appellation d' « *infirmier référent* » pour la première fois dans l'arrêté du 26 avril 1999, :

« fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle ». Il « pourra être utile dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente qu'une infirmière constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Elle assure un bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gériatriques de qualité (...) ».

L'IDEC en EHPAD a pour mission d'assurer la continuité et la qualité des soins lors de la prise en charge des résidents à travers la gestion d'une équipe et la coordination entre les différents acteurs de cette prise en charge. La coordination est l'une des premières fonctions de l'IDEC définie depuis 2002 comme suit :

« participe (...) à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes ». (Article R4311-15 du code de la santé publique).

Le cadre de santé (CS) est à la croisée des logiques médicale, gestionnaire et soignante. Il est particulièrement impacté par les tensions et les paradoxes dus au management de proximité. Le CS est rattaché à la direction et en collaboration avec le médecin coordonnateur. En raison de cette position, il joue un rôle d'intermédiaire entre le médecin traitant et le personnel soignant dont il coordonne et contrôle les activités. Bouret (2008) a dépeint l'activité des cadres de santé comme un travail de lien :

« entre un système de production de soins à un système technocratique et gestionnaire devenu en même temps de plus en plus abstrait et lointain et de plus en plus contraignant ». (p. 735)

Le rôle de ces cadres est ainsi devenu au fil des évolutions du secteur de plus en plus compliqué à exercer et a entraîné dans bien des cas un sentiment d'isolement. Ce sentiment vient du fait que les cadres de santé ne constituent pas un collectif homogène (Divay et Gadea, 2008). Par ailleurs, la manière dont ils se positionnent par rapport à la logique managériale les a peu à peu convertis en « *cadres gestionnaires* » (Feroni et Kober-Smith, 2005). Ainsi, ils ne se retrouvent plus dans la conception qu'ils se faisaient de leur fonction par rapport au collectif soignant (Sainsaulieu, 2008). Avec le tournant gestionnaire, leur pratique a également évolué (Sainsaulieu, 2008).

I.2.2.2.2. Les personnels de santé : les infirmières et les aides-soignantes

L'équipe de terrain est gérée par le cadre de santé, qui assure la prise en charge des résidents. Elle est composée des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et des aides-soignants (AS). L'activité, le contenu du travail et la place au travail des soignants sont les mêmes dans tous les EHPAD :

« il s'agit de répondre aux besoins primaires des résidents à travers l'aide humaine et la dispensation des soins, d'assister les résidents dans les actes de la vie quotidienne : dormir, s'habiller, se nourrir, éliminer, se laver, se déplacer, se soigner etc. » (Marquier et al, 2016, p.13).

Distinguer les métiers des fonctions est impératif. Le métier correspond à un ensemble de savoirs et de savoir-faire, majoritairement techniques et reconnus par un diplôme pour pouvoir exercer son activité. La fonction correspond à l'ensemble des tâches réalisées dans le cadre d'une activité professionnelle. En EHPAD, il n'est pas rare de voir un glissement entre les fonctions et les métiers des soignants, certains professionnels « *faisant fonction* » sans pour autant avoir le même métier. Les métiers soignants font l'objet de définitions réglementaires précises avec une liste des actes autorisés par catégories des métiers. Cela a pour but d'encadrer la responsabilité des professionnels agissant auprès de publics considérés comme fragiles. Les financements des rémunérations des différents professionnels sont affectés à des sections comptables différentes concernant le soin, l'hébergement et la dépendance. La répartition des profils de professionnels qualifiés ou non a un impact important sur le budget d'un établissement. Il existe une troisième notion : le poste. Il est complémentaire des deux autres (métier et fonction), et équivaut à l'ensemble des caractéristiques relatives à l'exercice d'une activité dans le cadre d'une organisation donnée : contenu des tâches, horaires de travail, relations fonctionnelles et hiérarchiques, entre autres. Le contexte dans lequel s'exercent les missions du professionnel est important.

L'Infirmier Diplômé d'État (IDE)

L'infirmier dispense des soins médicaux afin de maintenir ou restaurer la santé des résidents, en surveillant l'état de santé et en coordonnant les soins prodigués, selon les prescriptions médicales : la préparation et distribution de médicaments, examen du résident, soins de nature technique comme le pansement, la prise de tension, les injections, etc. Un diplôme d'État d'infirmier est requis, obtenu après 3 ans en institut de formation en soins infirmiers (IFSI), accessible par parcours sup, après obtention du baccalauréat. Il s'agit d'un diplôme de niveau III. En termes de financement, les infirmiers relèvent à 100% de la section « soins » (annexe 3-2 du Code de l'action sociale et des familles – CASF)

Les IDE fournissent des soins 24/24 heures et 7/7 jours, ils ont de ce fait un rôle de leadership dans les soins de santé dans le but de maintenir l'autonomie des personnes âgées (Ouden et al, 2017). Le personnel infirmier a pour mission d'assurer une surveillance continue des personnes accueillies et fait appel au médecin uniquement lorsqu'il le juge nécessaire. A cette occasion certains médecins transmettent avec un appel téléphonique, leurs prescriptions à l'infirmier en leur demandant d'établir une ordonnance (Lim et al, 2014).

Les aides-soignants

Le métier d'aide-soignant (AS) dans la fonction publique a été créé en 1949 :

« pour répondre aux besoins d'hygiène au sein des hôpitaux et à l'incapacité pour les patients d'assumer seuls des besoins élémentaires (se laver, se nourrir, se changer, se déplacer...) mais surtout « pour les besoins de l'administration hospitalière dans le cadre de la division au travail » (<https://www.infirmiers.com/>), notamment lié au processus de professionnalisation des infirmiers et l'apparition de son diplôme d'état en 1946.

La profession d'aide-soignant est une profession sanitaire réglementée par le code de santé publique, définie par référence à celle d'infirmier.

Selon Anne Marie Arborio, sociologue, :

« le rôle de l'aide-soignante est explicité en une seule phrase : seconder les infirmiers et les infirmières notamment en ce qui concerne les soins à donner aux hospitalisés ». (Arborio, 2012, p.137).

Le rôle de l'aide-soignante est défini dans l'Annexe I de l'Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'État d'aide-soignant, modifié par l'arrêté du 28 septembre 2011-art 2. Sous la responsabilité de l'infirmier, l'aide-soignant accomplit des tâches de maintien d'hygiène et de confort. Il réalise des soins liés aux actes de la vie quotidienne, en compensant ainsi un déficit ou une perte d'autonomie de la personne, tout en cherchant le maintien de l'autonomie restante. Ces soins s'inscrivent dans une appréhension globale des besoins de la personne, et notamment relationnels. L'AS travaille le plus souvent dans une équipe pluriprofessionnelle, l'AS participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs

La réglementation ne leur reconnaît pas de rôle propre, à la différence des infirmiers qui peuvent dispenser de façon autonome des soins infirmiers, sans passer par une délégation du médecin. Les aides-soignants sont titulaires du diplôme d'état d'aide-soignant (DEAS) qui se prépare en une année dans un institut de formation d'aides-soignants (IFAS). La formation comprend au total 1435 heures d'enseignement, soit 41 semaines réparties en 17 semaines d'enseignement théorique (595 heures) et 24 semaines de stages (840 heures). Le diplôme peut également être obtenu grâce à une validation d'acquis de l'expérience (VAE). Il s'agit d'un diplôme de niveau V. En termes de financement, les aides-soignants relèvent à 70% de la section « soins » et à 30% de la section dépendance (Annexe 3-2 du CASF).

Le travail d'aide-soignante en gériatrie nécessite des compétences et des qualités professionnelles (Arborio, 2012). En dehors des soins du quotidien, la gériatrie demande de comprendre la vieillesse, la maladie, les troubles cognitifs et toutes leurs conséquences sur le comportement humain. Savoir faire preuve d'empathie, d'écoute, de patience sont des compétences essentielles pour ce métier.

En France, le mal-être des aides-soignantes en situation de travail a été mis en avant dans de nombreux travaux (Arborio, 1995 ; 2012). Se fondant majoritairement sur le statut obtenu grâce au diplôme d'État correspondant (Arborio, 1995, 2012 ; Aubry 2010, 2012). Cependant en EHPAD, ce statut fondé sur un diplôme national n'est pas pertinent. Au sein de ces

établissements la fonction d'aide-soignante est réalisée par des professionnels issus de formations initiales.

Selon le rapport Iborra de 2018, le métier d'AS fait systématiquement parti des dix métiers les plus recherchés identifiés dans l'enquête en besoin de main-d'œuvre réalisée par Pôle emploi. Ce rapport met en garde contre l'impact que peut avoir une « crise des vocations » sur la qualité de prise en charge. En effet, travailler en EHPAD n'est pas un métier comme un autre, le risque est d'orienter des personnes vers le métier d'aide-soignant sans que celles-ci aient d'appétence pour la filière de la gérontologie, ce qui pourrait avoir des conséquences sur la bienveillance.

Selon Marquier et al (2016), l'impact de la politique d'établissement à travers le « *projet managérial* » des encadrants est important sur le travail des personnels soignants. En effet, selon la manière dont sera géré l'établissement, la politique de l'établissement peut s'avérer facilitante ou « empêchante ». Dans ce dernier cas, cela peut avoir pour conséquence d'engendrer un sentiment d'aller contre les valeurs professionnelles et personnelles de l'encadrant et de l'ensemble des soignants. Ainsi le rôle et la manière dont les managers vont gérer l'établissement et les équipes sont des enjeux essentiels pour le bien être des personnels.

1.2.2.3. Les systèmes de contrôle de gestion porteurs d'une logique gestionnaire

Les systèmes de contrôle de gestion (SCG) sont au centre des évolutions induites par le NMP. En effet, on va voir émerger au sein des EHPAD une nouvelle « *logique gestionnaire* » où préexistaient des logiques institutionnelles. La loi de 2002-02 leur impose une obligation de rendre des comptes aux autorités de tutelles et de nouveaux modes de gouvernance. On peut définir les logiques institutionnelles comme des systèmes de valeurs et de croyances qui se construisent socialement et historiquement. Ces logiques sont composées de symboles et pratiques matérielles qui permettent aux individus et aux organisations de donner du sens à leurs activités (Friedland et Alford 1991 ; Thornton et Ocasio 2008). Cependant, certaines de ces logiques expriment des objectifs et des buts parfois contradictoires. De nombreux chercheurs se sont intéressés aux conflits entre l'ancienne logique dominante celle du soin et la nouvelle logique managériale (Reay et Hinings, 2009 ; Pache et Santos, 2013 ; Lander et al, 2013).

Les SCG peuvent être porteurs de logiques dites institutionnelles qui influencent la construction de la réalité organisationnelle et les pratiques quotidiennes (Oakes et al, 1998 ; Townley, 2002). Ceux-ci sont également transformés pour répondre aux spécificités du contexte (Ezzamel et al, 2012 ; Schäffer et al, 2015). Certains chercheurs considèrent qu'il existe une logique dominante, au sein d'un groupe de professionnels ou d'une organisation, qui devient la référence que partagent les membres d'une entité (Reay et Hining, 2009 ; Thornton et al, 2012). D'après Reay et Hining (2009), il est tout à fait possible que plusieurs logiques puissent de façon durable coexister dans des organisations composées de groupes ayant des logiques institutionnelles différentes, mais dont les décisions sont cloisonnées. Combiner les logiques institutionnelles et la sociologie des groupes professionnels permet de comprendre l'opposition des différentes logiques dans les groupes et dans leurs rapports, ce qui accompagne le changement institutionnel (Goodrick et Reay, 2011 ; Muzio et al, 2013).

Dans ce contexte, chaque groupe professionnel défend une logique dominante dont l'influence peut être équilibrée à certains moments par d'autres logiques (Boitier et Rivière, 2016). L'introduction forcée d'une nouvelle logique gestionnaire au sein des EHPAD, dans un contexte valorisant l'efficacité, l'efficience et l'économie des services publics a impacté durablement le fonctionnement des établissements et le travail des salariés. Ici l'EHPAD est un terrain d'observation pertinent, avec un contexte organisationnel segmenté faisant appel à différents groupes de professionnels : les managers et les soignants.

Selon Detchessahar et Grévin (2009), les professionnels administratifs, soignants et techniques doivent répondre à trois types d'injonctions qui peuvent se révéler contradictoires : industrielles, marchandes et organisationnelles.

Les injonctions dites industrielles standardisent la gestion des établissements avec une intensification des procédures dans la mise en place de la démarche qualité : certifications, évaluation, accréditations par les autorités de tutelle. Les injonctions marchandes impliquent une augmentation du nombre de résidents mais également une réponse aux exigences des familles de plus en plus présentes dans l'accompagnement des besoins des usagers (Volant, 2014). Enfin, les injonctions organisationnelles obligent les managers à s'adapter à la grande diversité des statuts, de la taille, de la géographie et des politiques des autorités tarifaires très différentes selon les EHPAD. Ainsi, comment peut-on diminuer le coût comme le souhaiterait l'équipe de direction en assurant une meilleure prise en charge des résidents par l'équipe soignante ? Cette opposition va engendrer des tensions de valeurs qui vont opposer les membres de ces deux groupes (Rossano et al, 2015).

Il existe une certaine tendance à se focaliser sur les préoccupations gestionnaires plutôt que managériales (Vallejo, 2018). Le phénomène est défini par Detchessahar et Grévin (2009) comme un paradoxe : l'encadrement est de plus en plus pris par des activités informationnelles en délaissant les activités communicationnelles, conduisant les activités gestionnaires à prendre le pas sur les activités de management conduisant les cadres de santé à une position de cadre gestionnaire. La volonté de tout réguler par la gestion, à partir du NMP, a conduit le management à délaisser le travail de manager de proximité.

Le processus de rationalisation gestionnaire appliqué aux établissements est venu réduire voire bloquer la coopération et le soutien des équipes par le management de proximité (Grevin, 2011). Désormais, les professionnels médicaux et paramédicaux acquièrent une place nouvelle dans l'organisation. Flachère (2015) parle d'émergence de professionnels-gestionnaires avec les médecins coordonnateurs et des cadres de santé qui obtiennent des responsabilités de gestion inédites.

Ainsi, il faut faire attention à la nécessité de gagner une confiance et surtout une légitimité face à l'équipe soignante (Detchessahar et Grevin, 2009). En effet, cette dernière est au centre de l'organisation des EHPAD et forme un groupe important, uni par un sentiment de communauté professionnelle. L'EHPAD est un lieu où plusieurs logiques opposées se rencontrent et dont les objectifs doivent être conciliés. En effet, vont ainsi coexister au sein de l'EHPAD des objectifs différents voire concurrentiels, ce qui conduit à différencier l'administratif avec sa préoccupation quantitative en lien à la rationalisation des ressources et des coûts et le soin qui dispose d'objectifs qualitatifs liés à la qualité des soins. L'EHPAD est un univers où doivent cohabiter des mondes professionnels distincts, fonctionnant en vase clos, poursuivant des objectifs différents et animés par des conflits de pouvoir.

I.2.2.3. Une crise du personnel : le comportement de retrait

Selon Sylvie Daïeff et Philippe Babadjian: « l'évolution démographique et le défi représenté par la prise en charge des personnes âgées nous obligent, nous professionnels de la gériatrie à inventer et innover non seulement pour recruter des professionnels mais aussi pour les fidéliser ». (2008, p.105)

I.2.2.3.1. Les métiers soignants sont les plus touchés par l'absentéisme en EHPAD

Il est important de pouvoir différencier au sein de ce type d'établissement ce qui relève de la catégorie métier et ce qui relève de la fonction. La catégorie métier correspond à un ensemble de savoirs et de savoir-faire, essentiellement techniques.

Les deux professions les plus impactées par ce phénomène sont les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et les Aides-Soignants (AS).

Comme nous l'avons vu précédemment, les IDE ont pour mission de dispenser des soins médicaux afin de maintenir ou de restaurer la santé des résidents, en surveillant l'état de santé et en coordonnant les soins prodigués, selon les prescriptions médicales (examen du résident, soins de nature technique : pansements, prise de tension, injections, préparation et distribution des médicaments, etc.).

Les AS au sein d'un EHPAD quant à eux ont la charge de prodiguer aux résidents des soins d'hygiène, de confort, des soins préventifs en fonction de leur état de santé tout en les accompagnant dans les actes de la vie quotidienne comme la prise de la température et du pouls, l'aide au lever ou au transfert, l'aide à l'habillage, à la toilette ou la prise des repas... Elles assurent aussi un travail relationnel permanent par l'attention portée aux personnes, des discussions ou encore via certains contacts physiques. L'AS exerce sous la responsabilité de l'infirmier.

La profession infirmière, avec les aides-soignantes, représente les deux métiers de la santé les plus importants en France en termes d'effectif, avec 681 459 d'infirmiers et 402 998 d'aides-soignants en activité en 2017 (Observatoire hospitalisation privée, 2018). Ces métiers connaissent des mutations importantes en raison du développement des technologies, de l'informatisation, de la multiplication des tâches administratives, etc. Ce contexte modifie leurs missions voire leurs conditions de travail, allant jusqu'à interroger le sens de leur travail.

Ces deux métiers sont essentiels à la bonne prise en charge des résidents, ils font partie des rôles les plus en contact direct avec les résidents et leurs familles. Pour certains usagers, ce sont leurs seuls repères voire contact avec l'extérieur. Il est essentiel d'assurer les différents rôles qui relèvent aussi bien de l'accompagnement, du soin et du relationnel pour le bien-être physique, social et mental des usagers qui pour certains sont en perte de repères soit à cause de la solitude, ou lors d'Alzheimer et pathologies apparentées.

En 2017, la médiatisation de la grève de 117 jours au sein de l'EHPAD « les Opalines », dans le Jura, a eu un retentissement national. À la suite de cet événement, Cécile Martin et Mélina Ramos-Gorant ont réalisé une étude, publiée par l'Insee en 2017, sur le turn-over élevé du personnel soignant travaillant en EHPAD en France dans le secteur privé. Le 14 mars 2018,

les députés Monique Ibbora et Caroline Fiat ont présenté leur rapport d'information sur les EHPAD devant l'Assemblée Nationale. Ces deux travaux ont mis en évidence un mal-être institutionnel illustré par un turn-over élevé et un fort taux d'absentéisme des personnels de santé. L'absentéisme et le turn-over impactent l'organisation du travail car dans une perspective de continuité de service, la prise en charge du résident ne doit pas être interrompue. Ces phénomènes sont considérés par les chercheurs en gestion des ressources humaines (GRH) comme des comportements dit de retrait des salariés.

Le turnover est un mot anglais qui se définit comme « *la rotation du personnel dans une entreprise* ». Le turn-over est un indicateur utile pour le pilotage et le suivi de démarches de prévention des risques professionnels. Un turn-over trop élevé est à la fois signe et cause de dysfonctionnement dans l'organisation du travail, dans les relations au sein des collectifs de travail ;

En contextualisant, quand un EHPAD est décrit comme ayant un turnover important cela veut signifier que le rythme de renouvellement des effectifs est important et qu'il connaît beaucoup de départs qui se sont suivis par des recrutements. Selon Bazin et Muller (2018), les EHPAD connaissent un turn-over élevé, la part du personnel récemment recruté depuis moins d'un an atteignant 15%. L'absentéisme dans une organisation, surtout l'absentéisme imprévisible qui désorganise la structure, représente un enjeu essentiel comme le montre nombre d'auteurs. Ainsi, Maley le considère comme :

« un baromètre très fidèle des dysfonctionnements d'une institution et de la qualité des conditions de travail » (1995, p 24.).

D'autres, à l'image de Thévenet (1992) comme « *un indicateur de non-performance* » avec un « *triple coût* » : financier par le remplacement du salarié absent avec des coûts indirects, organisationnel par le dérèglement du fonctionnement de l'organisation, et culturel avec la remise en question de la norme travail. L'absence au travail est reconnue comme un indicateur de dégradation des conditions de travail et de l'état de santé des salariés dans un établissement. Cet indicateur est fréquemment utilisé dans le « dépistage » des situations de travail dites à risques psychosociaux. L'absentéisme est loin de n'être qu'un indicateur de l'état de santé des salariés ou de leurs problèmes personnels. Il peut également servir de référence au niveau de la situation organisationnelle de l'institution et notamment le rejet que peuvent avoir les salariés de leurs conditions de travail engendrant de l'épuisement professionnel, de la souffrance au travail, du burn-out ou des risques psychosociaux.

Il existe plusieurs types d'absence qui diffèrent selon sa survenance :

- Les **absences prévisibles** : ce sont les congés sans solde autorisés, les repos hebdomadaires, les récupérations de jours fériés, les congés payés, les formations. Ces absences ne déstabilisent pas l'organisation, elles peuvent être anticipées et intégrées dans l'organisation du travail et surtout planifiées par la gestion des plannings.
- Les **absences imprévisibles** peuvent relever de la situation familiale ou encore d'événements personnels, dans ces deux cas l'organisation ne peut pas agir pour la comprendre ou encore la réguler. Cependant, l'organisation a un rôle à jouer pour :

- **L'absentéisme en lien avec l'état de santé du salarié** : l'absentéisme est le résultat d'une dégradation de l'état de santé du salarié, elle est justifiée par un certificat médical. C'est le cas pour l'absence pour maladie, la grossesse en fait partie ; les accidents du travail, les accidents de trajet ; les maladies professionnelles ;
- **L'absentéisme en lien avec un comportement** de « *rejet* » du travail et/ou de son organisation : chez les infirmières, l'absentéisme peut refléter une stratégie d'adaptation, aussi appelé coping, afin de gérer les pressions dues à leur travail. On peut les reconnaître quand une absence est injustifiée ou comme un signe de protestation, pour montrer son désaccord. Ce type d'absence permet de signaler, dans certains cas, une relation compliquée entre le salarié et l'organisation occasionnant désengagement, fatigue, stress pouvant être dus aux conditions de travail.

Le rapport annuel sur l'état de la fonction publique (DGAFP, 2019) révèle qu'en 2018 la proportion d'employés absents au moins un jour au cours d'une semaine, pour cause de maladie, est de 4,6% pour le secteur privé et à 4,8% pour l'ensemble de la fonction publique.

L'absentéisme pour cause de maladie touche différemment les trois versants de la fonction publique : les fonctions publiques territoriale et hospitalière sont cependant plus touchées que la fonction publique d'État avec respectivement 5, 8%, 6,2% et 3,3% d'agents absents au moins un jour au cours d'une semaine.

L'absentéisme pour cause de maladie est un véritable défi pour la fonction publique hospitalière et notamment dans les EHPAD aussi bien au niveau de sa compréhension comme de sa gestion par les ressources humaines.

Dans le contexte de NPM, qui a pour objectif de rationaliser les ressources et notamment en réduisant les coûts financiers (Amar et Berthier, 2007), l'absentéisme pour maladie peut générer des coûts financiers importants. En plus, de cette charge, elle a également des effets désorganisant (Savall et Zardet, 2007) qui découlent de micro-dysfonctionnements qu'elle crée : augmentation de la charge de travail pour les personnes présentes, non-remplacement des personnes absentes, remise en question de la continuité et de la qualité du service public. L'EHPAD qui doit assurer un travail 24 h sur 24, 7 jours sur 7, rappelle les mêmes salariés en cas de remplacement ce qui augmente les risques psychosociaux. De cette désorganisation découlent des coûts de régulation en lien avec la gestion de l'absentéisme qui relève d'une des missions de la GRH : assurer le maintien de l'efficacité organisationnelle (Goetzel et al, 2004). Enfin, l'absentéisme pour motif médical est considéré comme un indicateur fidèle des dysfonctionnements organisationnels, de la qualité des conditions de travail et plus globalement de la qualité de vie au travail (QVT) (Bouville, 2009, 2010)

L'absentéisme et le turn-over impactent l'organisation du travail car dans une perspective de continuité de service, la prise en charge du résident ne doit pas être interrompue.

I.2.2.3.2. Les origines du phénomène d'absentéisme

L'étude des causes de l'absentéisme est complexe. Dans un rapport paru en Septembre 2016 par la DREES, intitulé « *des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés* », le travail des soignants est jugé pénible par les professionnels, aussi bien au niveau physique que psychique.

A la suite de nombreux mouvements de grève des soignants en EHPAD, Cécile Martin et Mélina Ramos-Gorant ont travaillé et publié par l'INSEE en 2017 une étude sur le taux de roulement élevé du personnel soignant travaillant en EHPAD en France dans le secteur privé. Le 14 mars 2018, les députés Monique Ibbora et Caroline Fiat ont présenté leur rapport d'information sur les EHPAD devant l'Assemblée nationale. Ces deux travaux ont mis en évidence un mal-être institutionnel illustré par un taux de roulement élevé et un fort taux d'absentéisme des personnels de santé.

La première cause d'absentéisme dans ces établissements était l'état de santé des salariés. En effet selon les chiffres 2017 de l'Assurance Maladie-Risques professionnels sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le taux de sinistralité dans les EHPAD est passé de 94,6 pour 1 000 salariés en 2016 à 97, 2 en 2017, alors que la fréquence d'accidents avec arrêt s'est établie à 33,4 pour 1 000 en moyenne dans les autres secteurs. Le taux d'arrêts de travail est 1,3 fois supérieur aux autres branches santé, et 2 fois supérieur à la moyenne nationale, toutes branches professionnelles confondues. Le travail effectué présente une pénibilité physique accrue due aux soins de nursing important et aux manutentions que le personnel doit réaliser tout au long de son temps de travail lors notamment du levé, du couché et de la toilette du résident. Il faut également ajouter une pénibilité psychique liée à l'accompagnement de plus en plus important des usagers très demandeurs comme les déments ou Alzheimer.

La seconde cause de l'absentéisme est liée aux conditions de travail qui sont également à l'origine des difficultés de recrutement et un taux de roulement important. Des conditions de travail plus difficiles en sous effectifs conduisent plus souvent le personnel à quitter l'établissement. Ainsi, parmi les établissements de soins, les EHPAD ont le taux d'absentéisme record avec 8,9% soit 32,5 jours moyens d'absence par salarié sur une année, selon les données de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

D'autres causes font le lit de l'absentéisme. Les EHPAD sont ouvertes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an. Le personnel doit également travailler en horaires décalés, en travail de nuit, avec des fortes contraintes de temps. A ces différentes exigences s'ajoutent un manque de reconnaissance, une organisation du travail inadaptée ou des lacunes dans le dialogue entre les salariés et l'encadrement constitué de cadres de santé et/ou de managers de proximité.

Nous avons vu que les causes de l'absentéisme sont diverses et nombreuses. Pour les comprendre, il faut examiner l'impact des conditions de travail, prendre aussi en compte les nouvelles exigences au travail avec la mise en place de la démarche qualité pour l'accréditation des établissements médico-sociaux et institutionnelle qui viennent changer le collectif de travail et générer des pressions parfois mal vécues par les salariés.

L'absentéisme vient s'expliquer par rapport aux évolutions sociétales qui échappent aux établissements comme l'évolution du rapport au travail. Cela s'explique par une perte généralisée du sens dans le travail. Dans un système économique français tourné majoritairement vers le secteur du tertiaire, beaucoup d'employés ne voient plus l'apport concret qu'ils peuvent avoir avec leur travail pour la société. La perte de sens se retrouve dans les EHPAD où les salariés doivent sans cesse réduire leurs délais de prise en charge tout en améliorant leur efficacité. Ils ont ainsi perdu les liens affectifs qu'ils pouvaient créer avec les usagers.

I.2.2.3.3. L'impact de l'absentéisme sur les différents protagonistes

L'absentéisme est un facteur important à prendre en compte pour l'encadrement et l'organisation des équipes qui peut impacter aussi bien sur les usagers, l'EHPAD et le personnel soignant.

Il existe une alternative pour gérer l'absentéisme au sein des établissements : soit remplacer l'agent absent par un autre agent interne ou externe à l'équipe, soit un fonctionnement en sous-effectif en raison d'un délai de prévenance trop court ou parce que l'établissement accepte cette solution le plus souvent pour des raisons financières. Devigne et al (2014) ont mené des recherches au sein des EHPAD qui ont révélé que les modalités de gestion de l'absentéisme ont bouleversé le fonctionnement même des services et ont eu de graves répercussions sur les usagers et la santé au travail des personnels.

Les usagers : impact de l'absentéisme sur la raison d'être des EHPAD : la prise en charge des usagers.

Pour rappel, le profil des usagers en EHPAD a évolué avec le vieillissement de la population, cumulé aux politiques de prolongement du maintien à domicile. Ainsi, nous observons un recul de l'âge moyen d'entrée en établissement entraînant une plus grande dépendance en soins et une plus grande médicalisation des personnes accueillies. Les personnes institutionnalisées dans ce type d'établissement sont plus vieillissantes et surtout plus dépendantes, ce qui nécessite une plus grande prise en charge en termes de temps et surtout plus individualisée comme avancé par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'absentéisme élevé des salariés ne permet pas aux établissements de répondre à ces nouvelles exigences car l'établissement fonctionne souvent en sous-effectif ce qui ne permet pas d'individualiser la prise en charge des résidents.

En plus de ne pas pouvoir répondre aux nouveaux enjeux, il arrive que même le maintien de la qualité des soins ne puisse être assuré car il y a moins de temps de présence, moins de temps accordé aux résidents et aux activités de la vie quotidienne. Le risque majeur et non négligeable est de « bâcler » le travail... L'absentéisme génère la présence de nombreux remplaçants souvent intérimaires ne connaissant ni les résidents, ni l'établissement et son fonctionnement. Ainsi, la qualité des soins peut se retrouver diminuée. Cela peut être chez les résidents une source de stress, voire dans les cas extrêmes un refus des soins, pour ceux qui n'acceptent pas les personnes qu'ils ne connaissent pas.

Cet absentéisme peut empêcher les résidents de nouer des relations de confiance avec les soignants :

« *Staff do not have time to learn the needs and preferences of individual residents* »
(Wiener, 2009, p.142).

Tous ces éléments vont venir perturber les habitudes et le rythme de vie des usagers.

L'EHPAD

L'absentéisme pour raison de santé est un enjeu relevant de la gestion – par les désorganisations et les coûts, principalement cachés, qu'il suscite – ainsi que celle créée par les conditions de travail.

L'absentéisme en EHPAD est une problématique préoccupante car ces établissements doivent assurer un service continu : la prise en charge des résidents ne doit pas être interrompue. Un fort absentéisme peut provoquer des interruptions dans la continuité des soins, entraînant une dégradation de la qualité de la prise en charge en EHPAD. Face à l'absentéisme comme aux postes vacants, les établissements doivent régulièrement faire face et font appel à de l'intérim, solution coûteuse, et parfois sans succès. Cet absentéisme peut également réduire « *la productivité* », c'est-à-dire le temps consacré à s'occuper des résidents, pour former des remplaçants, souvent intérimaires aux habitudes et aux besoins des usagers.

Le phénomène est accentué par les normes de fonctionnement des EHPAD qui les obligent à respecter un ratio minimal d'agents selon le nombre de résidents et leur dépendance. En cas d'absentéisme, le nombre d'effectif peut être inférieur au ratio minimal exigé par les autorités que sont l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour le soin et le Conseil Départemental pour la dépendance. Le directeur d'établissement sera contraint de remplacer les absents en recrutant des contractuels temporaires, et de financer ces remplacements sur son budget.

Le personnel soignant

L'absentéisme engendre un cercle vicieux de stress, de fatigue et d'épuisement chez les soignants, pouvant mener à une augmentation de l'absentéisme lui-même. Cette situation, combinée à des défis de recrutement, provoque des glissements de tâches significatifs : les responsabilités normalement assignées aux infirmiers sont prises en charge par les aides-soignants, et celles des aides-soignantes par les auxiliaires de vie sociale. Ce manque de personnel entraîne des recrutements de « *faisant-fonction* » dont la qualification est insuffisante au regard des personnes accueillies. Cette redistribution des tâches, due au manque de personnel qualifié, aboutit à l'embauche de personnel « *faisant-fonction* » dont les qualifications ne répondent pas toujours aux besoins des résidents. Ces décalages de missions compromettent la qualité des soins et suscitent des inquiétudes parmi les soignants, qui se retrouvent à effectuer des tâches pour lesquelles ils n'ont ni la formation appropriée, ni l'autorisation.

Par ailleurs, l'absentéisme affecte la régularité de présence des employés sur leur lieu de travail, complexifiant considérablement la gestion des plannings. Souvent élaborés à très court terme, les plannings ne permettent pas aux salariés de prévoir leur emploi du temps au-delà de trois semaines, engendrant frustrations et difficultés à concilier vie professionnelle et

personnelle. Cette précarité dans l'organisation du travail accentue le sentiment d'incertitude et peut nuire au bien-être des employés.

Les absences de leurs collègues ont des impacts moraux et physiques sur les équipes et enclenchent un effet « *boule de neige* » que l'IDEC (Infirmier coordinateur) doit repérer, anticiper et qu'il doit pallier dans la mesure du possible. L'IDEC assure la coordination de la prise en soins des résidents. Sous la hiérarchie de la direction de l'établissement et en collaboration avec le médecin coordonnateur, il est le garant de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins et de l'application des bonnes pratiques gériatriques. C'est un acteur essentiel qui permet d'assurer une bonne coordination entre les personnels de santé.

Il arrive que pour faire face au remplacement dit « *au pied levée* », c'est-à-dire à la dernière minute souvent en cas d'absence injustifiée, l'établissement rappelle leurs salariés sur leur temps de récupération. Ce phénomène va créer un cercle vicieux, où les personnes les plus investies, qui reviennent pour aider, vont se fatiguer aussi physiquement que mentalement au risque de se blesser voire de se mettre en arrêt de travail.

Selon Petit et Zardet (2017), l'absentéisme est perçu par toutes les personnes interviewées comme le principal élément perturbateur du fonctionnement des établissements et de l'augmentation de la charge de travail.

Dans certains cas, l'absentéisme peut avoir des conséquences inattendues et même bénéfiques pour les salariés. Hackett et Bycio (1996) ont révélé que, notamment dans le secteur de la santé, l'absentéisme peut servir de mécanisme d'adaptation permettant aux employés de maintenir un équilibre psychologique et physique acceptable. Cette perspective suggère que l'absence temporaire du lieu de travail peut offrir aux soignants un répit nécessaire pour récupérer et préserver leur bien-être, face à un environnement de travail souvent exigeant et stressant.

Les EHPAD, confrontés à des défis de recrutement et de rétention de personnel qualifié, ressentent particulièrement les répercussions de ces absences sur la gestion des plannings et, par extension, sur l'organisation et l'efficacité opérationnelle de l'établissement. Toutefois, l'intégration dans un réseau ou un groupe d'établissements peut atténuer partiellement ces difficultés. D'une part, l'appartenance à un tel groupe peut faciliter l'accès à des ressources financières supplémentaires, permettant une adaptation plus souple des politiques de rémunération pour attirer et fidéliser les soignants. D'autre part, elle favorise l'adoption d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) à l'échelle du groupe. (Rapport Ars Rhône-Alpes, 2014). Cette approche stratégique en matière de ressources humaines permet de prévoir et de préparer les compétences nécessaires pour l'avenir, assurant ainsi une meilleure adéquation entre les besoins des établissements et les profils des employés, tout en contribuant à une meilleure gestion des absences et à une continuité de soins de qualité.

En somme, bien que l'absentéisme pose des défis significatifs, en particulier dans le contexte des soins de longue durée, une gestion proactive et stratégique des ressources humaines, soutenue par les avantages d'une appartenance à un groupe, peut transformer ces défis en opportunités pour améliorer le bien-être des employés et la qualité des soins prodigués aux résidents.

La solidarité entre aides-soignantes joue également un grand rôle dans leurs arrangements pour rendre le travail supportable. Certaines études ont déjà souligné le rôle du collectif de

travail dans la transmission des savoir-faire et dans l'intégration des nouveaux arrivants (Aubry, 2010, 2012).

Ainsi, les diverses transformations, qu'elles soient juridiques, de gestion ou dues à l'évolution de la population accueillie, conduisent à des bouleversements au sein des établissements notamment les EHPAD. Ces changements dégradent les conditions de travail du personnel soignant pouvant aller jusqu'à remettre en question la notion même de sens au travail. C'est dans un tel contexte que l'absentéisme se développe plus facilement et a un impact direct sur la prise en charge des résidents, raison d'être des EHPAD.

I.2.2.3.4. Solutions à apporter, modification d'un modèle en bout de course

En tenant compte des problèmes causés par l'absentéisme mentionnés précédemment, il est important de mener une recherche pour comprendre et agir sur cet absentéisme en mobilisant notamment le concept d'implication au travail. La littérature sur l'implication est très largement développée notamment en Sciences de Gestion. Il est beaucoup moins dans le management de la santé, qui mobilise majoritairement les notions de motivation et de satisfaction des personnels de santé. Le concept d'implication a débuté au moment où la loyauté à l'égard de l'entreprise a commencé à décliner aux États-Unis et où les explications fournies par la motivation et la satisfaction ont révélé leurs limites (Cohen, 2003). Des études menées dans le secteur de la santé se cantonnent à l'implication du personnel soignant dans la relation de soin mais jamais à son implication à l'égard de son organisation.

Dans un tel contexte, et alors que les EHPAD connaissent des difficultés en terme de management notamment dans la relation entre le personnel et les cadres, il apparaît nécessaire de faire le point sur la situation du secteur sanitaire et médico-social, en nous intéressant plus particulièrement à la notion d'implication des personnels de santé, et aux différents leviers pour la favoriser. L'implication peut conduire à une adhésion de la personne aux valeurs et au projet de l'organisation ce qui peut se traduire par un investissement dans le travail et une volonté d'agir du personnel. L'implication peut également inclure un attachement affectif avec amour que l'on porte à son organisation conduisant à une loyauté professionnelle, source de fidélisation de la personne.

La crise sanitaire liée à la Covid-19 n'a fait que ressortir les souffrances, déjà présentes, du personnel de santé. Les dirigeants des établissements doivent adapter leur management en mettant en place des projets stratégiques dans le but de répondre aux évolutions, aux besoins du secteur et à ceux des salariés. De nouveaux défis liés à la gestion des ressources humaines (GRH) apparaissent dans ces structures et montre combien la crise sanitaire a mis en lumière l'importance du rôle de la GRH comme facteur déterminant au bon fonctionnement des EHPAD afin d'assurer l'état de santé et la sécurité des résidents. Les leviers les plus simples à mobiliser pour attirer, fidéliser et impliquer davantage le personnel se situent au niveau de l'organisation, notamment à travers ses activités RH, telles que le recrutement et la sélection, la rémunération, la gestion des carrières, la formation professionnelle, la santé au travail, la gestion des conflits, et la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC), tels que définis par Donadio et al. (2017). Les pratiques managériales sont très peu formalisées, voire valorisées, ce qui laisse à l'établissement une marge de développement aussi bien au niveau des pratiques de management de proximité qu'au niveau de la direction d'établissement.

L'enjeu est donc de consacrer plus de ressources internes par la formation, le temps, l'organisation, etc. aux pratiques managériales, que ce soit par de l'encadrement (IDEC) ou par la direction des EHPAD et de développer une implication plus importante des personnels de santé.

CONCLUSION CHAPITRE I :

En conclusion, le secteur médico-social, et en particulier les EHPAD, traverse une période de transformation profonde, exacerbée par l'adoption du Nouveau Management Public qui redéfinit la gouvernance en imposant des normes de performance et d'efficacité inspirées du secteur privé. Cette évolution a engendré des tensions et une fragmentation au sein des établissements, affectant négativement la culture professionnelle et les conditions de travail du personnel de santé. Les défis incluent la gestion des conflits de logiques entre les différentes cultures professionnelles internes et la nécessité de maintenir la qualité des soins dans un contexte de budget contraint et d'augmentation de la dépendance des résidents. Pour améliorer la situation, il est crucial de revoir les pratiques managériales et de gestion des ressources humaines afin de mieux aligner les valeurs organisationnelles avec les besoins des employés et des résidents, en favorisant une implication plus forte du personnel de santé et en adaptant les stratégies à la réalité complexe et dynamique des EHPAD. Ce cadre posé, le Chapitre II explorera plus en détail le concept d'implication, tant professionnelle qu'organisationnelle, et examinera comment ces formes d'engagement influencent la performance et le bien-être au sein des structures médico-sociales et réduire les comportements de retrait.

Chapitre II. ROLE DE L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE ET PROFESSIONNELLE DANS LA COMPREHENSION DE LA RELATION ORGANISATION/ SALARIE ET DES COMPORTEMENTS ASSOCIES.

Cette section de la thèse se consacre à l'examen approfondi de l'implication organisationnelle et professionnelle, des concepts clés pour décrypter la complexité des relations entre les salariés et leur organisation, en particulier dans le contexte des EHPAD, où la qualité des soins et le bien-être des résidents dépendent largement du degré d'implication des personnels de santé.

II.1. L'implication, un concept pour mieux comprendre la relation salarie/organisation

L'implication se réfère à une relation (Thévenet, 2002). Par contre, la langue anglaise différencie plus subtilement le « *commitment* » de l'« *involvement* ». Le premier fait référence à une attitude quand le second révèle une intention d'action ou de comportement (Gagnon et al. 2007). Le concept d'implication a émergé au moment où la loyauté à l'égard de l'entreprise a commencé à décliner aux États-Unis et où les explications fournies par la motivation et la satisfaction ont révélé leur limites (Cohen, 2003). Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi de nous centrer sur l'implication, concept riche et complexe à la fois, sans développer l'analyse d'autres concepts proches, tels ceux de motivation, moteur de l'action, et de satisfaction qui renvoie à l'idée d'un état psychologique découlant de la comparaison entre des attentes et une réalité perçue.

Si les recherches en sciences de gestion ont développé un vaste ensemble de travaux relatif à l'implication des personnes pour l'organisation, la littérature manque de consensus pour délimiter le concept. Dans un souci de clarification, Meyer et Herscovitch (2001) ont réalisé une synthèse du concept d'implication sur le lieu de travail, dans le but de proposer un modèle général. Ils ont fait ressortir que l'implication sur le lieu de travail peut prendre différentes formes et peut potentiellement influencer l'efficacité organisationnelle et le bien-être des salariés. En effet, il existe plusieurs formes d'implication sur le lieu de travail, cela inclut l'implication organisationnelle (Mathieu et Zajac 1990 ; Meyer et Allen 1991 ; Mowday et al. 1982), syndicale (Gordon et al., 1980), liée au métier et à la profession (Blau 1985 ; Meyer, Allen et Smith 1993), à l'équipe et aux superviseurs (Beckers, 1992), aux buts (Campion et Lord, 1982) et à la carrière personnelle (Hall, 1996).

En ce qui concerne notre étude, la forme la plus importante pour agir sur le turn-over (ou taux de roulement) des salariés est celle de l'implication organisationnelle (IO) proposée par Mowday, Porter et Steers (1982). Un modèle à trois composants (TCM : Three-component Model) a été développé par Meyer et Allen (1984, 1991, 1997 et Allen et Meyer 1990). Ainsi, l'implication des employés envers une organisation peut être vécue comme un attachement affectif à l'organisation (affective commitment : AC), un sentiment d'obligation envers l'organisation (normative commitment : NC) ou encore une prise de conscience des coûts liés au départ de l'organisation (continuance commitment : CC).

Chaque dimension peut être expérimentée à des degrés divers. Meyer et Herscovitch (2001) ont détaillé cette notion en identifiant huit profils potentiels reflétant diverses combinaisons, selon le degré faible ou élevé d'AC, de NC ou de CC ; ils ont également mis en avant des propositions concernant le développement et les conséquences de ces profils.

En matière de GRH, de nombreux chercheurs ont repris ce modèle pour mettre en évidence des profils afin de mieux appréhender les différents types d'implication, selon le degré (AC, NC et CC) et la cible de celles-ci (Target).

Les chercheurs soulignent le lien important qui existe entre l'implication des employés et les résultats liés au travail, tels que le taux de roulement, la diminution de l'absentéisme, une plus grande loyauté envers l'organisation et la mesure dans laquelle les employés déploieront plus d'efforts au nom de l'organisation (Mowday et al, 1982 ; Shore et Martin, 1989 ; Mueller et al, 1992 ; Paré et al, 2001). Les employés très impliqués présentent des caractéristiques importantes telles que la stabilité, la productivité et sont plus susceptibles de s'impliquer dans un comportement de citoyenneté organisationnelle, comme assumer des activités supplémentaires, d'être plus performants et d'atteindre les objectifs de l'organisation (Larkey et Morrill, 1995 ; Paré et al, 2001).

II.1.1. L'implication, un concept très développé

Depuis les années 1960, la problématique de l'implication intéresse les praticiens des ressources humaines surtout pour les chercheurs en comportement organisationnel. Originaires des États-Unis (Becker, 1960 ; Mowday, Steers et Porter, 1979) et développés par des chercheurs canadiens et américains (par exemple Meyer et Allen, 1991 ; Meyer et Herscovitch, 2001 ; Klein, Molloy et Brinsfield, 2012), différents modèles d'implication au travail ont été adoptés partout dans le monde (Fischer et Mansell, 2009 ; Meyer et al, 2012). De manière générale, les chercheurs définissent l'implication comme la relation entre une personne et son organisation.

Ce concept est apparu dans la recherche française dans les années 1980. Thévenet (2000) considère que l'implication peut donner aux personnes le sentiment de réaliser quelque chose tout en se réalisant individuellement. Il analyse l'implication sous l'angle du management et prend en compte la personne « *dans son individualité et sa liberté* » et également l'organisation et sa culture.

On peut distinguer l'implication au travail et l'implication organisationnelle.

L'implication au travail exprime le degré d'identification d'une personne à son travail (Kanungo, 1982) en particulier :

« L'importance que revêt le travail dans l'opinion globale que l'individu se fait de lui-même » (Mahé de Boislandelle, 1998, p. 209).

L'analyse des composantes de l'implication permet d'identifier quatre grands items pour la repérer :

« les intérêts de vie, l'importance de la performance pour l'évaluation de soi, la consistance avec soi et la participation active à la prise de décision » (Louche 2019, p. 107).

Il est essentiel d'avoir une adéquation entre les objectifs et les valeurs de l'organisation et la personne. L'implication dans le travail est un indicateur du degré d'identification d'un individu par rapport à son travail, à son investissement et au fait qu'il considère la performance dans le travail comme importante pour son estime de soi.

De ce fait, l'implication découle de la relation entre l'individu et les caractéristiques de son expérience au travail (Thévenet, 2002, p.8). L'auteur propose d'identifier cinq grandes causes de l'implication en situation de travail :

- **L'environnement du travail** avec les relations interpersonnelles dans l'équipe, relations avec l'encadrement, lieu géographique ;
- **Les produits de l'organisation** avec l'activité de l'entreprise et le portefeuille de produits ;
- **L'entreprise ou l'organisation** au sens large avec la politique générale, la culture et le projet, les valeurs dominantes, le mode de gestion ;
- **Le métier** avec l'attachement à sa profession, les sentiments d'appartenance à un milieu professionnel ;
- **La valeur travail** avec la centralité du travail, le respect du travail, l'éthique professionnelle par rapport à l'activité.

Pour résumer, l'implication dans le travail représente la manière dont une personne place investit son travail, compte tenu de ses centres d'intérêt, de la façon dont elle s'identifie au travail, s'engage psychologiquement et physiquement, appréhende son niveau de performance comme essentiel pour s'autoévaluer et participe intensément aux relations et aux réalisations dans les situations de travail (Plane, 2014).

L'implication organisationnelle, quant à elle, caractérise :

« Une force stabilisatrice permettant d'expliquer qu'une personne reste attachée à son organisation tout en orientant son comportement » (Meyer et Herscovitch, 2001, p. 301).

Ou encore :

« l'adhésion du salarié à son entreprise ». (Barrédy et al, 2023, p. 342)

Si l'implication dans le travail traduit l'identification de la personne avec son emploi, l'implication organisationnelle reflète son identification avec l'employeur (Robbins et Judge, 2019).

Selon Allen et Meyer :

« l'implication organisationnelle peut être défini comme un lien psychologique entre l'employé et son organisation, qui rend moins probable le départ volontaire de l'employé. » (1996, p. 252)

En ce qui concerne notre étude, la forme la plus étudiée et dont la relation négative avec le turn-over est établie (Meyer et Allen 1991, Vandenberghe et al. 2009), est celle de l'IO développé par Mowday, Porter et Steers (1982). Elle est d'ailleurs étudiée depuis plusieurs décennies

II.1.1.1. Une première approche unidimensionnelle du concept d'implication organisationnelle

À l'origine, l'implication organisationnelle était vue comme un concept **unidimensionnel** (Meyer, Irving et Allen, 1998 ; Bentein, Vandenberghe et Dulac, 2004). A cette occasion, deux approches se sont confrontées : l'approche attitudinale et l'approche comportementale (Mowday et al, 1982 ; Meyer et Allen, 1997 ; Charles-Pauvert et Commeiras, 2002).

- L'approche **attitudinale** (Buchanan, 1974 ; Steers, 1977 ; Mowday, Steers et Porter, 1979, p. 226) avait pour objectif de s'intéresser aux facteurs jouant sur le développement de l'implication et aux conséquences de cette attitude.
- L'approche **comportementale** (Becker, 1960 ; O'Reilly et Caldwell, 1981 ; Pfeffer et Lawler, 1980) avait quant à elle pour but de s'intéresser sur les conditions contribuant à la répétition d'un certain comportement et également sur les effets de ce comportement sur les attitudes (Meyer et Allen, 1991)

De cette façon, Porter et al (Mowday, Steers et Porter, 1979 ; Porter, Steers, Mowday et Boulian, 1974) définissaient l'implication organisationnelle comme :

« la force relative de l'identification d'un individu à une organisation et de son implication au sein de cette organisation » (Mowday et al, 1979, p 226), cette définition relevant de l'approche attitudinale.

Pour Becker, l'implication organisationnelle est une :

« tendance à poursuivre un cours d'action cohérent » (1960, p 33), ce qui l'associe à une approche comportementale.

Une autre définition très importante est celle proposée par Reichers en 1985. Pour l'auteur, l'implication relèverait :

« d'un processus d'identification avec les objectifs de diverses entités au sein d'une organisation » (p. 465).

Cette définition relevant de la logique attitudinale se rapproche de la conceptualisation avancée par Porter et al. (1974). Elle s'en éloigne toutefois dans la mesure où est évoquée la multiplicité des cibles d'implication et cela bien avant que l'approche multi-cible ne soit étendue (Lavelle, Rupp et Brockner, 2007).

Meyer et Allen (1991) ont cherché à concilier les deux approches dans leur analyse de l'implication organisationnelle (Malki, El amili et El khourchi, 2021). Pour cela, ils définissent l'implication comme un état mental reflétant le type de relation entre l'individu et son

organisation et influence la décision de rester dans cette relation. Meyer et Herscovitch (2001) ont élargi l'approche dualiste de l'implication organisationnelle développée par Meyer et Allen (1991) pour couvrir d'autres formes d'implication.

II.1.1.2. le développement de l'approche multidimensionnelle de l'implication

Vers la fin des années 80, l'implication organisationnelle a commencé à être vue comme un concept multidimensionnel, avec l'émergence de plusieurs approches (Angle et Perry, 1981 ; O'Reilly et Chatman, 1986 ; Meyer et Allen, 1991, 1997 ; Mayer et Schoorman, 1992, 1998). A ce moment, ont été différenciés deux type d'implication : attitudinale et calculée (Mathieu et Zajac, 1990 ; Cohen et Lowenberg, 1990). Au début et pendant longtemps, les chercheurs ont réduit l'implication attitudinale à un attachement affectif (Mowday, Porter et Steers, 1982), tandis que l'implication calculée se fondait sur la notion d'intérêt, et était assimilée à la notion d'implication comportementale vue précédemment. C'est à l'occasion des travaux menés par Meyer et Allen (1991) que l'implication sera conceptualisée à nouveau comme une attitude disposant de plusieurs formes, et notamment l'implication calculée.

Parmi les différentes approches multidimensionnelles, de nombreuses conceptions de l'implication ont été développées. On peut citer les travaux de O'Reilly et Chatman (1986) qui considèrent l'implication comme :

« l'attachement psychologique d'un individu à une organisation » ou comme « le lien psychologique unissant l'individu et l'organisation » (p. 492).

Pour Mathieu et Zajac (1990, p. 171) l'implication est perçue comme un « *lien unissant l'individu et l'organisation* ». Et enfin Klein, Brinsfield et Molloy (2006) conçoivent l'implication comme un lien perçu.

Les auteurs de référence en ce qui concerne la conception multidimensionnelle de l'implication restent Meyer et Allen. Pour eux, l'implication organisationnelle est définie comme un :

« état psychologique caractérisant la relation d'un employé à son organisation et ayant des implications sur la décision de rester ou non membre de l'organisation » (Meyer et Allen, 1991, p.67)

et également comme un :

« lien psychologique unissant l'employé et l'organisation, et rendant l'employé moins susceptible de quitter cette dernière volontairement » (Allen et Meyer, 1996, p. 252).

D'après eux, ce lien psychologique peut se diviser en plusieurs formes que nous développerons plus tard. L'un des derniers articles importants en la matière est celui de Meyer et Herscovitch en 2001. A l'occasion de ce travail, ils ont défini l'implication comme une « *force liant un individu à une ligne de conduite pertinente pour une ou plusieurs cibles* » (p. 301). Cette définition ne spécifie ni la cible, ni la résultante, l'implication peut selon eux se retrouver dans une multitude d'entités autres que l'organisation comme la profession, le groupe de travail, le supérieur, etc.

II.1.1.3. Les différents modèles d'implication organisationnelle existants

Au fil des recherches sur l'implication, divers modèles ont émergé (Jaros, Jermier, Koehler et Sincich, 1993). A l'heure actuelle, il n'existe pas de définition commune de l'implication organisationnelle (Klein, Molloy et Cooper, 2009), les approches multidimensionnelles qui soutiennent ce concept sont plus largement acceptées. Nous allons présenter les modèles multidimensionnels les plus importants : celui de O'Reilly et Chatman (1986), celui de Mayer et Schoorman (1992, 1998) et celui de Meyer et Allen (Allen et Meyer, 1990 ; Meyer et Allen, 1991, 1997).

- Le modèle de O' Reilly et Chatman, 1986

Pour O'Reilly et Chatman l'implication organisationnelle est vue comme un « *lien psychologique unissant l'individu et l'organisation* » (1986, p.492). Cet attachement est le miroir du degré d'internalisation ou l'adoption des caractéristiques de l'organisation comme la mission, les valeurs, les objectifs, etc. Les auteurs ont distingué trois bases sur lesquelles ce lien repose : l'identification, l'internalisation et l'acquiescement.

- La notion de **l'identification** est en lien avec le processus par lequel un individu intègre certains attributs, mobiles ou caractéristiques de l'organisation. Ici, l'implication basée sur l'identification désigne un désir d'affiliation avec l'organisation.
- La notion de **l'internalisation** traduit une adéquation des valeurs de l'individu avec celles de l'organisation.
- La notion d'**acquiescement** se manifeste quand un individu adopte certains comportements et attitudes afin d'acquiescer un bénéfice particulier. L'implication est dans ce cas instrumentale.

L'apport majeur de ce modèle est d'avoir distingué les antécédents des conséquences de l'implication. Ce modèle a été validé empiriquement mais n'a pas réussi à convaincre à cause du flou pour distinguer les bases d'identification et d'internalisation. (O'Reilly, Chatman et Caldwell, 1991). De plus, la dimension d'acquiescement s'est montrée peu fiable dans certaines études (Vandenberg, Self et Seo, 1994).

- Le modèle de Mayer et Schoorman (1992, 1998)

Selon ce modèle, l'implication organisationnelle se compose de deux dimensions :

- L'implication **de continuité** qui désigne le désir de rester dans l'organisation ;
- L'implication **basée sur les valeurs**, montre la volonté de fournir des efforts au service de l'organisation.

Ce modèle repose sur la distinction motivationnelle, élaborée par March et Simon (1958), entre la décision de participer et celle de performer. Selon ces auteurs, la décision de participer se fonderait sur un échange entre l'employé et l'organisation.

L'employé va comparer ce que lui offre l'organisation par rapport aux efforts fournis pour rester membre, alors que la décision de performer se baserait sur la force de l'identification de l'employé aux objectifs et valeurs de l'organisation (Mayer et Schoorman, 1992)

Pour Meyer et Herscovitch (2001), ces deux dimensions d'implication se différencient par leurs conséquences comportementales, c'est ce qui différencie ce modèle de celui de Meyer et Allen.

- Le Modèle de Meyer et Allen (1991, 1997)

Parmi les différents cadres conceptuels de l'implication, le Three-Component Model (TCM) de Meyer et Allen (1991) est devenu le paradigme dominant (Klein et al, 2012). Dans ce modèle, l'implication est une force qui lie un individu à une cible et/ou à un plan d'action pertinent pour cette cible (Meyer, Becker et Vandenberghe, 2004).

D'après le modèle de Meyer et Allen, l'implication organisationnelle est composée de trois dimensions : affective (IA), normative (IN) et calculée (IC) :

- La première dimension, **l'affective**, se réfère à une identification et un attachement émotionnel à l'organisation ;
- La deuxième dimension, **normative**, représente une loyauté dérivée d'une obligation perçue envers l'organisation. ;
- Et la troisième dimension, **calculée**, quant à elle repose sur les coûts perçus à quitter l'organisation

En résumé, l'employé impliqué affectivement reste au sein de l'organisation parce que c'est son désir, l'employé impliqué normativement reste parce qu'il pense que c'est son devoir, et enfin l'employé impliqué par la dimension calculée reste parce qu'il en perçoit la nécessité. Les trois formes d'implication peuvent coexister, à différents degrés, chez un individu (Allen et Meyer, 1990).

Ce modèle a été très largement validé sur le plan empirique, ces trois dimensions se révèlent différentes, bien que liées (Allen et Meyer, 1996 ; Meyer et al, 2002). Il s'agit actuellement du modèle le plus utilisé dans les recherches et c'est pour cela que nous mobiliserons ce modèle.

II.1.1.4. Le choix du modèle retenu : « Three-Component Model » (TCM)

Un modèle à trois composantes (TCM) a été développé par Meyer et Allen (1984, 1991, 1997 et Allen et Meyer 1990). Ainsi, l'implication des employés envers une organisation peut être vécue comme un attachement affectif à l'organisation (affective commitment : AC), un sentiment d'obligation envers l'organisation (normative commitment : NC) ou encore une prise de conscience des coûts liés au départ de l'organisation (continuance commitment : CC). Plusieurs études (McGee et Ford, 1987 ; Meyer, Allen et Gellatly, 1990) ont montré que le CC est constitué de deux sous-dimensions, l'une reflétant la perception du sacrifice lié aux coûts d'un départ (CC : HS, High sacrifices), et l'autre, la perception d'un manque d'alternatives d'emploi (CC : LA, Lack of alternative). Des méta-analyses centrées sur les variables ont révélé que ces deux facettes du CC ne permettent pas d'obtenir les mêmes résultats et ne sont pas liées de la même manière avec les autres dimensions de l'IO (AC, NC) (Chris et al, 2016 ; Meyer et al, 2002).

Nous allons voir les processus et mécanismes qui sous-tendent ces différentes dimensions

- Implication organisationnelle affective

C'est la forme d'implication la plus étudiée, celle-ci se réfère à une identification, une implication et un attachement émotif envers l'organisation (Meyer et Allen, 1991). Cette dimension affective, intégrant le terme « identification », peut prêter à confusion. L'identification, qui se définit comme le processus permettant aux individus de se percevoir comme appartenant à un groupe ou différents de ceux qui n'en sont pas membres, est parfois amalgamée avec l'implication organisationnelle ou vue comme l'une de ses composantes dans les instruments de mesure. Néanmoins, il est essentiel de considérer l'identification non comme une simple composante, mais comme un déterminant fondamental de l'implication, ainsi que le précisent Herrbach (2006), Herrbach, Mignonac et Sire (2006), et Harris et Cameron (2005).

L'implication organisationnelle affective se définit comme :

« un attachement émotif à l'organisation caractérisé par l'acceptation des valeurs organisationnelles et une volonté de rester avec l'organisation » (Mowday et al, 1982, p.226).

La personne accepte voire intériorise les valeurs et les buts de l'organisation et s'engage à y rester afin de les atteindre (Porter et al, 1979 ; Mowday et al, 1982). Les personnes qui développent une implication affective restent dans une organisation par un désir profond (Porter et al, 1974).

Cette dimension est composée de trois composantes :

- L'acceptation des buts et des valeurs de l'organisation ;
- La volonté de développer des efforts importants pour l'entreprise ;
- Un fort désir de rester membre de l'organisation.

Le développement de cette forme d'implication est expliqué par deux théories **celle des échanges sociaux** (Blau, 1964) et **celle de la norme de réciprocité** (Gouldner, 1960).

D'après ces théories, les échanges sociaux impliquent une série d'interactions qui génèrent des obligations réciproques (Cropanzano et Mitchell, 2005). Celles-ci sont liées à l'échange mutuel de ressources, qui peuvent être impersonnelles, c'est-à-dire avoir une valeur indépendamment de l'identité de celui qui les fournit comme de l'argent ou de l'information ou d'ordre socio-émotionnel comme le respect ou le fait de se soucier de l'autre (Aselage et Eisenberger, 2003).

Pour ce qui est de la relation d'emploi, l'employé se trouve impliqué dans une série d'interactions générant des obligations ; selon les ressources qu'il perçoit recevoir de son organisation (récompenses pécuniaires, soutien, autonomie, sécurité d'emploi, conditions de travail avantageuses, etc.) et selon la valeur qu'il donne à ces ressources, il fournira en retour une implication plus ou moins importante. Meyer, Irving et Allen (1998) conçoivent la forme affective comme une réponse à des expériences de travail agréables et vues comme étant offertes par l'organisation.

La dimension affective (Meyer et Allen, 1984) est celle qui apparaît comme la plus fortement prédictive de comportements bénéfiques aux organisations sur la fidélité (Mathieu et Zajac, 1990 ; Meyer et al, 2002 ; Morrow, 2011). Cependant, prendre en compte uniquement l'implication affective serait une grande erreur pour une organisation (Meyer et Allen, 1997), d'où l'intérêt de prendre en considération les autres dimensions.

- Implication organisationnelle normative

La dimension normative du modèle de Meyer et Allen désigne le sentiment d'obligation que peut ressentir un employé vis-à-vis de son organisation. Ici, les individus se sentent obligés de rester travailler dans l'organisation par devoir moral, par loyauté ou pour achever un projet (Allen et Meyer, 1997).

Cette forme d'implication se fonde sur les travaux de Wiener (1982) qui considère l'implication organisationnelle comme un ensemble de pressions normatives internalisées :

« qui poussent à agir de manière à satisfaire les buts et intérêts organisationnels » (p. 471).

D'après l'auteur, l'intensité de ces pressions dépendrait de la personnalité et des besoins de chaque individu, eux-mêmes déterminés par l'effet combiné de la socialisation et de facteurs biologiques. Cela veut dire que l'implication normative dépendrait en partie de facteurs antérieurs de la relation d'emploi. Cependant, les facteurs individuels ou encore la socialisation n'est qu'une partie de l'implication normative.

Ainsi, dans le contexte de la relation employé-organisation, les expériences positives perçues par l'employé comme étant fournies par l'organisation suscitent par le **jeu de la réciprocité** (Gouldner, 1960), un **sentiment d'obligation** chez ce dernier se traduisant par une NC (Meyer et Allen, 1991).

Les personnes qui demeurent dans l'organisation par sentiment d'obligation pourraient se comporter comme celles éprouvant une implication affective. Toutefois, cela est possible seulement s'ils considèrent que les tâches qui leur sont confiées font partie de leurs devoirs ou comme une contrepartie des avantages qu'ils auraient perçus (Meyer et Allen, 1991).

- Implication organisationnelle calculée

Pour ce qui est de la dimension calculée, celle-ci représente la nécessité perçue de rester dans l'organisation. Cette dimension correspond à un choix raisonné qui pousse la personne à choisir de rester avec l'organisation en fonction des bénéfices octroyés comme le salaire ou le statut, les coûts associés au fait de rester, tel que le sacrifice de temps. Cette forme de l'implication est fondée sur la **théorie des investissements** (en anglais, side-bets) de Becker (1960), selon laquelle l'implication envers un comportement augmente en fonction de l'importance des investissements qui seraient perdus si ce comportement cessait. Ici, le salarié évalue son adhésion à l'organisation en fonction des divers avantages qu'il peut en tirer.

Dans le modèle original de Meyer et Allen, la dimension calculée est impactée d'une part par les investissements réalisés volontairement ou obtenus involontairement par l'employé au sein de l'organisation et, d'autre part, par la perception d'un manque d'alternatives d'emploi. Cependant de nombreuses études (McGee et Ford, 1987 ; Meyer, Allen et Gellatly, 1990 ; Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe, 2002) ont montré que cette forme d'implication compte elle-même deux sous-dimensions : la perception de sacrifice liée aux coûts d'un départ et la perception d'un manque d'alternatives d'emploi. D'après les rares études qui distinguent ces deux sous-dimensions, il semble qu'elles se différencient aussi bien par leurs antécédents que par leurs conséquences organisationnelles (Vandenberghe, Bentein, Michon, Chebat, Tremblay et Fils, 2007). Au vue de ces éléments, il semble pertinent de différencier ces deux éléments.

La **perception de sacrifice liée aux coûts d'un départ** désigne les bénéfices et avantages que l'employé devrait sacrifier s'il quittait l'organisation. Ces avantages sont assimilés aux liens qui retiennent l'employé au sein de l'organisation. Ces liens peuvent être aussi bien instrumentaux que motivationnels (Vandenberghe et al, 2007), le sacrifice ou le coût peuvent être financier ou bien psychologique.

Pour ce qui est de la **perception d'un manque d'alternatives d'emploi**, il s'agit de la perception que peut avoir un employé de la difficulté de trouver un emploi comparable dans une autre organisation. Pour Vandenberghe et al (2007, p. 1179) il s'agit de « *perceptions négatives concernant les opportunités que recèle l'environnement externe* », qui peuvent être impactées par certaines dispositions ou caractéristiques personnelles de l'employé.

L'implication calculée repose dans les deux cas sur une obligation. Contrairement aux personnes impliquées émotionnellement (AC), celles qui s'impliquent de manière calculée feraient à peine plus ce qui leur est demandé pour garder leur poste (Meyer et Allen, 1991).

Bien qu'il existe d'autres modèles (O'Reilly et Chatman, 1986 ; Mayer et Schoorman, 1992, 1998), le modèle de TCM a été abondamment validé sur le plan empirique, les trois composantes se révélant distinctes, bien que corrélées (Meyer et al., 2002).

L'implication d'une personne reflète chacune de ces trois dimensions qui se développent de façon indépendante les unes des autres en fonction de facteurs différents (Pesqueux, 2020). Elles cohabitent, à des niveaux variables, chez chaque personne. Cependant, elles n'ont pas les mêmes déterminants, et n'entraînent pas les mêmes effets organisationnels.

Ainsi le modèle TCM est le plus utilisé de nos jours aussi bien que pour l'organisation que pour les autres cibles de l'implication comme l'implication syndicale, professionnelle, entre autres. Nous le choisirons pour notre étude car les premiers essais de ce modèle et le développement de l'instrument de mesure qui lui est associé, l'échelle de mesure de l'implication (Allen, Meyer et Smith, 1993) ont été créés auprès de la population qui nous intéresse, à savoir les infirmières (Allen et Meyer, 1996)

II.1.2. Les notions d'implications organisationnelle et professionnelle, deux cibles complémentaires

La recherche portant sur la notion d'implication est en perpétuelle évolution. Au cours des années 90, les chercheurs ont pu identifier et définir l'implication selon plusieurs perspectives telles que l'implication organisationnelle ou encore l'implication professionnelle (Mowday et al, 1979 ; Meyer et Allen, 1991 ; Morrow, 1993). Ces définitions font référence à l'implication comme un état d'attachement psychologique à une cible (Blau, 1985 ; Mowday et al, 1982, O'Reilly et Chatman, 1986). Dans cette étude, l'implication fait référence à l'attachement des personnes à l'organisation qui les emploie (IO) et à l'attachement des personnes à leur profession (IP).

Certains théoriciens ont proposé que plusieurs cibles créent des risques de conflits entre les différentes implications (Gouldner, 1957 ; Reichers, 1985), certains employés étant plus attachés à leur organisation qu'à leurs occupations (les employés locaux) et que d'autres seraient plus attachés à leurs occupations (les employés cosmopolites). Bien qu'il existe des études analysant les effets des interactions entre les dimensions de l'implication organisationnelle (Jaros, 1997 ; Randall, 1990 ; Somer et Birnbaum, 1998) et entre les dimensions de l'implication professionnelle (Snape et Redman, 2003).

La valeur d'une approche fondée sur l'implication multiple a également été démontrée dans des recherches portant sur des domaines qui dépassent le cadre de l'organisation. Les raisons pour lesquelles les gens s'engagent vis-à-vis de leur profession et de leur organisation peuvent être très différentes.

II.1.2.1. L'implication organisationnelle, la relation du salarié avec son organisation

L'implication organisationnelle est définie comme « *le lien perçu entre un employé et son organisation* » (O'Reilly et Chatman, 1986 ; Mathieu et Zajac, 1990 ; Klein et al, 2006). Considérant l'évolution de la littérature, nous avons mobilisé le modèle d'implication le plus

utilisé et validé, celui de Meyer et Allen (Allen et Meyer, 1990 ; Meyer et Allen, 1991). L'implication organisationnelle est connue comme ayant des conséquences sur les départs volontaires, la performance, l'intention de quitter l'organisation ou encore les comportements de retrait comme l'absentéisme (Vandenberghe, Landry et Panaccio, 2009).

Il a été largement accepté que l'implication d'un individu envers son organisation puisse prendre différentes formes (Meyer et Allen, 1991). Plusieurs études (Kuvaas, 2006 ; Yiing et Ahmad, 2009 ; Ariani, 2012 ; Geneviciuté-Janoniené et Endriulaitiené, 2014) confirment que chaque composante de l'implication organisationnelle (IOA, ION et IOC) a des effets divers pour l'organisation. En effet, ces travaux ont montré que IOA est la forme de l'implication organisationnelle la plus bénéfique pour l'organisation. IOA joue un rôle positif sur l'efficacité professionnelle des employés et sur la réduction de l'épuisement professionnel et des comportements de retrait. Les travaux de Geneviciuté-Janoniené et Endriulaitiené (2014) ont confirmé les aspects négatifs de l'IOC. Plus précisément, l'IOC permet de prédire de manière significative un niveau plus élevé de résistance au changement et d'épuisement émotionnel. L'implication organisationnelle est une notion essentielle pour limiter le taux de roulement du personnel, bien qu'elle vienne du salarié lui-même, il est possible de la favoriser.

Bien que la plupart des recherches sur l'implication se concentre sur l'implication organisationnelle, les employés peuvent être impliqués dans d'autres domaines comme leur profession (Becker, 1992 ; Morrow, 1993 ; Meyer et al, 1998).

II.1.2.2. Le concept d'implication professionnelle, le rapport de l'individu avec son métier

L'implication professionnelle (IP) également appelée « occupational commitment », désigne la force de l'identification qu'une personne a avec une profession (Mowday et al, 1979 ; Otley et Pierce, 1996 ; Meyer et al, 1993). Il existe un nombre de plus en plus important de recherches sur l'implication professionnelle comme nous montre la méta-analyse de Lee, Carswell et Allen (2000). En relation avec les évolutions du travail, les études portant sur l'implication envers la profession augmentent (Lee, Carswell et Allen, 2000 ; Snape et Redman, 2003 ; Finley, Mueller et Gurney, 2003). D'après Snape et Redman (2003), cette attention pour l'implication professionnelle s'explique par un changement des cibles d'implication venant des employés. Ce basculement engendre une instabilité des relations d'emploi et de la mutation des organisations (Cappelli, 1997) et conduit de nombreux salariés à délaisser l'implication vis-à-vis de leur organisation au profit de l'implication envers leur profession qui est perçue comme plus stable (Reilly, Brett et Stroh, 1993 ; Johnson, 1996).

Au début, comme pour IO, l'IP était traitée comme un concept unidimensionnel (Lee et al, 2000). Ce n'est qu'au cours des années 1990, que s'est posée la question de la dimensionnalité de ce concept (Meyer et al, 1993 Irving ; Coleman et Cooper, 1997) En effet, comme pour l'implication organisationnelle, l'implication professionnelle est une construction multidimensionnelle (Meyer et al, 1993 ; Irving, Coleman et Cooper, 1997 ; Snape et Redman, 2003). Dans la recherche, on distingue les formes affective, normative et calculée de l'implication professionnelle, cependant la première reste la plus étudiée.

Meyer, Allen et Smith (1993) transposent à l'implication professionnelle, le cadre théorique qu'ils ont développé pour l'étude de l'implication organisationnelle (Meyer et al, 1991). Pour cela, ils ont proposé une définition multidimensionnelle de cette notion. Meyer et ses collègues construisent leurs échelles en s'inspirant de l'échelle qu'ils ont développé pour mesurer l'implication organisationnelle.

- **Implication professionnelle affective (IPA)**, se référant à l'identification et à l'attachement émotionnel vis-à-vis de la profession. La personne reste dans sa profession parce qu'elle le désire (Meyer et Allen, 1984 ; Irving et al, 1997).
- **Implication professionnelle normative (IPN)** se référant aux sentiments d'obligation des individus pour rester dans la profession. La personne reste dans sa profession parce qu'elle estime qu'elle doit le faire (Allen et Meyer, 1990 ; Irving et al, 1997).
- **Implication professionnelle calculée (IPC)** se référant aux coûts que les individus associent au fait de quitter la profession liés aux investissements effectués en termes de formation, et au manque d'alternatives attractives dans d'autres professions (Meyer et Allen, 1984 ; Irving et al, 1997).

Les personnes dotées d'une implication professionnelle élevée sont caractérisées par une forte croyance et une acceptation des objectifs de la profession, la volonté d'exercer un effort important au nom de la profession et un fort désir de rester membre de la profession. A travers les différentes études, il a été constaté que l'implication professionnelle a un effet négatif sur l'intention de quitter une profession (Aryee et Tan, 1992 ; Blau et Lunz, 1998 ; Smith et Hall, 2008).

Les résultats des travaux de Cohen (1993) suggèrent que les relations entre les différents modèles d'implication multidimensionnelle, ici professionnelle et organisationnelle, sont complexes et qu'il fallait s'attendre à la fois à une compatibilité (Simpson, 1985 ; Wallace, 1993) et à des conflits entre ces différents type d'implication (Fiol et al, 2009).

En effet, les premières recherches sur la relation entre l'implication organisationnelle et l'implication professionnelle se concentrent sur la notion d'incompatibilité entre ces deux concepts, ce qui constitue une source de conflits intérieurs pour les professionnels (Gouldner, 1957, 1958 ; Hrebiniak et Alutto, 1972). En effet, nous avons vu que Gouldner a évoqué le fait que certains employés soient plus impliqués envers leur organisation qu'envers leur profession, ceux-ci sont appelé « *locals* », tandis que d'autres sont plus impliqués vis-à-vis de leur profession, appelés « *cosmopolitans* ». Becker et Billings (1993) ont pu démontrer que ces résultats étaient vrais mais qu'il y avait également des employés impliqués auprès des deux cibles ou aucune d'entre elles.

Après les années 1970, bon nombre d'études semblent s'accorder sur l'idée que l'IP constitue un antécédent causal de l'IO, et que ces deux formes d'implication sont positivement liées (Mowday et al, 1982 ; Lachman et Aranya 1986 ; Randall et Cote, 1991 ; Vandenberg et Scarpello, 1994 ; Cohen, 1999, 2000). En effet, pour certains auteurs, le lien qu'entretiennent les professionnels avec leur organisation peut être définie comme une relation d'échange. Ces employés seront impliqués auprès de leur organisation seulement si celle-ci remplit leurs attentes professionnelles (Cohen, 1992). La profession serait alors un élément fondamental de l'implication des professionnels vis-à-vis de l'organisation.

Un consensus s'est installé dans la littérature à propos de la compatibilité entre IP et IO, certains auteurs ont remis en question cette notion de compatibilité en expliquant que pour les professions à forte culture et identification professionnelles, IP devenait tellement essentielle qu'elle s'opposait encore plus directement chez eux à l'IO (Chang et al., 2007 ; Jones et McIntosh, 2010 ; Meyer et al., 1993 ; Tsoumbris et Xenikou, 2010). L'étude de Blau et Scott (1962) a fait valoir que les membres des professions (avocats, ingénieurs, etc.) qui sont employés dans des organisations composées principalement de non-professionnels, sont confrontées à un conflit important entre leur implication envers leur profession et leur implication envers leur organisation.

Wallace (1993) suggère que :

« la relation entre l'implication professionnelle et l'implication organisationnelle peut varier d'une profession à l'autre, selon le degré de professionnalisation, et selon la position ou le rang de la personne dans l'organisation qui l'emploie ». (p. 345).

Il a été également suggéré que les valeurs organisationnelles et professionnelles ne coïncident pas toujours (Raelin, 1989). Pour Vandenberghe (1999) les personnes sont plus susceptibles de démissionner si elles éprouvent un conflit entre leurs valeurs professionnelles et leurs valeurs organisationnelles.

En plus du conflit et de la compatibilité, Lawler (1992) a noté que parmi les cibles vis-à-vis desquelles l'employé peut s'impliquer, certaines sont imbriquées. En prenant en compte cette idée, Meyer et Allen (1997) ont expliqué que cette imbrication peut entraîner des dépendances, ce qui peut avoir des conséquences sur la nature de leur implication.

Par exemple, selon eux, les personnes disposant d'une forte implication professionnelle peuvent développer une forte implication organisationnelle s'ils pensent qu'ils peuvent difficilement trouver un autre organisation dans laquelle ils peuvent exercer. Si l'organisation n'est pas un lieu particulièrement attrayant pour travailler, le désir de rester dans la profession peut contribuer à augmenter le coût perçu (CC) et ainsi les empêcher de quitter l'organisation. En réadaptant ces exemples en termes de liens (Klein et al, 2012) plutôt qu'en terme d'états psychologiques (mindsets), une forte implication professionnelle en l'absence d'implication organisationnelle pourrait faire ressortir l'approbation de l'employé et/ou un lien instrumental avec l'organisation.

L'étude menée par De Jesus Guerreiro Figueira et al (2014) avait pour objectif de mieux comprendre la relation entre ces deux concepts en reprenant les travaux de Meyer, Allen et Smith (1993). Comme l'étude de Meyer et al (1993), notre étude portera sur des professions avec une forte spécialisation et une culture professionnelle importante qui découle de la nature spécifique de l'activité en particulier le travail des aides-soignants et des infirmiers au sein d'un EHPAD. Selon les travaux de Meyer et al (1993), il a été constaté que l'implication professionnelle du personnel infirmier a contribué à expliquer la variance de certains comportements des salariés comme l'intention de quitter la profession ou l'absence volontaire, au-delà de celle expliquée par l'implication organisationnelle.

En conclusion, l'examen des concepts d'implication organisationnelle et professionnelle dans le contexte des EHPAD nous offre un cadre solide pour comprendre comment les salariés développent des liens avec leur organisation et leur métier, et comment ces liens influencent leur engagement, leur performance et leur fidélité au travail. Cette compréhension approfondie est essentielle pour aborder des enjeux tels que le taux de roulement, l'absentéisme et la satisfaction des employés, offrant des pistes pour améliorer l'environnement de travail et la qualité des soins prodigués aux résidents des EHPAD.

II.2. De la théorie à la pratique, l'émergence et le développement de la notion de profil d'implication

L'implication organisationnelle, concept central pour comprendre la relation entre l'employé et l'organisation, a donné naissance à de nouvelles perspectives qui mettent en lumière des profils distincts d'implication. Cette section explore l'évolution de la théorie à la pratique, en mettant l'accent sur le développement de profils d'implication qui offrent un outil prometteur pour mieux appréhender les interactions complexes entre les différentes dimensions de l'implication. Ces profils permettent non seulement de comprendre comment les employés s'engagent envers leur organisation, mais aussi de prédire des comportements organisationnels comme le turnover et l'absentéisme. Nous examinons les enjeux liés à ces profils d'implication, leur pertinence pour le secteur de la santé en EHPAD, et la manière dont ils contribuent à une meilleure gestion des ressources humaines.

II.2.1. Profils d'implication : un outil pour mieux appréhender la relation employé/organisation

L'élaboration de l'approche basée sur les profils découle de la reconnaissance des états psychologiques spécifiques associés à chaque dimension de l'implication organisationnelle. Biétry (2012) souligne que l'innovation de cette méthode réside dans sa capacité à considérer les effets d'interaction et leur impact sur les comportements des employés, un aspect mis en avant par Meyer et al. (2002).

Bien que les trois composantes de l'implication soient différentes, rien n'empêche qu'une même personne développe un état psychologique à la fois affectif, normatif et/ou calculé vis-à-vis d'une cible. Cette approche prend davantage en compte la personne que les variables, ce qui permettrait de mieux comprendre l'interaction qu'ont les dimensions de l'implication entre elles (Gellatly et al, 2006) et de développer une analyse plus précise des effets de l'implication sur les comportements des personnes (Allen et Meyer, 1990).

II.2.1.1. Le développement de la notion de profil d'implication

Récemment, une approche centrée sur la personne a été mise en œuvre. Celle-ci est censée être plus adaptée pour observer l'impact des diverses configurations de AC, NC, CC (Meyer, Stanley et Vandenberg, 2013 ; Meyer et Morin, 2016 ; Morin, 2016).

En ce qui concerne les profils, deux thèses s'affrontent. Meyer et Herscovitch (2001) ont pour leur part formulé l'hypothèse qu'on observerait un comportement désiré plus fort chez les personnes qui développent une implication purement affective. Pour eux, si cette dimension est couplée avec un sentiment d'obligation (normative) ou avec une volonté d'éviter des coûts (calculée), cela réduirait les chances d'observer des comportements de fidélité ou de citoyenneté organisationnelle.

Tandis que pour Gellatly et al (2006) ou encore pour Johnson et al (2009), l'hypothèse inverse se vérifierait : l'interaction entre les différentes dimensions renforcerait les comportements favorables à l'organisation.

Plusieurs chercheurs se sont intéressés au sujet. Les travaux de Jaros (1997) vont dans le sens de la thèse de Meyer et Herscovitch. Selon l'auteur, le profil pur d'implication affective possède un pouvoir prédictif supérieur à celui d'un profil mixte. D'après ses conclusions, la dimension calculée atténuerait les relations sans aller jusqu'à les annuler ou à inverser leur sens. A l'opposé, Gellatly et al (2006) ont montré que le pouvoir prédictif de l'implication affective vis-à-vis de l'intention de rester est accrue avec la présence de l'implication normative. Selon Meyer et Parfyonova (2010), les profils mixtes sont les plus présents dans la littérature. Ils sont la combinaison de la sous-dimension « *impératif moral* » associé à la dimension affective et la sous dimension « *sentiment d'être redevable* » associée à la dimension calculée.

Les différents résultats obtenus par ces études montrent ainsi que l'idée de l'analyse par profil peut mener à une meilleure compréhension du comportement des individus que l'étude des formes d'implication prises individuellement. Plus précisément, les profils dominés par la forme affective et la forme normative semblent être les plus avantageux-alors que ceux dominés par la dimension calculée conduisent à des effets moins bénéfiques pour l'organisation.

En outre, d'après les études de Wasti (2005) et Sinclair et al. (2005), il est à noter que les profils d'implication organisationnelle ne sont pas systématiquement observables sur le terrain. Comme le souligne Wasti en 2005, tous les profils ne trouvent pas une justification théorique solide. Par ailleurs, des recherches orientées sur l'individu ont mis en évidence que les profils sont combinés de manière diverse (Meyer et al., 2015, 2018; Stanley et al., 2013).

II.2.1.2. Les différents types de profil : une grille de lecture pour mieux comprendre la relation salarié/organisation

Chaque dimension peut être expérimentée à des degrés divers. La recherche par profil, entre les différentes dimensions de l'implication, constitue, selon les chercheurs, un point de recherche très prometteur (Meyer et al., 2002 ; Meyer et Herscovitch, 2001 ; Wasti, 2005).

Jusqu'à récemment, l'approche la plus mobilisée pour tester la TCM a été « *centrée sur les variables* » (variable-centered) en se concentrant sur les relations entre les états d'esprit de l'implication et les différents antécédents et résultats. Bien qu'instructive, l'approche centrée sur les variables n'est pas la plus adaptée pour tester certains aspects du TCM. Pour Meyer et Allen (1991), les salariés peuvent vivre chacun des états d'esprit de l'implication à différents degrés, cela se reflète sur les « *profils d'implication* ».

Ce n'est que lorsque Meyer et Herscovitch (2001) ont identifié huit profils d'implication potentiels reflétant diverses combinaisons, selon le degré faible ou élevé d'AC, de NC ou de CC, que les chercheurs ont commencé à adopter une approche centrée sur la personne (Wasti, 2005 ; Gellatly, Meyer et Luchak, 2006). Ont alors été également ajoutées des propositions concernant le développement et les conséquences de ces profils, notamment en ce qui concerne leur influence sur le comportement des individus. Ces profils potentiels sont mieux testés en mobilisant une approche centrée sur la personne, telle « *the latent profile analysis* » (l'analyse des profils latents) (Meyer, Stanley et Vandenberg, 2013 ; Morin, 2016). Cela a eu pour immédiate conséquence une augmentation de la recherche centrée sur la personne pour identifier et surtout comparer les profils d'implications reposant sur les états d'esprits (Kabins, Xu, Bergman, Berry et Wilson, 2016). Cette approche a également été utilisée pour identifier les profils d'implication vis-à-vis de plusieurs cibles comme l'organisation, la profession, l'équipe et le superviseur (Becker et Billings, 1993 ; Somer et Birnbaum, 2000 ; Swailes, 2004 ; Morin, Morizot, Boudrias et Madore, 2011). De plus, cette approche centrée sur la personne est plus adéquate pour analyser les façons dont l'implication envers différentes cibles se combine pour impacter le comportement et le bien-être (Gouldner, 1957 ; Morrow, 1993 ; Meyer et Allen, 1997, Johnson, Groff et Taing, 2009).

Le fait que les mêmes profils types apparaissent dans les différentes recherches suggère que ces états psychologiques ont une cohérence dans la structure de profil. Cependant à quelques exceptions près (Gellatly et al, 2006), peu d'attention a été accordée à la façon dont les employés dotés de ces profils vivent réellement leur implication. Pour répondre à cette problématique, Meyer et Morin (2016) ont utilisé des états esprit pour décrire ce que vivent les profils les plus présents dans les études.

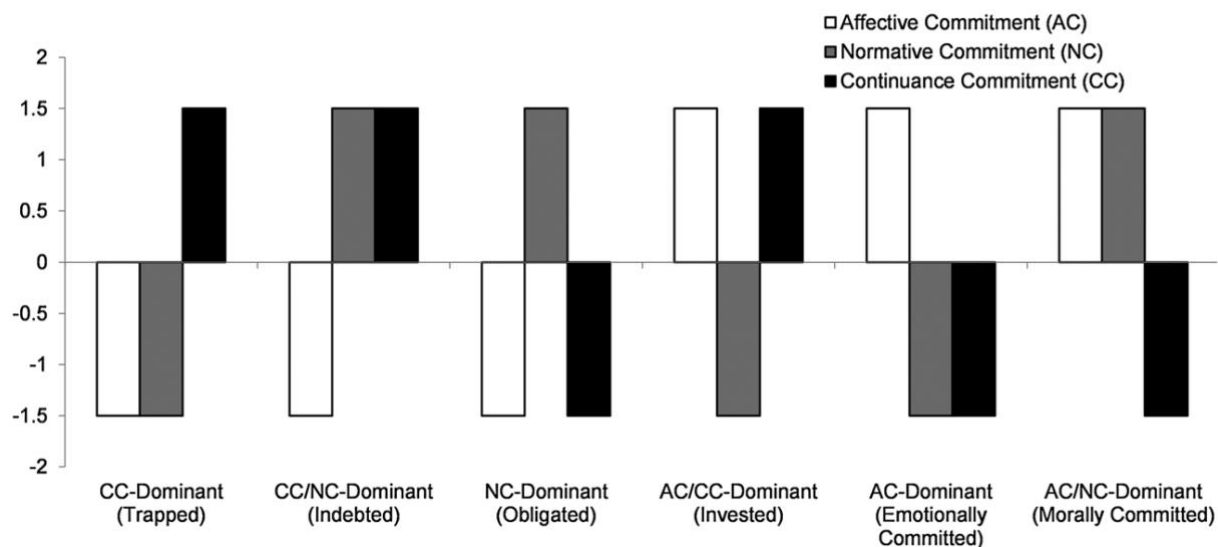


Figure 7 : Prototypical Profils : Qualitative Distinctions (Meyer et Morin, 2016)

Pour commencer, il n'est pas rare de trouver des profils dominés par AC ou CC. Dans ces cas, les auteurs s'attendent à ce que le salarié se sente **émotionnellement impliqué** (AC) ou qu'il se sente au contraire **piégé** au sein de l'organisation (CC). Avec un profil dominé par NC, ce qui est moins courant, les employés se sentent **obligés** vis-à-vis de leur organisation.

Les auteurs émettent plusieurs hypothèses, en reprenant les travaux de Gellatly et al (2006), sur la manière dont se combinent plusieurs dimensions et comment celles-ci sont vécues :

- Une personne avec un profil AC/NC dominant se sent **moralement impliquée**. Elle a un désir (AC) de faire ce qui est juste (NC) ;
- Une personne avec un profil CC/NC dominant peut se sentir **redevable** envers l'organisation. Elle trouverait coûteux (CC) de ne pas respecter ses obligations (NC).
- Une personne avec un profil AC/CC dominant peut se sentir **investie** dans la mesure où elle tire des avantages personnels (AC) d'une relation dont la perte comporterait un coût (CC).
- Une personne disposant d'un fort AC, NC et CC est **pleinement impliquée**, peut-être parce qu'elle perçoit les coûts (CC) associés au non-respect de son implication morale (AC/NC). Celle qui est impliquée de façon modérée peut connaître le même état d'esprit mais à un degré moins important

Pour Meyer et Morin (2016), il ne reste plus qu'à savoir si ces descriptions reflètent la manière dont les individus vivent leur implication. Pour cela, ils proposent de développer des mesures pour mobiliser ces « *combinaisons d'état esprit* » (le terme employé est celui de « *compound mindsets* ») et de les mobiliser pour comparer les groupes de profils. Ils expliquent également que mener de telles recherches permettraient de confirmer ces interprétations, et ainsi d'obtenir des « étiquettes descriptives » bien plus intéressantes pour les gestionnaires (Zyphur, 2009 ; Morin, Morizot et al, 2011).

Les travaux de Meyer et al (2018) ont repris les procédures introduites par Morin et al (2016) pour mener à bien leur recherche. Ainsi, Meyer et al. (2018) ont trouvé des similarités avec le travail de leurs prédécesseurs, avec le même nombre de profils présents et leurs structures. Seule la taille de chaque profil différait. Meyer et Morin (2016) et Kabins et al. (2016) ont noté que malgré une certaine variabilité d'une étude à l'autre, plusieurs profils émergent constamment, notamment les profils non engagés ou faiblement engagés, les CC-dominant, les AC/NC dominant et les profils pleinement engagés. D'autres profils courants sont les AC-dominant, les CC/NC dominant et les AC/CC dominant.

Il faut noter que les profils les plus couramment trouvés dans les études nord-américaines (Kam et al, 2016 ; Meyer, Stanley et al, 2012, Stanley et al, 2013) ont également été trouvés en Turquie (Wasti, 2005, étude 1 et 2) et à Hong Kong (Morin, Meyer et al, 2015). A l'occasion d'une étude menée par Meyer, Kam et al (2013), des analyses ont été menées sur deux échantillons provenant de la même organisation militaire et cela a donné des profils presque identiques. En 2016, Kam et al (2016) ont trouvé une structure de profil similaire au sein d'un échantillon exposé à des changements organisationnels au fil du temps, suggérant un degré considérable de cohérence dans la structure de profil.

Tsoumbris et Xenikou (2010) ont été les premiers à étudier les profils et leur état esprit en se rapportant à **l'organisation et la profession** qui sont les deux cibles de notre étude. En menant une analyse par grappe sur un échantillon d'employés grecs, ils ont identifié quatre profils : non engagé, CC dominant, AC/NC dominant et très engagé. Ils ont noté que ces profils et leur état d'esprit était similaire envers les deux cibles. Plus récemment, Morin, Meyer et al (2015) ont également mesuré les AC, NC et CC vis-à-vis de l'organisation et la profession avec un échantillon d'enseignants de Hong Kong. Dans leur étude, ils ont trouvé sept profils. A l'inverse des travaux de Tsoumbris et Xenikou, ils ont trouvé des similitudes et des différences des profils d'état esprit entre les deux cibles, profession et organisation. Pour Meyer et Morin (2016), ces différences étaient plus une indication d'une dépendance aux cibles évoquées par Meyer et Allen (1997) que liées à un conflit entre ces formes d'implications.

Pour ces deux recherches, il a été constaté que l'appartenance à un profil était associée aux intentions de rester dans l'organisation et dans la profession. Pour l'étude de Tsoumbris et Xenikou (2010), cela n'était pas surprenant étant donné que les profils d'état d'esprit étaient similaires pour les deux cibles. Les auteurs ont trouvé un schéma similaire entre les profils et l'intention de rester dans l'organisation et dans la profession. Les deux intentions étaient plus importantes parmi les personnes fortement impliquées et plus faibles pour les personnes non impliquées.

Les résultats de l'étude de Morin, Meyer et al (2015) étaient plus nuancés, surtout pour les profils où la configuration de l'état d'esprit était différente selon la cible. Dans un de leurs cas, les profils étaient différents par rapport à l'intention de quitter l'organisation mais pas celle de la profession.

II.2.2. L'apport empirique à destination des gestionnaires : analyser les comportements de retrait

À l'origine, l'intérêt de mener des recherches sur l'implication relevait de sa relation supposée avec les départs volontaires (Allen et Meyer, 1990). Après que les chercheurs aient passé plusieurs années à mobiliser cette notion, il a été démontré que l'implication avait des liens avec d'autres conséquences organisationnelles (Vandenberghe, Landry et Panaccio, 2009) comme la performance, l'intention de quitter et surtout les comportements de retrait (Allen et Meyer, 1996 ; Cropanzano et Mitchell, 2005 ; Meyer, Stanley, Herscovitch et Topolnytsky, 2002). C'est surtout son pouvoir prédictif qui fait que l'implication reste un des concepts les plus appropriés dans l'étude des comportements organisationnels.

Selon Morin et al. (2015), les différentes études menées ces dernières années permettent de mieux saisir la nature des profils et leur stabilité dans le temps. Pour les auteurs, il serait important d'attirer l'attention sur les effets causaux et les mécanismes impliqués à la fois dans la formation et les conséquences de ces profils.

Les chercheurs en comportement organisationnel et les gestionnaires ont porté une attention particulière aux comportements dits contreproductifs adoptés par les employés vis-à-vis de leur organisation. Pour être plus précis, les comportements et/ou les attitudes de retrait organisationnel, décrivent un type précis de comportement contreproductif qui conduit à des effets négatifs pour les organisations. Au regard du contexte de changement organisationnel du fait du Nouveau Management Public (NMP), nous allons positionner notre recherche dans le paradigme dominant du *Withdrawal Model* (comme pour la recherche Safy-godineau, Fall, Carassus, 2020).

Les comportements sont des manières d'agir et de réagir alors que les attitudes sont des manières d'être. Le retrait organisationnel (RO) correspond à un ensemble de comportement et/ou d'attitudes qui permettent aux salariés, souvent insatisfaits dans leur milieu de travail, de prendre de la distance physiquement et/ou moralement de leur environnement de travail, de leurs tâches ou de mettre fin à leur relation d'emploi et également de quitter l'organisation (Hanisch et Hulin, 1990, 1991 ; Hanisch, Hulin et Roznowski, 1998). L'implication organisationnelle a été mise en relation avec les comportements de retrait (Paillé, 2004). Les comportements les plus étudiés et reconnus sont les retards, l'absentéisme et le turnover (Harrison et Newman, 2013).

II.2.2.1. Le retrait organisationnel : de l'absentéisme au turn-over

Le RO est défini comme l'ensemble des intentions, des comportements organisationnels et des attitudes permettant aux salariés de se retirer de leur emploi ou d'éviter le travail qui leur est assigné (Hanisch et Hulin, 1990, 1991 ; Hanisch, 1995 ; Carmeli, 2005). De plus, il faut différencier deux aspects du RO :

- Les **intentions de retrait** sont expliquées par l'intention de quitter son emploi
- Les **comportements de retrait** sont vus comme des tentatives pour faire face à des situations perçues négativement comme le stress causé par les retards, l'absentéisme et d'autres comportements et/ou attitudes d'évitement de tâches (Probst, 2005).

Pour certains chercheurs, le RO est défini comme un moyen d'éviter le travail (Hanisch, 1998) et pour d'autres chercheurs comme des tentatives de se retirer des tâches du travail ou de manière plus générale de son environnement du travail (Kaplan, Bradley, Luchman et Haynes, 2009).

À la suite de leur étude, Hanisch et Hulin (1990) ont distingué deux grandes familles relevant du RO : le retrait du travail (RT) et le retrait de l'emploi (RE) (Hanisch et Hulin, 1990 ; Hanisch, 1995, 1998).

- **Le retrait du travail (RT)** est l'ensemble des comportements et/ou des attitudes qui a pour but d'éviter les tâches du travail, tout en restant dans l'organisation et en conservant son adhésion à celle-ci (Hanisch, 1998).
- **Le retrait de l'emploi (RE)** est composé des comportements visant à se retirer du poste de travail liant l'employé à son organisation (Hanisch, 1998).

La première étude qui a tenté de conceptualiser le RO est celui de Hanisch (1995) avec la différenciation entre le RT et le R.E (Merkouche, 2019). Dans cette conceptualisation, le RT se traduit par les retards, l'absentéisme et le départ du lieu de travail avant la fin du temps réglementaire (Hanisch, 1995 ; Hanisch et al, 1998). Quant au RE, celui-ci se caractérise par le fait de quitter le travail ou de prendre sa retraite de manière anticipée (Hanisch, 1995 ; Hanisch et al, 1998).

Il est à noter que les différentes composantes du RO ont très souvent été étudiées séparément, sans être intégrées au sein d'un modèle. Ce qui a conduit à des confusions ou encore à des chevauchements avec d'autres concepts (Harrison et Newman, 2013 ; Berry et al, 2012). Pour certains auteurs, le RO se cantonne à l'absentéisme et au retard (Hammer, Bauer et Grandey, 2003) et pour d'autres auteurs à trois comportements, le retard, l'absentéisme et le roulement (Shapira-Lishchinsky et Even-Zohar, 2011 ; Harrison et Newman, 2013). Parfois, aucune distinction n'est faite entre le RT et le RE (Shapira-Lishchinsky et Even-Zohar, 2011). Comme pour l'implication, le RO peut être appelé différemment selon les recherches comme le retrait (Sukumarakurup, Kay et Michael, 2017) ou encore l'intention de retrait (Freund, 2017).

Laczo et Hanisch (1999) ont proposé une typologie très proche de celle du modèle original de Hanich (1995) qui comporte les deux composantes vues précédentes, soit le RT et le RE.

Dans cette typologie :

- La **composante RT** regroupe les retards, l'absentéisme et d'autres comportements et/ou attitudes défavorables (Laczo et Hanisch, 1999).
- La **composante RE** regroupe pour ces auteurs l'intention de roulement, c'est-à-dire vouloir quitter son emploi et l'intention de transfert

En ce qui concerne notre étude, nous allons nous concentrer sur les composantes du RO les plus étudiées et surtout les plus présentes au sein des EHPAD : le retard, l'absentéisme et le roulement (Kaplan et al, 2009 ; Shapira-Lishchinsky et Even-Zohar, 2011 ; Harrison et Newman, 2013).

- **Le retard (RT)**

Le retard est défini comme le fait d'arriver au travail après l'horaire du début ou le fait de quitter avant le fin de l'horaire de la journée de travail (Koslowshy, Sagie, Krausz, et Singer, 1997 ; Harrison et Newman, 2013 ; Rosenblatt et Shapira-Lishchinsky, 2017).

Quant à la relation entre IOA et le retard, elle apparaît relativement ténue. Cette situation pourrait s'expliquer par le caractère spontané du retard, influencé par de multiples facteurs qui échappent souvent au contrôle de l'employé (Mathieu et Zajac, 1990).

- **Absentéisme (RT)**

L'absentéisme est défini comme :

« *la non-présence physique d'un individu à un endroit donné et à un moment donné alors qu'on attend de lui qu'il soit là* » (Harrison et Price, 2003, p. 204).

D'après cette définition, qui fait consensus dans les travaux académiques, l'absentéisme se caractérise par deux éléments : l'absence d'une personne à son poste de travail et le non-respect de l'attente sociale qui le concerne (Safy-godineau, Fall, Carassus, 2021). Ce dernier élément aide à différencier l'absentéisme de l'absence. Pour Huver (2013), l'absentéisme se caractérise par un comportement volontaire, répétitif, chronique, habituel et systématique de manque d'assiduité sur son lieu de travail. Alors que l'absence se définit comme un évènement.

L'absentéisme au travail peut être vue comme un « *phénomène polysémique* » du fait de la diversité de ses causes, de ses formes et du sens qui lui est attribué (Steel, 2003 ; Johns, 1997).

Selon le paradigme du *Withdrawal model*, l'absentéisme est une réponse comportementale aux attitudes liées au travail (Gellatly, 1995 ; Hanisch et Hulin, 1991). En effet selon ce paradigme, l'absentéisme serait une réponse comportementale au contexte social dans lequel un individu est amené à exercer son activité (Dumas, 2013 ; Bouville, 2010 ; Chadwick-Jones et al, 1982). L'absentéisme est vu comme un comportement volontaire de retrait (Hanisch et Hulin, 1991) lié aux transformations de l'organisation du travail et des conditions de travail au cours des dernières décennies (Bouville, 2010 ; Johns, 2001).

L'absentéisme désignerait alors un attachement négatif, une désaffection envers son organisation (Hanisch et Hulin, 1991). Il est perçu comme « *un renoncement à l'engagement d'être présent de manière assidue à son poste* » (Bouville, 2009, p.7), mais également une échappatoire ou une fuite vis-à-vis d'aspects négatifs inhérents au travail (Shapira-Lishchinsky et Rosenblatt, 2009 ; Chadwick-Jones et al, 1982), expliqués par des facteurs attitudeux comme le manque d'implication (Weege et al, 2007 ; Gellatly, 1995) et reflétant un dysfonctionnement organisationnel (Weiss, 1979 ; Giraud, 1987 ; Martocchio et Jimeno, 2003). Au vu du contexte, celui de changement et de dysfonctionnement organisationnels induit par le NMP, la recherche se positionnera dans le paradigme du *Withdrawal Model* comme pour l'étude de Safy-Godineau, Fall et Carassus (2020).

Une des attitudes au travail particulièrement étudiée comme un déterminant pertinent de l'absentéisme au travail est l'implication organisationnelle (Harrison et Martocchio, 1998). Selon Meyer et al (2002), la forme affective est davantage liée aux absences volontaires qu'aux absences involontaires (ex : santé). En séparant, l'absentéisme volontaire de l'absentéisme involontaire, il a été constaté une relation négative entre l'absentéisme volontaire et l'implication affective (Gellatly, 1995).

- **Intention de quitter et départ volontaire (RE)**

Le comportement de quitter l'organisation ou encore celui de transfert sont deux éléments faisant partie du retrait de l'emploi (Hanisch, 1995 ; Laczko et Hanisch, 1999) mais également le départ volontaire (Hanisch, 1995). Dans le modèle de Hanisch (1995), choisir le licenciement ou rompre volontairement la relation avec son organisation (roulement) désignent tous les deux un départ de l'organisation.

Depuis son introduction, le concept d'implication s'inscrit dans un champ de littérature portant sur le roulement du personnel (Turnover). L'intention de partir est considérée comme l'un des problèmes les plus importants auxquels sont confrontées de nombreuses organisations, car elle conduit à une augmentation des pertes et des coûts.

Les comportements les plus étudiés en lien avec l'implication sont l'intention de quitter et le départ volontaire (Mowday et al, 1982 ; Meyer et Allen, 1991 ; Meyer et Herscovitch, 2001).

Les recherches de terrain établissent une relation entre la faiblesse de l'implication et le niveau d'intention de départ (Meyer, Allen 2002).

- Plusieurs recherches ont démontré que la **dimension affective** est la forme d'implication qui prédit le mieux l'intention de quitter (Mathieu et Zajac, 1990 ; Cohen, 1991 ; Tett et Meyer, 1993 ; Meyer et al, 2002 ; Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005).
- En outre, la **dimension normative** aide à comprendre l'intention de partir mais dans une plus faible proportion (Meyer et al, 2002 ; Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005).
- Pour ce qui est de la dernière **dimension, calculée**, sa relation avec l'intention de départ fait l'objet d'un débat dans la littérature. Les recherches se fondant sur le manque d'alternatives d'emploi sont peu concluantes. En effet, les liens entre cette forme d'implication et l'intention de quitter sont dans certains cas négatifs, parfois positifs ou non significatifs, selon les études (Jaros, 1997 ; Stinglhamber et al, 2002 ; Meyer et al, 2002 ; Bentein, Vandenberg, Vandenberghe et Stinglhamber, 2005).

Pour ce qui est du départ volontaire, la dimension affective reste plus prédictive que les dimensions normative et calculée mais l'est moins que l'intention de départ (Mathieu et Zajac, 1990). L'implication organisationnelle serait négativement liée au turnover et à l'absentéisme (Shore et Wayne, 1993).

Les attitudes et/ou les comportements de RO découlent pour la plupart d'un choix, d'où le caractère volontaire. Selon Shapira-Lishchinsky et Even-Zohar (2011) en se fondant sur la théorie de l'équité d'Adams (1965), sur la théorie de l'échange social (Blau, 1964) et sur la théorie d'incitations-contributions de March et Simon (1958), les attitudes et/ou les comportements de retraits sont mobilisés pour réduire ou retenir ses efforts et sa participation à l'organisation.

II.2.2.2. Le lien entre profils d'implications organisationnelles et les comportements organisationnels

En plus de l'identification des profils, les chercheurs ont tenté de tester les propositions de Meyer et Herscovitch (2001) en ce qui concerne les conséquences comportementales de ces profils.

Wasti (2005) a mené deux études mesurant l'effet combiné de plusieurs formes d'implication sur diverses conséquences organisationnelles : les comportements de retrait, l'intention de quitter, le stress lié au travail et les comportements de citoyenneté organisationnelle. Six profils ont été retenus, dont un profil peu impliqué (avec AC, NC et CC/CC-HS faibles) et un profil très impliqué (avec AC, NC et CC/CC-HS faibles). Les résultats mettent en évidence la présence de différences significatives : les employés peu impliqués sont plus susceptibles que les autres de manifester des comportements négatifs, tandis que ceux très impliqués engendrent, ultérieurement, davantage de comportements positifs.

Ce qui va nous intéresser c'est la combinaison des dimensions TCM qui va créer des états psychologiques plus nuancées conduisant à des conséquences sur le comportement et le bien-être des individus. En dehors du profil très impliqué, les profils les plus avantageux en termes de conséquences organisationnelles sont les AC et NC élevés et les AC dominant. Gellatly, Meyer et Luchak (2006) ont étudié l'effet combiné de l'AC, l'NC et l'CC sur l'intention de rester au sein de l'organisation. Les résultats suggèrent que les salariés au profil AC pur (soit AC élevé, NC et CC faibles) ont davantage l'intention de rester dans l'organisation que les salariés au profil non impliqué.

En reprenant les études de Meyer, Becker et Van Dick (2006), Kabins et al (2016) ont classé les profils en trois grandes catégories : la première est fondée sur les valeurs, reflétant des valeurs partagées et le désir de rester (pleinement engagée, AC/NC dominante, AC dominante) ; la seconde est fondée sur l'échange, reflétant des contingences sociales ou économiques créant un besoin ou une obligation de rester (NC/CC dominante, CC-dominante) ; la troisième est faible avec des niveaux globaux d'engagement faibles ou modérés.

D'après l'étude menée par Morin et al (2015), les niveaux d'intention de roulement les plus bas et les niveaux les plus élevés de bien-être des employés ont été obtenus dans les profils caractérisés par une forte AC et NC. Bien que leur échantillon provienne de Hong-Kong, ce résultat n'est pas unique, il a été observé dans d'autres études sur l'implication organisationnelle y compris des études menées en Amérique du Nord (Meyer et al, 2012, 2013 ; Somers, 2009).

CONCLUSION DU CHAPITRE II :

Le Chapitre II a exploré les concepts d'implication organisationnelle et professionnelle, soulignant leur importance dans la compréhension de la relation entre les salariés et leur organisation ainsi que des comportements qui en découlent. L'implication, définie comme un lien psychologique entre l'employé et son organisation, peut se manifester sous différentes formes : affective, normative ou calculée, chacune influençant la relation entre le salarié et son environnement de travail.

Les différentes dimensions de l'implication organisationnelle, proposées par Meyer et Allen dans leur modèle à trois composants (Three-Component Model, TCM), permettent de mieux cerner les raisons pour lesquelles les salariés restent ou quittent leur emploi. L'implication affective, qui évoque un attachement émotionnel à l'organisation, est souvent associée à des comportements positifs, tels qu'une plus grande fidélité et une participation accrue aux activités de l'entreprise. L'implication normative, liée à un sentiment d'obligation envers l'organisation, peut également encourager des comportements favorables, bien que pour des raisons différentes. Enfin, l'implication calculée, qui repose sur une évaluation des coûts associés au départ, peut avoir des implications plus complexes, pouvant conduire à des comportements de maintien dans l'organisation par nécessité plutôt que par désir.

Au-delà de l'implication organisationnelle, l'implication professionnelle, qui se réfère à l'attachement des salariés à leur métier ou profession, a été abordée comme une cible complémentaire. Cette implication peut influencer la relation du salarié avec son organisation, parfois en renforçant le lien, parfois en le rendant plus complexe si l'identification professionnelle l'emporte sur l'attachement à l'organisation. Les recherches montrent que l'implication professionnelle peut avoir des effets positifs sur la stabilité et la fidélité des salariés, tout en présentant des risques de conflit lorsqu'elle entre en concurrence avec l'implication organisationnelle.

La compréhension de ces concepts est cruciale pour les gestionnaires, car elle éclaire les comportements associés au travail, tels que l'absentéisme, le roulement et l'engagement organisationnel. Les profils d'implication, qui combinent différentes dimensions, offrent un outil utile pour prédire les comportements organisationnels et guider les stratégies de gestion des ressources humaines. Ces profils peuvent aider à identifier les salariés à risque de retrait ou de départ, ainsi qu'à développer des approches pour renforcer l'implication et réduire les comportements de retrait.

Ainsi, ce chapitre met en lumière l'importance de l'implication organisationnelle et professionnelle dans la relation entre les salariés et leur organisation. Comprendre ces concepts et leurs interactions permet aux gestionnaires de mieux anticiper les comportements des employés et de créer des environnements de travail plus favorables, contribuant ainsi à réduire le taux de roulement, l'absentéisme et à favoriser un engagement durable au sein de l'organisation.

Chapitre III. DE LA PROBLEMATIQUE AU TERRAIN : LE CHOIX DE LA METHODOLOGIE ET DU CADRE OPERATOIRE

Le but de ce chapitre est de présenter le cadre méthodologique retenu tout en précisant les raisons de ce choix. Notre méthodologie s'est progressivement construite en prenant en compte l'évolution de la situation du terrain au vue des contraintes liées à la situation sanitaire occasionnée par la Covid. Les choix effectués lors du projet de thèse ont ainsi évolué en fonction du contexte. Dans ce chapitre, nous allons exposer notre entrée sur le terrain et la manière dont nous avons énoncé nos questions de recherche et établi notre dispositif de recherche. Notre démarche est à l'origine de nature inductive. Elle s'ancre dans les faits, c'est-à-dire des données réelles, observables brutes, pour expliquer un phénomène. L'intérêt de cette approche est de fournir des explications à l'aide d'observations concrètes.

Ce mode inductif « consiste à aborder concrètement le sujet d'intérêt et à laisser les faits suggérer les variables importantes, les lois, et, éventuellement, les théories unificatrices » (Beaugrand, 1988, p.8).

L'utilité de cette démarche concerne les sujets ou les phénomènes connus, ici l'implication des personnels de santé. Elle permet également de donner une explication à des effets constatés comme l'absentéisme et le taux de roulement, de trouver les causes de ces phénomènes comme l'implication plus ou moins forte d'un salarié à un autre, d'établir enfin une conclusion avec des données scientifiques sur le sujet ou sur le phénomène observé.

« L'approche inductive élabore de façon formelle son canevas de recherche en cours de collecte de données pour en faciliter l'analyse rigoureuse » (Hlady-Rispal, 2002, p.51)

Ainsi, nous allons procéder à une phase d'observation du terrain à l'aide d'une méthode qui découle de l'ethnographie, celle de l'observation participante, puis confronter nos observations directes avec une phase d'entretiens dans le cadre d'une étude de cas. Pour conduire cette recherche, nous avons mobilisé le concept de profil d'implication en lien avec le modèle Three-Component Model (TCM) développé par Meyer et Allen (1991, 1997). À la différence de nombreux travaux, leur modèle a été adapté pour mener une recherche qualitative. Nous souhaitons apporter un éclairage nouveau sur ce concept qu'est l'implication et notamment la pertinence des profils développés. Pour cela nous allons confronter le profil des personnels interviewés avec les comportements observés via l'observation participante effectuée sur le terrain. Dans ce chapitre, nous présenterons notre approche qualitative en lien avec la posture épistémologique interprétativiste retenue. Puis, nous expliquerons le déroulement de l'accès au terrain par une phase qualitative descriptive, nous justifierons notre choix d'opter pour une démarche par l'étude de cas, pour en dernier lieu, exposer notre protocole de recherche.

III.1. Positionnement épistémologique retenu

Pour mener à bien une recherche scientifique, il est nécessaire que le chercheur adopte une stratégie de recherche basée sur une réflexion et un positionnement épistémologique. Par épistémologie, nous entendons, l'activité réflexive qui porte sur la manière dont les connaissances sont produites et justifiées (Le Moigne, 1995). Ce dernier cadre les hypothèses

ontologiques et épistémiques de la recherche, la méthodologie de recherche employée, les outils à utiliser et les méthodes d'analyse des données (Avenier et Thomas, 2012). Tous les chercheurs doivent être conscients que le paradigme épistémologique dans lequel il inscrit sa recherche conditionne les pratiques de recherche admissibles, ainsi que les modes de justification des connaissances élaborées. Cette section a pour but d'expliquer le choix de notre positionnement épistémologique et la position paradigmatique retenue. Après une revue des principaux paradigmes mobilisés en méthodes qualitatives lors de recherches en sciences de gestion, nous renseignerons le positionnement paradigmatique « *interprétativiste* » retenu et mobilisé.

III.1.1. La variété des positionnements épistémologiques en recherche qualitative

La mise en œuvre d'une méthode de recherche est conditionnée par le choix épistémologique et méthodologique la plus adaptée pour répondre à une problématique préalablement retenue. Selon la définition retenue par Piaget (1967, p.6), l'épistémologie est une discipline qui réalise « *l'étude de la constitution des connaissances valables* ». De cette définition en ressort 3 questions : qu'est-ce que la connaissance ? Comment celle-ci est-elle élaborée ? Comment celle-ci est-elle considérée comme valable ? (Le Moigne, 1995).

Cohen (1996) explique que l'épistémologie est également vue comme le regard critique sur la connaissance elle-même, sur son objet, sur ses conditions de formation et sa légitimité. Cette idée confirme les propos de Wacheux (1996, p.38) : « *Dans le quotidien du chercheur, c'est simplement pouvoir à tout moment légitimer sa recherche sur le phénomène.* » surtout en qui concerne les recherches relevant exclusivement de méthodologies qualitatives.

Depuis quelques années, la question des paradigmes en sciences de gestion a dominé le débat épistémologique au niveau de la recherche qualitative : le paradigme positiviste ou réaliste est présent aux côtés de ceux du réalisme critique, du constructivisme et de l'interprétativisme.

Avant de débiter une recherche, il est essentiel pour le chercheur de déterminer le paradigme épistémologique qui guidera son étude. Ce choix influence l'approche, les méthodologies employées et la façon dont les résultats seront interprétés. Le tableau de Hlady-Rispal et Jouison-Laffitte (2014), illustré dans la Table 7 de leur publication, offre une synthèse comparative des critères pour évaluer la fiabilité des différentes conceptions de recherche qualitative. Ce tableau met en perspective les paradigmes du positivisme, du réalisme critique, et de l'interprétativisme /constructivisme, et fournit une grille d'analyse des acceptations de la subjectivité, des modes d'inférence principaux, de l'emploi des méthodes mixtes, ainsi que des principes analytiques et critères de qualité scientifique associés à chaque paradigme. Le chercheur peut se référer à ce tableau pour aligner sa démarche de recherche avec les principes du paradigme choisi et assurer la cohérence de son étude.

Tableau 6 : Set of criteria for judging the trustworthiness of different research designs for qualitative Research (Hlady-Rispal et Jouison-Laffitte (2014))

	Traditional Scientific Research: Positivism	Critical Realism	Interpretivism/ Constructivism
Subjectivity Acceptance	Rejection. Objectivity must be achieved. Bias must be avoided or minimized.	Accepted and taken into account. There is an intransitive (objective) and transitive (subjective) dimension of reality.	Central. Only the (subjective) experience of reality is knowable.
Main Modes of Inference	Induction, deduction	Abduction and retroduction	Abduction
Mixed Methods (Qualitative and Quantitative) Designs	Always Qualitative research is an exploratory method that precedes quantitative research.	Possible Qualitative and quantitative methods are complementary.	Rejected or possible Quantitative techniques are then of secondary importance or seen as complementary.
Analytical Principles and Scientific Quality Criteria	Triangulation and replication Reliability, internal validity, construct validity, external validity	Triangulation, replication, and comparative analysis, contingent validity, fallibility, interpretive validity	Triangulation and comparative analysis Legitimization, fairness, and authenticity

Notre recherche en gestion des ressources humaines au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) s'inscrit dans une posture interprétativiste. À la lumière des travaux d'Avenier et Thomas (2012), notre démarche s'écarte du constructivisme pragmatique qui, dans sa quête de connaissances génériques applicables à divers contextes, requiert une évaluation pragmatique par l'action et une adaptation constante de ces connaissances aux situations spécifiques via des études de cas ou des recherches-interventions. Dans notre cadre interprétativiste, nous ne cherchons pas à reconstituer les conditions d'existence d'un phénomène à travers la rétroduction comme le ferait le réalisme critique, mais plutôt à comprendre les interprétations et significations construites par les acteurs eux-mêmes dans leurs contextes organisationnels quotidiens. C'est l'analyse des comportements récurrents et des pratiques qui révèle la manière dont les personnels de santé en EHPAD vivent et donnent sens à leur implication professionnelle et organisationnelle.

Notre objectif est de générer des connaissances descriptives profondes, permettant une compréhension riche et contextuelle des réalités vécues par les acteurs. La validité externe de ces connaissances n'est pas notre priorité; nous laissons l'interprétation et l'adaptation des résultats à la discrétion des acteurs souhaitant les mobiliser dans d'autres contextes. Ainsi, notre recherche ne se limite pas à décrire mais s'engage dans la compréhension des processus par lesquels les acteurs élaborent et communiquent leur compréhension des phénomènes étudiés.

Nous suivons les principes préconisés par Avenier et Parmentier-Cajaiba (2012) pour établir l'orientation épistémologique qui constitue le cœur de notre travail de recherche. Pour

commencer, il est essentiel de réfléchir sur notre positionnement ontologique pour répondre à la question : quel est le statut de la connaissance ? Perret et Séville (2003) invitent le chercheur à s'interroger sur la nature de la réalité connaissable. Nous estimons que la réalité est inatteignable parce qu'elle n'est pas directement accessible aux chercheurs et nous estimons qu'il existe une interdépendance entre le sujet et l'objet : la réalité va se construire et se manifester à l'aide des perceptions des différents acteurs du terrain étudié. C'est pourquoi, nous ne présumons pas du rôle joué par l'implication organisationnelle et professionnelle sur le retrait organisationnel mais travaillons pour accéder à la vision la plus éclairée et la plus complète qu'ont les répondants de ce lien.

Pour générer des connaissances, nous essayons de comprendre le sens que les personnes donnent à la réalité. Pour cela, nous tentons de saisir la réalité et non à l'expliquer en nous fondant sur les interprétations réalisées avec les acteurs. Nos résultats sont le produit des interprétations du sens du discours des répondants. Nous avons donc considéré un ensemble de facteurs subjectifs tels que les motivations des participants, leurs perceptions, leurs intentions et leurs attentes, qui seront plus liés à la pratique qu'aux faits (Pourtois et Desmet, 1997).

Pour finir, la connaissance générée par notre étude n'a pas vocation d'être universelle et absolue. Elle est liée à un contexte particulier et répond à des impératifs d'idéographie et d'empathie (Perret et Seville, 2003). Cela signifie que la valeur de notre recherche sera mesurée au regard de sa capacité à travailler et à mettre à jour, non seulement en termes de faits, mais aussi en ce qui concerne la manière dont les participants interprètent ces faits. Nous recherchons, à l'aide de l'ethnographie, à nous approprier le langage des acteurs et à développer avec eux une proximité sur le terrain pour favoriser la compréhension de la réalité sociale telle qu'ils la vivent et sont perçues par les répondants.

III.1.2. Une approche qualitative dans une posture interprétativiste

Le positionnement épistémologique de notre recherche se situe dans le paradigme épistémologique interprétativiste au sens de Heidegger (1962), Sandberg (2005) ou Yanow (2006). Rochette (2016) a adapté les travaux de Thiétart (1999), Perret et Séville (2003) et de Lecocq (2012) dans un tableau qui recense les principales caractéristiques des paradigmes épistémologiques de la recherche. Afin de mieux expliciter les détails de notre posture, nous n'avons gardé que le paradigme qui nous intéresse : l'interprétativiste.

Tableau 7 : La position épistémologique du paradigme interprétativiste (Rochette, 2016)

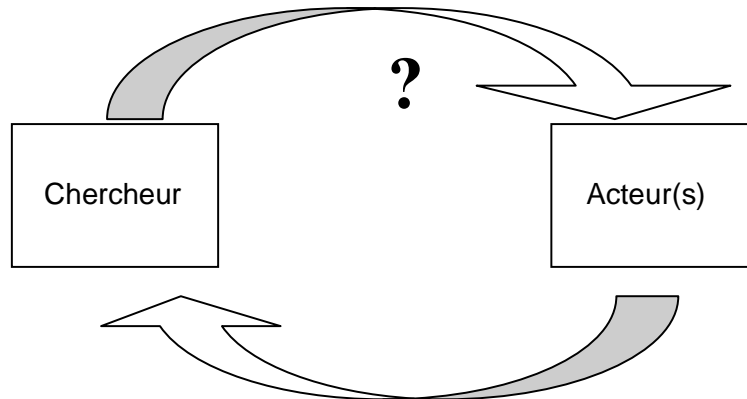
<i>Le paradigme épistémologique interprétativiste</i>	
<i>La nature de la réalité (ontologie)</i>	Hypothèse phénoménologique L'essence de l'objet ne peut être atteinte
<i>Lien sujet/objet (épistémologie)</i>	La réalité est dépendante du sujet Le chercheur interprète ce que les acteurs ont dit, les acteurs eux-mêmes interprètent l'objet de recherche Statut privilégié de la compréhension
<i>Vision du monde</i>	Intentionnelle, forgée par chercheur
<i>Critères de validité</i>	Idiographie Empathie (révélatrice de l'expérience vécue par les acteurs)
<i>Idéal</i>	Donner à voir la réalité des acteurs
<i>Logique dominante</i>	Inductive

Ce paradigme ne se prononce pas sur l'existence d'un réel en soi mais affirme que les comportements humains présentent des régularités. L'expérience vécue est l'objet d'analyse et le rôle du chercheur est de comprendre les interprétations en présence, dégager le sens des actions et de la communication entre les individus. L'objet de la connaissance relève d'une conception pragmatique de la recherche qui vise à mettre au jour les interprétations des acteurs (Avenier, 2011). L'interprétativisme a pour but de comprendre les représentations, les jugements, les motivations et les raisons d'agir d'autrui.

Il « repose sur l'empathie et la sympathie, c'est-à-dire sur la possibilité pour le chercheur de vivre ou de revivre les vécus intérieurs. La compréhension relève de l'identification affective et de la reproduction mimétique du vécu d'autrui » (Rappin 2011, p. 476-489).

Ontologie = relativiste : réalité(s) construite(s) (multiples)

Épistémologie = interprétative



L'observateur est un sujet actif interprétant

L'acteur de terrain est aussi sujet actif interprétant

Figure 8 : Le chercheur interprétatif : posture empathie d'après Giordano (2003, p. 21)

Les connaissances qui en découlent sont principalement de type descriptif, le but de ces descriptions est double : donner au lecteur la possibilité de suivre exactement comment les interprétations du chercheur ont été élaborées, et transmettre au lecteur autant d'informations que possible afin qu'il puisse mobiliser ses connaissances dans un autre contexte. Bien que cette approche se focalise sur l'activité humaine, qui présente des régularités, les théoriciens de ce cadre dont Yanow (2006) se refuse à la généralisation statistique. La seule généralisation envisagée concerne les processus d'interprétation, de construction de sens et de communication, en s'efforçant d'identifier les schémas de pensée et les manières de voir le monde, souvent tacites, qui façonnent la façon dont les sujets donnent du sens aux situations qu'ils vivent.

Ce type de paradigme privilégie des méthodes dites herméneutique qui veillent à ce que les idées conflictuelles des acteurs en présence soient explicités et à ce qu'il, par la suite, réexaminent leurs positions lorsqu'elles sont divergentes. Le référentiel interprétativiste s'est développé en liaison directe avec un certain nombre de méthode qualitatives telles que les méthodes herméneutiques (Gadamer, 1977) et les méthodes ethnographique (Garfinkel, 1967). C'est la dernière méthode que nous avons décidé de mobiliser pour mener à bien cette recherche.

Les méthodes qualitatives, quant à elles, rassemblent un ensemble de « une palette de techniques d'interprétation dont le projet est de décrire, décoder, traduire ou du moins saisir la signification, et non la fréquence, d'un phénomène du monde social survenant de façon plus ou moins naturelle » (Van Maanen, 1983, p. 9). Pour cet auteur, une analyse qualitative en sciences de gestion est considérée comme une démarche de théorisation ou d'explication d'un témoignage, d'un phénomène ou d'une expérience. En effet, la méthodologie qualitative est une stratégie de recherche qui mobilise différentes techniques de recueil et d'analyse dans le but de comprendre et d'interpréter un phénomène social ou humain (Mucchielli, 2009). Cette

étude suit le courant interprétativiste en raison de la nature même du problème de recherche : c'est l'expérience vécue par des personnes que sont les personnels de santé en EHPAD au regard d'un phénomène, l'implication dont il est question. Pour d'autres auteurs (Boutin, 1997 ; Denzin et Lincoln, 2005 ; Marshall et Rossman, 2006), le processus de la recherche qualitative est particulièrement adapté aux études menées dans le champ de la santé, des soins infirmiers, du management et également les études réalisées à la frontière de plusieurs disciplines.

La recherche qualitative relève de la logique compréhensive qui favorise la description des processus plutôt que l'explication des causes.

Elle est « inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive ; réursive, invitant à réitérer les étapes de la recherche si nécessaire ; et souple en raison de l'absence de rigidité de la démarche le plus souvent inductive. Cette réursivité de l'entretien doit conduire à la formulation de nouvelles questions ou à la reformulation d'anciennes » (Imbert, 2010, p.25).

Il s'agit en effet d'appréhender le sens d'un phénomène complexe dans un dynamique de co-construction de sens entre le chercheur et l'acteur en question. D'autres auteurs se sont penchés sur la démarche à suivre pour mener une recherche qualitative. Nous mobilisons dans ce but les travaux d'Aubin-Auger (2008), dans lesquels la démarche qualitative passe en première lieu par l'identification du thème de la recherche et l'explication de l'intérêt particulier dans le domaine choisi.

III.2. le choix de la méthode retenue : l'étude des cas, la porte d'accès au réel

Après avoir expliciter le positionnement épistémologique retenu, il est pertinent de nous interroger sur la stratégie d'accès au réel de notre démarche, autrement dit, sur la technique mobilisée pour étudier la problématique. D'après Hlady-Rispal (2002), les méthodologies qualitatives nous aident à comprendre l'objet étudié dans son contexte.

III.2.1. Une phase d'analyse qualitative

Après avoir réalisé notre revue de la littérature sur notre thème de recherche, le concept d'implication via la notion de profil apparaît comme un sujet essentiel pour mener notre étude. Dans cette recherche, nous allons nous concentrer sur les données qui se matérialisent sous la forme de mots, c'est-à-dire des données sous la forme de texte narratif. Wolcott (1992) décrit comment collecter ces données notamment « *observer, questionner ou examiner* », à l'aide de méthodes qui se fondent sur l'observation, sur des entretiens ou encore des documents. L'objectif de la recherche est de mieux comprendre le monde social qui nous entoure, et donc le sens que donne chaque individu à sa conduite.

III.2.1.1. Découverte des besoins et du fonctionnement des établissements, l'ethnographie

- **Apport et définition de l'ethnographie**

Lors de notre travail de recherche nous avons mobilisé trois outils principaux : l'observation, l'entretien semi-directif et l'étude de cas.

L'ethnologie est définie comme un : « *contact approfondi avec une communauté donnée, attention portée à des évènements mondains et de la vie courante et pour les évènements plus rares, participation directe ou indirecte aux activités locales, avec un soin particulier apporté à la description des particularités locales* » (Miles et Huberman 2003, p.23).

Cette méthodologie découle de l'anthropologie sociale, elle permet de découvrir et d'expliquer le comportement, selon un cas, d'une population précise. En effet, selon l'ethnologue Marcel Mauss (1947), la société est considérée comme un groupe social vivant généralement dans un lieu spécifique, avec sa propre, sa structure et ses traditions. Afin de mieux comprendre cette société et notamment ses complexités, les méthodes dites ethnographiques sont utilisées comme méthodes et outils de compréhension du terrain dans les recherches en sciences sociales et humaines.

Ce sont des auteurs tel que Durkheim (1912) et Mauss (1947), des sociologues ethnographiques, qui se sont pensés en premier sur cette méthode. Pour eux, cette méthodologie requière des conditions absolument indispensables pour mener une telle recherche, ses conditions sont la bonne foi, l'exactitude et la description des faits. Il faut cependant faire attention, la recherche ethnographique ne cherche pas exclusivement à décrire des faits au risque de n'être « *qu'une pure passion de collectionner des faits disparates et isolés* » (Griaule, 1957, p 593). Elle cherche avant tout à comprendre et expliquer les faits, phénomènes et comportements dans la société, les organisations, le milieu des affaires ou du travail. Pour mener à bien ce type de méthode, le chercheur se doit de se déplacer sur le terrain dans l'environnement dans lequel évolue les individus, appelé sujet d'étude, pour les regarder agir et observer leurs comportements. Pour cela, le chercheur ethnographe doit manifester et développer des aptitudes qui lui permettront de collecter les données les plus pertinentes et riches sur le terrain.

Selon Woods (1990), le chercheur ethnographe doit être doué dans :

« *l'acuité de ses observations, la finesse de son écoute, sa sensibilité émotionnelle, sa capacité de pénétration des niveaux de réalité, son pouvoir d'expression, son habilité à recréer des scènes et des formes culturelles et à leur « donner vie » et finalement, à raconter une histoire avec une structure sous-jacente* ».

Pour lui, c'est au chercheur de retranscrire les « *formes culturelles* » que vivent les personnes. Cette méthode relève de la science de l'anthropologie dont l'objet est l'étude descriptive et analytique, sur le terrain, des mœurs et des coutumes d'une population donnée. Pour Hlady-Rispal, Fayol et Garner (2021), la compréhension du contexte est fondamentale pour toutes

les méthodes qualitatives, une affirmation d'autant plus vraie pour l'ethnographie qui s'intéresse à l'environnement, aux organisations et aux acteurs. Cette méthode se caractérise par l'analyse des diversités et des différences, qu'elles soient temporelles, spatiales, sociales ou institutionnelles. Elle englobe aussi l'étude des interactions immédiates et l'évaluation de comment les individus naviguent et surmontent les contraintes contextuelles au fur et à mesure de leur apparition et de leur résolution. Ainsi, cette méthode est idéale pour appréhender un groupe professionnel, leur code, leur réalité et surtout mieux comprendre le travail de ces professionnels. Le chercheur a pour but de comprendre ce qu'il étudie et pour cela il doit s'y investir personnellement. Après que le chercheur a identifié le groupe social, la sous-culture ou le territoire qu'il souhaite étudier, il se prépare à s'immerger, de manière plus ou moins profonde, dans le quotidien des personnes. Ici le groupe social étudié sera celui des personnels de santé est plus particulièrement les AS et les IDE, les deux métiers le plus impactés par le taux élevé de roulement et de l'absentéisme.

Pour mieux comprendre le fonctionnement et les obligations en vigueur eu sein des EHPAD, il est essentiel de partir de l'observation de terrain pour collecter et analyser les comportements entre les acteurs. Le travail ethnographie de terrain passe essentiellement par l'observation participante (Lapassade, 1993), elle s'est déroulée en deux temps : une avant la thèse et une autre après l'étude de cas.

- La première phase s'est déroulée, avant cette étude, du mois de juillet 2014 au mois de février 2018 sur un même établissement. Durant cette période, l'accès au terrain a été possible grâce à la fonction occupée : celle d'agent d'accueil les week-ends et jours fériés. Cette phase a permis de comprendre le fonctionnement des EHPAD, le vocabulaire, la culture, les liens et le langage des professionnels de santé et surtout les problématiques rencontrées dans ce type d'établissement notamment celles liées aux retraits organisationnels.
- Durant la deuxième phase, la posture employée a été celle de formatrice, au sein de plusieurs EHPAD, cela a permis de mobiliser des compétences propres à cette fonction et d'user des connaissances acquises sur le terrain pour identifier plus précisément les échanges entre les acteurs (Soulé, 2007) et ainsi mieux comprendre les dynamiques de groupe. Cette période s'est passé du mois octobre 2021 à mai 2022 et elle a eu pour but d'obtenir une validation de l'analyse des données auprès des acteurs de terrain.

Ces deux temps ont été essentiels afin de mieux comprendre et appréhender la complexité de ces établissements. La première étape a permis de découvrir et surtout développer des connaissances propres à ce secteur, ses acteurs et son organisation. Et la deuxième étape a permis de valider et surtout d'affiner l'analyse des résultats obtenus lors de l'étude de cas. La méthode couramment mobilisée lors des travaux de recherche ethnographique est la méthode d'observation participante.

- **Le travail perçu et vécu par le personnel de santé, l'observation participante**

L'observation est une méthode de collecte de données qui fournit habituellement la réflexion de nombreuses disciplines des sciences de gestion (Journé, 2018). Ce mode de collecte a connu un succès au sein des sciences de gestion notamment du fait qu'elle est l'une des clés de voûte des recherches mobilisant l'étude de cas (Ragin et Backer, 1992 ; Yin, 2003). Cette technique permet d'accéder à des données qui ne sont atteignables par des questionnaires ou des entretiens (Arborio et Fournier, 2010). Le but n'est pas de poser des questions mais d'entendre, de voir, et dans certains cas de pratiquer. Ici, le chercheur rencontre les sujets dans leur lieu d'occupation, et joue un rôle.

Pour Martineau (2005) l'observation est un outil qui aide le chercheur à devenir :

« le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux mêmes où ils se déroulent » (p. 2).

Cette proximité permet de récolter les pratiques des différents acteurs dans un contexte précis comme la vie au sein de l'organisation sans perturber son activité et surtout la relation entre les différents acteurs. L'observation a également comme finalité de briser la façade des discours convenus pour avoir accès aux pratiques des professionnels et aux différents modes de fonctionnement de l'établissement. Selon Stenger (2017), la durée de l'observation peut aller de quelques heures à quelques mois. Le milieu médical et l'hôpital sont depuis longtemps considérés comme des lieux idéaux à l'observation et ces recherches sont devenues des classiques du genre (Strauss, 1961 ; Becker, 2002). Ces travaux ont permis de mieux comprendre les pratiques et l'organisation de ces établissements (Savage, 2000). Cette méthode peut paraître intuitive et facile à mobiliser parce qu'elle relève d'une expérience immédiate qui nécessite d'entendre et de voir, cependant l'observation recouvre des activités diverses avec différentes facettes.

La recherche distingue deux modèles d'observation : la participation observante (PO) et l'observation participante (OP). L'utilisation d'une notion par rapport à l'autre révèle des logiques très différentes. En effet, un investissement particulièrement prolongé sur le terrain sous-entend une primauté de la participation sur l'observation (Soulé, 2007). La formulation de participation observante a pour but de souligner l'investissement important voire prolongé au sein d'un groupe ou d'une organisation. Selon Pfadenhauer (2005), la participation observante veut que le chercheur fréquente le terrain observé aussi intensément que possible. Malheureusement en raison de la situation sanitaire induite par la crise Covid, il a été difficile d'accéder au terrain. Durant cette période, des mesures ont été prises au sein des EHPAD pour protéger aussi bien les résidents que les salariés. C'est pourquoi, la méthode retenue est celle de l'observation participante qui nécessite moins de temps et d'immersion sur le terrain pour obtenir des données que celle de la participation observante.

L'observation participante repose sur des temps d'observation, des discussions informelles, des entretiens avec le personnel et des recherches bibliographiques. Cette méthode relève d'une démarche anthropologique (Winkin, 2001).

L'observation participante est caractérisée comme : « une période d'interactions sociales intenses entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers. Au cours de cette période, des données sont systématiquement collectées » (Bogdan et Taylor, 1975, p.45).

Cette méthode nécessite une immersion totale et active du chercheur sur le terrain. Toute communication, à partir du moment où elle est sincère, crée et développe une relation personnelle avec l'autre personne. C'est cette relation fondée sur la confiance qui entraîne l'implication du chercheur. Cette méthode permet d'avoir accès à des informations peu accessibles et de mieux comprendre certains comportements difficilement clairs pour les personnes extérieures au terrain. Ces informations prennent aussi bien en compte les éléments verbaux que non verbaux de la communication entre les acteurs, entre eux ou encore avec leur environnement. Ce travail permet ainsi d'observer les interactions entre les différents acteurs du terrain et de comprendre de l'intérieur des phénomènes étrangers au chercheur.

Il est inévitable qu'observer la manière dont un groupe individuel s'organise et s'articule pour gérer et pourvoir à ses besoins élémentaires organiques requiert une connaissance préalable du terrain. C'est en référence aux conceptions de l'École de Chicago que cette démarche est nommée d'observation participante, selon elle, l'observation est bien entendue toujours participante. Son but premier est de « rendre le monde étudié visible de l'intérieur » (Coulon, 2002, p.103) cela permet de comprendre de l'intérieur, la vision et la rationalité des actions des sujets observés. Il est essentiel que le chercheur, pour mener à bien cette recherche, soit attentif à tous les instants sur le lieu d'observation et qu'il prenne du recul lors de l'écriture de ses notes.

L'observation participante présente de nombreux avantages pour l'observateur aussi bien que la population observée. Cette méthode implique cependant de pouvoir s'adapter physiquement à des conditions de vie parfois difficiles et imprévisibles. En plus d'une bonne condition physique, d'une sensibilité et d'une capacité d'ouverture à la culture des sujets observés, le chercheur doit posséder un sens de l'observation très développé :

« des expressions faciales, des gestes, des activités motrices de l'ensemble du groupe présent durant un échange de paroles ainsi que de l'environnement dans lequel ces personnes sont engagées ». (Malinowski, B. 1935, p.22)

Cette méthode présente aussi des limites. Pour mener à bien une observation participante, il est nécessaire d'effectuer une immersion totale au sein de son terrain d'étude, ce qui peut entraîner un manque de recul et surtout une perte d'objectivité de la part du chercheur. Cependant à la différence de la participation observante, où le chercheur fait partie intégrante du milieu observé (Marpsat, 2005), pour mener une observation participante, le chercheur :

« se mêle au milieu observé, mais peut en sortir à chaque instant, et ne se trouve donc jamais exactement dans la position sociale, ni dans la disposition psychologique des acteurs étudiés » (Damon, 2002, p. 20).

De plus, cette méthode peut connaître des biais dans la collecte et le traitement des données, ce qui peut être source d'erreur. L'un des biais les plus compliqués à gérer pour un chercheur est le biais **affectif**, celui-ci se compose du biais d'empathie et celui de charisme (Journé, 2018).

- Le biais **d'empathie** vient de l'aversion ou la sympathie qu'inspirent les différents acteurs du terrain à l'enquêteur, ce qui conduit celui-ci à aller vers certains et moins vers d'autres. Ce ressenti peut biaiser la source des informations recueillies.
- Le biais de **charisme** apparaît lors que le chercheur accorde de l'importance à ce qui est fait ou dit par un acteur du fait du charisme que le chercheur lui attribue.

Un autre type de biais peut impacter la recherche, celui est le plus connu, le biais cognitif où on retrouve le biais d'attention sélective et le biais de confirmation (Journé, 2018).

- Le biais **d'attention sélective** consiste à concentrer son attention sur ce qui est « essentiel », à savoir ce qui est vu comme pertinent sans se laisser détourner par ce qui est « accessoire ». Le risque est de passer à côté de signes faibles pouvant indiquer l'existence de phénomènes importants.
- Le biais de **confirmation** consiste à braquer son attention en priorité vers les données qui corroborent les hypothèses de la recherche.

Pour limiter l'impact de ses biais, il est nécessaire de mettre en œuvre des moyens pour recueillir des données exploitables : la prise de note. Les observations réalisées doivent être couchées sur le papier idéalement le jour même. Pour mener à bien ce type de travail, il est essentiel d'avoir une bonne mémoire, car il est souvent difficile voire impossible de prendre des notes au moment même où l'action a lieu, parce que l'on doit y participer. Ce travail est essentiel car ce sont ces notes qui constituent la base de données disponible à l'analyse (Arborio et Fournier 2010). Le chercheur doit prendre soin d'organiser le recueil de données en distinguant clairement trois types de notes (Groleau, 2003, p. 230) : les notes de terrain, les notes méthodologiques, et les notes d'analyse.

Les notes de terrain concernent les situations observées directement sur le terrain. Les chercheurs y retranscrit principalement les faits et les gestes des personnes observées, leurs conversations et les contextes de leurs activités. Elles constituent le cœur du corpus de données sur lequel le chercheur analysera son objet de recherche.

Les notes méthodologiques organisent un exercice de « réflexivité » (Allard-Poesi, 2005) du chercheur sur sa propre recherche. La description des interactions entre le chercheur et son terrain lui permet de réfléchir aux impacts de sa position d'observateur sur les données recueillies ou « construites » lors des observations. Elles permettent au chercheur de mieux comprendre sa propre démarche de recherche, d'en retracer le parcours le parcours, afin d'en exploiter les points forts et de prendre conscience de ses limites. Dans une tradition anthropologique, elles peuvent prendre la forme d'un journal de bord qui met le chercheur en scène, décrivant les relations informelles entretenues avec le terrain ses propres états psychologiques, en particulier les moments de doute. Ces notes ne sont pas nécessairement réservées à l'usage exclusif du chercheur : retravaillées, elles peuvent être exposées au lecteur en appui de sa partie méthodologique afin de lui donner les moyens de la critique (Koenig, 1993).

Les notes d'analyse sont constituées des premières interprétations et intuitions que le chercheur peut avoir lorsqu'il collecte ses données ou qu'il relit ses notes de terrain. Ces notes revêtent une importance d'autant plus grande que le chercheur est engagé dans une démarche de construction théorique enracinée dans le terrain.

Les entretiens complètent les observations en donnant la parole aux acteurs qui peuvent élaborer et expliquer leur point de vue. Une des caractéristiques distinctives des entretiens ethnographiques consiste en la présence intime de l'ethnographe auprès du groupe étudié, ce qui permet la tenue d'entretiens non planifiée, suivant le hasard des rencontres (Monaghan et Just, 2000).

Pour mener à bien une recherche avec cette méthodologie, il est important de sélectionner un groupe précis. En effet, il est essentiel de choisir une population cible pour obtenir des résultats exploitables parce qu'elles sont comparables. Le groupe cible sera composé de personnel de santé travaillant sur les différents établissements, plus précisément les aides-soignantes et les infirmières. Cette méthodologie a été mobilisée lors de deux étapes différentes.

- La première étape a été menée durant l'étude de cas et a débuté le 3 mars 2021 et s'est finie le 2 juillet 2021. Elle a été réalisée auprès de 4 établissements. Durant cette phase, l'observation avait pour but de mieux appréhender le fonctionnement de l'organisation et les relations au sein des établissements étudiés. Elle a permis de confronter les perceptions des différents acteurs et la réalité observée.
- La deuxième étape s'est déroulée d'octobre 2021 à mai 2022 au sein de 20 établissements et a été rendue possible grâce à mon poste de formatrice. Les formations portaient sur les thèmes de la bientraitance et celle de la gestion des conflits, ces deux sujets sont centraux en ce qui concerne l'implication des salariés. En effet, ces éléments sont liés à la relation personnel/organisation mais également personnel/profession, cela a un lien sur l'implication des salariés.

Ainsi, l'observation participante a été mobilisée lors de l'étude exploratoire, afin de mieux comprendre le fonctionnement de ces structures et faire ressortir des profils d'implication mais également comme un moyen de systématisation et de comptage, ce qui rapproche l'observation des méthodes quantitatives. En effet, on peut l'employer comme moyen de recenser certains types de contacts ou d'interactions, et certaines tâches. Pour Howard Becker (1970), cette méthode permet de produire ce qu'il appelle des « quasi-statistiques », c'est-à-dire des observations en grand nombre sur des réponses ou des situations à partir de questions similaires ce qui permet de mesurer les fréquences et les répartitions. Cette utilisation de la méthode a été mobilisée lors de la deuxième étape, d'octobre 2021 à mai 2022, pour valider l'analyse des données. L'observation à la particularité de pouvoir mobiliser des méthodes variées et nombreuses allant du dénombrement, de l'observation, au questionnement des acteurs à propos de détail et du sens de leurs pratiques.

Cette méthode nous aide ainsi à saisir en même temps les différentes dimensions du social : « actions, discours sur ses actions ou celles des autres, diversifiés par la variété des situations possibles » (Serra-Mallo, 2012).

Il est alors possible d'analyser et surtout de comparer les discours et les comportements, et leurs expressions mutuelles en confrontant l'observation à des entretiens.

III.2.1.2. Les entretiens semi-directifs : clé de lecture du terrain observé

Si au cours du XII^{ème} siècle, apparaît le verbe « entretenir » et signifie « *tenir ensemble* », le mot « *entretien* » apparaît quant à lui au XVI^{ème} siècle qui signifie « *échange de parole* » et est issu de la contradiction d'entre et tenir (Picoche, 1992, p.486). C'est une rencontre interpersonnelle qui permet de créer un échange principalement verbal et de collecter des données coproduites. Pour mener à bien cette interaction, il est important que le chercheur passe par une phase d'organisation spécifique pour pouvoir répondre aux objectifs et critères de la recherche. Pour cela, le doctorant devra faire des choix notamment sur le lieu, l'échantillon, le mode d'enregistrements des données, le guide, la forme et le type de l'entretien retenu.

Selon Bryman et Bell, l'entretien est l'une des méthodes qualitatives la plus utilisée en sciences de gestion (2015 ; Yin 1994).

Elle est vue comme « un dispositif de face-à-face où un enquêteur a pour objectif de favoriser chez l'enquêté la production d'un discours sur un thème défini dans le cadre d'une recherche ». (Blanchet et al, 1993, pp.7).

Le choix de la technique de l'entretien est déterminé en fonction du but et des objectifs poursuivis et du type de recherche dans lequel elle s'inscrit cela peut être des recherches descriptives, analytiques, exploratoires ou de développements. Ce qui nous intéresse dans l'entretien est qu'il est, selon Weber (1998), la méthode la plus adaptée pour obtenir le « sens subjectivement visé ». Ici, c'est de faire apparaître les profils d'implications organisationnelle et professionnelle du salarié, en faisant ressortir le lien que celui-ci a développé avec ces deux entités et comment il le vit.

De plus, « l'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 24).

La technique d'entretien est adaptée à l'étude de phénomènes complexes et permet de faire émerger des informations à travers les interprétations de l'examen de leur vécu (Hlady-Rispal, 2002).

- **Il existe différents statuts de l'entretien : objectif de l'entretien**

Selon la phase de recherche où se situe le chercheur, l'entretien se déclinera en trois types d'utilisation différents : l'entretien exploratoire, l'entretien principal et l'entretien de contrôle.

L'entretien exploratoire va permettre au chercheur de dégager des points d'approches et des thèmes en rapport avec le sujet de recherche. Des données sur le terrain seront collectées afin de pouvoir les utiliser par la suite. L'entretien exploratoire va permettre de générer de nouveaux contacts pour agrandir son réseau de relation et ainsi aider à la

poursuite de l'investigation. Cette phase a été mobilisée pour s'approcher de contacts clés qui ont permis d'accéder à deux terrains d'étude : un groupe privé et un regroupement d'établissement public. A la suite de plusieurs entretiens avec une infirmière, un directeur d'EHPAD public, une directrice des ressources humaines (DRH) d'un groupe privé, une psychologue en EHPAD et une directrice d'un organisme de formation spécialisé dans les EHPAD, une grille d'entretien a été créée en lien avec le sujet étudié et les thèmes les plus abordées par ces différents acteurs. Ces différents entretiens exploratoires ont servi de tests aussi bien pour évaluer la pertinence des questions choisis mais surtout pour le vocabulaire mobilisé. En effet, il est primordial que les personnes interviewées partagent les mêmes perceptions notamment pour la phase des questions projectives afin de ne pas biaiser les résultats de l'étude.

L'entretien principal est quant à lui plus poussé dans le questionnement. Il sert avant tout à confirmer ou infirmer des idées de départ. Il est également utile pour faire émerger de nouvelles idées. C'est cette phase qui a été la plus longue, elle s'est déroulée sur plusieurs mois du 3 mars 2021 au 2 juillet 2021. C'est le cœur de l'étude notamment pour connaître les profils des sujets d'étude.

L'entretien de contrôle intervient à la toute fin d'un travail de recherche pour vérifier les idées et les analyses réalisées auprès d'experts du milieu.

- **La typologie des entretiens :**

Il existe différents types d'entretien, nous allons dans un premier temps vous les décrire puis exposer le type retenu pour mener à bien cette recherche. Le choix du type d'entretien retenu se fait selon le but, les objectifs poursuivis et du type de recherche dans lequel elle s'inscrit (De Ketele et Roegiers, 1996). Nous avons porté notre attention sur **l'entretien semi-directif** également appelé l'entrevue semi dirigée (Savoie-Zajc, 1997) qui est la méthode de collecte de données la plus répandue en recherche qualitative.

Le type d'entretien adopté pour mener à bien cette recherche est l'entretien semi-directif comme le définit Quivy et Van Campenhoudt :

« L'entretien semi-directif ou semi-dirigé, est certainement le plus utilisé en recherche sociale. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à proposer, desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé (...) Autant que possible, il « laissera venir » l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé en vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible » (2011, p.182).

Ce type d'entretien s'organise dans un cadre strict qui conserve une liberté de parole de la part de l'enquêté. Selon Berthier :

« l'entretien semi-directif combine attitude non-directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance ». (2010, p.78)

Le but de ce type d'entretien est de permettre au professionnel interviewé de s'exprimer comme il le désire (Quivy et Van Campenhoudt; 2011.p 26).

Il existe plusieurs étapes à la réalisation d'un entretien semi-dirigé :

La première étape est la partie préalable au terrain, c'est-à-dire le choix d'inclure des cas à l'étude et la procédure de recrutement. Ici, tout l'intérêt de cette étape est de sélectionner les critères qui ont conduit au choix des différents acteurs interviewés : qui et pourquoi ? Pour cibler sa population, le chercheur peut se demander si celle-ci est susceptible d'apporter les informations nécessaires afin de répondre à la problématique de la recherche. Pour cette étude, l'intérêt a été d'avoir des acteurs différents et variés pour pouvoir croiser les regards et de mieux comprendre le phénomène du retrait organisationnel et le lien qu'il entretient avec le concept d'implication. Deux catégories de personnes ont été interrogés : les personnels de santé qui sont directement touchés, ici les AS, les IDE et CS, et les cadres administratifs qui doivent s'organiser et s'adapter face à ce phénomène. Cette dernière catégorie concerne le personnel des ressources humaines, le directeur ou son adjoint. L'analyse des différents entretiens pour ces différents acteurs est primordiale pour une meilleure compréhension du retrait organisationnel mais également des contextes organisationnels de chaque établissement.

La deuxième étape concerne la rédaction, le pré-test et la validation du guide d'entretien.

Aussi appelé canevas, c'est « l'inventaire des thématiques à aborder au cours de l'entretien et des données de fait qui, à un moment ou un autre de l'échange, feront l'objet d'une intervention de l'enquêteur si l'enquêté ne les aborde pas spontanément ». (Freyssinet-Dominjon, 1997, p. 158.).

Il n'existe pas de modèle type de grille d'entretien, c'est au chercheur de la créer en respectant sa cohérence avec l'objet de la recherche. Le « *guide d'entretien* » est l'outil d'aide-mémoire à travers lequel l'enquêteur aura répertorié l'ensemble des thèmes qu'il souhaite aborder, notamment sous forme de questions ouvertes. Le guide d'entretien est ce qui va permettre de s'assurer que tous les thèmes, sujets ont été abordés, c'est le fil rouge de l'échange. Il a permis qu'on ne s'éloigne pas de l'objectif fixé pour nos entretiens. Le guide est structuré à partir d'éléments issus d'une enquête exploratoire : les questions sont ouvertes et les thèmes sont proposés. Pour réaliser le pré-test, deux entretiens ont été réalisés avant la phase terrain pour savoir si celui-ci permettait de collecter des données et surtout de savoir si ces dernières étaient exploitables. Lors de ces pré-tests, il a été demandé aux répondants de donner leur avis sur les questions, leurs formulations et notamment sur ce qui concernait le vocabulaire employé. Il est primordial que les personnes interrogées puissent facilement s'approprier les questions pour obtenir des données exploitables. Après la phase de pré-test, nous avons finalisé deux guides d'entretien. Le premier est destiné aux personnels de santé (voir Annexe 1, p. 400), incluant les ASH faisant fonction AS, les aides médico-psychologiques (AMP), les

AS, et les IDE. Cet entretien se déroule en deux phases. La première phase est axée sur la mise en confiance, avec des questions organisées par thèmes : choix du métier, formation, organisation du travail, sélection de l'établissement, et attentes personnelles. Cette approche vise à mieux comprendre l'individu, ainsi que sa relation avec son organisation et sa profession. Une fois cette relation de confiance établie, une seconde phase examine leur degré d'implication organisationnelle et professionnelle, en utilisant une technique projective que nous détaillerons ultérieurement. Le pré-test a été crucial pour affiner le choix des termes et la structure du guide. Le deuxième guide s'adresse aux cadres (voir Annexe 2, p. 403), y compris les IDEC et les CS. Il commence également par une phase de mise en confiance, centrée cette fois sur leur établissement, son fonctionnement et son statut. Cette partie a également été utilisée lors des entretiens avec les directeurs et le personnel administratif. Il nous a paru pertinent de poser les mêmes questions à ces deux groupes afin de confronter leurs points de vue et de voir si leurs perceptions de l'établissement, de son organisation et de son rôle étaient divergentes ou complémentaires. Comme pour le premier guide, une seconde phase permet de déterminer leur profil et de mieux saisir leur relation avec l'organisation et leur profession. Le pré-test a joué un rôle crucial en affinant la terminologie et la structure des guides, garantissant ainsi des entretiens plus ciblés et pertinents.

La troisième étape peut se résumer comme le contexte des entretiens semi-directifs. Ici c'est l'interaction entre le chercheur et le répondant qui va conditionner la qualité des données collectées. Pour instaurer un climat propice à un bon échange, nous avons veillé à avoir une attitude de neutralité et/ou bienveillance, d'écoute active notamment grâce aux relances ou à la reformulation. En effet, l'entretien semi-directif est avant tout une conversation ou un dialogue qui a lieu en général entre deux individus. Il s'agit avant tout d'un moment de partage, d'empathie, d'écoute, de reconnaissance des connaissances et de l'expertise du sujet et du chercheur. Pour pouvoir accéder à des données authentiques, pertinentes et de qualité, il est nécessaire voire fondamental d'établir une relation de confiance lors de l'échange avec les informateurs. Pour faciliter le développement de ce lien, il a été nécessaire de fournir une présentation de la recherche, de ses objectifs, ainsi que sa procédure par la durée de l'entretien et des modalités d'enregistrement et de s'engager à fournir une synthèse des résultats de la recherche. Ces éléments sont importants car ils contribuent à établir une relation de confiance avec les établissements et les salariés. Pour résumer, la richesse de l'entretien est conditionnée par la relation de confiance établie durant l'échange entre le chercheur et les informateurs.

Pour animer un entretien demi-directif, il faut réussir à être directif, cela est imposé par le guide d'entretien, et être souple pour pouvoir s'adapter aux réponses du répondant et lui garantir une liberté pour qu'il fournisse des informations variées et complètes. Au vu du contexte Covid, des entretiens individuels se sont déroulés en ligne avec une webcam ce qui a permis de les apparenter à des entretiens en face à face. Pour ces rares cas, seuls des experts du domaine ont été interviewés par ce biais. S'entretenir avec des personnels d'un établissement par ce fonctionnement ne permettrait pas de confronter leur perception d'un phénomène et la réalité du terrain dans lequel il évolue.

- **Les techniques projectives comme complément à l'entretien**

Après ces premières phases d'observations et d'entretiens, il a été décidé de mobiliser une technique projective afin d'avoir un meilleur accès aux données et notamment celles en rapport avec des motivations profondes d'un individu, de sa personnalité, de ses représentations : valeurs ; attitudes ; stratégies ; intentions d'action ; normes de jugement et de conduites ; etc...

Ces techniques ont été utilisées la première fois en marketing dans les années 1950 par Haire (1950, p 649-656). Ce sont des techniques qui visent à pallier les insuffisances des techniques directes de collecte de données et notamment celles des entretiens.

En effet, les techniques projectives s'appliquent à contourner le matériau conscient de l'individu pour déceler des raisons inconscientes et plus révélatrices des motifs sous-jacents des comportements.

« Les techniques projectives ne constituent pas une méthode de recherche à part entière, mais plutôt une technique particulière dans la façon de formuler et de présenter les questions aux répondants » (Pellemans, 1999, p. 97.).

Ces techniques sont le plus souvent insérées dans un guide d'entretien, notamment par le questionnement indirect comme c'est le cas dans notre recherche. Elles permettent de contourner les écrans psychologiques qui empêchent l'individu d'exprimer les aspects les plus et les moins conscients de ce qu'il est, pense et ressent.

Freud présente le principe sous-jacent qu'est la projection « processus par lequel le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des « objets » qu'il méconnaît ou refuse en lui ». (Laplanche et Pontalis, 1967, p.344).

Il est plus facile de parler des autres que de soi-même.

En procédant de cette façon, on va projeter sur les autres ses sentiments, ses croyances, ses attitudes ou ses motivations les plus cachés. Les stimuli mobilisés sont volontairement flous et ambigus afin d'aider à la projection. Par ce biais, le chercheur recueille des réponses spontanées, soit sous formes verbales écrites ou orales, soit sous forme picturale par dessin ou collage. En dépit des difficultés vécues lors de la mise en œuvre de ces techniques et de l'interprétation des données collectées, la technique projective se révèle essentielle dans le cas où les interviewés ont du mal à s'exprimer par des mots et/ou peuvent être stimulés par une collecte sur un mode ludique. Ce mode de collecte est très utile pour mener à bien une étude sur les profils d'implication des salariés. Le répondant peut difficilement dire, et selon ses perceptions, dans quel type d'implication il se situe. C'est pourquoi une telle méthodologie a été mobilisée à la fin de l'entretien de chaque personnel de santé et cadre de santé/IDEC afin de déterminer leur profil IO et IP.

Il existe une variété de techniques projectives, celles-ci peuvent prendre de très nombreuses formes, la seule limite est l'imagination du chercheur. C'est pour cette raison qu'il existe de très nombreuses classifications. Celle retenue, dans notre étude, est la classification de Malhotra et Birks (2006) qui distingue quatre groupes en fonction de l'exercice demandé au répondant : s'exprimer, compléter, construire ou associer.

- **S'exprimer.** Le chercheur va présenter à la personne interviewée une situation verbale ou visuelle et lui demander d'expliquer, sous forme verbale ou non verbale (schéma, dessin, etc.), les attitudes, les pensées, les sentiments, que pourraient ressentir d'autres personnes, et non pas lui.
- **Compléter.** Cette technique a pour but de demander au répondant de compléter, dans un temps limité et de manière spontanée, un paragraphe ou une phrase. Par exemple, le chercheur va demander à la personne d'imaginer ce qui se passera ou ce qu'il ferait dans une situation donnée.
- **Construire.** Le répondant, comme précédemment, doit imaginer la fin d'un dialogue, histoire ou d'une situation décrite. Cependant, dans ce cas, les stimuli utilisés sont moins structurés. Il s'agit le plus souvent d'images ou de dessins.

Le groupe retenu pour mener à bien notre étude est celle de l'association.

Associer, ces techniques dites associatives ont pour but de présenter un stimulus qu'il soit verbal, sonore ou visuel) à une personne ou à un groupe et à demander de donner les mots qui lui viennent spontanément à l'esprit. Ces associations peuvent être libres ou guidées. En ce qui concerne les associations libres, un mot est donné à la personne interrogée. Les types de mot peuvent faire appel à un concept, à un style de management, à des outils de gestion. La personne interrogée doit répondre sans réfléchir et y associer des mots de leur choix. Pour ce qui est des associations guidées, le chercheur propose une liste de phrases contenant des mots « critiques » qui sont associés à une dimension des profils d'implication. Il est demandé au répondant de donner la ou les phrase(s) qui lui parlent le plus, voire au contraire, qui ne leur parlent pas du tout.

Le but, de ces techniques projectives, est avant tout d'accéder aux motivations sous-jacentes du comportement, dans notre cas l'implication d'un personnel envers son organisation et sa profession.

III.2.2. Le choix de l'étude de cas

Dès le début de la recherche, il a été décidé de mener une étude de cas, l'observation en est une des clés de voûte (Ragin et Backer, 1992 ; Yin, 2003) . L'étude de cas permet d'obtenir une description et une analyse profonde et holistique d'un phénomène donné, ici l'implication. Cette pratique va permet de comparer les différents cas, c'est à dire les établissements, entre eux, afin de mieux comprendre les mécanismes entraînant les dimensions de l'implication.

Une telle démarche a fait l'objet d'une abondante littérature (Ragin et Becker, 1992 ; Gerring, 2004 ; Yin, 2009 et 2012). L'étude de cas peut être tour à tour une technique, une stratégie ou une méthode de recherche, cela rend les contours de l'étude de cas confus. La méthode de

l'étude de cas a été mobilisée, comme une stratégie de recherche à part entière (Hlady-Rispal, 2000, 2016 ; Yin, 2003 ; Miles et Huberman, 2003). Elle permet d'analyser en profondeur un ou plusieurs phénomènes complexes peu connus afin de mieux appréhender leur richesse et d'identifier des patterns, afin de générer des théories (Eisenhardt, 1989 ; Yin, 2003 ; Gavard-Perret et al, 2012). Elle permet de vérifier une théorie mais également de découvrir des hypothèses avec un degré de certitude plus élevé que celles issues d'une méthode statistique (Znaniecki, 1934). Nous allons appréhender l'étude de cas comme une étude approfondie qui a pour but d'obtenir une connaissance vaste et détaillée d'un ou de plusieurs objets de recherche (Yin, 1994). Elle permet d'acquérir une meilleure compréhension des dynamiques vécues au sein d'un environnement donné. Il est nécessaire d'être dans une relation interactive avec le terrain cela suppose d'obtenir la confiance des acteurs, une compréhension des intentions de chacun, de l'empathie. Ce positionnement se justifie par la complexité du problème étudié (Hlady-Rispal, 2002).

Yin définit l'étude de cas comme « une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées ». (1994, p. 17)

Cette méthodologie s'inscrit dans la visée compréhensive. En recueillant la parole des acteurs dans leur lieu de travail, l'étude de cas permet d'obtenir des « **explications pleines de sens** » que nous recherchons (Yin, 2012, p. 5). L'étude de cas est basée sur des sources diversifiées qui servent de point de référence pour la collecte et l'analyse des données (Yin, 1994, p 17). Elle a pour but de collecter des informations sur un événement, une personne ou un système social afin que le chercheur puisse mieux comprendre le fonctionnement ou le comportement en situation réelle de ces entités (Berg, 2000). Ainsi, la méthode de cas peut se rapporter à un individu, un groupe, ou une organisation en collectant et en analysant des documents écrits, des récits de vie, des interviews ou l'observation participante qui permettent de déconstruire et de reconstruire un ou des phénomènes complexes étudiés (Yin, 2003). Parce que notre recherche touche un sujet sensible et que les organisations étudiées sont confrontées à des difficultés nombreuses et diverses, nous utiliserons l'étude de cas dans un but compréhensif (Hlady-Rispal, 2002 ; Miles et Huberman, 2003).

Cette approche méthodologique permet d'être au plus proche du terrain, être au cœur du phénomène étudié. Cela permet d'accéder à des données riches au sein d'un environnement réel ce qui diffère d'une approche expérimentale de laboratoire qui se focalise sur l'étude d'un nombre limité de variable. Cela est le cas pour l'étude des profils de l'implication qui est analysée majoritairement à l'aide d'outil quantitatif avec l'utilisation d'un questionnaire (Paillé, Fournier et Lamontagne, 2011 ; Meyer et al, 2012 ; Meyer, Morin et Vandenberghe, 2015 ; Oh, 2019). En effet, les chercheurs qui travaillent sur la création de profils d'implication organisationnelle (Gellatly et al, 2006 ; Meyer et al, 2012) utilisent uniquement les Latent Profil Analysis (LPA). LPA est une approche catégorielle des variables latentes qui vise à identifier des sous populations latentes au sein d'une population en fonction d'un certain nombre de variables. La limite de cette méthode est de vérifier la véracité et surtout les raisons qui ont conduit la personne à développer tel ou tel profil d'implication. C'est pourquoi l'étude de cas semble la méthode la plus appropriée pour analyser l'implication, en situation réelle, qui ne pourrait être correctement analysée par les méthodes quantitatives.

Selon Yin (2003, 2009), l'utilisation de la méthode de l'étude de cas est judicieuse lorsque certaines conditions sont réunies :

- L'étude doit répondre à des questions de recherche du type « comment », « pourquoi » et « quoi » ;
- L'enquêteur ne peut pas manipuler le comportement des acteurs impliqués dans l'étude ;
- Le chercheur s'occupe des facteurs contextuels du phénomène étudié qui semblent pertinents ;

Les limites entre le phénomène étudié et son contexte ne sont pas claires.

Il existe différentes catégories d'étude de cas dont le choix est guidé par le périmètre de l'étude et par la nature de la question de recherche. Les typologies les plus mobilisées sont assurément celles de Yin (2003, 2009) et Stake (1995), qui sont résumées dans le tableau créé par Barlatier (2018, p. 126 à 139).

Tableau 8 : Les différentes catégories d'études de cas selon Yin (2003, 2009) et Stake (1995)

Yin (2003, 2009)		
Explicatif (explanatory)	Descriptif (descriptive)	Exploratoire (exploratory)
Étude de cas qui adresse une problématique visant l'explication de liens causaux présumés entre phénomènes complexes.	Étude de cas utilisée pour décrire un phénomène et son contexte.	Étude de cas qui explore un phénomène représentant un point d'intérêt pour le chercheur et qui vise la découverte de nouvelles causalités et/ou résultats.
Stake (1995)		
Intrinsèque (intrinsic)	Instrumental (instrumental)	Collectif (collective)
Approche qui vise tout d'abord une meilleure compréhension du phénomène incarné dans le cas, pour un cas particulier ou unique pour le chercheur, sans chercher <i>a priori</i> à en généraliser les résultats (même si cela peut représenter une option selon Stake).	Approche qui vise essentiellement à résoudre un problème ou contribuer à la théorie. Ici le cas est un accessoire, un instrument qui sert un objectif supérieur. Évidemment, le cas doit être analysé avec la rigueur nécessaire mais il sert avant tout à la poursuite d'un intérêt externe au cas lui-même.	Approche qui implique l'étude de plusieurs cas simultanément ou séquentiellement, afin de produire des résultats généralisables à une plus grande population.

Notre recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude de cas instrumentale (Stake, 1995, 2008). A cette occasion un cas particulier est examiné pour fournir des éclaircissements sur un sujet pour améliorer une théorie. Le cas fait l'objet d'une analyse contextualisée approfondie, mais toujours en vue d'un intérêt externe. Ce type d'étude convient aux situations où le chercheur souhaite rendre compte d'un phénomène préalablement défini dans un modèle théorique. Dans notre étude, la compréhension du concept d'implication est indissociable de son contexte puisque chaque EHPAD a des caractéristiques qui lui sont propres par le profil de leurs résidents, de leurs personnels de santé, leur environnement ou encore leur organisation et qui influencent l'implication de salariés.

Le chercheur va devoir également choisir un design de recherche soit avec un cas unique ou soit avec plusieurs études de cas : cas unique ou multiple, études encadrées ou holistique (Yin, 2003). Toutes les formes d'organisationnelles peuvent être mobilisées pour mener une étude de cas : un projet, une entreprise, un groupe d'entreprise, un secteur d'activité, une filière. Plus il y a de composants au sein du cas étudié, plus celui-ci devient complexe. Au départ, il faut définir si on utilise un cas unique ou une étude multisite. Bien entendu, ce choix va être impacté par l'objet de la recherche mais il va également conditionner le processus et le dispositif de collecte de données. Il a été à de nombreuses reprises signifié que les études de cas unique ne permettaient pas d'obtenir une généralisation et que celles en multisites manquaient de profondeur.

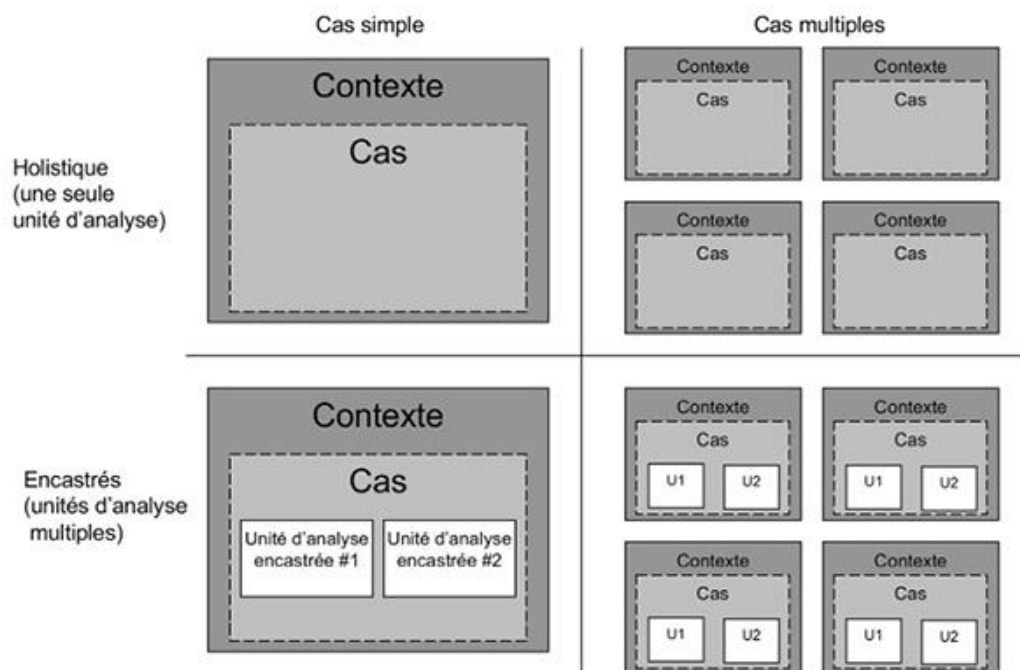


Figure 9 : Les différents designs de recherche d'étude de cas selon Yin (2009)

Notre recherche va donc se porter vers une étude de cas multiple, le but de la recherche est d'identifier les profils d'implication des personnels de santé dans l'EHPAD et de mieux comprendre ce qui les génère et les conséquences sur les comportements des salariés. Ce choix méthodologique, incarnant un modèle d'étude de cas multiples, est de plus en plus privilégié dans le domaine de la recherche, bien qu'il exige davantage de temps et d'effort. Cette approche se caractérise par l'examen de plusieurs cas individuels, traités

comme des unités d'analyse distinctes, pouvant être étudiées sous un angle holistique ou intégré.

Selon Yin (2009), le recours à des études de cas multiples devrait obéir à une logique de réplication et non à un simple échantillonnage statistique, mettant en avant l'importance d'une sélection méticuleuse des cas étudiés. Cette sélection vise à produire soit des résultats concordants, soit des résultats contrastés mais explicable, dans une perspective de réplication littérale ou théorique, respectivement. Ainsi, chaque cas est abordé comme une expérience unique. Les contributions d'Eisenhardt (1989, 1991; Eisenhardt et Graebner, 2007) ont été déterminantes pour la conceptualisation des études de cas multiples avec une visée comparative, suivant une logique de variance (Langley et Abdallah, 2011; Bansak et al., 2018). Dans cette optique nomothétique, l'objectif du chercheur est de déterminer les variables explicatives et les mécanismes sous-jacents à un phénomène particulier.

Ainsi, notre décision de procéder à une étude de cas multiple repose sur l'intention d'explorer de manière approfondie les dynamiques d'implication organisationnelle et professionnelle parmi le personnel de santé en EHPAD, en s'appuyant sur des cadres théoriques établis. Cette approche méthodologique nous permettra de saisir la complexité des profils d'implication, offrant une compréhension enrichie des facteurs motivants et des obstacles rencontrés, et contribuant de ce fait à l'optimisation des stratégies de gestion des ressources humaines dans le secteur des EHPAD.

La littérature académique (Yin, 2003 ; Hlady-Rispal, 2002 ; Stake, 1994, Miles et Huberman, 2003) a depuis longtemps montré la scientificité de l'utilisation des études de cas en sciences de gestion et les conditions de mise en œuvre pour la certifier. En suivant leurs recommandations, notre recherche va chercher à répondre aux tests-qualités (Cf. tableau 9) sur lequel repose la démarche, comme définis par Hlady- Rispal (2002).

Tableau 9 : Une définition adaptée des tests qualité (Adapté de Hlady-Rispal, 2002)

Test-qualité	Questionnement	Moyen requis	Temps de la recherche
Fidélité	Un autre chercheur pourrait-il parvenir à une représentation similaire de la réalité observée ?	Accès aux données du terrain. Explication de la démarche et des outils mis en œuvre.	Collecte
Validité de construit	Lorsque le chercheur parle d'un concept (ex. le management), est-ce bien de ce concept dont il parle ?	Définition des concepts (revue de littérature). Utilisation d'un guide d'entretien inspiré des travaux sur les profils d'implication	Collecte
Validité interne	Le chercheur a-t-il bien saisi les perceptions des acteurs ?	Synthèse à la fin de chaque entretien sur le profil obtenu. Synthèse finale avec la personne clé de la structure.	Collecte et analyse
Validité externe	Dans quelle mesure les idées et les thèmes générés dans cadre ou un environnement donné s'appliquent-ils à d'autres cadres ou environnements ?	Saturation théorique concernant la relation salarié organisation et profession	Analyse

Afin de respecter le principe de fidélité à la réalité nous allons donner avec précision les modalités de collecte et d'analyse des données. Cela est rendu possible grâce aux enregistrements des entretiens. Le but, ici, est de réduire l'impact du rôle du chercheur sur les données collectées. L'objectif final est de s'assurer que le chercheur ne s'est pas fait influencer par les différentes subjectivités rencontrées par également la sienne et d'obtenir une analyse au plus proche de la réalité. La validité de notre recherche repose sur la revue de littérature en rapport avec les différents concepts et sur la mobilisation d'outils de collecte inspirés par la littérature sur l'implication.

Afin de s'assurer de la validité interne de nos résultats, nous avons confronté systématiquement les résultats de notre questionnaire avec la validation et la perception de chaque personne interviewée. Pour ce qui est de nos représentations, nous les avons confrontées avec celles des personnes rencontrées mais également avec celles d'experts du secteur. Cela a pour but de vérifier que nous avons bien compris les perceptions énoncées par les acteurs lors de leur entretiens.

En ce qui concerne la validité externe de nos conclusions, celle-ci se vérifie en analysant la saturation théorique (Glaser et Strauss, 1967). L'intérêt ici est d'estimer les nouvelles informations qu'on pourrait retirer d'une étude de cas supplémentaire. Pour arriver à saturation

comme l'entendent Glaser et Strauss (1967), il faut que l'analyse du nouveau cas ne révèle pas ou peu de nouveaux éléments par rapport aux cas déjà étudiés.

Notre recherche se fonde volontairement sur une approche pragmatique. La collecte des données nous permet d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche et nous nous sommes appliqués à constituer un design de recherche fonctionnel et pratique. En ce qui concerne la scientificité de notre méthode qualitative par étude de cas, celle-ci a été expliquée précédemment.

III.2.3. Le choix de l'échantillon

Dans les études qualitatives, la question de la détermination de l'échantillon des cas s'avère souvent sensible et ne relève pas d'un processus aléatoire (Miles et Huberman, 2003 ; Eisenhardt et Graebner, 2007). Il s'agit d'un choix réfléchi et légitime. La représentativité théorique se base sur des critères définis avant la phase empirique ou au cours de celle-ci (Miles et Huberman, 2003). La spécification de ce cas nous oblige d'en indiquer les limites et de définir les types de comportements recherchés (Stake, 1994). Dans cette perspective, Miles et Huberman (2003) proposent de préciser l'objet et les limites du cas en le formulant en une phrase. En outre, les échantillons en recherche qualitative ne sont pas tout le temps entièrement pré-spécifiés. Ils peuvent évoluer au cours de la recherche, c'est ce qui est le cas pour cette recherche. En effet entre le début de la thèse 2018 et la prise de contact des établissements le 1er juillet 2020, la crise Covid a émergé. Cette situation sanitaire a grandement réduit l'accès aux EHPAD et à retarder la recherche de plusieurs mois. Le nombre d'établissement favorable à la présence d'une personne extérieure à l'établissement est assez réduite au vu du risque encouru aussi bien pour les résidents que pour les salariés. Malgré cette difficulté, le choix des cas s'est fait en tenant compte des travaux de Hlady-Rispal (2002) en ce qui concerne le choix pour la constitution de notre échantillonnage.

Tableau 10 : Le choix pour la constitution d'un échantillon théorique (Hlady-Rispal, 2002)

Critères d'échantillonnage théorique	Implications	Degré d'exigence
Représentativité théorique	Homogénéité des cas du point de vue de la question à étudier ou des entités examinées	Indispensable.
Variété	Recherche de cas très différents les uns des autres (secteurs, modes relationnels, stades de développement, etc.)	Indispensable si étude de cas multisites à visée de génération de théorie.
Équilibre	Recherche d'un échantillon de cas offrant une variété équilibrée de situations différentes.	Souhaitable.
Potentiel de découverte	Sélection de cas riches en données sur le phénomène à l'étude et où les acteurs sont ouverts à une démarche d'investigation en profondeur.	Indispensable.
Prise en compte de l'objectif de recherche	Sélection différente selon objectif recherché : test, génération de théorie, validation de théorie.	Logique.

Pour mener ce travail de recherche, il a semblé nécessaire d'adresser nos demandes d'accès au terrain à plusieurs établissements avec des statuts différents (privé/ public). En effet, plusieurs études américaines ont démontré que les établissements privés à but lucratif devaient faire face à un turnover plus important (Banaszak-Holl et Hines, 1996 ; Anderson et al, 1997 ; Brannon et al, 2002 ; Castle et Engberg, 2006).

Pour Wiener et al : « les établissements à but non lucratif sont plus focalisés sur leur mission à accomplir que les établissements à but lucratif et ont un taux d'équipement plus élevé ainsi que d'autres caractéristiques qui peuvent améliorer la fidélisation du personnel ». (2009, p. 200)

Pour ce qui est du public, le salarié semble favoriser les établissements qui n'ont pas une finalité lucrative et où les dirigeants ont comme unique objectif d'améliorer le bien-être des résidents. Comme vu dans le premier chapitre, les EHPAD publics sont les plus nombreux soit 40% en France, et n'ont aucune finalité pécuniaire, il est essentiel qu'il soit présent dans cette recherche.

Il faut aussi voir que dans le contexte des EHPAD, les problématiques sur le management des ressources humaines est un sujet complexe voire sensible pour certains acteurs. En effet, certaines structures par manque de moyens ou/et de crainte de l'EHPAD bashing ont classé notre demande sans suite voire ont refusé de nous accueillir.

Bonjour Madame,

Je ne peux malheureusement donner suite à votre demande car nous avons actuellement un problème d'effectifs (IDE, Cadre de santé) sur la Résidence et le temps nous manque réellement. J'espère que vous trouverez un autre lieu pour votre étude.

Cordialement,

Directrice Déléguée

Centre Hospitalier Bernard Desplas et EHPAD de Royère de Vassivière

S'est rajouté à ce contexte celui de la crise Covid, trouver des structures qui accepteraient de nous ouvrir leurs portes pendant cette période s'est avéré très compliqué. Quand cela était possible, il a été nécessaire de faire des test PCR ou de fournir un certificat de vaccination.

DEMANDE D'INTERVENTION PRESTATAIRES, FOURNISSEURS & INTERVENANTS EXTERIEURS AU SEIN DE LA RESIDENCE LES PINS								
Auteur de la demande :			Date :					
Nom-prénom intervenant	PRESTATAIRES, FOURNISSEURS & INTERVENANTS EXTERIEURS							
	Coordonnées (téléphone + adresse)	Nature pièce d'identité fournie	Avez-vous été en contact avec un cas de COVID19 confirmé		Toussez-vous ?		Avez-vous de la fièvre ou des sensations de fièvre et/ou des difficultés respiratoires, et/ou une diarrhée / ou perte de l'odorat ?	
			Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Le visiteur **présente son autorisation** écrite dûment signée. La Charte de bonne conduite communiquée devra être dûment signée et vous devrez vous présenter avec une copie de la présente demande autorisant la visite.

Je certifie et atteste sur l'honneur qu'au moment de cette intervention et dans les 14 jours qui l'ont précédée, je n'ai pas été testé positif au Covid-19 et n'ai pas souffert des symptômes évocateurs ci-dessus reportés :

Fait à :
Date :

Signature :

MERCI DE VOTRE COMPREHENSION.

Partie réservée à la Direction :

Approuvé Refusé

Fait à :
Date :
Signature :

Date et horaire de l'intervention autorisée (pour la bonne organisation de celle-ci nous vous demandons d'être ponctuel(s)) :

Dans un des établissements, un test a été effectué le matin même avec l'IDEC qui me sert d'acteur clé de ce terrain. La phase terrain de cette recherche a été aussi bien compliqué pour ce qui est de la prise de contact, de la peur de l'EHPAD bashing, mais également de l'accès au terrain qui a été retardé, voire annulé pour cause de crise Covid.

- **Variété des cas**

Pour savoir si le terrain étudié et la problématique coïncident, il est nécessaire d'identifier un échantillon autant homogène que varié. Eisenhardt (1989) définit l'étude de cas en sciences de gestion comme une situation de gestion. Le cas, en lien avec la recherche, devra être choisi parce qu'il est typique ou au contraire original, par rapport à son intérêt instrumental vis-à-vis de la théorie ou pour son intérêt intrinsèque (Stake, 1994). De plus, son choix pourra être guidé par la situation ou être imposé. Nous souhaitons observer et interroger des établissements avec le même nombre de lits tout en ayant un fonctionnement et un statut différent. Nous avons fait le choix de créer un échantillon d'étude avec deux regroupements d'établissement car l'État incite les structures à se rassembler par le biais des CPOM pour pouvoir mettre en commun leurs ressources et leurs outils, un regroupement est public, l'autre privé. Les groupes privés ont tendance à racheter d'autres établissements afin de s'agrandir et avoir une meilleure couverture territoriale. Cela nous a semblé beaucoup plus pertinent de nous concentrer sur des structures qui font déjà partie d'un regroupement, ce type EHPAD seront majoritaires dans le futur. Pour garantir une libre parole des différents acteurs de terrain, l'étude sera entièrement anonyme.

- **Nombre de cas**

Le nombre de cas ne doit pas être déterminé à l'avance (Miles et Huberman, 2003). Il doit être fixé par les exigences d'une généralisation analytique des résultats. Avoir un nombre important de cas n'est pas synonyme de qualité et peut conduire à une analyse succincte. Pour Hlady-Rispal (2002), les points de tension qui existent à propos du nombre de cas minimal doivent être étudiés et analysés. Yin (1994) préconise que les études exploratoires peuvent en rassembler que 2 ou 3 tandis que pour Eisenhardt (1989) un minimum de quatre cas est essentiel. Nous suivons les recommandations conseillées par Eisenhardt car le nombre de cas étudiés est de 4 (Cf. Tableau 11) malheureusement un 5^{ème} cas n'a pas pu être mené à son terme à cause du départ de la structure de l'acteur clé.

Tableau 11 : La nature de l'échantillon

L'établissement	Statut	Zone géographique	Mode d'accueil	Spécificité de la structure	Encadrement
EHPAD 1	Créé en 1983, Ancien foyer-logement transformé en EHPAD privé à but lucratif rattaché à un groupe gestionnaire d'EHPAD Établissement habilité à l'APL : Oui Habilité à l'aide sociale : Non	Région Grand Est	Hébergement permanent : 47 lits Hébergement temporaire : 3 lits Accueil de jour : Non Accueil de nuit ou week-end : Non	Unité Alzheimer : Non L'établissement a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) : Oui	Médecins salariés : 0.4 Infirmières la nuit : Non Aides-soignants la nuit : Oui Intervention d'un kinésithérapeute Intervention d'un psychologue
EHPAD 2	Créé en 1990, c'est un EHPAD privé à but lucratif rattaché à un groupe gestionnaire d'EHPAD Établissement habilité à l'APL : Oui Habilité à l'aide sociale : Non	Région Parisienne	Hébergement permanent : 80 lits Hébergement temporaire : Oui Accueil de jour : Non Accueil de nuit ou week-end : Non	Unité Alzheimer : 12 lits L'établissement a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) : Oui	Médecins salariés : 0.5 Infirmières la nuit : Non Aides-soignants la nuit : Oui Intervention d'un kinésithérapeute Intervention d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien Intervention d'un psychologue
EHPAD 3	Créé en 1992, c'est un EHPAD public dépend d'une collectivité locale Établissement habilité à l'APL : Oui Habilité à l'aide sociale : Oui	Région Nouvelle-Aquitaine	Hébergement permanent : 78 lits Hébergement temporaire : 4 lits Accueil de jour : Non Accueil de nuit ou week-end : Non	Unité Alzheimer : 15 lits L'établissement a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) : Oui	Médecins salariés : 0.5 Infirmières la nuit : Oui Aides-soignants la nuit : Oui Intervention d'un kinésithérapeute Intervention d'un psychologue
EHPAD 4	Créé en 1985, c'est un EHPAD public dépend d'une collectivité local Établissement habilité à l'APL : Oui Habilité à l'aide sociale : Oui	Région Nouvelle-Aquitaine	Hébergement permanent : 65 lits Hébergement temporaire : 4 lits Accueil de jour : 6 lits Accueil de nuit ou week-end : Non	Unité Alzheimer : Non L'établissement a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) : Oui	Infirmières la nuit : Non Aides-soignants la nuit : Oui Intervention d'un kinésithérapeute Intervention d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien Intervention d'un psychologue

Il est important de définir les caractéristiques pour pouvoir mesurer la qualité et l'intérêt des connaissances générées dans ce cadre. Les cinq cas étudiés sont tous des établissements ayant signé un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), situé dans une zone rurale et avec un nombre de lit compris entre 47-80. Ces différents critères permettent d'obtenir une homogénéité de cas garantissant une représentativité théorique de l'échantillonnage. (Hlady-Rispal, 2002).

Nous avons voulu étudier des établissements présentant les caractéristiques les plus communes retrouvées en France, le profil type. Pour commencer, la **capacité moyenne** d'hébergement des EHPAD est de 81 places (étude Uni santé, 2021).

De plus, selon cette même étude, « une analyse fine de la localisation des EHPAD nous montre aujourd'hui que sous la pression foncière, les seniors sont de plus en plus repoussés en dehors des cœurs de ville soit dans des zones péri-urbaines souvent mal desservies par les transports en commun » (étude uni santé, 2021).

D'après une étude de la CNSA(2017), sur la situation des EHPAD en 2016, les EHPAD, en France, se situent essentiellement en milieu **rural**. Et enfin **la signature d'un CPOM**. En effet, la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement par son article 58 impose, depuis le 1^{er} janvier 2017 aux EHPAD de contractualiser avec l'ARS et le Conseil Départemental des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) tripartites. Cette obligation s'applique à tous les EHPAD quel que soit leur statut. A l'avenir tous les établissements seront sous-contrat avec les autorités de tutelles, c'est pour cette raison qu'il nous a semblé essentiel de choisir des établissements ayant déjà passé ce contrat.

Nous avons ensuite souhaité considérer des éléments de gestion suffisamment différents afin de valider le critère de variété énoncé par Hlady Rispal (2002). Ce critère est indispensable pour une étude de cas multisites afin de générer une théorie. Le premier critère de différenciation est le statut de l'établissement. Deux des cas sont des EHPAD **privés**, comme vu précédemment, ce sont les plus impactés par le retrait organisationnel des personnels de santé. Les trois autres sont des EHPAD publics, ils sont les plus nombreux en France avec un ratio de 40%. De plus, deux de ces établissements sont gérés par le même directeur (EHPAD 2 et 4). En effet, il arrive qu'un directeur puisse gérer plusieurs établissements en même temps, cela nous a semblé important d'avoir ce type de profil dans notre échantillonnage. Le mode de gestion de ces établissements, selon le statut, ne va pas être le même que ce soit le personnel : diplôme, grille salariale ou les résidents : tarif de l'hébergement. En effet, les marges de manœuvre des équipes de direction dans l'ajustement des rémunérations ne sont pas les mêmes elles dépendent du statut de l'EHPAD (Martin, 2014). Pour ce qui est des EHPAD publics, le salaire des personnels de santé, qu'il soit fonctionnaire ou non, dépend d'une grille indiciaire sans aucune intervention possible du directeur. Quant aux EHPAD privés, ceux-ci ne sont pas soumis à ces grilles indiciaires. Ainsi, la fixation des salaires est libre mais peut être contraint pour des raisons budgétaires.

Un autre indicateur à prendre en compte : **l'implantation géographique**. En effet, selon la zone géographique, les problématiques auxquelles les établissements seront confrontés ne seront pas les mêmes. Si un hôpital ou un EHPAD concurrent sont situés dans la même zone géographique (Josse, 2012) , il y aura un impact sur l'attractivité de l'établissement. La zone géographique peut aussi connaître une pénurie du personnel de santé liée soit à une offre de

formation insuffisante du personnel à proximité, soit à une migration du personnel de santé vers des régions plus attractives avec un coût de la vie moins cher ou soit à une attractivité du secteur libéral.

Le dernier indicateur est **l'ancienneté du bâtiment** qui va avoir un impact aussi bien sur la gestion des salariés en fonction des surfaces prévues pour chacun et surtout sur la qualité de prise en charge des usagers avec possibilité de chambre individuelle ou non. Certains bâtiments ne sont pas équipés et organisés pour recevoir une population présentant de troubles cognitifs, ce qui est le cas des anciens foyers logements transformés en EHPAD.

Après avoir détaillé le positionnement épistémologique employé dans cette étude, abordé les modalités de « l'approche terrain » via l'ethnographie, ainsi que la méthode de cas retenue et les questions sur la composition de notre échantillon, nous allons présenter le cadre mobilisé

III.3. Le design de la recherche

Après avoir identifié les critères de notre échantillon, il est important d'entrer dans le concret de la méthode de recherche, nous allons parler du design de la recherche, celui-ci doit être implicite (Yin, 1994).

Le design d'une recherche est défini comme :

« les plans et procédures pour la recherche qui recouvrent les positions depuis les assomptions générales jusqu'aux méthodes de collecte et d'analyse des données » (Creswell, 2008, p. 5).

Le but de cette section est de montrer la cohérence entre la théorie retenue et le mode de collecte de données et leurs analyses. Nous allons voir dans cette section le protocole mobilisé pour collecter, coder et analyser des données issues des entretiens.

III.3.1. Un guide d'entretien inspirée des travaux sur les profils d'implication

Pour mener un entretien, un outil sera indispensable, le guide d'entretien. Il est souvent présenté comme un « *pense-bête* » (Berthier, 2016, p. 78 ; Combessie, 2007, p.24). Cet aide-mémoire est indispensable pour mener à bien notre recherche. Le but de nos entretiens est de faire ressortir des profils grâce à des thèmes clés afin de mettre en valeur l'état psychologique qui lie la personne à son organisation et sa profession. Il est essentiel que chaque personne interviewée soit soumise aux mêmes questions avec la même formulation pour ne pas biaiser leurs réponses et pouvoir obtenir des profils cohérents et recevables. Sans cette rigueur, il sera impossible de pouvoir faire une comparaison objective entre les différents profils de salarié obtenus et comprendre leur apparition ainsi que leur lien avec l'organisation.

Dans une étude de cas multiples, il est essentiel de créer un protocole d'entrevues afin de collecter des données similaires pour chaque établissement afin de pouvoir les comparer et ainsi répondre aux questions de recherche de la manière la plus riche possible. A cette

occasion, deux guides d'entretien ont été élaborés : celui des cadres et celui des personnels de santé

- Le premier guide est à destination des cadres administratifs de l'établissement, des fonctions supports et des managers de proximité (IDEC/CS). Il porte plus sur des questions liées à leur environnement de travail comme l'évolution du secteur, les organisations de tutelles, leur cursus, leur mode management et leur relation vis-à-vis de l'équipe soignante. Les techniques projectives, ont été mobilisées exclusivement pour les IDEC et CS.
- La deuxième guide concerne quant à lui les professionnels de santé (ASH, AS et IDE). Les questions portent sur leur histoire personnelle, leur formation, leur choix de carrière et leur rapport avec leur établissement et leur profession. Pour chaque personnel de santé, la technique projective par association a été mobilisée pour faire ressortir leur profil d'implication aussi bien organisationnelle que professionnelle. À la fin de chaque entretien, leur profil leur a été donné afin d'avoir leur avis sur la justesse du profil ressorti.

Pour rester dans la continuité des recherches portant sur l'implication et les différents profils, il a été nécessaire de reprendre le questionnaire développé par Meyer et Allen (1993) et sa traduction de l'anglais au français par Durrieu et Roussel (2002). Ce document comporte 18 items, 6 items pour chaque dimension de l'implication : affective, calculée et normative.



Figure 10 : Questionnaire relatif à l'implication organisationnelle (Traduction par Durrieu et Roussel (2002) et adapté au contexte de l'étude)

Toutes les recherches qui ont utilisé ce questionnaire relevait exclusivement des méthodes quantitatives (Becker et Billings, 1993 ; Tsoumbris et Xenikou, 2010 ; Meyer, Morin et Vandenberghe, 2015 ; Morin et al, 2015 ; Meyer et al, 2019). Aucune recherche à notre connaissance n'a mobilisé ce questionnaire à l'occasion d'une recherche qualitative lors d'un entretien.

L'une des clés à la collecte des données est la relation que le chercheur va développer avec les acteurs du terrain. Selon Deslauriers (1991), un bon entretien dépend bien entendu de la richesse des informations collectées, mais également par le développement d'une relation affective avec les sujets grâce à l'empathie.

Cette notion d'empathie « *permet d'entrer dans le monde de l'informateur* » (Kaufman, 2016 p.53), il est important pour le chercheur de prendre de la distance vis-à-vis de ses valeurs, de sa vision des choses mais également de son ressenti afin de pouvoir recueillir au mieux la parole de l'autre. Dans un contexte touché par une crise sanitaire mais également identitaire des EHPAD, il a été essentiel de recourir à l'empathie afin de construire une relation de confiance nécessaire à la collecte de données.

III.3.2. La méthode de collecte et de codage des données

Pour les études de cas, nous avons contacté les dirigeants de plusieurs regroupements d'établissements afin d'obtenir l'autorisation d'accès à leur terrain. Pour mener une observation participante, il est essentiel de négocier l'accès au terrain. Par négociation, il faut entendre la demande de permission formelle d'enquêter mais également le travail fait par le chercheur pour obtenir la confiance des personnes pour qu'elles acceptent de s'ouvrir réellement voire de collaborer avec l'enquêteur.

Pour cela, une présentation écrite du parcours du chercheur et du sujet de recherche (Cf. Annexe 3, p. 407) a été fournie aux deux regroupements d'établissements, par transparence, et surtout pour s'assurer de l'implication des acteurs de ses différents établissements. Cette étape de prise de contact fournis déjà des interactions importantes avec les acteurs de terrain, celles-ci ont été pris en compte dans nos observations et notamment sur le mode de gestion des différentes structures. Cependant la première prise de contact avec les acteurs a été différente selon le fonctionnement des établissements :

- Pour le privé, il a été nécessaire de rédiger un Flash info (Cf. Annexe 4, p. 408) pour informer l'ensemble des directeurs régionaux, des directeurs d'établissement et les membres du comité de direction (CoDir).
- Pour le public, une lettre (Cf. Annexe 5, p. 409) a été fournie au secrétaire général du groupement, celui-ci l'a transmis à tous les établissements composant le groupement.

En plus de ces documents, il m'a également été demandé de fournir un protocole de recherche (Cf. Annexe 6, p. 410). Grâce à celui-ci les directeurs et leur IDEC/CS ont pu s'organiser sur plusieurs jours afin de me recevoir et de préparer les différents entretiens : prévenir les salariés et leur demander leur accord pour participer à la recherche. Ce protocole a dû être modifié à cause du contexte sanitaire de 2020 et notamment la nécessité d'avoir un test PCR négatif ou d'être vacciné pour pouvoir entrer au sein des établissements.

Les entretiens menés à l'occasion de l'étude de cas ont été intégralement enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Il a été demandé à chaque entretien l'autorisation de pouvoir enregistrer, certains acteurs ont demandé à être anonymisés. La réécoute des enregistrements a aidé à la retranscription intégrale de tous les entretiens et ainsi permis une exploitation du maximum de données disponibles. Les entretiens menés sont de type semi-directif et d'une durée comprise entre 25 à 60 minutes, selon le temps dont les professionnels disposaient ou selon la formulation des réponses données par ce dernier. Les personnes interrogées sont les directeurs des établissements, les fonctions supports et les personnels de santé. Cette diversité des acteurs interviewés permet d'interroger et de confronter leurs perceptions.

Le croisement de ces perceptions et interprétation permet d'obtenir une diversité qui selon Ferreol et Jucquois:

« est perçue à la fois comme enrichissante et comme une menace et est en passe d'être acceptée comme une réalité reconnue comme telle, mais reste l'enjeu de conflits selon les manières dont on l'investit/la considère/l'applique » (2003, p.98).

Cette diversité a pour but de faire ressortir un réalité permettant d'établir un contexte propre à chaque établissement.

Les données récoltées durant une étude de cas peuvent être multiples. En effet, il n'y a pas qu'une seule méthode pour recueillir des données mais une multitude de combinaisons de dispositifs méthodologiques (Charreire Petit, 2003) que le chercheur va adopter en prenant en compte l'objectif de sa recherche et bien entendu de la nature des analyses qu'il veut mener. De manière générale, différents types de données sont récoltés : documents divers (notes internes, protocole, plaquettes) entretiens semi-directifs ou libres, observations directes (réunions, situations informelles, formations, comités de direction) retranscrites dans un journal de bord. Sous une telle quantité de données, le risque d'asphyxie n'est pas à négliger face à cette multiplication des niveaux de collecte (Pettigrew, 1990). Pour prévenir et faire face à ce phénomène, il est impératif de mettre en place une procédure méticuleuse d'organisation et de conservation des données dès le début de la collecte (enregistrement sous format numérique, retranscriptions des entretiens).

Dans le cadre de notre étude, parallèlement aux divers entretiens semi-directif réalisés, nous avons mené une observation participante qui porte majoritairement sur l'organisation, les interactions et les relations entre les salariés de l'établissement. De même que dans l'étude ethnographique, les données recueillies sont essentiellement de nature qualitative. Le matériau empirique collecté est traité selon trois étapes : la retranscription, le codage et la présentation des données. Chaque entretien enregistré a été retranscrit dans son intégralité. En plus de la retranscription des entretiens, des comptes rendus ont été rédigés à partir des carnets de bord produits à partir des observations de terrain. Nous avons codé le corpus, composé des entretiens retranscrits, à partir de l'unité d'analyse retenue qui est l'unité de sens, le verbatim. Ensuite, à l'aide d'une méthode principalement a priori, des catégories et des méta-catégories sont conçues. En effet, la plupart des catégories de la grille d'analyse est issue du guide d'entretien et du cadre théorique. Cependant, nous permettons la possibilité à des catégories non-anticipées d'apparaître. Toutefois, au vu de notre objectif de recherche qui est d'étudier l'implication organisationnelle et professionnelle des personnels de santé en EHPAD, nous avons particulièrement centré notre codage sur les dimensions de l'implication développées par la littérature que nous avons développé dans les chapitres précédents.

III.3.3. La méthode d'analyse et d'interprétation des données

Nous avons réalisé en même temps une analyse intra-cas et inter-cas. Une première phase a eu pour but de mettre en évidence les profils d'implication, grâce aux guides d'entretien, pour chaque salarié par établissement et d'analyser leurs origines. Et dans une deuxième phase, de comparer les profils pour mettre en lumière les spécificités des établissements et leurs liens avec les profils et le retrait organisationnel et ainsi détecter des éventuelles généralisations des résultats.

Dans le Chapitre IV, nous avons choisi d'inclure l'analyse du fonctionnement des établissements, ainsi que les profils d'implication par établissement et par fonction, sans incorporer les caractéristiques individuelles des salariés. Nous pensons que cette approche sera plus utile pour les gestionnaires d'EHPAD, qui peuvent agir sur la structure de leur établissement mais pas sur les traits personnels des employés. Les profils d'implication des salariés, selon leurs caractéristiques personnelles, sont présentés dans l'annexe (voir Annexe 7, p. 412), avec des détails sur les motivations des employés, les liens entre les dimensions de l'implication, ainsi que la relation entre les réponses aux questions et le questionnaire utilisé pour déterminer les profils d'implication.

L'analyse des données qualitatives se définit par son objet, ici, le chercheur tente de dégager le sens d'une entrevue, d'un texte, d'un corpus (Paillé et Mucchielli, 2012 ; Deschenaux et Bourdon, 2005). Le chercheur va chercher à partir des données à identifier des thèmes et à clarifier le lien entre les thèmes et les hypothèses conséquentes (Tesch, 1990).

Ainsi, le procédé de thématisation :

« constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donnée en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de recherche. L'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 156).

Pour résumé, la construction d'une thématique va dépendre de l'analyse du contenu des données (Bardin, 2013), et cela passe par :

« l'identification de l'occurrence de thèmes dans un matériau distinctif » (Romelaer, 2001).

Toutefois, il ne faut pas limiter l'analyse de contenu à la fréquence d'apparition des unités d'enregistrement, a plus forte raison dans une perspective qualitative comme le signale Hlady-Rispal (2002). L'analyse thématique vise avant tout à identifier les thèmes centraux des références étudiées à partir du processus de codage.

III.3.3.1. Le Logiciel NVivo

L'analyse peut se faire soit par le codage manuel des données recueillies, soit par le recours à des logiciels appropriés (Atlas, NVivo, the Ethnograph, etc.). Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo 11. Afin de maîtriser cet outil, il a été nécessaire de suivre une formation spécifique. Celle-ci s'est déroulée sur deux jours, les 24 et 25 février 2022, et avait pour objectif de comprendre les bases de NVivo. Par la suite, la lecture approfondie d'articles spécialisés a permis d'affiner nos connaissances et de perfectionner notre utilisation du logiciel. Rappelons que ce logiciel doit servir d'outil au chercheur, lui permettant de déployer et de faciliter l'exploitation des données collectées.

Comme l'affirme Wanlin, « il incombe au chercheur d'analyser les outils de synthèse que le logiciel a permis de produire et d'interpréter ces résultats » (Wanlin, 2007, p. 259).

Pour effectuer le codage et l'analyse thématique du contenu du corpus, le logiciel Nvivo nous aide à associer un verbatim à un thème (appelé nœud ou « node » dans le logiciel). Par exemple, un verbatim, une phrase peut être associé à un seul ou plusieurs « node » selon l'interprétation du chercheur. Le verbatim sera ensuite codé dans un ou plusieurs « node » Nvivo va nous permettre alors de voir tous les verbatims liés à un même thème lors de la phase d'analyse ultérieure. Il existe deux types de « node » : les « treenodes » et les « free nodes » :

- les « treenodes » sont organisés de manière hiérarchique ;
- les « free node », non rattachés à une catégorie particulière.

Le recours au logiciel Nvivo vise à :

« emmagasiner de l'information, la classer, l'organiser et ensuite (...) effectuer des opérations de recherche » (Descheneaux et Bourdon, 2005, p.10).

Cela facilite la manipulation des données et aide à tirer un sens à partir de sous-catégories, mais pas selon une logique :

« de classification automatique ou de cadre figé à l'avance » (Auger, 2006, p.22).

Par conséquent, le processus de codage ou d'encodage dans Nvivo correspond à la segmentation du contenu d'un article, d'un texte, d'un entretien :

« en unités d'analyse (mots, phrases, thèmes...) et à les intégrer au sein de catégories sélectionnées (des thèmes dans notre cas) en fonction de l'objet de recherche » (Averseng, 2011, p.377).

C'est au chercheur et à lui seul de décider des opérations de codification, l'objectif étant de mener une analyse, une interprétation et non :

« un catalogue d'idées ou de citations » (Auger, 2006, p.124).

L'utilisation du logiciel est essentielle pour mener à bien notre étude car NVivo permet d'effectuer des recherches et des croisements détaillées à l'aide des opérations effectuées en amont et durant l'encodage des différentes sources. Cette fonctionnalité est importante surtout dans le cadre d'une recherche qualitative où le chercheur s'efforce d'analyser comment un phénomène, comme l'implication, peut se produire et pour quelle finalité (Mucchielli, 2007). Elle analyse l'organisation globale du phénomène et ses conséquences.

III.3.3.2. La mise en pratique

Dans son ouvrage Richards (2005), chercheuse qui a participé au développement de Nvivo, donne au lecteur une approche par étapes pour « *apprivoiser les données qualitatives* ». Pour cela, elle propose de différencier une phase de codage signalétique pour ordonner les données. Ensuite, elle conseille d'effectuer un codage descriptif, nommé « *topic coding* » qui a pour objectif de recenser les différents thèmes dans les données. Cette phase d'étiquetage ne doit pas être confondue avec le travail de conceptualisation.

Le processus d'analyse des données commence vraiment lors de la phase de codage « *analytique* ». C'est durant cette étape que le chercheur analyse et interprète les données par rapport à son sujet, à sa problématique et à ses questions de recherche et peut véritablement produire une théorie enracinée.

Notre analyse des données va mobiliser la théorisation ancrée qui est une méthode d'analyse qualitative :

« visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social, ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (Paillé, 1996, p. 184).

Cette théorisation suit des étapes bien définies et cherche à remplir 4 objectifs (Strauss et Corbin, 1990) :

- Construire une théorie au lieu de la tester ;
- Donner une rigueur au processus de recherche qualitative ;
- Aider le chercheur à contrer ses biais et ses préjugés ;
- Procurer l'enracinement des données et ainsi construire, à partir de celles-ci, une théorie dense qui correspond à la réalité qu'elle désire représenter.

Tableau 12 : Récapitulatif de la démarche de Strauss et Corbin (1990)

Type de démarche	Induction ou abduction. Plutôt adapté aux problématiques exploratoires.
Etapas	Distinction codage signalétique, codage descriptif, codage analytique Pour l'analyse : triptyque codage ouvert / sélectif / axial
Qualité et fiabilité	Le codage multiple permet de croiser les points de vue et d'approfondir les analyses
Analyses	Les techniques proposées par Strauss et Corbin (comparaison, micro-analyse, flip-flop...) permettent d'améliorer l'analyse et de stimuler la créativité des chercheurs

L'analyse se compose de trois types de codages : ouvert, axial et sélectif. Ceux-ci ont été appliqués lors de l'analyse des données de notre étude.

L'analyse commence par une phase de codage très ouvert et très fin pour identifier des concepts et découvrir, au sein des données, leurs propriétés et leurs dimensions (Strauss et Corbin, 2004). Deux processus analytiques doivent alors être envisagées : la comparaison et le questionnement. Ces deux procédures permettent de donner aux concepts leur précision et également leur spécificité (Strauss et Corbin, 1990). Pour résumer, lors de cette première étape le but est de dégager l'essentiel du message exprimé lors des entretiens tout en étant le plus fidèle au contenu de l'entretien.

La phase qui suit permet d'amorcer une hiérarchisation des idées et d'avancer dans la conceptualisation des données. Ce codage appelé « *axial* » se déroule autour de l'axe d'une catégorie. Par exemple, il pourra s'agir de définir un concept utilisé dans l'analyse par une série de propriétés et de dimensions (Modèle d'implication de Meyer et Allen). Durant cette phase d'analyse, le chercheur recherche les relations entre les catégories et les sous-catégories et vise à développer les catégories principales de son codage. Le chercheur va alterner entre le codage ouvert et le codage axial. Ce procédé se déroule en mobilisant un ensemble de questions qui ont pour but de mettre en lumière des conditions, des conséquences, un contexte, des stratégies d'interaction ou d'action permettant de décrire le phénomène étudié (Strauss et Corbin, 1990).

Ensuite, les catégories sont mises en relation les unes avec les autres lors du processus de « *codage sélectif* » qui peut conduire sur la construction d'un modèle. Le chercheur doit lors de cette phase suivre certaines étapes : expliciter la ligne narrative, relier les catégories secondaires à la catégorie principale, définir les catégories en prenant en compte leurs dimensions, valider ces liens grâce aux données d'analyse et compléter les catégories nécessitant un plus grand développement. Ces différentes étapes ne sont pas linéaires, le chercheur fait des aller-retour (Strauss et Corbin, 1990).

Au terme de l'analyse intra-cas, nous disposons d'une formalisation des profils implications organisationnelle et professionnelle des personnels. La deuxième analyse dite inter-cas, a pour but de comparer les profils d'implication présent au sein de chaque établissement.

Le tableau de synthèse présenté ci-dessous offre une vue structurée de notre recherche sur les implications organisationnelle et professionnelle des personnels de santé en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). L'étude explore en détail le rôle de l'implication, à la fois organisationnelle et professionnelle, dans les comportements de retrait des employés, tels que l'absentéisme et le roulement du personnel. À travers une approche qualitative et interprétative, ce travail vise à dégager une meilleure compréhension des dynamiques internes en jeu, en posant des questions spécifiques sur les expériences vécues par les aides-soignantes et les infirmières, et en examinant les impacts de ces implications sur l'environnement de travail en EHPAD.

CONCLUSION CHAPITRE III :

Tableau 13 : Synthèse du chapitre III

<i>Étape</i>	<i>Description</i>
<i>Objet de recherche</i>	Étudier les implications organisationnelle et professionnelle des personnels de santé en EHPAD
<i>Objectifs de l'étude</i>	Apporter une compréhension sur le développement des profils d'implication et leur lien avec le retrait organisationnel.
<i>Posture épistémologique</i>	Interprétativiste
<i>Problématique</i>	Quel est le rôle joué par l'implication, organisationnelle et professionnelle, sur les comportements de retrait des personnels de santé en EHPAD ?
<i>Questions de recherche</i>	Comment l'implication organisationnelle est vécue par les aides-soignantes et les infirmières en EHPAD? Comment les personnels de santé vivent ils leur implication professionnelle au sein des EHPAD ? Comment l'implication professionnelle impacte-t-elle l'implication organisationnelle des personnels de la santé en EHPAD ? Quelles sont les effets de la relation IO/IP sur l'absentéisme et le taux de roulement des personnels de santé en EHPAD.
<i>Méthode de recherche</i>	Démarche générale de type qualitatif La mode inductif Design constitué de trois parties empiriques : une phase d'étude ethnographique, une phase d'étude de cas et d'entretiens approfondis, et une phase de validation avec des entretien d'experts du domaine et des observations de terrain en tant que formatrice.

Chapitre IV. QUATRE ANALYSE INTRA-CAS ET UNE ANALYSE INTER-CAS

Après avoir exposé la méthode de l'étude de cas que nous avons mobilisée dans le troisième chapitre, nous présenterons dans ce chapitre les résultats empiriques de notre étude. Nous utiliserons deux types d'analyses : l'analyse intra-cas et l'analyse inter-cas. Les caractéristiques des cas qui composent notre échantillon sont rappelées dans le tableau ci-dessous (Cf. Tableau 14).

Tableau 14 : Rappel des spécificités de l'échantillon

Établissement	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4
Statut	EHPAD privé Rattaché à un groupe	EHPAD Privé Rattaché à un groupe	EHPAD public Dépend d'une collectivité locale	EHPAD public Dépend d'une collectivité local
Date de création	1983	1990	1992	1985
Zone géographique	Région Grand Est	Région Parisienne	Région Nouvelle-Aquitaine	Région Nouvelle-Aquitaine
Nombre de place	50 places	80 places	82 places	69 places

Ce chapitre consacré aux résultats de l'étude de cas sera structuré en quatre phases :

- Pour chaque analyse intra-cas, nous présenterons l'établissement et son contexte, fournissant ainsi les éléments essentiels pour comprendre les différentes situations rencontrées et leur impact sur les questions de recherche. En effet, Wacheux (1996) affirme que la présentation du cas permet de « *restituer l'ensemble des éléments nécessaires à la compréhension et propose une première explication théorique* ». Par conséquent, en présentant chaque établissement visité, observé et analysé, nous permettons au lecteur de s'immerger dans l'étude de chaque cas, tout en lui offrant une meilleure compréhension de l'impact de l'environnement sur l'organisation, comme l'a souligné Bertezene (2013).
- Après avoir présenté la structure et le contexte de chaque établissement, nous étudierons son fonctionnement en utilisant les concepts de Mintzberg relatifs à la division du travail et à la coordination. Nous analyserons également, les procédures mises en place pour coordonner les individus, permettant ainsi de mieux comprendre l'environnement de travail dans lequel les salariés évoluent et son impact sur leur expérience de travail.
- Nous analyserons ensuite les différents profils d'implication présents au sein de chaque institution, en examinant comment ils sont vécus par les personnels de santé et en cherchant à comprendre l'impact de l'implication professionnelle sur l'implication organisationnelle. Nous étudierons également les effets de ces profils sur les comportements de retrait des personnels de santé.
- Enfin, nous confronterons les différents cas dans une analyse inter-cas à la fin de la phase d'analyse intra-cas, pour déterminer comment et pourquoi l'organisation a un impact sur les profils d'implication.

Dans ce chapitre, nous procéderons à l'analyse de quatre cas observés : EHPAD 1, EHPAD 2, EHPAD 3 et EHPAD 4 . Afin de préserver la confidentialité exigée par le groupe (ainsi que celle de certains salariés, nous ne mentionnerons ni les noms des établissements, ni ceux des acteurs interviewés. En plus des verbatim issus des entretiens menés au sein des différentes structures, nous avons également étudié les données recueillies lors de notre observation participante sur le terrain (réunions, discussions informelles, cahiers de bord, etc.). Ces éléments hors micro ont contribué à renforcer la validité interne de nos analyses.

IV.1. ANALYSE INTRA-CAS EHPAD 1

Nous entamons notre analyse de cas avec l'EHPAD 1, appartenant à un groupe privé. La directrice de la structure avait été informée de notre visite par les responsables du groupe contactés en amont, ce qui a facilité les échanges et sa disponibilité. Entre le 22 et 23 mars 2021, nous avons mené huit entretiens semi-directifs au sein de la structure. La durée de ces entretiens variait en fonction de la disponibilité de chaque personne : en moyenne, 27 minutes pour l'aide-soignante et les deux agents de services hospitaliers (ASH) faisant fonction, 1 heure 27 minutes pour l'infirmière, 25 minutes pour la secrétaire de direction, 1 heure pour la maîtresse de maison. En outre, nous avons réalisé trois entretiens d'une durée de respectivement de 3h30, 44 minutes et 40 minutes lors des deux jours de terrain. La plupart des entretiens ont eu lieu dans le bureau de la directrice, sans sa présence, à l'exception de ceux de l'infirmière et de la maîtresse de maison. L'entretien avec l'infirmière s'est déroulé dans la salle de soin de l'établissement, avec des interruptions de la part du personnel de santé, tandis que celui avec la maîtresse de maison s'est tenu dans la salle de pause, avec des interruptions qui ont rendu les échanges difficiles. Pendant ces entretiens, la directrice avait besoin de son bureau pour travailler.

Il est important de noter que ces entretiens ont été menés pendant la troisième vague de la pandémie de Covid-19, ce qui a limité la disponibilité du personnel de santé. La formation sur la bientraitance organisée sur les deux jours de notre présence a également eu un impact sur la disponibilité et l'organisation des entretiens. L'absence de l'IDEC pour coordonner les entretiens, ainsi que celle d'autres membres du personnel de santé, a été ressentie. En outre, l'établissement étant situé dans une zone géographique éloignée et son accessibilité étant soumise à l'autorisation du groupe propriétaire, cela a limité la période d'intervention. Néanmoins, la contrainte de temps qui nous était imposée a eu l'avantage de nous permettre de passer davantage de temps sur le terrain. Cela nous a permis d'observer les interactions entre les salariés et les résidents, ainsi que d'avoir un accès libre à l'ensemble de l'établissement. Le premier jour a été l'occasion d'en apprendre davantage sur l'histoire, l'environnement de travail et le fonctionnement de l'établissement, grâce aux perspectives offertes par la directrice, sa secrétaire et l'infirmière en poste. Le deuxième jour a été consacré aux entretiens avec le personnel de santé, que nous avons menés en suivant notre guide d'entretien. Après les entretiens, la directrice a été sollicitée pour apporter des compléments et des précisions sur les commentaires formulés par son personnel de santé.

Pour faciliter la compréhension du lecteur, nous avons élaboré le cadre ci-dessous qui présente l'ordre des sous-sections que nous allons aborder. Cette même structure sera appliquée pour les quatre analyses intra-cas :

- Présentation de l'histoire de la structure interrogée et observée
- Étude du fonctionnement de l'organisation
- Récapitulatif et analyse des différents profils d'implication présents au sein de l'établissement

IV.1.1. EHPAD 1 : un établissement en pleine reconstruction

Historique de l'établissement

Créé en 1983 par deux médecins en tant que foyer logement, l'établissement a connu une évolution marquée au fil des années. « *Au tout début, le fonctionnement était complètement différent* », précise le Directeur_01. En 2004, l'établissement est devenu une EHPAD sans pour autant effectuer les aménagements nécessaires pour s'adapter aux nouveaux résidents accueillis. L'IDE_01 souligne : « *Nous ne disposons pas d'unité dédiée à la maladie d'Alzheimer, et je n'ai pas reçu de formation spécifique sur ce type de public en dehors de ce que j'ai appris à l'école* ». Le personnel médical était également en manque de matériel, comme l'explique le Directeur_01 : « *L'établissement était quelque peu négligé depuis des années, en fait, depuis sa création, mais aucune mesure n'a été prise pour y remédier.* ». Bien que cela prenne du temps, la réhabilitation de l'établissement est nécessaire. En 2019, il a été racheté par un groupe privé, ce qui a permis d'augmenter le nombre de personnel encadrant, qui était insuffisant auparavant.

L'historique de l'établissement a un impact significatif sur le travail des employés, comme l'a souligné la directrice. Pendant des années, l'établissement a connu une grande instabilité, notamment au niveau de la direction et des postes d'encadrement de l'équipe de soins, ce qui a eu un impact considérable sur le climat de l'établissement. L'infirmière IDE_01 mentionne : « *J'ai dû rencontrer huit directeurs en un an pendant mon séjour. Ils ne pouvaient rien faire.* » Cette instabilité est également confirmée par l'AMP_01 : « *Houlà, nous avons connu plusieurs directeurs. J'ai commencé avec Madame V, puis cet établissement a été racheté par Monsieur H. Après Monsieur H, il y a eu au moins 15 voire 20 directeurs qui se sont succédé, avec des durées de séjour variant de 15 jours à un mois, trois semaines, voire six mois.* » (AMP_01). Les variations constantes dans la direction de l'établissement ont provoqué une instabilité dans les postes d'encadrement des soins, en particulier en ce qui concerne les postes de médecin coordonnateur et d'IDEC.

Depuis des années, cet EHPAD n'a pas de médecin coordonnateur, empêchant ainsi la supervision de l'élaboration et du suivi du projet de soin de l'établissement, de l'évaluation médicale des résidents et de l'animation de l'équipe soignante. De plus, le poste d'IDEC est rarement pourvu de manière stable. Un membre du personnel présent depuis le début explique : « *On n'a jamais eu d'IDEC. On n'en a jamais eu sur une longue durée, on a toujours eu deux infirmiers, voire une infirmière sur le site. Mais en ce qui concerne le poste d'IDEC, la seule personne qu'on a eue est celle actuelle, et encore, il paraît qu'elle va partir dans les prochains mois.* » (AMP_01). Le départ imminent de l'IDEC actuel « *l'IDEC, je ne peux pas trop vous dire parce que ça ne fait même pas deux mois qu'il est là. Et il s'en va déjà.* » (AS_01) fragilisera encore davantage l'organisation de l'établissement, car ce poste est essentiel pour coordonner la prise en charge des résidents et organiser le travail de l'équipe soignante. L'absence de ces postes d'encadrement a créé un vide pour les équipes, qui ne sont pas habituées à être supervisées. Comme l'expliquent certains membres du personnel : « *Elles n'ont jamais connu de cadrage. Et ça, ça manque. On les a tellement été laissées à l'abandon* » (Supp_01). Elles ont du mal à s'adapter à ce nouveau cadrage : « *On a eu beaucoup de mal, déjà on a dû apprendre à s'autogérer. Oui, maintenant on est trop cadré, on ne veut pas suivre ce qui nous est dit au lieu de faire comme on avait l'habitude de faire avant parce qu'on n'avait personne* »

(Supp_01). La nouvelle directrice reconnaît également l'importance de l'encadrement et du travail d'équipe pour assurer une bonne prise en charge des résidents, mais déplore le manque d'autorité perçue par les équipes, qui ne voient pas l'encadrement comme un moyen de collaborer et de travailler ensemble : *"C'est cette autonomie qu'elles ont eue tout en n'ayant jamais collaboré avec d'autres personnes et sans qu'il y ait vraiment d'équipe encadrante pour leur montrer comment faire. Le fait d'encadrer les choses ne veut pas dire... L'autorité n'est pas là simplement pour taper du doigt. Ça, je pense qu'elles ne l'ont pas encore bien compris, sur le fait de tous travailler ensemble. C'est vraiment central"* (Direc_01).

Les employés ont également été marqués par le style de management de l'ancienne directrice. Un membre du personnel témoigne : *« Ce n'était pas pareil. Elle n'était jamais là et quand elle venait, il fallait se cacher »* (ASH_02). De plus, l'ancienne direction était peu présente et adoptait un management très autoritaire, ce qui effrayait les salariés : *« L'ancienne direction n'était pas là, et quand elle venait, c'était une fois par mois environ, et tout se passait à la baguette. Tout le monde avait peur, en quelque sorte. Si elle avait des choses à pointer du doigt lors de sa visite, elle criait, ce n'était pas terrible. Elle menaçait beaucoup, verbalement »* (Direc_01). La directrice actuelle, ayant été chargée de la qualité auparavant, a connu et vécu ce fonctionnement. C'est pourquoi elle tient compte de cet historique et cherche à regagner la confiance de son équipe en s'assurant de recruter le personnel nécessaire : *« Je suis consciente qu'une partie de l'équipe pense peut-être que je ne fais pas le nécessaire au niveau du recrutement ou que personne ne devait venir. L'ancienne directrice jouait beaucoup sur cela, en disant qu'elle faisait des choses, mais sans les réaliser. Les employés ont été trompés et menés en bateau. Connaissant cela et ayant subi ce comportement de la part de la précédente directrice, je fais attention à ne jamais m'avancer auprès des équipes tant que je ne suis pas sûre que quelque chose pourra être fait »* (Direc_01). L'historique de cet établissement, marqué par l'ancienne direction avec des pratiques tyranniques et l'absence de référent dans l'équipe soignante, a conduit à une résistance de la part des salariés face aux nouvelles procédures encadrant leur rôle. *« L'ambiance aussi, ça change un petit peu. Mais je pense qu'elles ont du mal, car elles sont tellement habituées à l'ancienne direction qui n'était pas présente, elles faisaient un peu à leur façon. Voilà, il n'y avait pas de règle, il n'y avait pas de procédure et là tout a changé. Il y a tout un tas de procédures, il y a tout un tas de choses qu'il faut faire comme ci et comme ça, et là je pense qu'elles ont peut-être un peu de mal à accepter ça »* (Adm_01).

L'historique et le style de management ont eu un impact négatif sur la réputation de l'établissement, comme le témoigne une ASH qui a postulé malgré la mauvaise réputation associée à l'EHPAD 1 : *« J'ai postulé ici, et pourtant ce n'était pas gagné parce que tout le monde n'avait pas de bons souvenirs et que l'établissement avait mauvaise réputation »* (ASH_01). Cette mauvaise réputation a ensuite affecté le recrutement et les partenariats avec les centres de formation. En effet, selon la directrice : *« Avec cette image négative, on déconseille aux personnes qui postulent de venir ici »* (Direc_01) et *« À l'IFAS, il y a la réputation de notre établissement où on déconseille aux étudiantes de venir »* (Direc_01), tandis que la maîtresse de maison a déclaré : *« Les gens ne veulent pas venir travailler ici à cause de la réputation »* (AMP_01). Cependant, l'arrivée de la nouvelle directrice a entraîné une amélioration de la réputation, comme l'a observé la maîtresse de maison : *« Nous ici, on n'avait pas une très bonne réputation »* (AMP_01). Cela a été rendu possible grâce à l'investissement de la directrice : *« On essaie de renverser la tendance, et ça commence à se dire à l'extérieur que les choses changent et qu'il y a de l'amélioration »* (Direc_01). Selon les salariés, l'arrivée de la nouvelle directrice a marqué un tournant dans l'évolution de

l'établissement. Comme l'a exprimé la secrétaire de direction : « *Maintenant ça va mieux, suite aux changements de direction. Je pense que Madame la directrice est bien, contrairement à l'ancienne direction qui n'était pas présente* » (Adm_01). Une des ASH a également noté un potentiel renouveau : « *Peut-être qu'il y a un renouveau. Peut-être que les choses ont évolué dans le bon sens, on a fait tout ce qu'il faut pour ici* » (ASH_01).

En plus de cette mauvaise réputation, il y a une forte concurrence sur le territoire pour le recrutement de personnel, ce qui rend le recrutement encore plus difficile. Comme l'a expliqué la directrice : « *On a une grosse problématique sur l'ensemble du territoire au niveau des recrutements aide-soignant, infirmière. On a l'hôpital avec lequel on travaille qui est à 10 minutes, il recrute sans cesse. Sur le territoire, c'est compliqué* » (Direc_01). La maîtresse de maison a également observé que les employés qui quittent l'établissement se dirigent souvent vers d'autres maisons de retraite de la région : « *On a beaucoup de maisons de retraite sur le territoire. Celles qui partent d'ici, elles vont sur l'autre maison de retraite à Liffol ou sinon elles vont à Neufchâteau. Toutes nos anciennes collègues, elles sont sur Liffol ou Neufchâteau* » (AMP_01).

Localisation et taille de l'EHPAD

Bien que la taille de la structure de l'EHPAD 1 soit petite pour ce type d'organisation, pouvant accueillir jusqu'à 50 résidents, la taille moyenne des EHPAD depuis les années 2000 est de 60 à 99 places (CNSA, 2016). On pourrait penser que l'établissement aurait moins besoin d'outils de communication et de gestion en raison de sa petite taille. Cependant, étant donné qu'il fait partie d'un groupe privé possédant 110 établissements en 2021, les outils de contrôle de gestion y sont développés et standardisés.

Population et besoins des résidents

Les GIR de l'établissement se situent entre « 2 et 3 » (Supp_01), ce qui indique que les résidents de l'EHPAD 1 présentent des niveaux de dépendance variés, certains étant relativement peu dépendants. La présence de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer est également évoquée : « *Alzheimer déjà, quand on voit une personne qui déambule toute la journée, c'est sûr qu'une personne qui a toute sa tête et qui voit une personne venir toute la journée dans sa chambre, ça doit énerver au bout d'un moment* » (AS_01). Cette situation implique des besoins spécifiques en termes de soins et d'encadrement. Par conséquent, l'EHPAD 1 doit s'adapter aux besoins d'une population hétérogène de résidents en proposant des approches individualisées pour chacun d'entre eux.

Évolution de l'environnement réglementaire et politique

L'établissement a dû faire face au Covid et a dû adapter son fonctionnement en sectorisant, perturbant ainsi l'organisation du travail : « *Ce qui nous a perturbé notamment au niveau de l'organisation du travail, et le fait qu'on soit toujours sectorisé* » (AMP_01). Cette nouvelle

approche a permis de stabiliser les temps de travail, comme le mentionne une des ASH : « *On est toujours dans le même roulement, avant on changeait de roulement toutes les deux semaines, alors que là, depuis qu'on est en Covid, on a toujours le même secteur* » (ASH_01). Certains salariés voient des avantages à cette nouvelle approche, notamment pour mieux connaître les résidents : « *Moi je trouve que des avantages, après je ne sais pas pour les autres, mais moi je sais que la sectorisation maintenant, mes résidents ont l'habitude* » (ASH_02). Cependant, d'autres salariés subissent des conséquences sur leur vie personnelle, car ils ont moins de temps pour voir leurs enfants : « *Il y en a qui sont contentes parce qu'elles ont plus de repos, elles peuvent plus voir leurs enfants. Mais quand elles font du 8h30-20h30, bah elles ne peuvent pas avoir leurs enfants le soir. C'est leur roulement en fin de compte parce que ça fait x temps qu'on a la Covid qu'elles sont sur le même secteur* » (AMP_01). Cette nouvelle organisation affecte surtout la cohésion des équipes, car chacun a son propre secteur et n'a pas beaucoup de latitude pour aider les collègues : « *Avec le Covid, le collectif on ne l'a plus trop parce qu'on a chacun son secteur et on n'a pas trop le droit d'aller aider la collègue* » (AS_01).

Les plus jeunes de l'établissement sont les plus résistants à ce nouveau fonctionnement : « *Là où je pensais qu'on a changé d'organisation et qu'on allait avoir les plus anciennes qui seraient plus réticentes et récalcitrantes, en fait ce sont celles qui ont adhéré le plus rapidement. Et qui me disent oui, il faut bien essayer, après on verra. On verra au moins, ce n'était pas fermé. En revanche, en contrepartie, des jeunes entre 20 et 25 ans qui étaient là depuis 2-3 ans ont mené leur petite guerre interne parce qu'elles voulaient prouver, démontrer que ça ne tiendrait pas et qu'il fallait revenir à l'organisation d'avant* » (Direc_01). La directrice a dû effectuer un travail d'information et de justification pour faire adhérer à cette nouvelle organisation : « *Si possible, après, il a fallu justement leur démontrer que ce n'était pas si terrible que ça sur le long terme et qu'en plus elles allaient forcément trouver leurs avantages. Avant, elles avaient un planning goutte-à-goutte, elles avaient souvent un week-end sur 3, là elles ont un planning avec un roulement qui ne change pas, sauf exception bien entendu. Et un week-end sur 2, elles savent sur 15 jours quels sont leurs jours de repos et quels sont leurs jours travaillés. Ça, c'est un confort aussi* » (Direc_01). Néanmoins, cette sectorisation a permis à l'établissement de n'avoir aucun cas de Covid parmi leurs résidents.

L'EHPAD traverse une période d'instabilité marquée par plusieurs facteurs tels que l'absence de postes clés, la pénurie de personnel et la présence du Covid. Dans ce contexte incertain, il devient impératif pour la résidence de se reconstruire et de se reprendre en main. Cette situation aura des conséquences sur l'environnement de travail des salariés, notamment sur leurs tâches et la coordination entre les différents services de la structure.

Synthèse :

L'établissement EHPAD 1 a été fondé en 1983 par deux médecins en tant que foyer logement, devenant un EHPAD en 2004 sans adapter ses infrastructures et son personnel à la population vieillissante et de plus en plus dépendante qu'il accueillait. Le manque de matériel et de formation spécifique au sein du personnel, notamment concernant les maladies telles que la maladie d'Alzheimer, ainsi que l'absence de réhabilitation des locaux ont été soulignés.

De nombreux changements de direction ont mené à une instabilité dans l'équipe de soins, avec l'absence de médecin coordonnateur et de cadre infirmier, créant un déficit de supervision et d'encadrement pour les équipes de soin. L'ancienne directrice, connue pour son absence et son management autoritaire, a semé la peur parmi le personnel, compromettant le moral et la confiance de l'équipe.

La mauvaise réputation de l'établissement, exacerbée par des années de mauvaise gestion, a rendu difficile le recrutement et la création de partenariats avec des centres de formation. Cependant, l'arrivée de la nouvelle directrice a permis de faire naître un nouvel espoir de changement positif. Malgré la forte concurrence sur le territoire, elle s'efforce d'améliorer la réputation de l'établissement et de recruter le personnel nécessaire.

Enfin, l'établissement a dû s'adapter aux défis posés par la pandémie de Covid, sectorisant ses services pour assurer la sécurité des résidents, ce qui a modifié l'organisation du travail, suscitant des réactions mixtes parmi le personnel. Dans l'ensemble, l'étude du cas EHPAD 1 souligne l'importance d'une direction stable, d'une équipe de soins bien formée et bien encadrée, ainsi que de l'adaptation aux besoins évolutifs de la population des résidents pour le fonctionnement optimal d'un établissement de soins pour personnes âgées.

IV.1.2. Le fonctionnement de l'EHPAD 1 :

Cette partie explore le fonctionnement de l'EHPAD 1, en examinant les rôles et responsabilités du personnel soignant et de soutien. Elle aborde les défis liés à la coordination des tâches, l'attention portée aux résidents, et les enjeux de formation. De plus, elle traite des relations interprofessionnelles et de la division du travail, mettant en lumière les tensions internes, les dynamiques de pouvoir, et les conséquences sur la qualité des soins. En présentant ces aspects, cette partie vise à donner une vision claire des facteurs qui influencent le bon fonctionnement de l'établissement et leur impact sur la prise en charge des résidents et la cohésion des équipes.

IV.1.2.1. Division du travail au sein de l'EHPAD 1

- **Identification et description des métiers et rôles**

Les métiers médicaux (médecins) et paramédicaux (infirmiers, aides-soignants)

L'EHPAD 1 est doté d'un personnel composé de 26 salariés, parmi lesquels 14 soignants. Ces derniers sont répartis en deux équipes, chacune comprenant 5 aides-soignants et une

infirmière diplômée d'État. Le personnel soignant comprend également 10 membres de jour et 4 de nuit, 2 infirmières, un IDEC et un médecin coordonnateur récemment recruté. La semaine, l'équipe du matin compte 5 personnes, auxquelles s'ajoute la maîtresse de maison (Supp_01) qui assume également le rôle d'aide médico-psychologique. Ce groupe de 6 personnes est en charge des toilettes pour les 50 résidents de l'établissement, sans que celui-ci ne compte de cas particulièrement lourds. Cette organisation est assez importante pour ce type d'établissement, l'infirmière interviewée (I'IDE_01) mentionne ne jamais avoir rencontré une telle configuration ailleurs.

Cet établissement a éprouvé des difficultés à recruter un médecin coordonnateur en raison d'une pénurie dans le secteur de la santé : « *En 2015, lorsque je suis arrivée, il n'y avait plus de médecin coordonnateur car la personne qui occupait ce poste partait à la retraite. De plus, il y avait une pénurie de médecins dans le secteur, ce qui a rendu la situation très difficile.* » (Direc_01). Cela a rendu la situation particulièrement difficile pour l'établissement, qui a dû faire face à un manque de médecins disponibles. Cependant, un médecin coordonnateur a depuis été recruté et intervient actuellement une à deux fois par semaine assurant ainsi une présence médicale suffisante pour répondre aux besoins des résidents. Le médecin coordonnateur est présent les lundis et vendredis, et reste disponible toute la journée : « *Il vient en tant que docteur et coordonnateur. Je pense qu'il y a aussi d'autres médecins qui interviennent. On voit assez souvent le médecin, notamment le lundi et le vendredi, et il est là toute la journée.* » (Supp_01). En somme, bien que l'EHPAD 1 ait connu des difficultés liées à la pénurie de médecins dans le passé, l'établissement a réussi à surmonter ces problèmes en recrutant un médecin coordonnateur et en établissant des collaborations avec d'autres médecins, assurant ainsi une couverture médicale adéquate pour les résidents.

Pour ce qui est des missions des aides-soignantes, celles-ci se concentrent principalement sur les soins d'hygiène et de confort des résidents. Cependant, il semble exister un problème d'écoute et d'attention envers les résidents. La directrice (Direc_01) explique que les aides-soignants ont tendance à privilégier leurs intérêts personnels plutôt que ceux des résidents. Malgré les rappels répétés sur l'importance de se concentrer sur les besoins des résidents, certains membres du personnel semblent ne pas prendre cette responsabilité au sérieux, se plaignant même de toujours devoir se soucier des résidents : « *Elles agissent encore trop pour leurs intérêts personnels et pas pour l'intérêt de leurs résidents. C'est aussi la problématique qu'on a. Il y a eu un moment où on n'a pas arrêté de leur rappeler, le résident, le résident, le résident. Et il y a même quelqu'un qui a répondu : oui Ben on fait toujours tout pour le résident il y en a un peu ras-le-bol et nous ?* » (Direc_01) ». Il ressort des problèmes d'écoute, d'attention et de priorités au sein du personnel, qui pourraient aussi bien affecter la qualité des soins apportés aux résidents que l'implication des personnels de santé. Des efforts pour recentrer l'attention du personnel sur les besoins des résidents et encourager une meilleure implication envers leur bien-être pourraient être nécessaires et ce manque est peut-être dû au manque de formation des salariés.

L'EHPAD 1 a des préoccupations en ce qui concerne la qualification et la formation du personnel de santé. Tout d'abord, il semble y avoir un problème de formation pour certaines aides-soignantes, ayant débuté en tant qu'Agents des Services Hospitaliers (ASH) et qui ont été promues sans formation appropriée : « *Elles ont été ASH avant de passer AS elles n'ont pas de formation.* » (Supp_01). Cette situation soulève des préoccupations concernant leur capacité à offrir des soins adéquats et à prendre des décisions éclairées en l'absence d'une formation formelle : « *Parce qu'elles me disent oui mais elles n'ont pas de diplômes, non il y a des choses qu'elles doivent savoir. Je ne leur demande pas par exemple de connaître la*

tension elles ne savent pas les normes à la rigueur je préfère qu'elles m'appellent qu'elles me disent bah écoute IDE_01 est ce que c'est bien ou pas ? J'attends de leur part d'avoir de la jugeote. Même si elles n'ont pas fait d'études. Mais je vois des choses, des manques, et une logique qu'elles n'ont pas. » (IDE_01). L'établissement ne dispose pas d'unité spécialisée pour les usagers atteints de la maladie d'Alzheimer, et le personnel possède une formation limitée dans ce domaine. Cela peut créer des difficultés pour les aides-soignantes confrontées à des patients atteints d'Alzheimer, car elles manquent de compétences et des connaissances nécessaires pour gérer efficacement ces situations : « on n'a pas d'unité Alzheimer. Les gens Alzheimer je n'ai pas de formation plus que ce que j'ai appris à l'école. C'est vrai que c'est dommage au niveau des aides-soignantes qui ne sont pas, sans être méchantes, aides-soignants. » (IDE_01).

Par ailleurs, les infirmières ne semblent pas formées au management, même si elles ont un rôle d'encadrement au sein de l'établissement. Ce manque de formation en management peut entraîner des problèmes de communication et de gestion des équipes, impactant l'efficacité et la qualité des soins fournis aux résidents : « je sais effectivement que ça serait pas mal d'avoir une formation sur le management. J'arrive à prendre sur moi je dis les choses gentiment, mais on n'écoute pas. » (IDE_01). Globalement, l'établissement pourrait bénéficier d'une amélioration de la formation et des qualifications de son personnel, ce qui permettrait d'assurer des soins de qualité aux résidents. Le manque de formation peut être lié aux motivations et à la vocation dans l'établissement. D'un côté, certains soignants choisissent ce métier en raison de la facilité d'accès au diplôme et de la garantie d'obtenir un poste, étant donné la pénurie de professionnels dans le secteur, comme l'indique la directrice (Direc_01) : « Il y a des soignants qui ne sont pas là pour le résident : d'une parce que le diplôme est accessible et des postes à coup sûr parce qu'on est en recherche ». Cela peut entraîner la présence de soignants qui ne sont pas véritablement investis dans le bien-être des résidents et dont les motivations sont davantage liées à la sécurité de l'emploi. De l'autre côté, il y a des soignants qui exercent ce métier par vocation et qui sont réellement impliqués dans la prise en charge des résidents : « Heureusement qu'il y en a qui le font par vocation. Mais ce n'est clairement pas le cas de tout le monde. » (Direc_01) . Le manque de formation peut ainsi exacerber les différences entre ces deux groupes de soignants. Ceux qui sont dans le métier par vocation pourraient être plus enclins à chercher à améliorer leurs compétences et à fournir des soins de qualité, tandis que ceux dont les motivations sont moins nobles pourraient ne pas accorder autant d'importance à la formation et à l'amélioration de leurs compétences, ce qui peut entraîner des tensions entre ces deux profils.

En conclusion, l'EHPAD 1 a fait face à plusieurs défis en matière de recrutement et de formation de son personnel. Bien que l'établissement ait réussi à surmonter la pénurie de médecins en recrutant un médecin coordonnateur et en établissant des collaborations avec d'autres médecins, des problèmes d'écoute, d'attention et de priorités ont été relevés au sein du personnel, ce qui pourrait affecter la qualité des soins apportés aux résidents. Il y a également des préoccupations concernant la qualification et la formation du personnel de santé, notamment pour les aides-soignantes promues sans formation appropriée, la formation limitée dans la gestion de patients atteints d'Alzheimer et le manque de formation en management pour les infirmières. Ces problèmes pourraient être liés aux motivations et à la vocation du personnel, avec une partie qui choisit ce métier pour la sécurité de l'emploi plutôt que pour le bien-être des résidents.

Les fonctions supports (psychologues, ergothérapeutes, etc.)

L'établissement ne dispose pas d'un psychologue : « *Non, nous en avons eu brièvement un en 2018, mais il est resté à peine 1 an, 6 mois. Nous lui avons proposé un autre poste* » (Direc_01). L'absence de psychologue permanent dans l'établissement est un point à souligner. L'absence de suivi psychologique régulier pour les résidents peut avoir des conséquences négatives sur leur bien-être mental et émotionnel, ainsi que sur leur qualité de vie globale.

Les métiers du social (assistants sociaux, animateurs)

La résidence a une maîtresse de maison qui joue un rôle central dans l'organisation de l'hébergement et des soins de base pour les résidents : « *maîtresse de maison c'est tout ce qui est l'organisation de l'hébergement, avec l'accueil des nouveaux résidents préparation de la chambre, passer les commandes sur les produits d'hygiène et responsable des ASH.* » (Supp_01). Outre l'accueil des nouveaux résidents, les commandes d'hygiène et la supervision des ASH, la maîtresse de maison assume des responsabilités administratives et organisationnelles telles que la gestion des problèmes du quotidien, l'élaboration des fiches de poste et le fait d'assister à des réunions avec des sociétés externes : « *Gérer tout ce qui ne va pas, les fiches de poste. Quand y'a les réunions là par exemple on a une réunion avec une société je vais les convoquer.* » (Supp_01). Cependant, la tâche peut être lourde en plus des responsabilités liées à l'animation. Il y a des problèmes de communication et de coordination des tâches entre la maîtresse de maison et l'animatrice : « *On a eu des fois où, on a cette maîtresse de maison, elle est AMP de formation. Avant elle faisait l'animation. Pendant longtemps, elle s'est occupée de l'animation. C'est pour ça qu'elle n'intègre pas les nouveaux animateurs, il n'y a rien qui va, jamais. Moi, elle vient me dire : Oui, elle n'a pas fait si, elle n'a pas fait ça. Et quand je discute de vive voix avec l'animatrice. Elle n'était même pas au courant.* » (Direc_01). Il est noté que la maîtresse de maison, qui était elle-même animatrice auparavant, a des difficultés à intégrer les nouveaux animateurs et qu'il y a des problèmes de communication entre elle et l'animatrice actuelle.

La pénurie actuelle d'animateurs est également un défi pour la résidence : « *Ça fait un petit moment qu'on n'a pas d'animatrice. Et là, la direction essaye d'imposer quand même quand elles ont un petit peu de temps de faire quelque avec les résidents* » (Adm_01). Les animateurs ont des difficultés à trouver du temps pour organiser des activités, mais la direction essaie de maintenir un certain niveau d'activité.

La résidence dispose d'une maîtresse de maison qui joue un rôle clé dans l'organisation de l'hébergement et des soins de base pour les résidents. Cependant, il y a des problèmes de communication et de coordination des tâches entre elle et l'animatrice. La maîtresse de maison a des difficultés à intégrer les nouveaux animateurs, ce qui entraîne des problèmes de communication. De plus, la pénurie actuelle d'animateurs est un défi pour la résidence, les animateurs ayant des difficultés à trouver du temps pour organiser des activités. Malgré cela, la direction essaie de maintenir un certain niveau d'activité sociale en demandant au AMP et ASH faisant fonction de réaliser des animations.

Les métiers de la gestion et de l'administration (directeur, secrétariat, comptabilité)

Au niveau administratif, ce secteur se compose de deux personnes la directrice et une secrétaire à mi-temps, ce qui ne semble pas suffisant « *Oui, après j'aimerais bien que la secrétaire soit à temps plein. Elle travaille actuellement 20 heures par semaine.* » (Direc_01).

Synthèse :

L'EHPAD 1, établissement de 50 résidents avec une équipe soignante de 14 personnes, fait face à plusieurs défis significatifs. Malgré la présence médicale assurée par un médecin coordonnateur nouvellement recruté, des problèmes d'attention aux résidents par le personnel et une organisation peu commune sont observés. Des lacunes en matière de formation du personnel, notamment concernant l'Alzheimer, l'avancement sans formation appropriée d'aides-soignantes et le manque de compétences managériales des infirmières sont également présentes.

Parallèlement, la motivation du personnel semble dichotomique, une partie étant attirée par la sécurité de l'emploi plus que par le bien-être des résidents. De plus, l'absence d'un psychologue permanent et un déficit d'animateurs sont notés, malgré le rôle clé joué par la maîtresse de maison dans l'organisation de l'hébergement et des soins. Néanmoins, des problèmes de communication entre elle et l'animatrice ainsi qu'un manque de personnel administratif exacerbent les difficultés de l'établissement.

▪ Répartition des tâches et responsabilités

Identification des zones de chevauchement et de complémentarité

La maîtresse de maison note que la résidence distingue la fonction AS et ASH : « *Et puis au niveau de l'organisation c'est vraiment notre métier des ASH, les agents de soins et tout ça. Avant les ASH faisait les toilettes aussi.* » (Supp_01). « *Nous les distinguons entre les ASH, lorsqu'on dit que les ASH sont ceux qui s'occupent uniquement des tâches d'entretien et d'hébergement. Sinon, les ASH faisant fonction sont rattachés à l'équipe de soins* » (Direc_01). Différencier les ASH et les ASH faisant fonction est considéré comme une bonne chose : « *c'est mieux. Nous avons des ASH qui font fonction, mais le matin elles ne font que des tâches d'agent de soins. Et j'ai 3 ASH qui ne font que des tâches d'ASH* » (Supp_01). La directrice soulève une question concernant le rôle social des ASH et des AS, qui semble être négligé ou non considéré dans leur travail : « *oui, vous entendez dire que nous ne sommes pas des animateurs. Oui, mais d'un autre côté, c'est partie intégrante de votre rôle. Le fait que vous soyez ASH, aide-soignant* » (Direc_01). Bien que leur fonction principale soit de fournir des soins aux résidents, il est important de reconnaître que les ASH et les AS font partie intégrante de la vie sociale de l'établissement et qu'ils ont un rôle à jouer dans les activités récréatives et sociales.

Il faut également noter qu'il peut y avoir des chevauchements dans les responsabilités de différents métiers, comme dans le cas des ASH faisant fonction qui sont censés participer à des activités sociales, mais dont ce rôle n'est pas toujours reconnu ou intégré dans leur travail. « *Pour les comprendre, il faut les plaindre. C'est ce que nous essayons de travailler, de réveiller un peu les consciences. Certes, il y a des métiers différents dans les EHPAD ; il y a des corps différents avec des missions différentes, et toutes ces missions s'imbriquent les unes avec les autres et sont complémentaires. Nous avons besoin de tout le monde pour assurer le fonctionnement d'un EHPAD ou d'un établissement* » (Direc_01). Cela met en évidence la nécessité de sensibiliser les membres du personnel à l'importance de leurs différentes fonctions et de les encourager à travailler ensemble pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement.

La directrice souligne l'importance de reconnaître le rôle social des AS malgré leur formation initiale en tant qu'ASH ou aide-soignant. Cependant, il peut y avoir des chevauchements dans les responsabilités de différents métiers, ce qui souligne la nécessité de sensibiliser les membres du personnel à l'importance de leurs différentes fonctions et de les encourager à travailler ensemble pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement.

Les niveaux de responsabilité et de hiérarchie

Les relations entre les aides-soignantes (AS) et les aides-soignantes hygiénistes (ASH) de l'EHPAD 1 et leur hiérarchie semblent problématiques « *« bah déjà je suis dans une position supérieure à elles. Je ne suis pas toujours au courant de ce qui se trame avec leur truc. Je suis mise à l'écart parce que je suis considérée comme une bête noire. Bah je suis une bête noire parce que je suis considérée comme au-dessus, rien que pour mes ASH je suis au-dessus d'elle, elles font leur petite soupe et juste après je suis au courant.* » (Supp_01). Supp_01 exprime le fait que sa position supérieure entraîne une certaine méfiance et exclusion de la part de ses collègues. Cette tension pourrait être liée à une perception de la hiérarchie comme une barrière à la communication et à la collaboration entre les différents niveaux du personnel.

Cependant, le changement de direction a permis une amélioration de la situation, avec une directrice plus présente : « Je pense que ça va un peu mieux, suite aux changements de direction. Et je pense que Madame la directrice est bien. L'ancienne direction, elle n'était pas présente en fait. » (Adm_01) et la présence de plusieurs responsables sur la résidence, tels que le médecin coordonnateur et l'IDEC (Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice) : « Madame la directrice, c'est différent elle est toujours à son poste, voilà, il y a le médecin coordonnateur, il y a l'IDEC. Je pense que ça joue un peu. » (Adm_01). De plus, la directrice actuelle explique que la gestion de l'établissement par un groupe non-marqué est considérée comme un avantage, car chaque directeur dispose d'une certaine autonomie dans sa gestion : « C'est quelque chose qui joue beaucoup en notre faveur qui est rassurant pour les familles et les salariés aussi quand on leur explique cette difficulté à scinder le fait que puisqu'il y a un groupe autour de tout ça et forcément un siège avec des autorités. J'ai pu constater cette volonté aussi de laisser gérer chaque directeur de site. On est accompagné. » (Direc_01). Néanmoins, la directrice ressent le besoin d'être accompagnée dans sa gestion car c'est son premier poste en tant que directrice d'établissement « On a cette autonomie là et en même temps on sait

que quand on a besoin d'aide ou de conseil. Ah Ben on n'est pas seul, ça aussi c'est rassurant » (Direc_01).

Les propos recueillis révèlent un problème d'encadrement au sein de l'EHPAD 1. L'IDEC, qui occupe une fonction d'encadrement, n'est présent que depuis peu de temps, avant de partir à nouveau : « l'IDEC, je ne peux pas trop vous dire parce que ça ne fait même pas deux mois qu'il est là. Et il s'en va déjà. » (AS_01). Les infirmières, quant à elles, ont du mal à se positionner comme encadrantes de leur équipe, en raison d'un manque de formation d'encadrement, de hiérarchie et de management. Elles ont des difficultés à appliquer des rappels, même si elles ciblent parfaitement les points à améliorer : « je me bats un petit peu avec les infirmières elles ne font pas suffisamment certains rappels, elles sont dans l'attente. Les 2 sont de très bonnes infirmières mais elles sont dans l'attente, elles veulent le mieux elles savent très bien cibler ce qui ne va pas ce qui dysfonctionne là où il faut qu'on améliore les choses mais elles sont bloquées » (Direc_01). La direction est consciente de ce problème et cherche à instaurer une équipe d'encadrement en rappelant aux infirmières que l'IDEC est également présent pour ce rôle. Cependant, cela reste difficile à mettre en place car les infirmières ont une vision différente de ce que signifie l'encadrement et la hiérarchie : « les infirmières ne se positionnent pas comme encadrantes de leur équipe. » (Direc_01). Ce manque de positionnement fait que les équipes reconnaissent que la direction comme la seule hiérarchie légitime : « Non la seule hiérarchie qu'elles connaissent et qui est pour elles légitime, c'est la direction et c'est tout » (Direc_01).

En résumé, les aides-soignantes et les ASH ont des relations difficiles avec leur supérieure hiérarchique, ce qui entraîne un isolement professionnel. Cependant, le changement de direction a permis une amélioration de la situation, avec une directrice plus présente et plusieurs responsables sur la résidence, tels que le médecin coordonnateur et l'IDEC. Néanmoins, l'IDEC, qui occupe une fonction d'encadrement, n'est présent que depuis peu de temps et les infirmières ont du mal à se positionner comme encadrantes de leur équipe. Ces résultats mettent en lumière des problèmes d'encadrement au sein de l'EHPAD 1, qui doivent être résolus pour améliorer la qualité des soins et le bien-être des patients et des employés.

Synthèse :

À l'EHPAD 1, la différenciation entre les ASH et les ASH faisant fonction est vue positivement, cependant, le rôle social de ces derniers et des aides-soignantes n'est pas suffisamment reconnu, générant un chevauchement des responsabilités.

Malgré une amélioration de la communication et de l'organisation suite à un changement de direction, des tensions subsistent, notamment dues à la hiérarchie et à des problèmes d'encadrement. L'arrivée récente de l'IDEC, couplée à un manque de formation en management chez les infirmières, souligne le besoin de clarifier et d'améliorer les structures d'encadrement.

- **Impact de la division du travail sur la qualité des soins**

Évaluation de l'efficacité et de l'efficience des soins

Les témoignages recueillis dans cette étude mettent en lumière plusieurs problématiques liées aux pratiques de soin dans EHPAD 1 qui va impacter la qualité des soins. Tout d'abord, certains soignants ne prennent pas le temps nécessaire pour s'occuper des résidents, ce qui est souvent attribué à des habitudes ancrées et à la pression du temps : « Non, après ce n'est pas par choix que je veux dire mais par les priorités ou la personne qui veut qu'on s'en occupe plus, plus tard ou plus tôt ou pas ... Là ce ne sont pas du tout leurs habitudes à eux. ». (AS_01). La direction souligne l'importance de se concentrer sur les besoins des résidents et de ne pas se laisser entraîner dans des pratiques habituelles : « Elles ne prennent pas le temps, alors qu'elles en ont la possibilité. Elles ont été habituées ainsi, mais c'est une habitude ancrée et répétitive. La journée est très rythmée et l'objectif est de tout terminer avant l'heure prévue. Lorsque j'aborde ce sujet avec elles, je leur pose toujours la même question : qui vous a demandé de finir le travail des résidents à 11 heures ? Personne. Si un ou deux résidents souhaitent prendre leur douche plus tard ou s'ils préfèrent l'après-midi, il est tout à fait possible de s'adapter. C'est comme à la maison, si vous voulez vous doucher l'après-midi, vous le faites. Faites ce que vous voulez. » (Direc_01)

En outre, des problèmes de bâtiments sont relevés, notamment l'absence de locaux adaptés pour les personnes grabataires, ce qui limite l'accès aux soins de base comme la douche : « *à améliorer ici, je pense ce qu'il manque ici ce sont des locaux. Par exemple toutes les personnes qui sont grabataires on ne peut pas leur faire prendre de douche à ces pauvres gens, j'ai toujours connu une grande salle de bain commune, où on appelle ça une barque, où ils sont allongés et où on peut avoir une douche. Ici on ne peut pas, bah faire une grande toilette au lit... la personne n'aura jamais la sensation d'avoir de l'eau sur elle.* » (AS_01). Le bâtiment est un vrai souci pour cette résidence qui souffre d'un manque d'équipements et de salles pour accompagner au mieux les résidents.

La dimension sociale de la prise en charge des résidents est également mise en cause, avec une tendance à se concentrer sur les tâches de soins plutôt que sur les relations humaines : « *Non elles sont très peu dans le social. Elles parlent entre elles mais pas avec le résident. On leur a déjà expliqué mais peut-être pas assez aussi là-dessus il faut qu'on travaille davantage. Il faudrait aussi utiliser ce temps-là justement* » (Direc_01). Certains soignants semblent perdre de vue la notion de lieu de vie pour les résidents et ont du mal à comprendre l'importance de leur rôle social. De même, certains témoignages soulignent une méconnaissance des besoins psychologiques des résidents, attribuée à un manque de temps pour ces aspects du travail : « *On doit prendre soin des personnes âgées. C'est d'eux qu'on doit se préoccuper sur notre lieu de travail. Je pense que dès fois elles l'oublent un peu. Après elles font le boulot parce qu'il faut faire le boulot et parce qu'il faut aller vite et parce qu'il faut faire. Ce n'est pas évident.* » (Adm_01).

La qualité de la prise en charge des résidents peut être affectée par des tensions et des problèmes de communication au sein de l'établissement. En effet, certains membres du personnel constatent que des résidents restent en position assise alors qu'ils pourraient être couchés, ce qui peut être préjudiciable pour leur confort et leur santé : « *On a des personnes qui sont complètement alitées, qui restent dans un fauteuil pour moi je pense que les coucher*

l'après-midi, elles seraient très bien. Je pense que c'est l'image donnée, c'est un peu dommage. » (AS_01). Selon un employé, cette pratique serait encouragée par l'encadrement de l'établissement, qui véhiculerait une certaine mentalité : *« ça ne fait même pas un an que je suis là et c'est un peu la mentalité de tout le monde, on va dire, Je pense que c'est tout l'encadrement qui joue. »* (AS_01). Il est donc crucial de promouvoir une approche centrée sur les résidents, qui prenne en compte leur bien-être physique, psychologique et social, pour assurer une qualité de soin optimale.

Cette analyse met en évidence les défis auxquels l'EHPAD 1 est confronté en termes d'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des soins. Les témoignages recueillis soulignent les problématiques liées aux pratiques de soin, telles que l'absence de temps, les habitudes ancrées, les problèmes de bâtiments, la dimension sociale de la prise en charge et les tensions et problèmes de communication. Pour garantir une qualité de soin optimale, il est impératif de promouvoir une approche centrée sur les résidents, qui prenne en compte leur bien-être physique, psychologique et social.

Identification des contraintes liées à la division du travail

L'analyse de la division du travail dans l'EHPAD 1 révèle plusieurs contraintes et tensions liées à l'organisation du travail et à l'application stricte des fiches de poste. Les soignants ont l'impression de perdre le collectif, car chacun travaille dans son propre secteur et n'a pas la possibilité d'aider ses collègues : *« le collectif on ne l'a plus trop parce qu'on a chacun son secteur et on n'a pas trop le droit d'aller aider la collègue. Après l'organisation est faite en fonction de la hiérarchie en fait. On a une fiche de poste que l'on doit suivre ».* (AS_01). Cette situation peut entraver la communication et la collaboration entre les membres du personnel, ce qui peut nuire à la qualité de la prise en charge des résidents. De plus, les soignants soulignent que les fiches de poste sont souvent trop contraignantes et ne prennent pas en compte les besoins spécifiques des résidents *« Je trouve ça trop contraignant et il y a vraiment que dans cet établissement là que j'ai vu, qu'il fallait vraiment respecter un bout de papier tout le long de la journée. Alors qu'on est avec des personnes et ça ne doit pas être sur un bout de papier ».* (AS_01). Ils ont l'impression que ces fiches sont imposées de manière rigide, sans tenir compte des situations d'imprévu qui peuvent se présenter dans la journée : *« Pour les couchés, il y a écrit sur la fiche de poste, il faut coucher untel et untel c'est bien de dire qu'il faut coucher untel et untel mais je ne peux pas les coucher toute seule alors comment je fais si je suis toute seule. »* (ASH_02). Ils soulignent également que les fiches de poste ne sont pas toujours élaborées par des personnes qui connaissent réellement les besoins des résidents, ce qui peut être préjudiciable pour leur prise en charge : *« Je ne suis pas à la lettre la fiche de poste, parce que celle qui a fait la fiche de poste, elle n'a pas fait le poste du coup elle ne peut pas savoir les besoins de la personne ».* (ASH_02).

Enfin, certains soignants font remarquer que l'organisation du travail est souvent hiérarchisée, ce qui peut renforcer la rigidité des fiches de poste et limiter la prise d'initiatives : *« Après l'organisation est faite en fonction de la hiérarchie en fait. On a une fiche de poste que l'on doit suivre ».* (AS_01). Ils regrettent également que les tâches soient attribuées de manière stricte à chaque personne, sans tenir compte des compétences de chacun et de la nécessité de s'adapter aux situations qui peuvent survenir : *« Dans les autres maisons de retraite on a une trame à suivre : les toilettes qui doivent se faire de telle heure à telle heure ».*

mais il ne s'agit jamais de commencer par telle personne. Ici, les personnes sont attirées et c'est comme ça. » (AS_01).

En somme, la division du travail et l'organisation hiérarchisée de l'EHPAD 1 peuvent engendrer des contraintes et des tensions, limitant la coordination des soins et la qualité de la prise en charge des résidents. Une réflexion sur l'aménagement des pratiques et de l'organisation du travail au sein de l'établissement pourrait contribuer à améliorer la communication et la collaboration entre les soignants, afin de mieux répondre aux besoins des résidents et de garantir une prise en charge de qualité.

Les bénéfices de la spécialisation des métiers

L'analyse de cette partie de l'étude sur l'EHPAD 1 montre que la division du travail est organisée en fonction d'une fiche de poste, ce qui peut être perçu comme trop contraignant pour certains membres du personnel. Toutefois, d'autres employés soulignent les avantages de la spécialisation des métiers, notamment en termes de qualité de la prise en charge des résidents. La division du travail permet de mieux répondre aux besoins spécifiques des résidents et d'assurer une continuité dans la qualité des soins. Le témoignage d'un employé souligne cependant que le changement de fonctionnement peut être perçu de manière mitigée par les employés : *« il y a un pour et un contre, dans l'ancien on n'avait pas toujours les mêmes personnes, donc forcément il y a peut-être un moment où elles craignent de se lasser peut-être de s'occuper toujours des mêmes personnes c'est compliqué. C'est vrai qu'avant on changeait tout le temps, on ne ressentait pas de lassitude, on ne ressentait pas tout ça. Par contre le pour, c'est pour la résidence c'est très bénéfique pour eux. Et ça y'a pas photo, c'est très bénéfique pour eux. » (ASH_01).* En effet, l'ancien système de rotation permettait de ne pas se lasser en s'occupant toujours des mêmes résidents, mais il pouvait également nuire à la qualité de la prise en charge. Le nouveau système de spécialisation permet de mieux répondre aux besoins spécifiques des résidents, mais peut engendrer une lassitude chez certains employés.

Cette analyse souligne donc la nécessité de trouver un équilibre entre la division du travail pour une prise en charge optimale des résidents et la prise en compte des besoins et de la satisfaction des employés. Les avantages et les inconvénients de la spécialisation des métiers doivent être évalués en fonction de la situation de chaque établissement, en prenant en compte les spécificités des résidents et les attentes des employés.

Synthèse :

Dans l'EHPAD 1, plusieurs défis liés à la qualité des soins ont été identifiés. D'abord, le temps limité et les habitudes ancrées des soignants compromettent une attention individualisée des résidents.

Ensuite, les problèmes structurels du bâtiment empêchent l'accès à certains soins pour les personnes alitées. De plus, la prise en charge sociale est négligée, accentuant une focalisation sur les tâches de soins aux dépens des relations humaines.

Enfin, la rigidité des fiches de poste et une hiérarchisation excessive du travail freinent l'adaptabilité aux besoins spécifiques des résidents et limitent la communication et la collaboration entre les soignants. Ces problématiques appellent une réorganisation favorisant une approche plus centrée sur les résidents et leurs besoins multiples.

▪ **Conséquences sur les relations interprofessionnelles**

Collaboration et communication entre les différents métiers

Dans le contexte d'un EHPAD, la collaboration et la communication entre les différents métiers sont essentielles pour assurer le bien-être des résidents et le bon fonctionnement de l'établissement. Cette analyse se penche sur les problèmes de collaboration et de communication entre les différents professionnels de l'EHPAD 1, en s'appuyant sur des témoignages et des observations.

Nous allons commencer à analyser la collaboration entre le service de soin. Plusieurs points ressortent de cette analyse, notamment le manque de formation des aides-soignantes (AS) et les conséquences sur la qualité des soins apportés aux résidents. La directrice a identifié ce problème de formation et a mis en place une solution en proposant une VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) aux ASH souhaitant rester dans le soin. Cette démarche vise à améliorer leurs compétences et leur permettre de mieux collaborer avec les autres membres du personnel, comme les infirmières (IDE). Il est important de noter que certaines aides-soignantes ayant des problèmes de collaboration ont un profil similaire, comme le souligne la maîtresse de maison : elles étaient auparavant ASH et n'ont pas reçu de formation AS : « : « *je pense que c'est plus dû à leur personnalité. C'étaient des personnes qui étaient ASH.* » (Supp_01) ». La directrice a donc pris la décision de séparer les personnes de soin et les ASH, tout en offrant la possibilité aux ASH de se former et de devenir AS grâce à la VAE : « *Je vais bientôt passer ma VAE, j'attends les réponses des organismes.* » (ASH_01) et « *C'est pour ça que je fais la VAE* ». (ASH_02). Cependant, malgré ces efforts, des problèmes de communication et de collaboration persistent. Certains membres du personnel, comme l'infirmière (IDE_01), estiment que les aides-soignantes sans diplôme devraient quand même être capables de faire preuve de bon sens et de logique dans leur travail : « *Elles ne sont pas faites pour être là, elles n'ont pas de jugement. (...). Mais je pense qu'il y a des gens qui ne sont pas faits pour ça.* » (IDE_01). La citation de l'aide-soignante (AS_01) illustre également les tensions au sein de l'équipe : « *pour remettre tout ça en place avec l'infirmier, oui. Après s'est-il faut en discuter, tout le monde se tire pas mal dans les pattes en fait au lieu de vraiment travailler ensemble* ». Cela souligne la nécessité de renforcer la

communication et la collaboration entre les différents métiers pour assurer une prise en charge optimale des résidents.

Les témoignages rapportés soulignent la présence de deux profils principaux au sein de l'EHPAD 1, avec des différences notables dans leur approche du travail et de la communication. La présente analyse vise à étudier l'impact de ces différences générationnelles sur la collaboration et la communication entre les métiers de l'EHPAD 1. Les jeunes professionnels sont décrits comme ayant une approche immature et enfantine du travail, ce qui pourrait être attribué à leur manque d'expérience professionnelle. Selon Supp_01, ces jeunes employés ont un comportement problématique « *de gamins* » et présentent « *de l'immaturité* ». Les professionnels expérimentés, en revanche, sont décrits comme ayant une approche plus routinière et respectueuse du travail. IDE_01 témoigne que ces employés plus anciens sont « *rentrés dans une forme de routine* » et qu'ils « *font leur travail* » sans manquer de respect envers leurs collègues. Les divergences d'approches entre les jeunes et les professionnels expérimentés peuvent engendrer des conflits intergénérationnels, nuisant à la collaboration et à la communication entre les métiers. La compréhension et l'acceptation des différences générationnelles sont essentielles pour prévenir et résoudre ces conflits. IDE_01 mentionne le cas d'une employée expérimentée qui a beaucoup changé et est devenue « *maltraitante* ». Cette situation pourrait être le résultat d'une saturation au travail ou de l'influence du groupe de jeunes employés. Il est important de surveiller et d'accompagner les employés dans leur évolution professionnelle afin de prévenir les comportements inappropriés.

S'ajoute à ce conflit générationnel des tensions et des problèmes liés aux relations interpersonnelles. Les tensions entre collègues peuvent survenir pour diverses raisons, telles que les différences générationnelles, les conflits de personnalité ou les divergences de points de vue. Par exemple, Supp_01 mentionne des difficultés à supporter certaines collègues : « *des fois, c'est travailler avec certaines collègues je n'arrive pas à les supporter les aides-soignantes ou les ASH.* » (Supp_01). La proximité géographique et les relations amicales en dehors du travail peuvent également nuire à la collaboration et à la communication. Adm_01 témoigne que les collègues habitent près les uns des autres et sont amis en dehors du travail, ce qui peut entraîner des problèmes à l'intérieur de l'établissement : « *en fait moi je pense qu'ici le gros souci qu'il y a, elles sont toutes connues des uns des autres elles sont toutes copines. Elles habitent toutes près les unes des autres après c'est normal en dehors du travail qu'elles se rencontrent et puis qu'elles font leur apéro Mais en fait cette relation qu'il y a à l'extérieur, il y a à l'intérieur de l'établissement. Et moi je pense que des fois y a beaucoup de problématiques à cause de ça* » (Adm_01). ASH_01 décrit des relations compliquées avec les IDE, notamment en raison de la charge de travail accrue et des difficultés de communication. Ces relations peuvent entraver la collaboration et la communication entre les métiers en EHPAD : « *Il y a eu des moments où l'ancienne IDEC a quitté son poste. Forcément, ils se sont retrouvés avec une charge de travail plus importante, ce qui les rendait moins réceptifs aux demandes, moins à l'écoute ou simplement épuisés. À cause de cela, nous ne nous comprenions plus et ne cherchions plus à nous comprendre non plus. Je ne sais pas pourquoi, mais certaines personnes ici n'arrivent tout simplement pas à communiquer. En apparence, tout se passe bien, mais en réalité, elles critiquent les autres dans leur dos. Personnellement, je ne fonctionne pas ainsi ; je préfère dire les choses franchement. Si ça passe, tant mieux, sinon, cela n'empêche pas de continuer à travailler ensemble. Après tout, il n'y a pas de secret, c'est comme dans la vie quotidienne* ». (ASH_01).

Les relations interprofessionnelles entre les services sont compliquées et peuvent engendrer des problèmes de respect et de dénigrement des autres métiers. Ces difficultés peuvent avoir un impact négatif sur la collaboration et la communication. Les problèmes de communication sont souvent liés à la méfiance et au manque de respect entre les différentes équipes. Par exemple, certaines personnes estiment ne pas être suffisamment informées des décisions prises : « *C'est ça, et quelquefois il y a des choses dont je tombe des nues parce que je n'étais même pas au courant. On en avait parlé ? Non, vous en avez parlé entre vous. Je n'étais pas au courant. Ce n'est pas normal, et ça a toujours été comme ça depuis que je suis ici. Elles ont toujours cru que je répétais tout au bureau.* » (Supp_01). Les échanges informels entre collègues peuvent également être affectés, comme en témoigne Supp_01 lorsqu'elle explique que les discussions s'arrêtent lorsqu'elle s'approche : « *Et même avec les AS, quand j'arrive, elles papotent, et dès que je m'approche, elles ne parlent plus* ». Il y a également des problèmes de soutien et de communication entre les aides-soignantes, qui peuvent impacter l'ensemble de l'équipe : « *Elles se soutiennent entre elles. Il y a certains incidents qui se sont produits ici, où elles n'étaient pas toutes seules et certaines filles ont été témoins, mais n'ont jamais rien dit.* » (Supp_01).

Les relations avec d'autres services, tels que la secrétariat, la cuisine et l'animation, sont également compliquées. La secrétaire fait face à des problèmes de respect et de reconnaissance de la part des membres du personnel de soin : « *Parfois, la secrétaire passe à côté d'elles et elles ne disent même pas bonjour. J'ai entendu dire que, selon certaines personnes, elle n'est que secrétaire, elle n'a rien à dire et n'a pas le droit de donner son avis.* » (Supp_01), « *J'ai eu un problème avec une employée qui est partie. Un jour, elle est carrément venue au bureau pour me voir et m'a agressé en me disant : 'Vous ne faites rien, vous travaillez de 10h à 17h, vous ne faites rien et vous touchez votre salaire.'* » (Adm_01) et « *Elles dénigrent, et ce n'est pas seulement moi. En fait, tous les métiers qui ne sont pas liés aux soins et qui ne sont pas sur le terrain sont traités de la même manière, comme la secrétaire. Par exemple, elles disent 'elle arrive à 10h et repart à 17h.' Elle a aussi été beaucoup critiquée, j'ai entendu des choses qui me sont revenues à ce sujet.* » (Direc_01). Les cuisiniers ont des relations variables avec les autres professionnels : la chef cuisinière a une relation étroite avec les soignants : « *La cuisine, ça va, elle est là depuis longtemps. Elle a donc, en quelque sorte, grandi professionnellement avec les équipes, elle les connaît très bien et elle sait comment s'y prendre.* » (Direc_01). », tandis que le cuisinier semble avoir des problèmes de communication avec les autres employés : « *J'ai un petit différend avec le cuisinier. Il se mêle un peu trop des affaires personnelles au lieu du travail, et cela complique les choses avec lui.* » (AS_01). Enfin, les relations avec l'équipe d'animation sont également compliquées, avec des problèmes de communication et de compréhension mutuelle : « *Il y a toujours eu un blocage entre l'animation et l'équipe. Elles estiment qu'elles font bien et qu'elles font tout leur possible, sans se rendre compte que ce n'est pas forcément adapté dans leur façon de faire, dans le discours qu'elles peuvent tenir ou simplement dans leur attitude* » (Direc_01).

Dans l'ensemble, il semble nécessaire d'améliorer la communication et la collaboration entre les différents métiers au sein de l'EHPAD 1. Pour ce faire, il est important de travailler ensemble pour favoriser un climat de respect mutuel et de reconnaissance des compétences de chacun. Le manque de collaboration entre les différents professionnels peut être lié à une méconnaissance des rôles et responsabilités de chacun et à une certaine autonomie des soignants, qui n'ont pas toujours eu l'opportunité de travailler en étroite collaboration avec d'autres personnes : « *Cette autonomie qu'elles ont eue, sans jamais collaborer avec d'autres personnes et sans qu'il y ait vraiment une équipe encadrante pour leur montrer comment faire,*

est problématique. Je pense qu'elles n'ont pas encore bien compris l'importance de travailler ensemble. C'est vraiment central. » (Direc_01). Cette situation peut entraîner des tensions et un manque de respect envers d'autres métiers, comme l'illustre l'exemple de l'ancienne IDEC, dénigrée par les infirmières et les aides-soignantes qui ne comprenaient pas l'importance de son travail administratif et sa légitimité en tant qu'infirmière de formation : *« L'ancienne IDEC a eu un problème lorsque cela lui est revenu aux oreilles, grâce à l'aide des autres infirmières, ce que l'équipe disait sur elle. Selon elles, elle était venue ici pour ne rien faire, car l'IDEC a beaucoup de travail administratif et n'est ni infirmière ni aide-soignante sur le terrain. Dès lors qu'on a ce rôle, on n'est plus sur le terrain et on perd cette légitimité aux yeux des équipes. C'est facile de dénigrer ainsi. Il y a vraiment cette problématique de dénigrement à la fois de leur propre métier et de toutes les personnes qui ne font pas ce qu'elles font : par exemple, la secrétaire et les IDEC. Elles n'ont pas de respect vis-à-vis des autres professions qui ont d'autres missions et d'autres façons de travailler. » (Direc_01).* Les tensions interpersonnelles ont un impact sur le climat de travail et peuvent nuire à l'épanouissement professionnel et au bien-être des employés. Par exemple, les employés qui se plaignent de ne pas avoir assez de temps pour leur travail se permettent pourtant de s'arrêter pour parler de leur vie personnelle : *« À partir du moment où l'on se plaint de ne pas avoir assez de temps, s'arrêter pendant 5 minutes pour parler de notre vie personnelle, cela ne devrait pas se faire. » (ASH_01).* Cette situation reflète un manque de cohérence entre les attentes et les comportements des professionnels et peut contribuer à créer un environnement peu propice à la collaboration et à la communication.

Gestion des conflits et résolution de problèmes

La division du travail au sein d'un EHPAD peut conduire à des conflits entre les membres de l'équipe. Il est donc crucial d'analyser les facteurs qui influencent ces conflits et les méthodes utilisées pour les résoudre.

Tout d'abord, il est important de prendre en compte les problèmes de formation et d'accompagnement du résident. Comme le souligne Supp_01 : *« Je pense qu'il faut tout revoir de A à Z à ce niveau-là : d'arrivée la prise en charge du résident, le petit-déjeuner la toilette le repas et les animations. »* Cependant, depuis le rachat de l'établissement, le nombre de formations a augmenté, contribuant à améliorer les compétences du personnel et à faciliter la résolution des problèmes : *« Mais il est vrai que nous avons bénéficié de plus de formations au cours de l'année et demie qui a suivi notre rachat il y a 3 ans. Nous avons reçu davantage de formations que pendant les 13 années précédentes » (Supp_01).* Ensuite, il convient de considérer le volet social de la gestion des conflits. La direction et le médecin coordonnateur exercent une pression pour que les soignants s'impliquent davantage dans les activités avec les résidents, en particulier en l'absence d'animatrice, comme le mentionne la secrétaire : *« il y a un petit changement quand même, parce qu'il y a de la part de la direction un petit peu plus de pression et de la part du médecin coordonnateur aussi. Actuellement, on n'a pas d'animatrice. Là ça fait un petit moment qu'on n'a pas d'animatrice. Et là, la direction essaye d'imposer quand même quand elles ont un petit peu de temps de faire quelque chose avec les résidents. » (Adm_01).* Toutefois, certains personnels soignants posent encore des problèmes, notamment en raison d'un manque de coordination et de confiance au sein de l'équipe.

Concernant la résolution des problèmes avec la secrétaire, vu précédemment, des réunions ont été organisées pour rappeler l'importance de la collaboration entre les différents domaines, comme le souligne Adm_01 : « *J'ai abordé ce sujet à plusieurs reprises lors des réunions. Nous faisons tous partie de la même équipe, bien que vous travailliez dans les soins et que je travaille dans le domaine administratif.* » De plus, comme l'illustrent les propos de Supp_01 : « *Pourtant, elles ont déjà été convoquées et il y a eu des mises à pied* » et AS_01 : « *Je pense que ma collègue qui a été mise à pied a essayé de discuter avec la directrice, mais celle-ci est restée sur ses positions. C'est toujours l'infirmière qui a raison, c'est un peu compliqué* », certaines situations peuvent entraîner des tensions entre les membres du personnel soignant, entraînant une mauvaise coordination et, par conséquent, un impact négatif sur la qualité des soins prodigués aux résidents. Les sanctions disciplinaires, telles que les mises à pied, peuvent être utilisées pour tenter de résoudre ces problèmes, mais elles ne sont pas toujours suffisantes pour améliorer la collaboration et la coordination entre les équipes.

Le manque de confiance entre les membres du personnel soignant est un autre problème majeur. L'exemple donné par AS_01 : « *Pendant la période de Noël, toute l'équipe travaillait. Nous avons été appelés à 10 heures alors que nous étions en train de prodiguer des soins aux résidents. Nous avons été grondés comme des enfants car une résidente présentait une plaie d'arrachage assez conséquente. Cependant, la soignante responsable n'avait pas remarqué cette plaie, alors que la résidente avait été retrouvée coincée dans la salle de bain avec trois autres personnes. La situation était assez chaotique. En outre, l'infirmière a dit que ma collègue avait été mise à pied parce que, selon elle, la plaie d'arrachage avait été causée intentionnellement et que ma collègue avait caché la blessure. À un certain moment, si la direction ne fait pas confiance à son équipe, cela pose un problème* » illustre comment une situation de stress, telle que l'événement de Noël, peut exacerber les tensions et mettre en évidence le manque de confiance entre les membres de l'équipe. Cette situation peut conduire à une mauvaise communication et à une dégradation de la qualité des soins prodigués aux résidents. De plus, l'attitude des membres du personnel soignant, comme l'illustre l'exemple de l'IDE_01 : « *L'une d'entre nous a pris une mise à pied de trois jours à la suite de l'incident de Noël. Au lieu de se remettre en question, elle nous a dit : "Oh, ça me fera des vacances* » qui considère sa mise à pied comme des vacances, peut également contribuer à un climat de travail négatif et à une détérioration de la collaboration entre les équipes.

En conclusion, la division du travail au sein d'un EHPAD peut engendrer des conflits entre les membres de l'équipe, et il est donc essentiel d'analyser les facteurs qui influencent ces conflits et les méthodes utilisées pour les résoudre. La formation, le volet social et l'implication des personnels soignants dans les activités avec les résidents sont des éléments clés à prendre en compte pour améliorer la collaboration et la coordination entre les équipes. De plus, il est important de reconnaître les problèmes de confiance et de communication entre les membres du personnel soignant et de mettre en place des mécanismes pour les résoudre.

Dynamiques de pouvoir et d'influence au sein de l'EHPAD

La division du travail en EHPAD est un sujet complexe qui mérite une analyse approfondie, notamment en ce qui concerne les dynamiques de pouvoir et d'influence au sein de

l'établissement. Nous, nous prenons en compte les témoignages des employés pour mieux comprendre les enjeux sous-jacents.

Pour commencer, la maîtresse de maison, semble avoir un problème de positionnement, ce qui conduit à des tensions et à une mauvaise répartition des responsabilités au sein de l'équipe. Comme le souligne Adm_01, la maîtresse de maison a occupé différents postes : « *Elle a occupé les postes de maîtresse de maison et d'animatrice, et je pense qu'elle a eu du mal à passer le relais. Elle voulait tout diriger et tout faire elle-même.* » , et elle a du mal à "passer le flambeau". Cette situation entraîne un chevauchement des responsabilités et un manque de clarté dans la répartition des tâches. Selon Direc_01, la maîtresse de maison adopte parfois une attitude inappropriée envers les autres membres de l'équipe, alors que ce serait le rôle des infirmières de les encadrer : « *Parfois, cette maîtresse de maison se permet de faire des reproches à l'équipe de manière directe, avec une attitude qui ne convient pas forcément à la situation. Ce rôle devrait plutôt être réservé à l'infirmière en charge. C'était à elle de rappeler les règles de la même manière pour tous. À ce moment-là, l'AMP n'avait pas à soulever une problématique qu'elle remarquait* ». Cette situation complique également la position des infirmières en tant qu'encadrantes. Les infirmières ont du mal à se positionner en tant qu'encadrantes de leur équipe, en partie à cause de la présence de la maîtresse de maison. Selon Direc_01, la manière dont la maîtresse de maison s'adresse aux personnes est perçue comme très négative par certains employés : « *Avec le recul, l'expérience et la connaissance de l'établissement, il est logique que la maîtresse de maison s'implique de cette manière. Cependant, il faut faire attention. C'est également pour cette raison que les infirmières ont eu du mal à se positionner en tant qu'encadrantes de leur équipe. En effet, la maîtresse de maison est souvent présente pour mettre les points sur les i, mais son attitude envers les membres de l'équipe a été souvent critiquée, notamment par certaines personnes qui ont trouvé sa façon de s'adresser aux gens très maladroite* ». Cette situation peut générer des tensions et un climat de travail difficile.

En plus de cette ingérence de la part de la maîtresse de maison, les attentes en matière de relations hiérarchiques et de travail d'équipe semblent diverger parmi les employés. Comme le souligne AS_01, il existe une séparation entre les aides-soignantes et les infirmières qui nuit à la cohésion de l'équipe : « *En matière de travail d'équipe, nous avons souvent l'impression que les aides-soignantes sont d'un côté et les infirmiers de l'autre* » (AS_01). Cette situation peut entraîner des difficultés de communication et une collaboration insuffisante entre les membres de l'équipe. Certaines aides-soignantes éprouvent des difficultés à accepter l'encadrement des infirmières, comme le montre le témoignage de Supp_01 : « *Certaines filles n'apprécient pas d'être reprises en quoi que ce soit, et il arrive qu'elles ne parlent plus à l'infirmière pendant une journée en lui reprochant d'avoir dit quelque chose* ». Les infirmières, de leur côté, peuvent avoir du mal à exercer leur autorité par crainte de créer des tensions, comme le décrit ASH_01 : « *Je pense que l'infirmière a plus de mal à s'affirmer pour éviter de froisser les membres de l'équipe. Elle craint que si elle est trop stricte, cela créera des tensions et nuira à l'ambiance générale. C'est un peu comme avec les enfants, où l'on hésite souvent à dire "non" de peur de créer des conflits, mais en réalité, dire "non" est souvent dans leur intérêt* ». Cette situation peut entraîner une mauvaise répartition des responsabilités et des problèmes de management. Le style de management des infirmières semble varier, ce qui peut influencer la manière dont elles sont perçues par les aides-soignantes. ASH_01 souligne les différences entre deux infirmières, l'une ayant une approche plus directive et l'autre étant plus réticente à exercer son autorité : « *Je travaille avec l'autre infirmière et c'est différent. Si elle a quelque chose à dire, elle nous le dit directement en nous*

demandant de faire quelque chose ou de ne pas faire quelque chose, plutôt que de tourner autour du pot. Elle nous rappelle aussi de rester concentrés sur notre travail lorsque nous discutons trop longtemps. En d'autres termes, elle a tendance à être plus directe et à nous faire comprendre qu'il y a des limites à respecter ». Cette variabilité peut créer des attentes différentes et des difficultés de communication au sein de l'équipe.

De plus, les employés expriment également une certaine crainte à l'égard de la directrice et des postes encadrants, les considérant davantage comme des contrôleurs que comme des accompagnateurs comme nous rapporte ASH_01 : *« Je pense qu'il y a effectivement une peur de se dire qu'elle est là (parle de la directrice) aujourd'hui, donc il faut faire attention. Cependant, je pense que nous ne devrions pas agir différemment en fonction de sa présence ou non. Nous devrions agir avec la même rigueur et la même discipline, sans nous poser la question de sa présence ou non. »* confirmé par ASH_02 : *« L'ambiance n'est pas forcément bonne, et je ne sais pas si cela est dû à la directrice ou aux infirmières qui sont tout le temps en train de surveiller ».* Cette perception peut engendrer une ambiance de travail tendue et une réticence à s'ouvrir et à collaborer avec la direction. Les employés se montrent méfiants envers les intentions de la direction, comme le suggère Direc_01 : *« Je pense qu'elles vont me demander ce qu'on a cherché en plus de nos recherches, une fois que vous serez partis. Elles vont probablement penser que nous cherchions autre chose et qu'on voulait savoir ce qu'elles faisaient, mais c'est juste une hypothèse. (en rigolant) J'ai même missionné quelqu'un pour venir nous surveiller ».* Cette méfiance peut nuire à la confiance entre les employés et la direction, entravant ainsi la communication et la résolution de problèmes. La directrice a demandé aux infirmières d'effectuer une surveillance accrue, ce qui peut susciter des tensions entre les employés : *« J'ai demandé aux infirmières d'effectuer une surveillance accrue à ce niveau-là, de tout recenser et de contextualiser clairement les choses pour que je puisse intervenir si nécessaire. Elles savent également que l'IDE_01 me remontera directement les informations importantes. Cependant, elle a été accusée à tort d'avoir cafté à la direction. En réalité, elle a simplement fait son travail en me prévenant d'une situation grave. »* (Direc_01). Les aides-soignantes peuvent percevoir cette surveillance comme une trahison ou une intrusion, ce qui peut exacerber les tensions et entraver la coopération entre les membres du personnel.

Les employés expriment des doutes sur la compétence de la directrice en raison de son manque d'expérience en soins infirmiers : *« Je sais que la directrice n'a pas été infirmière, et je pense que c'est quelque chose qui manque. Ce n'est pas suffisant d'avoir une belle image »* (AS_01), *« Les salariés n'ont peut-être pas une confiance totale en la directrice. Pour eux, elle n'a pas exercé en tant qu'infirmière, donc elle ne sait pas de quoi elle parle. »* (ASH_01). Les employés estiment que la directrice ne possède pas l'expertise nécessaire pour évaluer leur travail et les problèmes rencontrés sur le terrain : *« Il m'est arrivé d'entendre des employés dire qu'ils ne peuvent pas juger les fiches de poste car la directrice n'est pas sur le terrain ».* (Supp_01). Cette perception peut entraîner un manque de confiance envers la directrice et un sentiment de déconnexion entre la direction et les employés. Les employés mentionnent que l'établissement porte encore les marques de l'ancienne gestion, ce qui peut affecter la confiance envers la directrice actuelle : *« Je vois la directrice comme quelqu'un d'ouvert, avec qui on peut parler sans être censuré, même si elle a un statut et une hiérarchie à respecter. Elle est la première à me dire de venir en parler si j'ai des problèmes personnels qui n'ont rien à voir avec le travail. Cependant, il y a une sorte de retenue chez les employés, peut-être par peur ou par manque de confiance. »* (ASH_01). Les employés sont susceptibles de comparer la directrice actuelle à l'ancienne et de se méfier de la capacité de la nouvelle

directrice à améliorer la situation. Les employés perçoivent la directrice comme utilisant des postes intermédiaires pour communiquer, ce qui peut créer une distance entre la direction et les employés : « *On peut dire que si elle a quelque chose à dire, elle ne nous le dit pas directement mais passe plutôt le message aux infirmières. Je pense que cela peut contribuer à notre confusion quant à la manière de s'y prendre.* » (ASH_01). En outre, certains employés estiment que la directrice prend systématiquement le parti des infirmières, ce qui peut renforcer le sentiment de défiance : « *La collègue qui a été mise à pied a essayé de communiquer avec la directrice, mais celle-ci est restée campée sur ses positions en affirmant que l'infirmière a toujours raison.* » (AS_01) ce qui a pour conséquence : « *Maintenant, on ne fait plus vraiment confiance* » (ASH_02).

En conclusion, la division du travail en EHPAD peut avoir des conséquences importantes sur les relations interprofessionnelles au sein de l'établissement. Les témoignages des employés ont révélé des dynamiques de pouvoir et d'influence complexes qui affectent la répartition des responsabilités et la communication au sein de l'équipe. La maîtresse de maison semble avoir des difficultés à accepter le positionnement des autres membres de l'équipe, ce qui crée des tensions et un manque de clarté dans la répartition des tâches. Les attentes divergentes en matière de relations hiérarchiques et de travail d'équipe entre les aides-soignantes et les infirmiers peuvent également générer des difficultés de communication et des problèmes de management. De plus, la perception de la compétence de la directrice et sa communication indirecte avec les employés peuvent contribuer à un manque de confiance et à des tensions au sein de l'équipe. Pour améliorer les relations interprofessionnelles, il est important que la direction prenne en compte les préoccupations et les besoins des employés, tout en clarifiant les rôles et les responsabilités au sein de l'équipe.

Synthèse :

Dans le contexte de l'EHPAD 1, la formation insuffisante des aides-soignantes affecte la qualité des soins, une situation partiellement atténuée par la mise en place de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Les tensions intergénérationnelles et interpersonnelles nuisent également à la collaboration, en particulier entre les jeunes employés perçus comme immatures et les professionnels plus expérimentés.

Les relations interprofessionnelles complexes et les problèmes de respect et de dénigrement des autres métiers exacerbent les problèmes de communication, qui s'étendent à d'autres services comme le secrétariat, la cuisine et l'animation. La gestion de conflits soulève des défis, notamment en raison du manque de confiance et des problèmes de positionnement hiérarchique.

Les différences de perceptions des rôles et des attentes en matière de gestion créent des tensions supplémentaires, aggravées par la crainte de la direction et le manque de confiance en ses compétences.

IV.1.2.2. Coordination au sein de l'EHPAD 1

- Mécanismes de coordination

Coordination formelle (réunions, rapports, procédures)

Dans le cas de l'EHPAD 1, les réunions semblent être un élément essentiel de la coordination, mais présentent également des limites qui doivent être abordées pour améliorer leur efficacité. Les réunions régulières, telles que le CODIR hebdomadaire : « *alors nous faisons un CODIR tous les vendredis avec l'infirmier, l'IDEC, le médecin et la secrétaire. Tous les vendredis, nous faisons un petit bilan de la semaine et nous en voyons pour la semaine suivante.* » (Direc_01), les réunions de travail entre les équipes : « *Des réunions de travail entre ASH seraient utiles pour construire leur fiche de poste et mettre en place des procédures qui les concernent. De même, il serait bénéfique de réunir les équipes de soins de nuit afin de travailler ensemble et construire des procédures adaptées.* » (Direc_01) et les réunions du personnel : « *Les réunions du personnel, j'essaie d'en organiser 2 à 3 par an. L'année dernière, nous n'en avons organisé que 2. Donc, j'organise une en début d'année, une pendant l'été ou après le retour des congés, et une en fin d'année si possible.* » (Direc_01), sont essentielles pour assurer une coordination efficace entre les différentes parties prenantes. Les réunions permettent de faire le point sur les problèmes rencontrés, de planifier les actions à venir et de partager les informations pertinentes. Un défi majeur est la participation limitée du personnel de soin lors des réunions comme le souligne Adm_01 « *Elles ne participent pas beaucoup, il y en a 2 ou 3 qui se manifestent, sinon les autres écoutent juste mais ne participent pas.* » (Adm_01) et confirmé « *le problème est là : on se retrouve en réunion avec tout le monde une semaine avant, en train de gueuler et de dire que les choses ne vont pas bien. Puis, on arrive à la réunion officielle et on entend les mouches voler, et ça, ce n'est pas normal non plus. Si nous sommes capables de nous exprimer et de dire que les choses ne vont pas bien pendant une semaine, autant le faire remonter jusqu'à la réunion officielle* » (ASH_01). Le manque d'investissement et de communication active de la part du personnel peut nuire à l'efficacité des réunions et entraver la résolution des problèmes. Il est important d'encourager le personnel à s'exprimer et à partager leurs préoccupations lors des réunions pour assurer une coordination optimale. Certains employés expriment un manque d'intérêt pour les réunions, estimant qu'elles sont centrées sur les intérêts individuels plutôt que sur les problèmes collectifs comme indiqué par IDE_01 « *Je ne suis pas venu à la dernière réunion. La réunion d'avant, c'était peut-être ma première ou ma deuxième. Je trouve que ce n'est pas une réunion constructive, chacun ne pense qu'à son propre intérêt et on essaie de rejeter la faute sur les autres.* » et validé par (AS_01) « *On a essayé de poser des questions sur l'organisation, mais on nous a dit que cela serait abordé lors d'une autre réunion* ». De plus, il semble y avoir un manque de suivi « *La directrice est au courant, mais elle ne dit rien. Une de mes collègues est en vacances et elle est épuisée.* » (AS_01), ce qui peut limiter la portée et l'impact des discussions.

Dans le cas de l'EHPAD 1, les transmissions semblent être un élément central de la coordination formelle. Toutefois, il existe certaines défis associés à ce mode de coordination, tels que l'hésitation à partager des préoccupations devant la directrice et la répétition de certains problèmes. Les transmissions apparaissent comme un outil clé pour la coordination

des soins et le partage d'informations entre les employés : « *En ce qui concerne les transmissions, il y a une réunion du personnel chaque semaine, mais généralement elles ne disent pas grand-chose lors de cette réunion. Elles préfèrent en parler après, en dehors de la présence de la directrice, ou bien lors des transmissions verbales.* » (Supp_01). Les réunions de transmissions offrent une occasion pour les employés de discuter des problèmes rencontrés et de partager des informations sur les résidents et le travail quotidien. Certaines employées expriment une réticence à partager leurs préoccupations ou leurs difficultés lors des réunions de transmissions en présence de la directrice : « *Cela peut être dû au fait qu'elles ne veulent pas le dire devant la directrice, et se plaignent ensuite dans le dos des autres.* » (Supp_01). Cette situation peut limiter l'efficacité des transmissions en tant que mécanisme de coordination, car les problèmes ne sont pas pleinement discutés et résolus. La répétition de problèmes tels que le linge mal géré peut provoquer de la frustration parmi les employés et réduire l'efficacité des transmissions : « *Il est possible que cela devienne pesant à force de répéter toujours la même chose dans les transmissions, comme de faire attention au linge. En ce moment, il y a des réflexions sur le linge mal fait, le linge qui rétrécit, ou le linge qui n'est pas remis dans la bonne chambre.* » (Supp_01). Les employés peuvent se lasser de devoir constamment répéter les mêmes problèmes sans obtenir de solutions ou de changements durables.

En outre, l'arrivée d'une nouvelle directrice a entraîné des modifications importantes dans la gestion et la coordination des soins, ce qui a suscité des réactions mitigées de la part du personnel. Le changement de direction a conduit à l'introduction de nouvelles procédures et règles au sein de l'EHPAD 1 comme nous le rapport Direc_01 : « *Maintenant, elles sont autonomes, et c'est quelque chose qu'on ne peut pas leur enlever, c'est une bonne chose, mais c'est assez limite dans la mesure où elles ont été tellement habituées à travailler seules qu'elles n'ont pas cette notion d'encadrement, de cadre, de la présence d'une direction* ». Ce processus de transition peut être difficile pour le personnel, qui doit s'adapter à de nouvelles méthodes de travail et adopter une approche plus structurée. Certains employés peuvent éprouver des difficultés à accepter ces changements, ayant été habitués à un style de gestion précédent moins présent et moins axé sur les procédures. La nouvelle directrice doit travailler sur l'élaboration et la mise en place de nouvelles procédures et processus au sein de l'établissement, « *Il faut qu'on voie aussi toutes les procédures de l'établissement, qu'elles soient à faire, à créer, à travailler* » (Direc_01). Cela peut inclure la création de nouveaux outils et méthodes de coordination, ainsi que la mise en œuvre de pratiques de gestion plus rigoureuses pour améliorer la qualité des soins et la performance globale de l'EHPAD.

Le passage à un nouveau style de gestion et de coordination peut également avoir un impact sur les relations interpersonnelles au sein de l'EHPAD 1, « *C'est compliqué parce que pour certaines, elles se connaissent à l'extérieur. C'est une relation interpersonnelle donc vous parlez. Quand on rentre ici, on n'est plus vraiment au boulot, il y a une continuité. On est au travail. Et comme il n'y a jamais eu, c'est un peu compliqué, on réinstalle tout ça. Et tout ce qui ressort dernièrement, c'est que voilà, ici maintenant ça devient un petit peu procédurier. Alors ça ne devient pas procédurier, c'est juste qu'on recadre un peu les choses pour le confort de tout le monde, en fait parce qu'il n'y a jamais eu. Et comme il n'y a jamais eu, il faut l'amener doucement et ça prend du temps.* » (Direc_01). La directrice doit donc veiller à gérer les attentes du personnel et à les aider à comprendre les avantages de l'adoption de nouvelles procédures et pratiques pour le bien-être de tous.

En conclusion, le fonctionnement de l'EHPAD 1 repose en grande partie sur des mécanismes de coordination formelle tels que les réunions et les transmissions. Cependant, ces mécanismes sont confrontés à des défis tels que la participation limitée du personnel et la répétition de certains problèmes, ce qui peut réduire leur efficacité. De plus, l'arrivée d'une nouvelle directrice a entraîné des changements importants dans la gestion et la coordination des soins, qui doivent être gérés avec soin pour assurer une transition réussie. Il est essentiel de travailler en étroite collaboration avec le personnel pour encourager leur participation active et pour les aider à comprendre les avantages de l'adoption de nouvelles procédures et pratiques. En s'attaquant à ces défis, la directrice de l'EHPAD 1 pourra améliorer la coordination formelle au sein de l'établissement et assurer une amélioration continue de la qualité des soins pour les résidents.

Coordination informelle (communication informelle, réseaux sociaux professionnels)

Les défis en matière de communication et la présence d'interactions inappropriées au sein de l'EHPAD 1 peuvent affecter la qualité des soins et le bien-être des résidents. Les problèmes identifiés incluent les discussions entre le personnel devant les résidents, l'absence de moyens de communication formels et l'utilisation des réseaux sociaux de manière non professionnelle.

Le personnel de l'EHPAD 1 discute parfois de sujets sensibles devant les résidents, « *Devant les familles ça peut arriver mais c'est surtout devant les résidents. Certains résidents sont au courant de tout ce qui se passe ici, On ne devrait même pas discuter devant eux de quoi que ce soit.* » (Supp_01), « *Il y a des résidents qui viennent me voir et qui disent : "Ça a été la réunion ce matin." Parce qu'elle les voit discuter une demi-heure à côté du chariot alors qu'il n'y a pas eu de réunion. Elle les entend.* » (IDE_01), ce qui peut les exposer à des informations inappropriées et nuire à leur bien-être. Il est important de mettre en place des mécanismes pour protéger les résidents de ces situations et veiller à ce que les échanges avec le personnel soient respectueux et appropriés. Le manque de moyens de communication informels, tels que les téléphones ou les bips, peut entraver la communication efficace entre le personnel : « *On n'a pas de téléphone. Même pour appeler une infirmière en bip. Ça n'aide pas* » (AS_01). Cela conduit à des modes de communication inadéquats, tels que crier dans le bâtiment pour communiquer entre les membres du personnel, ce qui peut nuire à l'ambiance générale de l'établissement et au bien-être des résidents : « *Ça, on le fait toutes (de crier), pourtant la directrice nous l'a déjà dit, mais à mon avis, ça, c'est instinctif. On a tellement pris l'habitude, même moi ça m'arrive, j'essaie de me discipliner. Mais c'est vrai, on ne devrait pas le faire. Ça devrait être calme et non bruyant* » (Supp_01). L'utilisation des réseaux sociaux de manière non professionnelle, telle que l'envoi de messages liés au travail sur Messenger : « *Je lui ai envoyé un message à 16h sur Messenger, ce n'est pas professionnel.* » (IDE_01) ou la prise de photos potentiellement inappropriées : « *Je sais qu'elles se prennent en photo. Après, je n'ai pas vu les photos, après je ne suis pas ami avec elle sur Snapchat.* » (Supp_01), peut également poser des problèmes de confidentialité et de professionnalisme.

En conclusion, la coordination informelle au sein de l'EHPAD 1 présente des défis en termes de communication et peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins et le bien-être des résidents. Les interactions inappropriées entre le personnel, comme les discussions sensibles

devant les résidents, peuvent exposer ces derniers à des informations inappropriées. De plus, le manque de moyens de communication informels peut entraîner des modes de communication inadéquats, tels que crier dans le bâtiment, ce qui peut perturber l'ambiance générale de l'établissement et nuire au bien-être des résidents. Enfin, l'utilisation des réseaux sociaux de manière non professionnelle peut poser des problèmes de confidentialité et de professionnalisme. Il est donc important de mettre en place des mécanismes pour protéger les résidents de ces situations et veiller à ce que les échanges avec le personnel soient respectueux et appropriés. La mise en place de moyens de communication formels et l'encadrement de l'utilisation des réseaux sociaux professionnels peuvent contribuer à améliorer la coordination au sein de l'EHPAD et à assurer un environnement sûr et confortable pour les résidents.

Outils de gestion et de suivi des activités (logiciels, tableaux de bord)

Les mécanismes de coordination en EHPAD peuvent être améliorés par l'utilisation efficace des outils de gestion et de suivi des activités. Toutefois, il est essentiel que le personnel comprenne et accepte la valeur de ces outils pour en tirer pleinement parti. Dans l'EHPAD 1, il semble que plusieurs outils tels que le projet d'accompagnement personnalisé (PAP), le logiciel Titan, les fiches d'événements indésirables (FEI) et les évaluations du personnel rencontrent des difficultés d'adoption et de mise en œuvre.

Le personnel semble considérer le PAP comme un document administratif pénible plutôt qu'un outil utile pour les aider dans leur travail : « Je pense qu'elles ont une méconnaissance assez importante du PAP. J'avais déjà vu dans les dossiers de certains salariés que l'ancienne direction avait fait des rappels avant de sanctionner les salariés qui ne respectaient pas les délais fixés pour la réalisation des PAP et des fiches de poste. Elles voient le PAP comme un document administratif fastidieux à remplir, sans comprendre que cet outil peut leur être utile ». (Direc_01) ce qui a été confirmé par IDE_01, « Avant le Covid, on essayait de mettre en place les dossiers PAP sur papier, mais les salariés ne voulaient pas appeler les familles pour les remplir. Une fois que c'était fait, elles étaient contentes de s'en débarrasser, sans comprendre l'intérêt du truc ». Pour surmonter cette résistance, il est crucial de sensibiliser davantage le personnel à l'importance et aux avantages du PAP et de les impliquer dans son élaboration. Le logiciel Titan, utilisé pour le suivi des soins, est parfois mal utilisé en raison de tensions entre les membres du personnel, « Je pense que quoi qu'on essaye de leur dire, dans Titan, elles notent des choses fausses, juste parce qu'elles sont énervées après une collègue » (IDE_01). Une formation et un encadrement appropriés peuvent aider à souligner l'importance de cet outil et à encourager une utilisation correcte et responsable. Le personnel se sent constamment évalué et craint les erreurs, « Oui, tout le temps. On sent qu'ils cherchent la moindre erreur. Je trouve ça malsain » (AS_01). Il est essentiel de créer un environnement de travail où le personnel se sent soutenu et où l'évaluation est perçue comme un moyen d'améliorer les compétences et les performances plutôt que comme une menace. Le personnel perçoit les FEI comme un moyen de contrôle et de surveillance plutôt que comme un outil d'amélioration, « quand nous avons introduit les FEI, il nous a fallu du temps pour en comprendre l'intérêt, et je pense que certaines personnes ne l'ont pas encore saisi. Elles pensent que les FEI sont utilisées pour sanctionner les erreurs, alors qu'il s'agit plutôt de s'interroger sur les pratiques et d'améliorer la qualité des soins. Avant, il y avait beaucoup de menaces de sanctions sans jamais rien faire, mais depuis que j'ai pris

la direction de l'établissement, nous avons commencé à mettre en place des sanctions de manière plus régulière, peut-être même toutes les semaines » (Direc_01). Il est important de clarifier l'objectif des FEI et de les présenter comme un moyen d'identifier et de résoudre les problèmes pour améliorer la qualité des soins.

En résumé, les mécanismes de coordination en EHPAD, notamment au sein de l'EHPAD 1, peuvent être améliorés grâce à une meilleure compréhension et acceptation des outils de gestion et de suivi des activités. Il est crucial de sensibiliser le personnel à l'importance de ces outils, tels que le PAP, le logiciel Titan, les Fiches d'Événements Indésirables (FEI) et les évaluations, afin de garantir leur adoption et leur utilisation efficace. De plus, il est essentiel de créer un environnement de travail soutenant, où les évaluations sont perçues comme des opportunités d'amélioration et non comme des menaces. Une communication transparente et un encadrement approprié peuvent aider à surmonter les difficultés et les résistances rencontrées par le personnel, ce qui, à terme, améliorera la qualité des soins et la coordination au sein de l'EHPAD.

Synthèse :

L'étude de l'EHPAD 1 souligne l'importance des réunions et des transmissions pour la coordination des soins, malgré des défis tels que la participation limitée du personnel et la répétition de problèmes.

L'arrivée d'une nouvelle directrice a initié des changements procéduraux, nécessitant une gestion délicate des attentes du personnel. Les interactions inappropriées et l'utilisation non professionnelle des outils de communication nuisent à l'ambiance et à la qualité des soins.

Enfin, une meilleure compréhension et acceptation des outils de gestion et de suivi s'avèrent nécessaires pour améliorer la coordination des soins.

▪ **Rôles et responsabilités dans la coordination**

Responsabilité du directeur dans la coordination globale

La directrice de l'EHPAD 1 reconnaît la difficulté de trouver un équilibre entre sa présence sur le terrain et la nécessité de déléguer certaines responsabilités aux membres du personnel encadrant : « *Quand je peux, j'essaie d'assister aux transmissions. Ce n'est pas toujours possible parce que des fois on est prises toute la journée. Ça aussi, c'est une difficulté qui a, c'est le fait que je ne sois pas assez souvent pour l'équipe sur le terrain.* » (Direc_01). Cette situation peut créer une certaine confusion quant aux rôles et responsabilités des membres du personnel et du directeur, ce qui peut impacter la coordination globale au sein de l'EHPAD. La directrice mentionne également que les attentes du personnel concernant son rôle ne sont peut-être pas claires : « *Elles attendent de moi, je pense aussi, ce n'est peut-être pas très clair, les missions d'un directeur d'établissement, parce qu'elles attendent que je sois là en permanence.* » (Direc_01). La présence de la directrice lors des transmissions peut même créer une dépendance involontaire envers son autorité, ce qui limite l'autonomie et la légitimité des personnels encadrants, tels que les infirmières : « *C'est à ce moment-là, c'est l'infirmière*

qui a la légitimité pour répondre et pour prendre la décision. Mais dès que je suis là, hop, voilà, il n'y a plus de notion de l'infirmière qui est là et à qui on pose la question. » (Direc_01).

L'objectif principal évoqué par la directrice est de créer un cercle vertueux où les intérêts des résidents sont au cœur des préoccupations, ce qui devrait également faciliter le travail du personnel et améliorer leur satisfaction : « *Elles n'ont pas encore réussi parce qu'on est en train de travailler cette dynamique pour renverser ça. De comprendre que de servir les intérêts des résidents en premier lieu, ça aura immédiatement des répercussions sur leur travail aussi qui sera facilité et ainsi de suite. » (Direc_01).* Pour y parvenir, la directrice cherche à déléguer certaines décisions et responsabilités aux membres du personnel encadrant, tout en maintenant une certaine cohésion et unité au sein de l'équipe : « *Bien sûr que je serais décisionnaire final, mais à d'autres niveaux il y a d'autres personnes qui peuvent prendre des décisions. Et ça, c'est ce que j'explique aux infirmières, à un moment donné on peut ne pas être d'accord, on peut en discuter, mais par contre voilà il faut devant les équipes afficher une certaine unité et nous on rediscute après tout ça. » (Direc_01).* La directrice souligne également l'importance d'établir un partenariat solide avec les infirmières coordinatrices (IDEC) pour assurer une coordination efficace en son absence : « *Comme j'essaie de l'expliquer, c'est que justement j'ai besoin de ce partenariat avec cette IDEC pour pouvoir m'aider dans cette partie-là parce que je ne peux pas toujours être sur le terrain. » (Direc_01).* Enfin, la directrice évoque les améliorations apportées aux routines quotidiennes du personnel pour favoriser leur bien-être et assurer une meilleure prise en charge des résidents : « *Ça va mieux. Le matin, elles ne réfléchissent pas encore une fois pour le résident, le matin c'est la toilette, le midi c'est le repas. L'après-midi c'est réglé: entre les accompagnements à la toilette ou à la sieste pour ceux qui vont à la sieste, le lever de sieste et le goûter. » (Direc_01).* Ainsi, cette analyse met en évidence les efforts déployés par la directrice pour améliorer la coordination globale au sein de l'EHPAD 1, en travaillant sur la délégation des responsabilités, le partenariat avec les IDEC, et l'ajustement des routines quotidiennes pour favoriser le bien-être du personnel et des résidents.

L'un des enjeux que rencontre l'EHPAD 1 est la question de la légitimité du directeur pour prendre des décisions concernant les soins aux résidents. La directrice, n'ayant pas été infirmière, peut manquer d'expérience et de connaissance pratique des besoins spécifiques des résidents et des défis auxquels le personnel soignant est confronté quotidiennement : « *Je sais que Madame la directrice, elle n'a pas été infirmière. Je pense quand même que c'est ça qui manque. » (AS_01).* En outre, le personnel de santé aimerait que la directrice et l'infirmière coordinatrice puissent mieux écouter et prendre en compte les suggestions du personnel soignant pour améliorer les soins aux résidents. Par exemple, l'assistant de soins (AS_01) mentionne un cas où une proposition pour améliorer le confort d'un résident pendant les repas a été rejetée sans véritable justification : « *Et c'est un monsieur qui est quand même difficile à mobiliser, et tout de suite l'IDEC a demandé à la directrice qui lui a dit « on ne va quand même pas lui mettre ton tablier en plastique ». Pourquoi pas ? mais c'est juste le temps du repas. Après il est propre sur lui et on lui enlève après. » (AS_01).*

La directrice reconnaît la difficulté de trouver un équilibre entre sa présence sur le terrain et la délégation des responsabilités aux membres du personnel encadrant, ce qui peut créer une confusion et impacter la coordination globale. Les attentes du personnel concernant le rôle de la directrice ne semblent pas claires et peuvent créer une dépendance involontaire envers son autorité. Pour améliorer la coordination, la directrice cherche à déléguer certaines décisions et responsabilités, à travailler en partenariat avec les infirmières coordinatrices et à ajuster les routines quotidiennes pour favoriser le bien-être du personnel et des résidents.

Cependant, sa légitimité pour prendre des décisions concernant les soins aux résidents est remise en question en raison de son manque d'expérience en tant qu'infirmière. De plus, le personnel soignant souhaite une meilleure prise en compte de leurs suggestions pour améliorer les soins aux résidents.

Coordination au sein des équipes médicales et paramédicales

L'analyse la coordination au sein de l'EHPAD 1 se penche ici sur la coordination au sein des équipes médicales et paramédicales, notamment en ce qui concerne la sectorisation et les horaires de travail. La sectorisation, mise en place en réponse à la pandémie de Covid-19, consiste à attribuer aux membres du personnel un secteur et un horaire fixes pour limiter les contacts et les risques de contamination. Bien que cette mesure vise à protéger les résidents et le personnel, elle a des conséquences sur l'organisation du travail et la dynamique d'équipe. Le personnel estime que la sectorisation limite les interactions entre les résidents et les professionnels de santé : « *Non elle sature parce que c'est tout le temps les mêmes résidents. Ce sont toujours les mêmes horaires, en fin de compte elle ne tourne pas avec les autres résidents. C'est la sectorisation.* » (Supp_01). De plus, cette situation peut engendrer une certaine lassitude et pesanteur au sein des équipes, qui ne peuvent plus changer de secteur ni d'horaire : « *disons qu'on quitte toujours à 20h30 tous les soirs c'est vrai que ça devient un peu pesant.* » (AS_01).

La directrice envisage de modifier la répartition des équipes et des horaires pour soulager certaines personnes et améliorer la coordination entre les équipes médicales et paramédicales : « *Cependant, ce que j'envisage de faire de l'IDE de l'autre équipe passe IDEC, c'est de changer IDE_01 de roulement pour la soulager et qu'elle aille avec l'équipe qui est plus facile. Et quand on aura recruté la nouvelle infirmière, on mettra quelqu'un avec un peu plus de poigne et qui gère correctement l'autre équipe.* » (Direc_01). Cependant, la sectorisation a également provoqué la formation de clans et de rivalités entre les équipes : « *Je ne sais pas, je sais qu'il n'y a pas que ça. Mais dans les autres établissements ce n'étaient pas des roulements fixes, toutes les aides-soignantes tournent ensemble. Alors je ne pense pas que ça changera quelque chose parce que par devant tout se passe bien. Mais par derrière, l'équipe se tire dessus.* » (IDE_01). En ce qui concerne les horaires de travail, l'instauration de journées de 10 heures semble plaire à une partie du personnel : « *C'est bien mais c'est le seul EHPAD où je vois qu'elles se plaisent en 12H, c'était prévu mais la charge de travail et quand même assez conséquente, elles les lèvent le matin et les couchent le soir.* » (IDE_01). Toutefois, certains membres du personnel estiment que ces horaires favorisent un comportement opportuniste : « *C'est moins j'en fais, mieux je me porte. Si je peux le refiler à ma collègue, Au lieu de l'aider, Si je peux lui refiler, on le refile. C'est comme ça que je le ressens. Il y a une urgence, on nous dit, je peux fumer c'est l'heure de ma pause il n'y a pas de jugeote.* » (IDE_01). Cette attitude peut nuire à la coordination et la coopération entre les membres du personnel. Par ailleurs, les horaires peuvent également affecter la capacité des membres de l'équipe à prendre des décisions judicieuses : « *Et là y'a une aide-soignante qui me dit bah après 20h30 j'ai plus de bon sens, parce qu'on a changé les horaires* » (IDE_01).

De plus le fonctionnement des deux équipes soignantes est différent : « *L'autre équipe si vous voulez elles vont faire leur toilette, en exemple Madame untel y'a une collègue qui va réussir à lui faire la toilette toute seule et cette équipe actuelle il faut qu'elles soient à 2. Elles sont souvent ensemble, il faut qu'elles soient 2 pour faire une toilette où il n'est pas nécessaire d'être 2.* » (Supp_01). Cette disparité peut créer des obstacles à la coordination et à l'efficacité globale des soins. Les relations entre les équipes sont tendues : « *Après y'a de la jalousie d'une équipe à l'autre. À chaque fois, que je viens elle me dise y'a pas l'autre qui a fait ça. C'est souvent comme ça.* » (Supp_01). Ces tensions peuvent nuire à la collaboration et à la coordination entre les membres du personnel. L'une des équipes se protège et se soutient mutuellement, refusant de collaborer avec l'autre équipe ou les autres services : « *elles se soutiennent entre elles. Il y'a certains trucs qu'on a eus ici, où elles n'étaient pas toute seules et que des filles ont été témoins et n'ont jamais rien dit.* » (Supp_01). Cette attitude peut exacerber les tensions et entraver la coordination entre les équipes. Le manque d'entraide entre les équipes est également préoccupant : « *J'ai arrêté de remplacer quand il y avait une absente par confort pour l'équipe je demande quand même à la contre équipe s'il y en a une de volontaire et de disponible pour faire des heures supplémentaires si ça intéresse. Mais non, il y en a une équipe qui est beaucoup plus aidante vis-à-vis de l'autre équipe. Il y a une équipe qui ne fait jamais la contrepartie et qui ne propose jamais d'arranger un petit peu quand il y a des absences. Elle estime que c'est à moi de me débrouiller avec ça. Et qui si on doit faire appel à de l'intérim, il y aura de l'intérim est c'est tout.* » (Direc_01). Cette situation peut engendrer des difficultés de gestion pour la direction et des répercussions négatives sur les soins aux résidents.

Les différences de formation entre les membres du personnel peuvent également impacter la coordination : « *Et ça ce sont des arguments qui reviennent souvent. Oui mais on n'a pas appris ça oui mais on ne fait pas comme ça ailleurs. Ailleurs ils ne font pas si oui mais là on ne fait pas comme ça. Peu importe les autres établissements nous ici on fait comme ça et faire différemment ce n'est pas une mauvaise chose non plus surtout quand c'est dans l'intérêt des résidents.* » (Direc_01). La citation de Direc_01 met en évidence un problème de coordination au sein de l'équipe de professionnels travaillant dans le secteur médico-social : « *Celles qui n'osent pas faire certaines activités avec les résidents par crainte des critiques de leurs collègues, ou parce que ces activités sont considérées comme "du bon temps", ne font rien en réalité. Je leur ai dit que c'était une erreur, que ces activités font partie de leur travail et qu'elles sont même la partie la plus agréable. Il faut donc en profiter puisque c'est ce qui est demandé. Si vous passez une heure à faire une activité avec un résident, personne ne viendra vous dire que ce n'est pas bien. Personnellement, je préfère vous voir faire une activité avec un résident plutôt que de voir quatre personnes discuter inutilement au-dessus d'une panier de linge à trier.* ». La coordination par les pairs est l'une des formes de coordination décrites par Mintzberg. Elle suppose une interaction directe entre les membres d'un groupe, qui s'appuient sur leurs connaissances et compétences pour résoudre les problèmes. Dans le secteur médico-social, cette forme de coordination est essentielle pour garantir une prestation de services de qualité aux résidents. Certains membres de l'équipe hésitent à mener certaines activités avec les résidents, par peur de la critique de leurs collègues. Cette situation peut entraîner une perte de temps et de ressources pour l'équipe, ainsi qu'un manque de qualité dans la prestation de services aux résidents. Les employés doivent s'adapter aux pratiques de l'établissement, même si elles diffèrent de ce qu'ils ont appris ailleurs. Il est essentiel de promouvoir l'adaptabilité et la flexibilité pour assurer une coordination efficace et répondre aux besoins des résidents.

Un des autres défis que rencontre l'EHPAD 1 concerne la coopération entre les infirmières et les aides-soignantes. En effet, lors des entretiens, les aides-soignantes expriment leur insatisfaction quant au manque de collaboration et d'aide des infirmières dans les soins aux résidents. Comme l'explique l'une d'elles : « *Moi ce que je trouve un peu aberrant, c'est qu'une infirmière ne vient pas nous aider dans les soins . Là on a vraiment l'impression d'être les aides-soignantes et l'infirmier de l'autre côté.* » (AS_01). Les infirmières semblent se désimpliquer de certaines tâches, comme aider à soulever un patient ou effectuer un pansement, ce qui nuit à la coordination et à la qualité des soins. Le souci de coordination est dû également à la communication entre les infirmières et les aides-soignantes qui est insuffisante, ce qui entraîne des tensions et des malentendus. Une infirmière témoigne : « *Moi je leur ai dit et on était toutes là si vous avez quelque chose à me reprocher dans ma façon de faire dites-le moi, je leur ai dit ça doit fonctionner dans les deux sens. Je ne dis pas que je suis parfaite et si ça vient de moi dites-le moi. Et elles ne me disent rien elles restent là plantées et elles repartent.* » (IDE_01). Les infirmières perçoivent un manque d'envie et de respect de la part des aides-soignantes, qui ne montrent pas toujours leur volonté d'aider et peuvent adopter des comportements provocateurs ou irrespectueux. Une infirmière exprime son ressenti : « *non, non ils ont aucun respect ils me tiennent tête, ils me provoquent. Quand on fait les transmissions, elle regarde l'armoire. Je suis là, elle est assise là, et elle regarde l'armoire.* » (IDE_01). Les aides-soignantes rapportent des expériences différentes selon l'infirmière avec laquelle elles travaillent : « *Celle de l'autre équipe ? Oui, ce n'est pas la même chose. Je préfère quand c'est elle, car parfois on l'a seulement une fois par semaine, ce n'est pas la même chose sur toute une journée.* » (ASH_02). Certaines infirmières sont plus respectées et parviennent à mieux gérer les équipes, tandis que d'autres peinent à organiser et à coordonner efficacement les soins. L'IDE présente témoigne : « *Je ne la croise jamais après l'autre IDE est là depuis 10 ans. Elle est plus respectée que moi quand elle dit quelque chose, ça file. Moi je n'ai pas ce tempérament-là, je ne suis pas comme ça. Le problème c'est que si on ne leur crie pas dessus elles ne le font pas.* » (IDE_01). Cette différence serait dû au fait que l'IDE_01 manque de disponibilité et d'organisation : « *il y en a une quand on l'appelle elle ne vient pas tout de suite. Ou elle nous dit tiens prends le pansement tu vas le faire. et c'est que quand elle voit qu'on est un peu comme hier avec 3 intérimis et je suis toute seule elle n'est même pas venue m'aider.* ». Ce manque d'organisation et de disponibilité de l'IDE_01 ne permet pas d'avoir une bonne coordination entre le personnel soignant ce peut nuire à la qualité des soins fournis aux résidents et la qualité. Pour remédier à la situation, la directrice a pris la décision de changer les équipes et les infirmières impliquées : « *J'ai changé les équipes à plusieurs reprises, ce n'est pas la première fois que je le fais. À l'heure actuelle, l'équipe qui fonctionne le mieux est celle avec laquelle nous avons eu des problèmes auparavant. IDE_01 et l'autre IDE ont changé de roulement pour soulager IDE_01, qui avait la charge de gérer une ou deux équipes correctement. La tendance s'est renversée, l'équipe qu'Élodie voit le plus a commencé à bien fonctionner et tout se passe très bien. L'autre équipe qui fonctionnait bien auparavant à maintenant des problèmes.* » (Direc_01). Cependant, ces changements ont entraîné une détérioration des relations entre les professionnels et une coordination moins efficace, malgré le fait qu'ils aient été effectués dans le but d'améliorer la situation.

En conclusion, la coordination au sein de l'EHPAD 1 est influencée par la sectorisation et les horaires de travail, ainsi que par les différences de formation et les relations interprofessionnelles. La sectorisation a des conséquences sur l'organisation du travail et la

dynamique d'équipe, et peut engendrer des tensions entre les équipes. Les horaires de travail ont des effets contrastés sur la satisfaction et la performance du personnel, et peuvent favoriser un comportement opportuniste. Les différences de formation peuvent créer des obstacles à la coordination, tandis que les relations interprofessionnelles tendues et les comportements provocateurs ou irrespectueux peuvent nuire à la qualité des soins. La directrice a pris des mesures pour améliorer la coordination, notamment en changeant les équipes et les infirmières impliquées, mais cela a entraîné une détérioration des relations entre les professionnels. Il est donc essentiel de promouvoir l'adaptabilité et la flexibilité pour assurer une coordination efficace et répondre aux besoins des résidents, ainsi que de travailler sur la communication et le respect mutuel entre les membres de l'équipe pour favoriser la collaboration et la coordination. La coordination au sein de l'EHPAD 1 est un défi complexe, qui nécessite une réflexion approfondie et une action concertée pour garantir une prestation de services de qualité aux résidents.

Coordination entre les services (social, administratif, médical)

La coordination entre les différents services peut être entravée par des membres du personnel qui privilégient leurs intérêts personnels et se protègent mutuellement en cachant des informations : « *Elles sont plus en train de parler de leurs propres problèmes.* » et « *elles sont capables de cacher des trucs et d'en parler à leurs collègues. Et elles sont solidaires, elles ne balanceront pas* » (Supp_01). Cela peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins et la communication entre les différents services. Il est donc crucial de promouvoir un environnement de travail axé sur le bien-être des résidents et la collaboration entre les services.

La direction travaille sur un projet visant à améliorer l'intégration des animatrices au sein de l'équipe, car elles ne sont pas encore pleinement intégrées : « *Je suis en train de travailler sur un projet, là-dessus, pour essayer de transformer un petit peu l'organisation qu'on retrouve de l'animation dans l'établissement parce que les animatrices ici ne sont pas intégrés dans l'équipe.* » (Direc_01). En renforçant l'intégration de ces animatrices, il sera possible d'améliorer la coordination globale et d'assurer une meilleure prise en charge des résidents. Le directeur souligne l'importance de reconnaître et de valoriser les différents rôles et responsabilités de chaque membre du personnel, en travaillant sur la prise de conscience collective : « *Certes il y a des métiers différents dans les ehpad ; il y a des corps différents avec des missions différentes et toutes ces missions elles s'imbriquent les unes avec les autres et qu'elles sont complémentaires on a besoin de tout le monde pour pouvoir assurer le fonctionnement d'un ehpad d'un l'établissement.* » (Direc_01). Il est également important de rappeler que la réussite de l'établissement dépend de la contribution de tous les employés, y compris les infirmières, les médecins, les cuisiniers et les secrétaires : « *Non elles estiment encore un peu trop les infirmières que la direction et il y a le reste de l'établissement. Je le rabâche chaque fois que je vois Caroline, moi je leur dis-moi toute seule je ne peux pas y arriver que je révolutionne le pont du gué à moi toute seule, je n'y arriverai, ça passera par vous, ça ne passera pas idéc ça passera par le médecin par la cuisine par la secrétaire tout le monde a son rôle à jouer pour que ça puisse fonctionner* » (Direc_01). Cependant, il est essentiel de préserver la confidentialité des soins et de maintenir des limites appropriées entre les différents services : « *ici de toute manière là l'équipe c'est toute la maison. Mais je pense*

que le cuisinier il y a des choses qu'il n'a pas à savoir de nos soins. Je trouve qu'il est beaucoup, beaucoup avec les infirmières, et qu'il sait beaucoup de choses sur nos soins. La chose de Noël était déjà au courant avant que nous, on sache tout ça. » (AS_01). Cette citation met en évidence l'importance de préserver la confidentialité des informations relatives aux soins et de maintenir des limites professionnelles entre les différents services. Bien que la collaboration et la communication soient essentielles, il est crucial de respecter les limites appropriées pour assurer la protection des informations sensibles et la vie privée des résidents.

En conclusion, l'amélioration de la coordination entre les services sociaux, administratifs et médicaux au sein de l'EHPAD 1 nécessite de prendre en compte plusieurs éléments, tels que la promotion d'un environnement axé sur le bien-être des résidents, l'intégration de toutes les catégories de personnel, la reconnaissance des différents rôles et responsabilités, ainsi que le respect des limites professionnelles et de la confidentialité. En tenant compte de ces aspects, il sera possible de surmonter les défis et d'améliorer la collaboration et la coordination entre les différents services, assurant ainsi une meilleure prise en charge des résidents.

Conséquences sur la satisfaction des résidents et de leurs familles

La satisfaction des résidents et de leurs familles est un enjeu essentiel dans les EHPAD, et la coordination des rôles et responsabilités des différents acteurs y contribue directement. Les résidents et les familles semblent apprécier le fait que le personnel soit sectorisé, permettant ainsi une meilleure connaissance et anticipation des besoins des résidents : « *je ne trouve que des avantages, après je ne sais pas pour les autres mais moi je sais avec la sectorisation maintenant mes résidents ils ont l'habitude.* » (ASH_02) ; « *après à force on les connaît, comme ça on peut anticiper ce qu'ils veulent.* » (ASH_02). Cependant, il est important de prendre en compte les attentes des familles et des résidents, qui peuvent parfois être liées à une perception erronée de leurs droits. Par exemple, certains résidents et familles estiment que le fait de payer donne droit à une prise en charge totale, même lorsque le résident est encore autonome : « *je paye j'ai le droit de faire entre guillemets ce que je veux. C'est la réflexion qu'on a des résidents.* » (Supp_01). Le dialogue et la communication entre le personnel et les familles sont également essentiels pour assurer la satisfaction des résidents et de leurs familles. Par exemple, un membre du personnel administratif mentionne : « *Moi aussi je parle avec les familles et avec les résidents. Je m'aperçois de beaucoup de choses qui ne vont pas. On est tous là pour travailler et faire que tout soit meilleur, que la prise en charge des résidents soit meilleure. Mais également que les familles soient contentes de la prise en charge des résidents. Et quand il y a quelque chose qui ne va pas qu'on puisse en discuter. Je pensais que c'était moi en tant que personne qui posait un problème.* » (Adm_01). Enfin, il est essentiel de reconnaître que le personnel médical et paramédical peut parfois être débordé, ce qui peut limiter leur capacité à répondre pleinement aux besoins des résidents et à satisfaire les attentes des familles : « *Et des fois, je pense qu'au niveau du soin, elles n'ont pas le temps aussi, je pense. Elles ont tellement de choses à faire. Et je pense que c'est la problématique des EHPAD, c'est la première fois que je travaille en EHPAD et je n'ai jamais travaillé en EHPAD. Mais par rapport à tout ce qu'on me dit mis sur les autres ehpad, les dire des familles qui viennent nous voir.* » (Adm_01).

En somme, pour améliorer la satisfaction des résidents et de leurs familles au sein de l'EHPAD 1, il est nécessaire de renforcer la coordination entre les différents acteurs, de promouvoir le dialogue et la communication, et de prendre en compte les attentes et les besoins spécifiques des résidents et de leurs familles.

Synthèse :

La coordination au sein de l'EHPAD 1 est confrontée à plusieurs défis.

D'une part, la directrice reconnaît la nécessité d'équilibrer sa présence sur le terrain avec la délégation de responsabilités. Cette tension engendre une confusion des rôles et pourrait nuire à la coordination globale.

D'autre part, des problématiques de sectorisation, d'horaires de travail, de relations interprofessionnelles et de différences de formation influent sur la dynamique des équipes. Enfin, l'intégration des animatrices et la communication avec les familles et résidents sont identifiées comme des aspects importants à améliorer. Tous ces enjeux nécessitent une réflexion et une action conjointes pour garantir la qualité des services aux résidents.

IV.1.2.3. Comportement de retrait au sein de l'EHPAD 1

▪ Identification des comportements de retrait

Nous allons nous concentrer sur l'identification des comportements de retrait au sein de l'EHPAD 1. : « Il y a eu beaucoup de départs liés à la direction. Parce qu'elle n'était pas présente et quand elle était présente, il fallait que tout soit bien fait, tout soit carré. Après il y avait des disputes et il y a eu des discussions. Il est arrivé que les gens partaient comme ça, sur un coup de tête ». (Adm_01). Pour identifier et aborder les comportements de retrait au sein de l'EHPAD, il est important d'évaluer les causes sous-jacentes de ces comportements et d'adopter des stratégies de prévention.

▪ Facteurs contribuant aux comportements de retrait

L'un des éléments clés observés dans le comportement de retrait est la tendance des employés à prendre des arrêts de travail à la suite de conflits ou d'avertissements avec la direction. Supp_01 mentionne qu'une collègue s'est mise en arrêt de travail après avoir reçu un avertissement et a finalement démissionné : « *J'ai eu des collègues qui se sont mis en arrêt parce qu'elles ont reçu des avertissements. Et après, la personne en question a démissionné et s'est mise en arrêt le lendemain, car elle ne comprenait pas pourquoi elle avait reçu l'avertissement.* ». Cette situation montre que la perception d'injustice ou d'incompréhension des avertissements peut aggraver ce sentiment et encourager le retrait. Concernant les autres raisons du départ, les employés quittent l'EHPAD pour diverses raisons, notamment le

manque d'adhésion aux valeurs de l'établissement et l'absence de soutien de l'équipe. Direc_01 souligne que si les employés ne retrouvent pas leurs valeurs professionnelles au sein de l'équipe, ils sont susceptibles de partir : « *Tout le monde adhère et tout le monde est super motivé. Mais, par la suite, elles s'en vont, car ce sont ces personnes-là que j'ai senti impliquées et ayant de réelles valeurs professionnelles. Elles partent parce qu'elles ne retrouvent pas leur compte dans l'équipe* ». De même, IDE_01 mentionne que l'intégration est compliquée, et que ceux qui travaillent moins bien semblent s'intégrer plus facilement : « *Ici, c'est compliqué pour se faire intégrer. J'ai l'impression que moins on travaille bien, mieux on s'intègre.* »

Le fonctionnement de l'équipe joue également un rôle crucial dans les comportements de retrait. Direc_01 décrit comment l'équipe doit réussir à éliminer les éléments perturbateurs pour éviter de rester dans la même boucle : « *Il va falloir qu'on réussisse à faire partir les éléments perturbateurs, car sans cela, on restera dans la même boucle où on est. Les personnes qui viennent voir et qui ont entendu que ça avait changé et que c'est mieux, viennent et sont contentes. Quand moi, je leur explique un petit peu l'historique de l'établissement pour qu'elles comprennent un petit peu l'histoire, les difficultés qu'on a aujourd'hui, et sur quoi on veut avancer, les valeurs que moi j'ai envie de porter dans cet établissement.* ». L'accueil des nouvelles recrues peut être un problème, comme nous le confit la Direc_01 en mentionnant une infirmière qui ne fait pas bon accueil aux nouveaux arrivants : « *On a une infirmière qui n'est pas là aujourd'hui, qui est sur la structure depuis un peu plus de 10 ans, jeune et qui ne fait et ne faisait pas bon accueil. J'ai pu travailler aussi un petit peu avec elle là-dessus. Mais, elle ne fait pas bon accueil du tout aux personnes, parce que dans sa tête, c'est que de toute façon, toutes les personnes qui viennent ici ne restent pas, donc ça ne sert à rien de travailler là-dessus.* ». Les relations interpersonnelles influencent également le comportement de retrait. Adm_01 explique que des démissions sont survenues en raison d'une imbrication entre la vie personnelle et le travail, ce qui a fini par nuire au fonctionnement de l'équipe : « *Il y avait des résidents et des salariés qui partaient parce qu'elles étaient toutes liées les unes aux autres. Les problèmes personnels de chacune s'entremêlaient avec le travail. Certains quittaient leur poste à cause de cela. Maintenant, heureusement, c'est terminé. Du moins, c'est ce que je constate. Nous avons connu beaucoup de démissions à cause de cette problématique, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui* ». Cette situation montre l'importance de maintenir des limites saines entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Enfin, la concurrence avec d'autres établissements peut également contribuer aux comportements de retrait. Certains employés sont partis pour travailler dans un EHPAD voisin, en raison de différences de salaire et de conditions de travail comme le souligne ASH_02 : « *Oui, il y a un EHPAD juste à côté, c'est dans le même village. Certaines collègues sont parties d'ici pour aller là-bas* » (ASH_02) ; « *Je pense que c'est surtout une question de financement* » (Supp_01). Le climat de travail et le salaire sont des facteurs importants qui influencent la décision des employés de rester ou de quitter l'établissement.

En résumé, les principales raisons de départ des employés de l'EHPAD sont liées à l'implication de l'encadrement et du personnel dans leur profession, la difficulté à intégrer de nouvelles recrues, les relations interpersonnelles et le salaire. D'autres facteurs tels que l'état des locaux, le manque de personnel, le besoin de formation continue, la charge de travail élevée, la communication et la qualité des soins sont également mentionnés. Cependant, la gestion des résidents est considérée comme satisfaisante et les conflits entre les équipes sont en voie de résolution. En conclusion, il est crucial de prendre en compte ces facteurs pour comprendre et aborder les comportements de retrait au sein de l'EHPAD 1. La direction doit

travailler sur l'amélioration du climat de travail, le soutien de l'équipe, les relations interpersonnelles, et les conditions de travail pour réduire ces comportements et améliorer la satisfaction et la rétention du personnel.

- **Impact des comportements de retrait sur la qualité de la prise en charge**

L'impact des comportements de retrait sur la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD 1 est manifeste. D'après AS_01, les résidents sont particulièrement perturbés lorsqu'ils voient de nouvelles personnes dans leur équipe de soins : *« hier c'était difficile parce que les pauvres elles étaient vraiment toutes seules... et sinon ce sont surtout les résidents, surtout maintenant avec la Covid, ils se sont habitués à une ou 2 personnes de chaque équipe. Là ils sont complètement chamboulés dès qu'ils voient une autre personne. »* Les avertissements et licenciements ne semblent pas être une solution viable pour résoudre les problèmes de comportement. Supp_01 souligne que : *« les avertissements ça ne fonctionne même pas, licencié bah après je ne sais pas si ça fonctionnerait aussi est-ce qu'on ne peut pas licencier tout le monde. Après faut retrouver derrière. Ça c'est le plus compliqué. »* De plus, IDE_01 mentionne que certains membres du personnel ne partiront probablement pas d'eux-mêmes en raison de leur confort : *« le problème ici c'est que je pense qu'elles ne partiront pas d'elles-mêmes. Il y en a qui n'ont pas de permis, une habite au bout de la rue, elle vient toujours à pied. Je ne dénigre pas mais je pense que ce sont des gens qui ne partiront pas. Dans le sens où ils trouvent leur petit confort. »*. L'intervention d'intérimaires, bien que coûteuse, ne semble pas déranger le personnel soignant. Direc_01 explique : *« Ça ne les gêne pas, je leur ai déjà expliqué en toute transparence que l'intérimaire ça avait un certain budget pour l'établissement que c'était très coûteux. On avait explosé d'ailleurs le budget en 2019. Pour elles, c'est normal même si on leur explique les conséquences. »* Toutefois, les remplacements en interne se révèlent difficiles, comme l'indique Supp_01 : *« Après les filles je sais qu'elles ne veulent plus se remplacer les unes les autres. Parce que ça fait déjà des grosses semaines et vu que ça fait 10h c'est trop lourd. »*

En somme, les comportements de retrait ont des répercussions négatives sur la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD 1. Les résidents sont perturbés par les changements constants dans leur équipe de soins, et les solutions envisagées pour remédier à la situation ne semblent pas être viables. Il est donc crucial de trouver des moyens efficaces pour améliorer le climat de travail et réduire les comportements de retrait pour assurer une prise en charge de qualité pour les résidents.

Synthèse :

L'étude des comportement de retrait des employés de l'EHPAD 1 met en évidence des causes multiples, parmi lesquelles les perceptions d'injustice, le manque d'adhésion aux valeurs institutionnelles, la difficulté d'intégration, les mauvaises relations interpersonnelles, ainsi que les différences de salaire et de conditions de travail avec les établissements concurrents.

Le retrait, qui se traduit par des démissions et des arrêts de travail, a un impact négatif sur la qualité de la prise en charge des résidents, les perturbant par le turnover élevé du personnel. Les solutions actuelles, telles que les avertissements et les licenciements, semblent inefficaces. Il est donc nécessaire d'aborder ces problématiques par des améliorations du climat de travail, un soutien accru de l'équipe, des relations interpersonnelles saines, et des conditions de travail compétitives pour réduire le retrait et améliorer la rétention du personnel.

EHPAD 1 : Tableau récapitulatif des personnels interrogés et leur profil

AS 01			ASH 01		
Questionnaire	Implication professionnelle AC+	Implication organisationnelle AC-/NC-/CC-	Questionnaire	Implication professionnelle AC+/NC/CC-	Implication organisationnelle AC+/NC-/CC-
Dimension affective	Choix d'études spécifiques indiquant un intérêt personnel Satisfaction personnelle tirée de l'aide aux autres et du contact humain Recherche d'un cadre professionnel correspondant à ses préférences personnelles Motivation intrinsèque et désir de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des résidents	Degré d'attachement émotionnel et d'identification à l'organisation Désaccord avec la manière dont l'organisation est gérée Préoccupation pour le bien-être des résidents et insatisfaction vis-à-vis des pratiques de l'organisation	Dimension affective	Satisfaction et passion pour le travail Le travail perçu comme une vocation La relation personnelle qu'elle a établie avec les résidents Fierté pour le métier Reconnaissance du rôle émotionnel (sens au travail)	Importance de la qualité de l'assistance aux résidents et des valeurs de l'établissement Attachement émotionnel à l'organisation et à son rôle à l'intérieur de celle-ci Crainte de perdre les liens établis au sein de l'organisation actuelle
Dimension normative		Implication en raison de l'ancienneté dans l'établissement	Dimension normative	Assumer des rôles supplémentaires au-delà de la désignation officielle (opportunité professionnelle)	Responsabilité éthique et morale envers les résidents
Dimension calculée		Avantages personnels et gestion de l'équilibre vie professionnelle / vie privée Proximité et taille de l'organisation Avantages financiers	Dimension calculée		

ASH 02			IDE 01		
Questionnaire	Implication professionnelle AC+/NC-/CC-	Implication organisationnelle AC/NC-/CC-	Questionnaire	Implication professionnelle AC/NC-	Implication organisationnelle NC/CC-/AC-
Dimension affective	Connexion émotionnelle avec le rôle : histoire personnelle Intérêt personnel et désir de développement professionnel Satisfaction émotionnelle et attachement à la relation d'aide	Sentiment d'appartenance et de stabilité Besoin de reconnaissance et d'appréciation Insatisfaction et tension au travail	Dimension affective	Valeurs professionnelles et personnelles Satisfaction et implication envers la profession Besoin d'amélioration et d'auto-évaluation Sacrifices personnels et professionnels Réflexion sur l'avenir professionnel	Sentiment d'appartenance et attachement à l'organisation Sentiment d'embarras ou de malaise lié à l'organisation Diminution de l'attachement à l'organisation Sacrifice pour l'organisation
Dimension normative		Sens du devoir et implication à long terme	Dimension normative	Sens du devoir et obligation professionnelle	Sentiment d'obligation morale Acceptation des normes organisationnelles Relation positive avec la direction
Dimension calculée	Reconnaissance des avantages à long terme et du développement professionnel	Évaluation des coûts et bénéfices (salaire)	Dimension calculée		Évaluation des coûts et avantages Équilibre entre travail et vie personnelle

Tableau 15 : La relation au travail des salariés, les profils d'implication (EHPAD 1)

IV.2. ANALYSE INTRA-CAS EHPAD 2

Le deuxième établissement étudié est l'EHPAD 2, qui fait partie du même groupe que l'EHPAD 1. La directrice a été informée de ma visite et s'est rendue disponible pendant les deux jours. Nous avons mené dix entretiens semi-directifs dans la structure du 1er au 2 juillet 2021, avec une durée moyenne d'une heure par salarié, sauf pour la directrice avec qui nous avons mené trois entretiens. Le premier entretien, qui a duré 3 heures et 45 minutes, portait sur la structure, le rôle de la directrice, les évolutions du secteur, ainsi que sur son avis concernant les comportements de retrait et l'avenir des EHPAD. Les deux autres entretiens, d'une durée de 1 heure 45 et de 40 minutes, visaient à faire un retour sur les entretiens et les observations réalisés. La directrice a demandé à ses salariés, le jour même, qui souhaitait participer à ces entretiens. Elle a également coordonné les différents entretiens, étant donné que l'IDEC n'était pas présente dans l'établissement lors de notre visite. La plupart des entretiens ont eu lieu dans la salle des familles, ce qui a favorisé les échanges. Les entretiens avec la directrice ont quant à eux été réalisés dans son bureau.

En outre, la directrice nous a fait visiter l'établissement et nous avons déjeuné avec les résidents dans le restaurant de l'EHPAD, ce qui m'a permis de recueillir des données supplémentaires sur le fonctionnement et l'environnement de travail des salariés.

IV.2.1. Un EHPAD 2 : un établissement en fin de restructuration

L'EHPAD 2 est un établissement privé construit en 1990 et localisé à 35 km de Paris. Il dispose d'une capacité d'accueil allant jusqu'à 80 résidents, ce qui correspond à la taille moyenne des EHPAD en France. En outre, il possède une unité protégée composée de 12 lits. Notons également que cet établissement fait partie du même groupe que l'EHPAD 1 et bénéficie d'outils de gestion et de contrôle de gestion similaires.

Historique de l'établissement

En début 2018, l'établissement a été racheté par un groupe privé, avant cela, il était la propriété d'une personne et appartenait déjà au secteur privé. Ce rachat a suscité des inquiétudes parmi les salariés, surtout le fait que cela soit repris par un groupe. Selon l'une des employées « *Oui voilà, avec le départ de l'ancien propriétaire, certaines ont dit je ne vais pas travailler sans lui. Le changement de groupe ça faisait peur à l'époque. Moi j'ai dit non, j'ai connu des groupes, ce n'est pas ce que vous croyez. Pour les filles pour elle le groupe c'était l'usine, c'était l'exploitation, le groupe c'était ça. Donc il y avait ça aussi qui a fait partir les filles.* » (AMP_01). Les employées étaient inquiètes quant aux effets du changement de gestion et de propriétaire sur leurs salaires et leurs conditions de travail. La directrice a joué un rôle clé pendant cette période de transition en les rassurant : « Les salariés avaient très peur. En disant, on va avoir nos salaires qui vont diminuer. J'ai dit écoutez, il n'y a aucune raison ; déjà vous avez un contrat de travail donc déjà on ne peut bouger comme ça. Et moi qui avait déjà vécu ça sur un autre établissement, j'ai dit pour vous ça ne va rien changer vous

avez votre travail, vous allez avoir toujours les mêmes résidents, vous avez vos contrats de travail vous avez vos seuils de paye qu'on ne peut pas diminuer. Après c'est plus pour le directeur, l'encadrement tous les Process : les protocoles, les nouveaux logiciels etcetera oui c'était un tout petit peu. » (Direc_03)

Pendant cette période de transition, la nouvelle directrice qui avait déjà occupé un poste de cadre dans la structure avant le rachat, a dû faire face à une vague de départs. Selon elle, cela était dû à la peur du changement « Il y a eu du Turn-over, ça je l'ai eu dans plusieurs établissements, quand vous avez un nouveau directeur qui arrive qui implique un changement, quelquefois il y a simplement la peur du changement. Il y a eu déjà moi quand je suis arrivée déjà un petit peu de changements, changements je pense qui a un moment donné était plus que nécessaires, d'ailleurs j'avais eu l'ARS qui m'avait dit oh vous avez changé vous êtes là ? Ça va faire du bien. » (Direc_03). Les membres du personnel ont attribué cette vague de départs à une perte de repères et une peur de la gestion par un groupe privé, qui est une conséquence de l'EHPAD bashing : « Elles n'ont jamais été dedans parce que la plupart sont venues ici à 17-18 ans, elles ont grandi avec la maison pour certaines pendant 30 ans. Elles n'ont connu que l'EHPAD 2. Ce changement avec le groupe, quand on entend parler de groupe alors là, ça fait peur. Il n'y a plus de PDG, la direction il n'y a plus de repères, les démissions sont venues. » (AMP_01). Selon la directrice, la peur était due au départ de l'ancien propriétaire et de son bras droit, qui étaient très impliqués mais qui avaient une gestion difficile en raison d'une direction à trois têtes : « Moi j'avais un propriétaire privé qui était très impliqué puisque à côté il avait son bureau. Il venait 2 ou 3 fois par semaine, il était très présent et il avait son bras droit aussi c'était très compliqué à un moment donné puisqu'on avait une direction à trois têtes. » (Direc_3), « S'accorder et puis savoir qui fait quoi » (Direc_03).

À la suite de la vente de l'établissement, certains employés ont choisi de partir, mais grâce à la présence de l'un des anciens dirigeants, la transition s'est bien déroulée, comme le confirme la directrice : « Je les ai un peu rassurés, ça c'était début 2018 ça ce n'est pas trop mal passé. Et puis chose que moi je n'avais pas vu venir et je m'en veux aussi » (Direc_03). La directrice évoque les difficultés liées à la gestion de l'ancienne direction composée de trois personnes, qui créaient des problèmes de communication avec le propriétaire : « là ici en même temps, on a un antécédent qui est un peu compliqué avec cette direction qui était à trois têtes. C'est vrai que le propriétaire, il était très gentil il m'écoutait et il écoutait beaucoup le DAF (Directeur administratif et financier) et en fin de compte il me disait oui mais si le DAF lui avait dit non après il me disait « ah bah non j'ai réfléchi » » (Direc_03). En outre, le manque d'implication de la direction dans la résolution des conflits entre les employés a perturbé le fonctionnement de l'établissement : « Il faut dire que sur cet établissement, il y avait un peu une sorte de politique un peu bizarre, c'est-à-dire surtout le directeur administratif et financier ils n'intervenaient pas beaucoup mais il fallait que ça tourne, peu importe ce qui se passait entre les salariés » (Direc_03).

La directrice a constaté une politique étrange dans cet établissement, où les directeurs administratif et financier ne s'impliquaient pas beaucoup dans les interactions entre les employés, tant que l'activité de l'établissement se poursuivait sans encombre. Lorsque la directrice actuelle est arrivée en tant que cadre de l'EHPAD 2, elle a suggéré de se rendre disponible pour dialoguer avec le personnel, en particulier avec le représentant syndical. Cependant, cette proposition a rencontré des difficultés car les directeurs administratifs et financier s'y sont opposés : « *Donc c'était un peu compliqué parce que du coup à un moment donné, moi ma porte était ouverte donc les gens pouvaient venir à cette époque-là, il y avait un délégué syndical. Le directeur administratif et le directeur financier m'ont dit non. Et puis à*

un moment donné je leur ai dit non ça va me permettre de le rencontrer, ne vous n'inquiétez pas j'ai déjà eu des délégués et en fin de compte ça s'est très bien passé. Il se débrouillait c'est lui qui m'a ouvert un peu les yeux, en me disant dans les ASH il y a des problèmes » (Direc_03). Malgré tout, la directrice a maintenu sa position et a pu établir un dialogue fructueux avec le représentant du personnel, ce qui lui a permis de découvrir les problèmes sociaux de l'établissement, notamment les questions de communautarisme : « j'ai une grande variété de communauté et avec une qui se faisait appeler Mama. Et une petite jeune qui ne voulait pas rentrer là-dedans, il y avait toujours des problèmes soi-disant avec cette jeune. J'ai compris après qu'il fallait qu'à chaque fois qu'elles reversent une partie de leur salaire sur la caisse commune. Ah oui ça va loin mais, dit comme ça, vous n'avez aucune preuve. » (Direc_03). Cette problématique a un impact non négligeable sur les relations professionnelles : « Il faut y faire attention, moi j'y fait attention parce que ça m'est arrivé, des groupes. Et je me suis aperçue, ce n'est pas uniquement sans être péjorative, les africains. Ça peut être des communautés d'Afrique du Nord, ça peut être les Antillais entre eux où ça peut devenir très compliqué. Et puis, des fois les gens qui ne s'entendent pas. » (Direc_03). La directrice reste vigilante dans la composition des équipes. En outre, la directrice a constaté des problèmes dans le système d'évaluation du personnel, où les collègues évaluaient leurs pairs et où les primes étaient distribuées en fonction des résultats. Ce système a été considéré comme pervers car il favorisait les employés les plus proches de leurs collègues, plutôt que les plus performants : « Ici avant on leur donnait les feuilles et on leur disait vous allez évaluer vos collègues. Elles étaient notées, il fallait être de bonne copine puisqu'en fonction de ce qui avait été marqué, il avait une prime en même temps en fin d'année. C'était assez hallucinant ce fonctionnement, moi je suis arrivée là-dedans et pour remettre tout à plat petit à petit etcetera, il y a eu des grincements de dents parce que ceux qui étaient de bonnes copines qui se donnaient les plus grosses primes, oui peut être qu'elles étaient là mais le travail n'était quand même pas top alors qu'il y en avait qui ne faisaient pas de bruit. C'était un système très pervers il a fallu... et ça a pris du temps. » (Direc_03). La directrice a pris le temps de remettre les choses en ordre, malgré les réticences de certains employés.

La directrice a lancé une enquête sur le terrain après avoir recueilli des informations sur les différents problèmes au sein de l'équipe. Pour cela, elle a mobilisé plusieurs moyens, notamment en travaillant avec une psychologue pour organiser des groupes de travail et de parole : « On a commencé à voir un petit peu ce qui se passait, on a mis des choses à jour sans trop de preuves, ils ont commencé à voir qu'on commençait à regarder. Avec la psychologue qui était là à cette époque, je lui ai demandé de voir si on ne pouvait pas faire des groupes de travail, des groupes de paroles. On avait commencé à voir des tensions aussi au niveau du soin. Cependant au niveau du soin, personne n'a voulu aller en groupe de parole et les ASH ont fait ce travail ». (Direc_03). Cependant, malgré des tensions au niveau des soins, personne n'a voulu participer aux groupes de parole, à l'exception des ASH. Après avoir réussi à gérer le conflit intra-équipe, l'établissement a dû faire face à un conflit entre des cadres de la structure, ce qui a créé un climat social néfaste et conduit à des départs : « On a un peu réussi, ça ne se passe pas trop mal depuis et fin 2018 ce que je n'ai pas vu, c'est qu'il y avait un conflit un peu larvé entre l'IDEC et la psychologue. Et alors là ça m'a explosé au nez début 2019 parce que j'ai commencé à me poser des questions, fin 2018 j'ai eu des gens qui ont démissionné j'ai eu des abandons de postes. Des gens où je me suis dit ce n'est pas plus mal parce que je ne savais pas comment m'en débarrasser, il faut dire ce qui est. Mais j'ai aussi des bons éléments qui sont parties, sans me dire vraiment pourquoi. » (Direc_03). Cette situation a entraîné un grand mouvement parmi le personnel de santé, avec des

démissions à la fois d'infirmières et d'aides-soignantes : *« Ça s'est amplifié au mois de mars ça a explosé. Je prends une semaine de vacances quand je suis revenu c'était un cataclysme. Donc l'IDEC s'est arrêtée, elle n'est plus jamais revenue, on l'a fait partir. La psychologue vient de finir des documents pour les départs après X mois d'absence, là plus personne ne pouvait la supporter. Tout le monde s'est aperçu qu'il y avait des problèmes avec l'IDEC, il y avait aussi des problèmes du coup avec la psychologue. Mais après je me suis retrouvée avec 3 infirmiers qui ont démissionné sur 4, plus IDEC, et puis je ne sais pas combien d'aides-soignantes sont parties aussi. Moi j'ai travaillé comme ça jusqu'au mois de juin, je ne savais plus comment faire et finalement j'ai fini par trouver une IDEC qui voulait bien prendre un CDD. C'était une très bonne infirmière, elle travaillait en clinique, elle travaillait au bloc, elle avait déjà fait ça un peu auparavant. »* (Direc_03). La directrice a trouvé une IDEC qui pris un CDD et qui a réussi à restructurer l'établissement en reprenant tout à zéro avec bienveillance : *« Elle a fait un gros travail de tout reprendre de ne pas tout accepter en étant toujours dans la bienveillance. »* (Direc_03).

En résumé, l'EHPAD 2 est en fin de restructuration, comme l'indique la directrice, et a dû faire face au départ de plusieurs membres du personnel, dont l'IDEC, trois infirmiers et une psychologue qui a été mise en arrêt maladie : *« Donc ça fait depuis 2 ans que petit à petit ont recrée l'équipe etcetera. En même temps j'ai eu l'IDEC qui est partie, 3 infirmiers qui sont partis. J'ai eu un an après la psychologue heureusement qui s'est mis en arrêt et qu'on n'a plus revue parce qu'elle continuait de dénigrer quand quelqu'un ne lui plaisait pas. »* (Direc_03).

Localisation et taille de l'EHPAD

La localisation et la taille de l'EHPAD 2 présentent des défis et des opportunités pour la gestion de cet établissement. La localisation de l'EHPAD 2 en région parisienne soulève des problèmes de concurrence et de coûts, notamment pour attirer et retenir du personnel qualifié. Comme l'explique Direc_03, la concurrence avec d'autres établissements oblige l'EHPAD à offrir des salaires compétitifs aux infirmiers, à hauteur de 2 700 euros minimum : *« Nous les infirmiers nous on les embauche à 2 700 euros sinon on ne les a pas »* (Direc_03). Cette concurrence s'étend aux hôpitaux et aux cliniques, qui proposent également des services supplémentaires aux personnes âgées : *« On est en concurrence aussi avec les Hôpitaux et les cliniques, il y a d'autre service que le service de la personne âgée. »* (Direc_03). Ces difficultés d'embauche et de rétention sont aggravées par la concurrence en matière d'avantages sociaux, tels que les primes pour les enfants et les avantages offerts par les comités d'entreprise : *« Aux niveaux des hôpitaux on va être en concurrence avec tout ce qui peut y avoir à côté du salaire, ils ont des primes pour les enfants, tout ce qui peut y avoir pour les voyages, les avantages, le comité d'entreprise. Ils ont pas mal d'avantages pour les enfants et pour eux. Pour ça, on est quelquefois rentré en concurrence »* (Direc_03). En conséquence, l'EHPAD 2 a parfois perdu des employés au profit d'établissements offrant des conditions plus avantageuses, comme le relate l'expérience d'une infirmière qui a démissionné pour un salaire plus élevé et une meilleure prise en compte de son ancienneté : *« J'ai une infirmière qui a démissionné l'autre fois parce que à cette époque-là on était à 2 600 euros pour l'embauche. Et après elle me dit moi on me prend à 2 700 plus mes 30 ans d'ancienneté. Finalement quand*

elle est partie, je me suis rendu compte de certaines choses, je me suis dit ce n'est pas si dommage que ça » (Direc_03).

L'accès difficile à l'EHPAD 2 en transports en commun est un autre défi majeur, entravant la disponibilité des agents et provoquant des retards : *« Je pense que la raison principale qui fait qu'ils ont dû mal à embaucher, c'est qu'ici c'est mal desservi. » (IDE_06).* La directrice souligne ce problème en mentionnant l'absence de transports le week-end et la difficulté d'accès à l'établissement, situé au bout d'une voie sans issue : *« le souci c'est qu'on n'a pas forcément de transport le week-end. La personne qui vient d'appeler me dit qu'elle a une vacation samedi dimanche lundi. Mais en fin de compte dimanche je ne peux pas venir parce qu'il n'y a pas de transport. Avant on était les derniers sur ce chemin à voix sans issue. » (Direc_03).* Pour résoudre ce problème, la directrice envisage de rencontrer le maire et de plaider pour un meilleur accès à l'établissement grâce à l'ajout d'un bus : *« Et donc le projet, il faut que je revoie le maire normalement notre rue devrait déboucher, on devrait avoir un bus. » (Direc_03).*

En ce qui concerne la taille de l'EHPAD 2, certains employés y voient un avantage, car elle permet de créer une ambiance familiale et de faciliter les interactions entre le personnel et les résidents : *« Oui, je viens ici avec plaisir. Et le fait que ça soit à taille plus humaine, je connais l'essentiel des résidents, c'est agréable. On se croise dans les couloirs. C'est vraiment une ambiance familiale. » (Supp_03).*

En somme, la localisation et la taille de l'EHPAD 2 engendrent des défis spécifiques en termes de concurrence, de coûts, de recrutement et de rétention du personnel, ainsi que d'accessibilité. Néanmoins, la taille de l'établissement crée une ambiance familiale appréciée par les employés. Pour surmonter ces défis, la directrice de l'EHPAD 2 envisage des solutions telles que la rénovation de l'établissement, l'amélioration de l'accès en transports en commun et la collaboration avec les autorités locales.

Population et besoins des résidents

L'EHPAD 2 fait face à des défis liés à l'évolution de la population et aux besoins des résidents. La structure, construite il y a 30 ans pour des personnes autonomes, ne répond plus aux besoins des personnes dépendantes d'aujourd'hui : *« Cet établissement a été construit il y a 30 ans aussi, ce n'étaient pas des gens dépendants comme on a maintenant. Ça a été construit comme une belle résidence » (Direc_03).* La directrice envisage une rénovation pour moderniser l'établissement et le rendre plus attractif pour les résidents et leur famille : *« Là j'ai des projets avec la décoratrice, on commence à être un peu vieillot, on a un tarif quand même assez important mais par rapport aux concurrences qui sont à côté où on a du mobilier neuf moderne. » (Direc_03).*

Le personnel fait également face à des défis liés au changement de la population, notamment en ce qui concerne les résidents souffrant de troubles psychiatriques : *« La géronto psychiatrie parce que lorsqu'on se retrouve les gens qui relèvent de la psychiatrie parce que c'est difficile quand on les a en face de nous, on ne sait pas leurs réactions. Et on ne les comprend pas et ils peuvent être très violents mais parfois j'en vois une qui change de voix, c'est impressionnant. Et je trouve que ce serait bien d'avoir cette formation et il faut prendre*

du recul parce que l'aliénation mentale c'est difficile. » (AES_01). La nécessité de formations adaptées pour gérer ces situations est mise en avant.

Le changement de prise en charge, avec une tendance à privilégier les séjours courts pour soulager les aidants, est également un défi : *« Pourquoi moi j'ai une dame là parce que sa fille est partie 15 jours en vacances. Moi j'ai une épouse qui nous confie son époux du 2 au 13 Juillet et à partir de Septembre du 1er au 15 de chaque mois on l'aura parce qu'elle dit « je ne peux plus » mais cette fois ci elle s'est fait aider de son fils. » (Direc_03). Les personnes dépendantes sont de plus en plus maintenues à domicile, et leur entrée en EHPAD se fait plus tardivement, avec des besoins en soins plus importants : « Le maintien à domicile, pas pour nous, pour les personnes ça a été quelque chose de bien si c'est bien fait. Le souci, c'est que le maintien à domicile des fois, il va trop loin notamment pour tout ce qui est trouble du comportement, perte de mémoire etcetera quand il arrive des fois ils n'ont plus la capacité de comprendre pourquoi ils sont dans un autre univers et là se sont des prises en soin très complexes qui demandent énormément de temps et qui ne sont pas toujours faciles. Après ils arrivent aussi dans des états graves. » (Direc_03). Ces défis impactent le travail quotidien du personnel : « Il y en a où ce n'est pas possible, je ne peux pas assurer de suivis. Déjà il n'y a plus aucune communication. J'accompagne pas mal de résidents où la communication s'établit très bien et qui ont des troubles cognitifs assez importants où c'est encore possible de dialoguer » (Supp_03). Le succès des politiques de maintien à domicile a conduit à un changement dans le profil des résidents accueillis en EHPAD, avec des personnes de plus en plus dépendantes : « on a enlevé du social on a de plus en plus le médical. Oui ça je le pensais c'est lié à plusieurs facteurs c'est lié au fait que l'institutionnalisation arrive de plus en plus tardivement les résidents entrent en Ehpad ils sont de plus en plus dépendants. Ça c'est le succès des politiques le maintien et de soutien au domicile. Ce qui est une bonne chose en un sens avec le développement des SSIAD, des auxiliaires de vie des infirmières à domicile et cetera » (Adm_02).*

En conclusion, l'EHPAD 2 et les établissements similaires doivent s'adapter aux évolutions démographiques et aux besoins de leur population résidente. Cela passe par une modernisation des infrastructures, un renforcement des compétences du personnel et une collaboration accrue avec les services de maintien à domicile.

Évolution de l'environnement réglementaire et politique

L'évolution de l'environnement réglementaire et politique des EHPAD, notamment en raison de la pandémie de Covid-19, a eu des répercussions majeures sur la gestion de l'EHPAD 2. La pandémie a modifié la perception du travail et a soulevé des préoccupations concernant la sécurité des résidents et des travailleurs, en mettant l'accent sur les soins plutôt que sur les aspects relationnels : *« Pendant le Covid il n'y avait plus d'animation, il n'y avait plus ses échanges au quotidien finalement ce n'était plus que s'occuper d'eux, prendre leur tension, finalement plus du soin que du relationnel. » (Adm_03). Cette situation a parfois conduit à une démotivation et à une exécution mécanique des tâches : « on sentait la démotivation, ils faisaient leur travail mais derrière il n'y avait plus le contact avec le résident, ils n'expliquaient plus les gestes, on voyait que c'était automatique. » (Adm_03). La directrice de l'EHPAD 2 a dû faire face à de nombreux défis, tels que la peur des employés, qui ont*

quitté l'EHPAD : « *Franchement on a connu cette période de démission et de peur avec le Covid, le confinement, elle a connu tout ça. Franchement la directrice a géré, elle a été courageuse.* » (AMP_01). En outre, elle a dû gérer sa propre infection par le Covid-19 et son absence prolongée : « *Le problème c'est que j'ai attrapé le Covid ici j'ai été absente pas mal de temps et quand je suis revenue et que c'était fermé les gens ne voulaient pas respecter.* » (Direc_03), ainsi que la difficulté de convaincre les travailleurs de se faire vacciner : « *Comme toutes nouvelles vaccinations, il a fallu expliquer ce que c'était ARN messenger. On a fait des réunions où il y a le médecin coordonnateur. On a fait des réunions avec l'IDEC. Je leur ai dit il n'y a aucune question stupide, poser toutes les questions qui vous passent par la tête, on va y répondre. Et il a fallu expliquer ce que c'était ARN messenger quand le médecin a commencé à expliquer, je lui ai dit que c'est trop technique, beaucoup plus simple, beaucoup plus concret avec des mots simples, des mots de tous les jours.* » (Direc_03).

La pandémie a également eu un impact sur le taux d'occupation de l'établissement, car de nombreuses familles ont été dissuadées de placer leurs proches en institution en raison des craintes liées au Covid-19 : « *Alors il y a énormément la crainte du Covid ça j'en discute énormément avec les familles, il y a des gens qui devaient rentrer après ils m'ont dit mais non de toute façon tant qu'il y a le Covid. On a beau les relancer, en leur disant on n'a plus le Covid depuis 1 an. Moi j'ai toujours été très franche même avec les familles je leur ai dit voilà on a un décès dû au Covid. Je leur ai toujours parlé de ce qui se passait ici. Ça leur fait trop peur* » (Direc_03). En conséquence, l'EHPAD 2 a dû faire face à des difficultés financières en raison de la diminution significative de son taux d'occupation : « *Le taux d'occupation, c'est quand même quelque chose d'important parce que moi je sais que je suis en déficit parce que pendant la période de Covid où on a fermé on a eu 10 décès. C'est 10 là, on a eu moins je crois qu'à un moment donné on est tombé à moins de 17 places, on est toujours à moins de 10 mais je n'arrive pas à monter ces 10 c'est fou. Donc moi je prends tout, tous les courts séjours moi je veux dire si j'ai un court séjour de 15 jours je prends 15 jours, si c'est de 2 mois, je prends 2 mois.* » (Direc_03).

Ce contexte met en évidence l'importance d'une gestion efficace et adaptative face à des événements imprévus, tels que la pandémie de Covid-19, ainsi que l'évolution de l'environnement réglementaire et politique. Les EHPAD doivent être capables de s'adapter rapidement aux nouvelles exigences et aux besoins changeants des résidents et des travailleurs pour assurer un niveau de soins adéquat et maintenir la viabilité financière de l'établissement.

Synthèse :

L'EHPAD 2, racheté par un groupe privé en 2018, a connu des transformations importantes. Le changement de propriété a entraîné des craintes parmi les employés concernant leur salaire et leurs conditions de travail, ce qui a conduit à une vague de départs.

La nouvelle direction a dû faire face à des défis de gestion et à des problèmes sociaux, incluant des questions de communautarisme et un système d'évaluation du personnel problématique. La localisation de l'établissement en région parisienne et sa taille posent des défis spécifiques en matière de recrutement et de rétention du personnel. De plus, l'évolution des besoins des résidents, de plus en plus dépendants et parfois atteints de troubles psychiatriques, demande une adaptation constante de l'équipe.

La directrice, tout en s'efforçant de maintenir une atmosphère familiale, envisage diverses améliorations pour moderniser l'établissement et le rendre plus attractif. En somme, l'EHPAD 2 illustre les défis auxquels les établissements de ce type peuvent être confrontés, notamment en termes de gestion du personnel, d'adaptation aux besoins des résidents et de modernisation des infrastructures.

IV.2.2. Le fonctionnement de l'EHPAD 2

Dans le contexte des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), la division du travail et la répartition des rôles au sein des équipes médicales et paramédicales revêtent une importance cruciale pour le bien-être des résidents. Cette section se propose d'examiner comment les différents métiers médicaux et paramédicaux s'articulent pour former un ensemble cohérent, permettant ainsi une prise en charge globale et personnalisée des personnes âgées. Nous analyserons également comment l'organisation du travail et la collaboration entre les professionnels de santé contribuent à optimiser la qualité des soins et à renforcer l'implication organisationnelle et professionnelle du personnel en EHPAD.

IV.2.2.1. Division du travail au sein de l'EHPAD 2

L'identification et la description précises de ces métiers, ainsi que des rôles qui leur incombent, permettent de comprendre comment ces professionnels contribuent au bon fonctionnement de l'établissement et à la qualité des soins prodigués aux résidents. De la répartition des tâches à la complémentarité entre les fonctions, chaque rôle a une importance spécifique qui nécessite une analyse détaillée pour mettre en lumière les points forts de l'organisation ainsi que les zones à améliorer.

- **Identification et description des métiers et rôles**

Les métiers médicaux (médecins) et paramédicaux (infirmiers, aides-soignants)

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 révèle plusieurs aspects importants. Pour commencer, la composition du personnel médical semble insuffisante pour répondre aux besoins des résidents : « *Pour les soignants, ce n'est pas assez, ça ne sera jamais assez. Là il y a 10 résidents de moins plus un qui est en vacances, ils en ont douze sur l'unité donc maintenant ils sont 7 pour s'occuper, je n'ai même pas fait le calcul, 57 résidents et ils sont 7 parce que les deux autres sont dans l'unité protégée.* » (Direc_03). De plus, la répartition du personnel infirmier est inégal : « *On est deux infirmières par jour, et si on a de la chance.* » (IDE_05).

Le fonctionnement interne de l'équipe médicale semble parfois compliqué : « *nous on est deux et c'est super, et entre nous il n'y a pas de soucis. Il y a quelquefois quelques couacs comme dans toutes les équipes malheureusement. On nous dit que c'est un métier où on doit travailler en équipe, mais pour certains c'est un peu dur cette notion-là.* » (IDE_05). Selon la formation initiale, la prise en charge du résident peut varier, avec des différences notables entre les aides-soignantes et les AMP : « *Oui, une grosse différence. Je dirai la rigueur c'est plus chez l'aide-soignante et technique. Nous AMP j'ai remarqué le côté affectif le côté humain.* » (AMP_01). Dans les EHPAD, il y a une forte composante sociale dans le travail du personnel : « *Exactement, il y a beaucoup de social avec le personnel et les résidents.* » (IDE_06). La formation du personnel joue également un rôle crucial pour déterminer la qualité de la prise en charge des résidents et la gestion des relations avec les familles : « *Déjà la personnalité, il y en a qui vont être plus calme que d'autres sous la pression ou autre. Après il y a la formation si forcément on nous a donné des armes pour savoir répondre, savoir garder notre calme et faire face, je pense que ça aide.* » (Adm_03). Faire accepter que le social fait partie de la mission des soignants puisse s'avérer difficile : « *Si ça c'est du travail, on en parle encore ce n'est pas du travail qui est quantifiable. Ah un moment donné on avait un infirmier remplaçant et en même temps, il jouait du piano et de temps en temps, il allait sur notre piano et il jouait. Les autres disaient il joue du piano au lieu de bosser. Et je leur disais vous avez vu autour tous les résidents qui sont souriant qui sont détendus et tout. Il joue du piano et il est dans son rôle. Il n'y a pas que les médicaments et les pansements.* » (Direc_03).

Enfin, le profil d'implication des soignants varie considérablement : « *J'ai l'impression que certaines vacataires sont là parce qu'elles ont besoin d'être là. Il y a peu d'échange avec les résidents. Tout bête dire bonjour au résident quand elle le voit, peut-être que ce sont des détails.* » (Supp_03). Certains soignants semblent déconnectés des besoins des résidents et sont plus centrés sur leurs propres préoccupations : « *Pour moi ce que je vois, c'est que celles qui sont diplômées, on a l'impression qu'elles en ont marres de faire ce métier ça les énerve que les résidents aient besoin d'aide et elles sont toujours en train de dire il sonne trop, il fait ci il fait ça. Mais s'il sonne c'est qu'il a peut-être un problème.* » (IDE_05). Dans ce contexte, il est essentiel de comprendre les motivations des soignants à travailler dans un EHPAD : « *beaucoup qui se sont tournés vers les EHPADs après je ne sais pas si c'est par vocation ou si c'est parce que c'est le plus simple à trouver* » (Adm_03). Il est important de considérer les différences individuelles des soignants et leur formation pour améliorer la qualité de la prise en charge des résidents et le fonctionnement interne de l'équipe médicale.

En conclusion, l'analyse du fonctionnement de l'équipe soignante met en évidence plusieurs défis concernant la division du travail et la qualité des soins offerts aux résidents. Les problèmes identifiés incluent une composition insuffisante du personnel médical, des difficultés dans la coopération au sein de l'équipe, et des variations dans la formation et l'approche des soignants en fonction de leur métier. De plus, le rôle du social dans la mission des soignants et le profil des soignants eux-mêmes peuvent influencer la qualité des soins et le bien-être des résidents. Pour améliorer la situation, il pourrait être bénéfique de repenser la formation des soignants, d'encourager un meilleur travail d'équipe et de mettre l'accent sur l'importance du rôle social dans la prise en charge des résidents en EHPAD.

Les fonctions supports (psychologues, ergothérapeutes, etc.)

Le fonctionnement des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) représente un enjeu clé dans le domaine de la gestion des soins de santé. La division du travail y est essentielle, notamment en ce qui concerne les fonctions supports, tels que les psychologues, les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Un élément essentiel de la structure organisationnelle de l'EHPAD est la proximité géographique de l'administration. Cette proximité permet une communication et une collaboration efficaces entre les différents rôles et services. En particulier, la présence du psychologue est saluée comme étant « *hyper importante* » (Direc_03). Le rôle du psychologue dans l'EHPAD est d'offrir un soutien émotionnel aux résidents, surtout lorsqu'ils éprouvent des troubles du comportement. Ils jouent un rôle crucial en aidant les résidents à comprendre leur situation et à admettre la nécessité de leur placement en EHPAD. Cette prise de conscience, comme le souligne Direc_03, est facilitée par le soutien constant offert par le personnel de l'EHPAD, qui guide et rappelle aux résidents les activités qu'ils ne peuvent plus effectuer seuls : « *C'est hyper important. Oui quand les résidents ne vont pas bien, elle nous aide surtout en ce qui concerne le trouble du comportement lorsqu'ils sont encore capables d'avoir un discours assez cohérent pour dire je n'ai rien à faire ici, je veux retourner chez moi, je vais me débrouiller et puis ils ne se rendent pas compte qu'ils oublient qu'il y a des choses qu'ils ne savent plus faire. Et s'ils sont ici et qu'ils font mieux c'est justement parce qu'il y a du monde qui est là tous les jours auprès d'eux, qui va les guider, leur rappeler. Et je voyais pour un monsieur là, ça nous a énormément aidé et il a fini par dire je comprends pourquoi je suis là et je sais que c'est nécessaire.* » (Direc_03).

Par ailleurs, bien que l'EHPAD ne dispose pas d'ergothérapeute, la présence d'une psychomotricienne est soulignée. Comme l'indique l'IDE_06, il existe aussi une équipe de kinésithérapeutes « *qui font du social aussi ils discutent beaucoup* ». Leur présence contribue à la qualité de vie des résidents en offrant non seulement des services de rééducation, mais aussi en s'impliquant dans des interactions sociales, qui sont tout aussi importantes pour le bien-être des résidents. Ces citations mettent en lumière l'importance de la division du travail dans un EHPAD. Chaque rôle, qu'il soit médical, paramédical, support ou administratif, contribue à créer un environnement où les résidents peuvent recevoir le soutien dont ils ont besoin, que ce soit pour les besoins physiques, psychologiques ou sociaux. Cela souligne la

nécessité d'une gestion efficace pour assurer une coordination et une collaboration appropriées entre les différents services.

Les métiers du social

Les professionnels du social contribuent à la qualité de vie des résidents en créant des activités et des interactions stimulantes et enrichissantes. Le témoignage de l'animatrice met en lumière son parcours et son expérience : « *Moi je ne suis pas soignante à la base, j'ai été prise ici surtout pour mes qualités de relationnel et de créativité en termes d'animation. Pour mon parcours, j'ai fait les beaux-arts, je suis issue de l'artistique et du littéraire.* » (Supp_04). Cependant, la pandémie de Covid-19 a eu un impact considérable sur le fonctionnement de l'EHPAD, notamment en ce qui concerne les métiers du social. Les activités d'animation ont été suspendues, ce qui a conduit à une diminution des échanges relationnels entre les résidents et le personnel : « *Pendant le Covid il n'y avait plus d'animation, il n'y avait plus ses échanges au quotidien finalement ce n'était plus que s'occuper d'eux, prendre leur tension, finalement plus du soin que du relationnel.* » (Adm_03). Les défis rencontrés par les animateurs dans l'exercice de leur métier sont également mis en évidence. Par exemple, l'adjointe administrative note que l'animatrice privilégie certaines personnes dans les activités : « *elle individualise je pense, toujours les mêmes personnes* » (Adm_03). De plus, l'animatrice elle-même souligne les difficultés physiques liées à son travail : « *je suis fatiguée, ce boulot d'animatrice est physiquement, je m'en rends compte, à l'aube de mes 50 ans fatigant. Là j'ai été arrêté 2 mois et demi par exemple je me suis fait mal au dos mais je me sens bien.* » (Supp_04).

En conclusion, la pandémie de Covid-19 a eu un impact significatif sur ces métiers, soulignant la nécessité de réfléchir à des stratégies pour maintenir les activités sociales et relationnelles au sein de l'établissement, même en période de crise. Par ailleurs, une attention particulière doit être accordée aux défis auxquels sont confrontés les animateurs et les autres professionnels du social, afin de garantir un environnement de travail favorable et une prise en charge optimale des résidents en EHPAD.

Les métiers de la gestion et de l'administration (directeur, secrétariat, comptabilité)

Ces professionnels jouent un rôle crucial dans le bon fonctionnement de l'établissement et la coordination entre les différents services. Le directeur, par exemple, doit assurer la communication interne et externe, ainsi que la gestion des ressources humaines : « *Je ne suis pas tout le temps sur mon téléphone quand je circule dans la maison je n'ai pas mon téléphone et là j'ai vu qu'on m'avait dit « pensez à votre rapport hebdomadaire ». Mais comme je n'étais pas disponible ni pour regarder les mails ni pour mon téléphone... au lieu de le faire avant midi, je l'ai fait à midi 12h15, ça a été très succinct. En même temps, je les comprends ils ne sont pas avec nous, il faut quand même qu'ils comprennent un peu ce qui se passe.* » (Direc_03). Le directeur joue également un rôle d'intermédiaire entre les employés et les instances externes, comme les mairies, pour résoudre les problèmes personnels des employés : « *J'en*

ai où ça n'a pas l'air d'aller d'où l'important de connaître les gens parce que dès fois j'en ai qui me disent bonjour, et je sens que ça ne va pas. Parfois ils ont envie de me le dire ou pas dans ces cas-là, je vais voir la psychologue et je lui en parle. Il y en a une je lui ai dit que je peux essayer de pousser votre dossier à la mairie pour avoir un logement social. Parce que là aussi, ils vivent dans les immeubles dans les logements sociaux. » (Direc_03). En outre, les professionnels de la gestion et de l'administration peuvent être amenés à assumer des responsabilités qui dépassent leur rôle initial, comme dans le cas du directeur qui intervient en tant qu'assistant social : « là on a des gens qui socialement sont en très grande difficulté, moi quelquefois et ce n'est pas mon rôle, je suis obligé de jouer l'assistante sociale. Là je me suis débattu il y avait une jeune femme en pleur dans mon bureau, en plus, on manquait de personnel en ASH et en serveuse, elle me disait il me faut une place en crèche. Je lui disais si vous n'avez pas de place en crèche, prenez une nounou, elle me dit non je n'ai pas les moyens. Je me suis débattu avec la mairie qui a des places. Et heureusement j'ai pu grâce à mes relations et on s'entendu bien ils m'ont trouvé une place en crèche. » (Direc_03). Enfin, la direction joue un rôle important dans la gestion des relations avec les familles des résidents, comme le souligne l'infirmière : « on en a une ici et ce qui se passe en ce moment l'IDEC et la directrice sont là, sont au clair nous aident et parlent avec elles. Je pense que si on devait tous parler, on s'énerverait beaucoup sur les familles et ce n'est pas bon. Donc on laisse faire la direction. » (IDE_05).

En conclusion, le rôle de l'administration s'étend bien au-delà de la simple gestion administrative, puisqu'ils sont impliqués dans la résolution de problèmes sociaux, le soutien aux employés et la gestion des relations avec les familles. Cette polyvalence et cette capacité à s'adapter aux situations sont autant de compétences qui contribuent à garantir la qualité des services proposés par l'EHPAD et le bien-être de ses résidents et des employés.

Synthèse :

L'EHPAD 2 fait face à des défis liés à une insuffisance de personnel, une répartition inégale des soignants, et des différences dans leur formation initiale. L'importance du rôle social du personnel est souvent sous-estimée, malgré son influence sur la qualité des soins. La division du travail, notamment parmi les métiers paramédicaux, est essentielle pour assurer le bien-être des résidents, mais est perturbée par la pandémie de COVID-19.

Les défis de l'administration et de la gestion vont au-delà des responsabilités administratives, comprenant le soutien aux employés et la gestion des relations avec les familles. Pour améliorer la prise en charge, il est nécessaire de valoriser la formation des soignants, d'améliorer la coopération d'équipe, de reconnaître le rôle social dans les soins, et de développer des stratégies pour maintenir les activités sociales pendant les crises sanitaires.

- **Répartition des tâches et responsabilités**

Identification des zones de chevauchement et de complémentarité

L'analyse va permettre de mieux comprendre comment les professionnels collaborent pour assurer une prise en charge globale et adaptée des résidents. Les animatrices, par exemple, ne peuvent pas tout faire seules, et elles travaillent en étroite collaboration avec les soignants pour animer les activités. Comme le souligne Direc_03, « *Une animatrice ne peut pas tout faire, nous on a 4 soignants en même temps qui font de l'animation.* » Ce partage des responsabilités garantit une meilleure prise en charge des résidents et permet de mieux répondre à leurs besoins variés, comme l'explique Supp_04 : « *Comme je ne suis pas là, la plupart du temps le week-end, c'est elles qui gèrent les animations qui sont moindres le week-end. Elles ont aussi l'habitude. Celles qui sont diplômées pour animer, le font, je pense que c'est quand même respecté.* ». Ce partage des responsabilités garantit une meilleure prise en charge des résidents et permet de mieux répondre à leurs besoins variés.

La collaboration entre les soignants, les psychologues, les médecins et d'autres professionnels est également essentielle pour élaborer et mettre en œuvre des projets de vie adaptés aux résidents. Direc_03 mentionne l'importance de cette coopération interdisciplinaire : « *On avait commencé les projets de vie avec le médecin qui est parti, la psychologue qui est partie. Du coup, elle faisait ça entre elles sans impliquer les soignants et il y en avait des pages et j'ai dit vous n'avez pas envie de lire 5 pages.* » Cette coopération interdisciplinaire permet d'assurer une approche globale et personnalisée de la prise en charge, en impliquant tous les acteurs concernés, comme le confirme la neuropsychologue (Supp_03) : « *j'ai été très bien intégré dans l'équipe. Après j'adore beaucoup travailler en équipe, je cherche beaucoup l'échange que ce soit infirmier, kiné, aide-soignant.* ». Les changements dans le management ont également contribué à renforcer la collaboration et la répartition des tâches entre les différents professionnels. Ainsi, les infirmiers sont désormais chargés de la distribution des médicaments, tandis que les aides-soignantes se concentrent sur d'autres aspects de la prise en charge. Direc_03 explique ce changement : « *C'est le management. Moi je sais quand je suis arrivée que c'étaient les aides-soignantes qui donnaient les médicaments. J'ai dit non que ce soit le rôle des infirmiers.* » Cette répartition des tâches permet d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins, comme le souligne IDE_06 : « *On se retrouvait le matin à faire les médicaments et mettre ma blouse d'aide-soignante. Au début c'était comme ça, je pense que la cadre a fait un bon travail et après ce sont les équipes.* » Enfin, la complémentarité entre les différents métiers se manifeste également dans la répartition des tâches entre les soignants et les autres personnels, tels que les serveuses et les équipes de nuit. Cette répartition des tâches permet de soulager les soignants d'une partie de leur charge de travail et de se concentrer sur d'autres aspects de la prise en charge des résidents. Comme le mentionne IDE_05, « *Personnellement, je trouve qu'ici, les AS elles n'ont pas forcément à se plaindre du travail qu'elles ont. J'ai été dans une autre maison de retraite et elles ont beaucoup plus de charge de travail. Elles ont beaucoup plus de résidents, ce qui fait qu'elles doivent s'en occuper le matin, le midi et le soir.* »

La collaboration entre les différents professionnels dans l'EHPAD 2 est donc essentielle pour assurer une prise en charge globale et adaptée des résidents. Les zones de chevauchement et de complémentarité entre les métiers permettent de mieux répondre aux besoins des résidents et d'améliorer la qualité des soins et des services proposés. Cette approche collaborative, qui s'appuie sur la répartition des tâches et des responsabilités, permet également de créer un environnement de travail plus harmonieux et de renforcer les liens entre les différents professionnels, ce qui est bénéfique tant pour les résidents que pour les employés de l'établissement.

Les niveaux de responsabilité et de hiérarchie

L'EHPAD 2 présente une division du travail particulière avec une répartition des tâches et responsabilités bien établie. La directrice de l'établissement, ayant une expérience en tant que soignante, possède une compréhension approfondie des indicateurs médico-sociaux tels que les PATHOS et les GIR, ce qui lui permet d'accompagner efficacement ses équipes : « *Je suis une ancienne soignante j'ai fait les PATHOS, les GIR ailleurs. Et donc mon médecin et mon IDEC n'avait jamais fait ça, je leur ai expliqué.* » (Direc_03). Cependant, cette particularité présente également des inconvénients, tels que des difficultés à déléguer certaines responsabilités à l'IDEC et une tendance des familles à s'adresser directement à la directrice plutôt qu'aux infirmiers en l'absence de l'IDEC : « *Mais on voit que de toute façon quand l'IDEC n'est pas là, les familles ne vont pas voir les infirmiers, elles viennent dans mon bureau.* » (Direc_03).

L'IDEC est un acteur clé de l'établissement, décrit comme étant « *très gentille* » et « *réactive* » : « *IDEC est très gentille, depuis qu'elle est là je trouve que c'est beaucoup mieux. En plus, elle est très réactive quand un résident n'est pas bien, tout de suite elle fait le nécessaire.* » (AES_01). Elle a su améliorer le fonctionnement de l'EHPAD depuis son arrivée, notamment en s'impliquant directement dans les soins et en s'adaptant rapidement aux besoins des résidents : « *Quand elle venait d'arriver, elle nous a dit qu'elle ne venait pas des EHPAD. Elle nous a prévenu tout de suite que c'était son premier poste en EHPAD. Mais c'est vrai que ça se voyait qu'elle avait envie. Elle est venue vers nous, elle voulait savoir des choses.* » (AMP_01). Néanmoins, la directrice souligne qu'il est important de faire attention à l'implication excessive de l'IDEC et d'être capable de la remplacer si nécessaire : « *Je devrai faire attention avec l'IDEC, parce que l'IDEC, elle intervient dans tout.* » (Direc_03).

Les infirmières ont également un rôle crucial dans l'encadrement des équipes et la gestion des soins : « *C'est le rôle propre de l'infirmière, encadrer les aides-soignantes.* » (IDE_06). Elles doivent assumer leurs responsabilités et être conscientes de leur rôle d'encadrement des aides-soignantes : « *Je pense aussi c'est de leur faire comprendre aussi qu'elles sont responsables qu'elles doivent gérer leur équipe. Pour elles c'est un plus, ça ils ne l'ont pas forcément.* » (Direc_03). Le collectif est d'autant plus important en EHPAD qu'il permet de faire face aux situations d'urgence qui peuvent survenir : « *En EHPAD, on peut vite passer d'une journée calme à une urgence tout de suite et si je n'ai pas mon équipe qui me soutient, je ne pourrai pas avancer dans mes soins.* » (IDE_06). La collaboration et la communication entre les différents niveaux de responsabilité et de hiérarchie sont donc essentielles pour assurer un fonctionnement optimal de l'EHPAD.

La directrice met également en avant le rôle de l'ARS et du conseil départemental dans la détermination des effectifs du personnel, soulignant ainsi les limites de son pouvoir de décision concernant l'embauche de personnel supplémentaire : « *Quand on me dit vous devriez avoir plus de personnel pourquoi vous ne prenez pas plus d'infirmière. Je leur réponds que ce n'est pas nous qui décidons, c'est l'ARS, le conseil départemental.* » (Direc_03). Cette situation montre l'importance de la coopération entre les différentes instances décisionnaires pour assurer une gestion adéquate des ressources humaines au sein de l'EHPAD.

En somme, l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 axée sur la division du travail met en lumière les interactions complexes entre les différents niveaux de responsabilité et de hiérarchie. La directrice, avec son expérience en tant que soignante, apporte une compréhension approfondie des indicateurs médico-sociaux et de la gestion des équipes, bien que cela puisse entraîner certaines difficultés en matière de délégation de responsabilités. L'IDEC joue un rôle central dans l'amélioration du fonctionnement de l'établissement, bien qu'il faille veiller à ne pas l'impliquer excessivement dans les soins. Les infirmières ont un rôle crucial dans l'encadrement des équipes et la gestion des soins, et doivent être conscientes de leurs responsabilités. La collaboration et la communication entre les différents acteurs de l'EHPAD sont essentielles pour assurer un fonctionnement optimal de l'établissement, ainsi que la coopération avec les instances décisionnaires externes telles que l'ARS et le conseil départemental pour la gestion des ressources humaines.

Synthèse :

L'EHPAD 2 montre une collaboration interprofessionnelle efficace et nécessaire pour une prise en charge globale et adaptée des résidents. Le partage des responsabilités entre divers professionnels, notamment les animateurs, soignants, psychologues et médecins, favorise l'élaboration de projets de vie adaptés aux résidents.

L'accent est mis sur la complémentarité des rôles, avec une répartition des tâches améliorée grâce aux changements managériaux. Par exemple, les infirmiers se chargent de la distribution des médicaments, laissant les aides-soignantes se concentrer sur d'autres aspects de la prise en charge. Cette division du travail contribue à un environnement de travail plus harmonieux et renforce les liens interprofessionnels.

Cependant, certaines difficultés subsistent, notamment la tendance à surcharger certaines figures clés, comme l'IDEC. La directrice de l'établissement, grâce à son expérience de soignante, gère efficacement ces défis mais doit être attentive à la délégation de responsabilités. Enfin, les infirmières jouent un rôle crucial dans l'encadrement des équipes, illustrant l'importance de la collaboration et de la communication entre tous les acteurs pour un fonctionnement optimal de l'EHPAD.

- **Impact de la division du travail sur la qualité des soins**

Évaluation de l'efficacité et de l'efficience des soins

La directrice de l'établissement, grâce à son expérience en tant que soignante, est en mesure de fournir des conseils et des recommandations pour améliorer la rapidité et la qualité des soins tout en respectant les résidents. La directrice aborde la question du temps nécessaire

pour effectuer certaines tâches, comme le nettoyage d'une chambre ou la réalisation d'une toilette, en démontrant qu'il est possible de les réaliser en un temps limité tout en respectant la dignité de la personne : « *Alors c'est vrai qu'ici ça a calmé tout de suite parce que quand je suis arrivée et qu'on m'a dit, oh mais non on ne peut pas nettoyer une chambre en 10 minutes. Je lui ai dit OK vous me laissez celle-ci et vous avez fait les toilettes ? Je vous montre, vous allez le faire oh mais oui vous croyez quoi. Après elle me dit non à une toilette, on ne peut pas la faire en 20 minutes. Je lui ai dit pas de problème venez avec moi et on peut faire une toilette en 20 minutes et en respectant la personne.* » (Direc_03). La directrice reconnaît également l'importance de la communication et de l'échange avec les résidents, tout en soulignant la nécessité de gérer efficacement le temps pour assurer la qualité des soins à tous les résidents : « *Après il y a d'autres discours, bien sûr la personne a envie de discuter etcetera on ne va pas mettre une heure. Après elle me dit, mais on n'est pas bien traitant, je lui dis quand vous faites ça, vous êtes bien traitant pour ceux qui attendent derrière pour être changé. Je lui dis en revanche ce que vous pouvez faire, c'est lui dire là madame, je dois m'occuper d'autres personnes mais cette après-midi si vous voulez je viens discuter avec vous. Moi ça ne m'a jamais dérangé que vous soyez assis dans un salon à côté de résidents et que vous discutiez avec.* » (Direc_03)

Ainsi, la division du travail au sein de l'EHPAD_02, guidée par l'expérience et les compétences de la directrice, contribue à améliorer la qualité des soins et à optimiser l'utilisation des ressources humaines de l'établissement.

Identification des contraintes liées à la division du travail

La division du travail dans l'EHPAD 2 présente également certaines contraintes qui peuvent affecter la qualité des soins. Les problèmes identifiés sont notamment l'automatisation des tâches, le manque de socialisation, la peur de certains soignants, le non-respect des habitudes des résidents et la focalisation sur les soins au détriment des autres aspects de la vie des résidents. L'automatisation des tâches peut entraîner une déshumanisation des soins, comme le soulignent les témoignages suivants : « *Certains oui on sentait la démotivation, ils faisaient leur travail mais derrière il n'y avait plus le contact avec le résident, ils n'expliquaient plus les gestes, on voyait que c'était automatique.* » (Adm_03) et « *Elles sont automatisées en fait.* » (IDE_06). Le manque de socialisation est également mentionné comme une contrainte liée à la division du travail : « *Il y en a qui sont AMP qui sont aide-médico-psychologique qui sont formés pour mais ne le font pas. Les soignants cherchent toujours la facilité, ils ne veulent pas se fatiguer.* » (IDE_06) et « *certainement on peut sentir une incompréhension ou un détachement. On sent quand les gens font les choses mécaniquement ou quand ils y mettent un peu de cœur, ça se voit.* » (Supp_04). La peur de certains soignants non formés ou non diplômés est également évoquée : « *Il y en a qui sont pris et qui ne sont pas formés du tout mais pas du tout. Il y en a qui n'ont pas de diplôme aussi. C'est compliqué dans leur rapport, dans le touché, de ne pas avoir peur de toucher la personne âgée. Je parle vraiment du relationnel pour le coup. Et là je pense aussi pour le coup, le management est hyper important tout dépend par qui vous êtes guidé, encadré.* » (Supp_04).

Le non-respect des habitudes des résidents est un autre problème lié à la division du travail : « *8h pour manger le petit déjeuner d'accord c'est bien mais quand on prend l'habitude de vie de chaque résident quand il rentre peut-être il y en a qui préfèrent manger à 10h malheureusement ça ne se fera pas. [...]* » (IDE_05) et « *Ce n'est pas qu'elles (AS) ne sont pas là pour l'usager, il y a certains moments l'usager n'est plus traité comme il le devrait et parfois ça me gêne.* » (Supp_03). Enfin, la focalisation sur les soins aux dépens d'autres aspects de la vie des résidents est abordée : « *Moi je trouve en fin de compte qu'il nous faut des AES. [...] Et moi, j'ai eu un problème l'autre jour avec une aide-soignante qui dit, parce qu'elle était sur un poste l'après-midi avec l'animation, « moi je n'ai pas fait d'étude pour être animatrice ». Moi je lui dis que ça fait partie du soin.* » (Direc_03) et « *pour ça que les aides-soignantes se considèrent supérieures aux AES parce qu'elles, elles sont Aide-soignante et elles ont appris des choses que l'autre n'a pas appris. Bah oui mais l'inverse est vrai aussi.* » (Direc_03).

Ainsi, l'analyse de ces témoignages révèle que la division du travail dans l'EHPAD 2 engendre certaines contraintes qui peuvent nuire à la qualité des soins et à la prise en charge globale des résidents. Les soignants peuvent parfois se concentrer uniquement sur les soins techniques, délaissant la dimension sociale et relationnelle. De plus, la rigidité des horaires et le manque de flexibilité quant aux habitudes des résidents constituent des obstacles supplémentaires à une prise en charge personnalisée et adaptée. Il serait donc important de repenser la division du travail dans l'EHPAD 2 en tenant compte de ces contraintes. Des solutions pourraient consister à favoriser une approche plus individualisée des soins, à encourager la communication et l'interaction entre les soignants et les résidents, à mieux adapter les horaires et les activités aux besoins et aux préférences des résidents, et à renforcer la formation et l'encadrement des soignants pour les aider à surmonter leurs craintes et à mieux appréhender le relationnel avec les personnes âgées.

Synthèse :

La directrice, avec son expérience de soignante, favorise une division efficace du travail pour améliorer la qualité des soins et l'optimisation des ressources humaines, tout en respectant la dignité des résidents. Cependant, des contraintes émergent, dont l'automatisation des tâches, la déshumanisation des soins, le manque de socialisation, et la focalisation sur les soins au détriment d'autres aspects de la vie des résidents.

Pour pallier ces problèmes, une approche plus individualisée des soins, une meilleure communication, une adaptation des horaires et des activités aux besoins des résidents, ainsi qu'un renforcement de la formation et de l'encadrement des soignants sont nécessaires.

- **Conséquences sur les relations interprofessionnelles**

Collaboration et communication entre les différents métiers

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 , révèle des aspects importants de la collaboration et de la communication entre les différents métiers. Il ressort des témoignages que la considération et le respect entre les professionnels sont des éléments clés pour une collaboration réussie. Par exemple, l'AMP_01 souligne la différence entre l'établissement actuel et un précédent, où les aides-soignantes étaient invitées à se taire lorsque les infirmières étaient présentes : « *Je me rappelle à l'époque quand j'étais dans l'autre maison, quand les familles arrivaient, ont appelé l'infirmière, on nous disait vous taisez-vous, c'est l'infirmière qui parle. Ici, on ne nous dit pas taisez-vous et qu'il faut appeler l'infirmière.* » La même personne évoque également l'importance de la confiance et du respect dans les relations avec la directrice : « *Je dirai que c'est la confiance et le respect. Comme j'ai dit, elle a fait une chose quand elle s'adresse à vous, elle a une façon de parler de communiquer toujours dans le respect tout en vous remettant sur les rails mais toujours dans le respect, parce qu'elle écoute. Moi on peut me payer tout le salaire du monde mais quand il n'y a pas de respect ou de considération.* » (AMP_01). Selon Direc_03, les relations entre le personnel soignant ont connu une nette amélioration, notamment entre l'IDEC et les infirmiers : « *IDEC et les infirmiers parce qu'ils avaient leur petit groupe. C'est compliqué, là je suis contente parce qu'avec la nouvelle équipe d'infirmiers, au départ c'était un petit peu compliqué, avec la nouvelle équipe d'infirmiers y compris l'IDEC, c'est beaucoup plus ouvert avec le personnel beaucoup plus.* » Cependant, certains témoignages montrent que la collaboration et la communication ne sont pas toujours optimales. Par exemple, l'animatrice semble ne pas collaborer avec l'équipe soignante : « *De lui dire aussi, l'animation, ce n'est pas elle toute seule et elle a énormément de mal et elle ne communique pratiquement pas avec la personne sauf pour lui dire les toilettes. Quand il y a le goûter, elle s'en va alors qu'elle devrait rester pour éventuellement aider pour le goûter.* » (Direc_03) De même, les relations inter-équipes ne sont pas toujours fluides, comme le montre le témoignage de l'IDE_06 : « *Il y en a certains qui sont juste là pour toucher leur paye et rentrer chez eux, elles ne sont pas impliquées du tout.* »

Enfin, il apparaît que la neuropsychologue joue un rôle d'acteur ressource au sein de l'établissement, facilitant la communication et la compréhension entre les différentes professions. La directrice (Direc_03) évoque ainsi l'embauche d'une psychologue, appréciée par les professionnels : « *Et la psychologue que j'ai embauché avec plaisir, depuis juillet de l'année dernière, toute jeune diplômée et pour moi top. Et d'après les retours que j'ai, elle fait l'unanimité aussi bien auprès du médecin, de l'IDEC, des infirmiers, de l'équipe parce qu'elle est là pour expliquer les choses et soutenir aussi et essayer de faire comprendre. Quand l'équipe maintenant lui dit, un tel il ne va pas bien, elle l'entend et elle va voir la personne et elle leur fait un retour.* » La neuropsychologue (Supp_03) elle-même souligne les défis de sa position, qui requiert de maintenir une relation de confiance avec chacun tout en étant à l'écoute des critiques et des difficultés rencontrées : « *Il y avait une psychologue avant moi avec qui ça se passait mal. Ça a joué en ma faveur, j'ai été directement vers les équipes et peut-être que comme elles n'avaient pas cette habitude-là. Tout de suite avec les infirmières, j'ai énormément communiqué même avec les kinés, avec les équipes. Toutes les autres*

soignantes me connaissent et encore tout à l'heure elles m'ont demandé d'aller voir une personne. »

En somme, cette analyse met en évidence l'importance de la communication et de la collaboration entre les différentes professions au sein de l'EHPAD 2. La considération, le respect et la confiance entre les professionnels contribuent à une meilleure division du travail et à des relations interprofessionnelles plus harmonieuses. Néanmoins, des difficultés subsistent dans certains domaines, notamment en ce qui concerne la collaboration entre l'équipe soignante et l'animatrice. Les témoignages montrent également le rôle crucial des acteurs ressources, comme la neuropsychologue, pour soutenir et faciliter la communication entre les différentes équipes.

Gestion des conflits et résolution de problèmes

Il est essentiel d'examiner les conséquences des divisions du travail sur les relations interprofessionnelles, en particulier en ce qui concerne la gestion des conflits et la résolution de problèmes au sein de l'EHPAD 2. Les citations fournies mettent en lumière plusieurs problèmes liés aux différences générationnelles et aux tensions entre les membres du personnel. D'une part, les conflits générationnels semblent être un défi majeur pour l'EHPAD 2. Les employés de différentes générations expriment des opinions divergentes sur la manière de gérer leur travail et leurs relations avec les autres membres du personnel. Par exemple, les employés plus âgés décrivent les nouveaux employés comme moins respectueux des normes et des protocoles établis : *« Les stagiaires qui me disent je vais prendre ma pause, je me dis mais c'est quoi ces stagiaires ? « Ah non je ne fais pas plus, La convention ce n'est pas ça ? » (AMP_01) »*. Les employés plus jeunes, en revanche, sont perçus comme plus affirmés et moins enclins à suivre les directives des membres du personnel expérimentés : *« on donne son avis, « à l'école on nous a dit ça ». Ici, on a notre propre protocole, c'est ça, c'est ça. C'est une génération qui s'affirme. » (AMP_01)*. Ce fossé générationnel peut exacerber les tensions et les conflits au sein de l'EHPAD, et les gestionnaires doivent adopter des approches appropriées pour faciliter la communication et la compréhension entre les membres du personnel de différentes générations. D'autre part, les soucis avec l'animatrice illustrent comment les tensions interprofessionnelles peuvent découler de désaccords ou de conflits personnels entre les membres du personnel.

De plus, la directrice (Direc_03) explique que bien qu'elle soit prête à écouter les difficultés des employés, elle peut parfois être perçue comme sèche et autoritaire, ce qui peut entraîner des tensions : *« Le lendemain et même dans la journée je vois la personne, je lui dis bonjour, il n'y a pas de rancœur je ne suis pas du tout là-dedans. Après est-ce qu'elles le sont ? » (Direc_03)*. Les employés semblent également préférer discuter de leurs problèmes entre eux plutôt que de les résoudre avec l'aide de la direction : *« Franchement je ne sais pas, on a beau laisser la porte ouverte leur dire qu'on est tout le temps là pour elles s'il y a un souci. Ça sera toujours entre elles. » (Adm_03)*. Cette réticence à s'adresser à la direction peut rendre plus difficile la résolution des problèmes et la prévention des conflits.

En somme, l'EHPAD 2 fait face à des défis liés à la division du travail, aux conflits générationnels et aux tensions interprofessionnelles. Pour les surmonter, les gestionnaires doivent adopter des stratégies de résolution de problèmes, de prévention des conflits et de

communication ouverte entre les membres du personnel. De plus, il est crucial de créer un environnement de travail inclusif et respectueux, où les employés se sentent soutenus et valorisés, indépendamment de leur génération ou de leur expérience professionnelle. En mettant l'accent sur l'écoute, l'empathie et le respect, les gestionnaires peuvent contribuer à créer un climat de travail positif et productif au sein de l'EHPAD.

Dynamiques de pouvoir et d'influence au sein de l'EHPAD

L'analyse de la division du travail et de ses conséquences sur les relations interprofessionnelles au sein de l'EHPAD 2 met en lumière les dynamiques de pouvoir et d'influence qui peuvent découler de cette organisation. Les citations ci-dessus illustrent comment les rôles et les responsabilités de chacun, ainsi que les attentes et les perceptions des autres membres du personnel, peuvent contribuer à façonner ces dynamiques. La directrice de l'EHPAD, par exemple, se trouve parfois dans une position délicate, devant gérer les attentes et les demandes du personnel tout en veillant au bon fonctionnement de l'établissement. Les tensions peuvent survenir lorsque les employés estiment que la directrice est trop directive ou ne comprend pas pleinement leur charge de travail. Comme elle l'exprime : « *C'est vrai que je peux être sèche parce qu'à un moment donné, toujours avoir ce même discours ça finit par me fatiguer.* » (Direc_03). Cependant, la directrice reconnaît également qu'elle doit parfois adopter une approche plus ferme pour assurer une répartition équitable des tâches et maintenir la discipline au sein de l'équipe.

Les employés, quant à eux, sont conscients des hiérarchies et des dynamiques de pouvoir au sein de l'EHPAD et adoptent différentes stratégies pour naviguer dans cet environnement. Par exemple, l'AES_01 met en évidence l'importance de respecter les horaires de pause et de suivre les directives de la direction : « *Moi je ne suis pas stressée, je sais qu'à 11h30 c'est la pause, j'y vais à 11h30 pas avant...* » (AES_01). De même, l'Adm_03 exprime un certain malaise à l'idée d'intervenir dans des domaines qui ne relèvent pas directement de ses compétences : « *Ce qui nous permet quand même de pouvoir leur dire deux trois choses si je vois qu'il y a des choses qui ne vont pas, après c'est vrai que ce n'est pas mon métier, je ne passe pas au-dessus de la cadre.* » (Adm_03). La dynamique entre les différents membres de l'équipe de direction est également un facteur clé dans la gestion des relations interprofessionnelles. L'IDEC, en tant que bras droit de la directrice, joue un rôle crucial dans la communication et la coordination entre les différents membres du personnel. Comme le souligne un employé : « *C'est vraiment le bras droit de Madame la directrice. Déjà elle communique avec tout le monde.* » (Supp_03). Cette position lui confère une influence considérable et lui permet d'aider à gérer les tensions et les conflits qui peuvent survenir. Enfin, la reconnaissance et la compréhension mutuelles des rôles et des responsabilités de chacun sont essentielles pour une coopération et une collaboration efficaces au sein de l'EHPAD. L'IDE_06 souligne l'importance de se mettre à la place des autres : « *Avec le recul je me mets à leur place* (parle IDEC et directrice). » (IDE_06). Cette empathie peut contribuer à renforcer les liens au sein de l'équipe et à atténuer les tensions potentielles.

En conclusion, la division du travail au sein de l'EHPAD_02 crée des dynamiques de pouvoir et d'influence complexes qui peuvent avoir un impact significatif sur les relations interprofessionnelles. La communication, la compréhension mutuelle et l'empathie sont essentielles pour favoriser un environnement de travail harmonieux et efficace.

Synthèse :

La collaboration et la communication entre les différents métiers à l'EHPAD 2 sont cruciales. Le respect et la confiance entre professionnels, facilités par des acteurs ressources comme la neuropsychologue, sont essentiels pour une collaboration réussie. Néanmoins, des défis subsistent comme la collaboration parfois insuffisante entre l'équipe soignante et l'animatrice, et les tensions interprofessionnelles.

Des conflits générationnels et interprofessionnels affectent l'organisation du travail. Des divergences entre employés jeunes et plus âgés peuvent exacerber les tensions, alors que les conflits personnels, comme ceux impliquant l'animatrice, peuvent affecter la collaboration. De plus, la perception d'une direction parfois jugée autoritaire peut engendrer des tensions supplémentaires.

La division du travail crée également des dynamiques de pouvoir et d'influence complexes. La compréhension et la reconnaissance mutuelles des rôles et responsabilités sont essentielles pour une coopération efficace. Il est crucial d'adopter des stratégies de résolution des problèmes et de communication ouverte pour créer un environnement de travail positif et productif. L'accent doit être mis sur l'écoute, l'empathie et le respect.

IV.2.2.2. Coordination au sein de l'EHPAD 2

Au sein de l'EHPAD 2, la coordination est une pierre angulaire garantissant une prise en charge intégrée et harmonieuse des résidents. Cette section explore les diverses facettes de la coordination interne, en scrutant comment les interactions formelles et informelles entre les professionnels influencent l'efficacité des soins et le bien-être des résidents.

- **Mécanismes de coordination**

Coordination formelle (réunions, rapports, procédures)

La coordination formelle au sein des EHPAD est essentielle pour assurer la qualité des soins et la collaboration entre les différentes professions. Dans cette analyse, nous nous concentrons sur les mécanismes de coordination formelle, tels que les réunions, les rapports et les procédures, et sur la manière dont ils sont perçus et utilisés par le personnel des EHPAD.

Tout d'abord, il est nécessaire d'accroître la fréquence des réunions pluridisciplinaires pour favoriser une vision commune et inclure les membres des différentes équipes dans le processus décisionnel : « *Peut-être faire des réunions pluri disciplinaires un peu plus*

régulièrement et associer l'équipe de direction pour qu'on ait tous le même mot d'ordre, la même vision et avec les équipes aussi, leur montrer qu'elles font partie des décisions » (Adm_03). En outre, les réunions interservices pourraient permettre à des professionnels tels que les psychologues et les psychomotriciens de mieux collaborer avec leurs collègues, comme l'exprime Supp_04 : *« J'aimerais être plus investie, invitée même. »*. Les citations d'Adm_03 et d'IDE_05 suggèrent que les réunions pourraient également contribuer à résoudre les problèmes et les tensions entre les équipes en facilitant la communication directe entre les parties concernées : *« c'est ce qu'on trouve avec l'équipe qu'il n'y a pas assez de réunions pour vraiment poser les problèmes entre équipe. Quelquefois on ne s'entend pas forcément avec tout le monde et il y a beaucoup de tensions qui fait que le travail ce n'est pas possible. On aimerait bien avoir plusieurs réunions »* (IDE_05). Cependant, il semble que la mise en place de réunions régulières soit entravée par des contraintes de temps et de ressources, comme en témoignent les citations de Direc_03 : *« Les CODIR là de toute façon on a été uniquement en période de Covid donc ça a été le médecin et IDEC point barre. Après c'est difficile de réunir tout le monde. »* (Direc_03). La difficulté d'organiser des réunions pour le personnel de nuit et de trouver des représentants légitimes pour les différentes équipes ajoute à ces défis : *« Si on prend une personne pour représenter, il faut vraiment que cette personne soit légitime, c'est ce que j'avais avec le délégué du personnel CGT quand je suis arrivée. En fin de compte, il me parlait surtout de ses problèmes à lui mais il n'était pas le reflet. Il s'était fait élire parce que c'était un fort tempérament, une forte gueule entre guillemet mais en fin de compte il ne reléguait pas forcément ce qui se disait. C'étaient ses intérêts à lui. »* (Direc_03). En conséquence, la charge de travail et la communication entre les équipes peuvent être affectées négativement : *« Bah c'est la charge de travail qui n'est pas si chargée pour tant de personne je pense que ça va. Après il faut bien l'expliquer aussi. Pas juste de leur dire -vous serez une de moins, on ne remplace pas. Il faut leur expliquer le pourquoi du comment. Je pense qu'elles ne nous le diront pas en face mais dès fois il suffit de trainer les oreilles dans le couloir pour savoir »* (Adm_03). L'absence de réunions inter-équipes peut avoir des conséquences sur la qualité des soins et le bien-être des résidents.

Les transmissions sont des moments clés pour échanger des informations sur les résidents et leur prise en charge, pour discuter des problèmes rencontrés et pour coordonner les actions des différents acteurs. Les citations montrent qu'il existe un besoin de plus de réunions pour améliorer la communication et le fonctionnement des transmissions : *« c'est quand on est aux transmissions, en gros on lâche ce qu'il faut »* (IDE_05) ; *« Les transmissions c'est bien mais on n'a pas le temps d'expliquer ce que l'on veut ce qui nous dérange et pourquoi c'est tendu »* (IDE_05) ; *« On en demande à la cadre, elle en fait depuis qu'elle est là 2 ou 3. Mais quand il y a vraiment un gros conflit à régler »* (IDE_06). Les transmissions fonctionnent généralement bien, mais il y a des difficultés, notamment en termes de temps et de structure : *« Généralement ça se passe bien. Et en plus on avait les projets d'établissements personnalisés qui pourraient être un peu mieux structurés, ça c'est dommage qu'on ne soit pas assez en équipe. Je pense que le temps n'est pas assez dédié à ce moment-là »* (Supp_03). Les transmissions permettent de créer un sentiment de collectif et favorisent la coopération entre les différents professionnels : *« C'est pour ça qu'ici j'assiste toujours aux transmissions, je cherche au maximum à travailler en équipe, parce que dès fois les psychologues peuvent être un peu de côté et en plus comme je ne suis qu'à 40% »* (Supp_03). Toutefois, certains soucis sont évoqués, comme les problèmes d'heures de transmissions ou les pauses qui peuvent perturber leur déroulement : *« c'est parce qu'il y avait aussi des problèmes de transmissions, d'heures de transmissions qui ont changé ou alors elles étaient*

en pause » (Supp_04). La traçabilité des informations est un enjeu crucial dans les transmissions. Les infirmières et l'équipe de nuit assurent généralement cette traçabilité, mais il est souligné que les aides-soignantes pourraient mieux documenter les informations transmises : « On va dire que je trouve que la traçabilité, ce sont vraiment les infirmières ici et peut être l'équipe de nuit sauf quand il y a des vacataires pas forcément. Je trouve que les AS ne font pas assez de transmission. Elles le disent à l'oral, il n'y a pas de soucis mais pas forcément à l'écrit et il y a des choses qui sont très, très importantes et finalement on n'aura pas forcément les informations donc derrière il n'y aura pas forcément des conséquences graves mais une petite chose » (IDE_05).

Le management participatif est également mentionné comme une approche importante pour favoriser la collaboration et l'implication du personnel : « *Et aussi en fonction de la personne, dès fois ça marche et d'autre fois non » (Adm_03), le management participatif peut varier en fonction de la personne concernée. Ainsi, il est important de prendre en compte les spécificités individuelles et les besoins de chaque membre du personnel pour mettre en place un management participatif efficace. Enfin, l'utilisation des courriels pour communiquer des informations non urgentes est suggérée comme une alternative aux appels téléphoniques : « Plutôt que passer un coup de fils et déranger la collègue qui est en repos, elle lui envoie un mail parce qu'ils ne vont pas se voir et que le lendemain c'est l'autre équipe » (Direc_03).*

En conclusion, la coordination formelle au sein des EHPAD est essentielle pour assurer la qualité des soins et la collaboration entre les différentes professions. Pour améliorer la coordination, il est nécessaire d'accroître la fréquence et l'efficacité des réunions pluridisciplinaires et interservices, en veillant à ce que toutes les parties prenantes soient impliquées et en surmontant les défis liés aux contraintes de temps et de ressources.

Coordination informelle (communication informelle, réseaux sociaux professionnels)

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 axée sur la coordination informelle révèle l'importance des échanges informels, des réseaux sociaux et des discussions au sein de l'établissement pour favoriser une communication efficace entre les membres du personnel.

La coordination informelle joue également un rôle clé dans le fonctionnement de l'EHPAD 2, notamment à travers l'utilisation des réseaux sociaux professionnels. Toutefois, cette pratique peut présenter des risques en termes de confidentialité et de respect des résidents, comme le soulignent certains membres du personnel. D'une part, l'usage des réseaux sociaux peut être problématique pour la concentration et l'attention des employés. Comme l'explique un administrateur (Adm_03) : « *J'avoue que je ne traîne pas assez dans les couloirs pour le voir, je sais que c'est dur parfois de lâcher le téléphone. Je suis assez discrète avec mes baskets, on ne m'entend pas forcément et je peux voir des choses mais pas encore des photos ou des vidéos.* » Cela suggère que les réseaux sociaux peuvent constituer une distraction et nuire à l'efficacité du travail au sein de l'EHPAD. D'autre part, la publication d'informations sensibles sur les résidents peut avoir des conséquences négatives pour l'établissement et les personnes concernées. Un membre du personnel (AES_01) mentionne une expérience passée : « *Nous ils l'ont fait à l'époque de Monsieur, c'est du n'importe quoi. C'est honteux (...). Il faut faire attention si un patron vous attrape, il sera dans ses droits. Rien*

sur les réseaux sociaux, c'est hyper dangereux, c'est une preuve matérielle. ». Cette citation met en lumière les risques juridiques et éthiques associés à l'utilisation inappropriée des réseaux sociaux professionnels.

La coordination informelle dans le fonctionnement de l'EHPAD 2 est également marquée par diverses discussions informelles entre les membres du personnel. Ces échanges, qui se produisent dans des contextes variés, contribuent à la communication et à la collaboration au sein de l'établissement. L'adjointe de direction (Adm_03) souligne l'importance de ces échanges informels en expliquant que « *c'est un peu plus cool je dirai, les coins pause, il y a un peu plus de discussion je pense aussi entre elles et même avec moi. On sent déjà qu'il n'y a pas les rendez-vous médicaux, souvent il y a beaucoup de choses qui s'enlèvent, on discute un peu on fait des choses qu'on ne fait pas ensemble.* » Cette citation révèle que les discussions informelles permettent aux membres du personnel de se détendre et d'échanger sur des sujets qui ne sont pas nécessairement liés au travail, contribuant ainsi à renforcer les liens entre eux. Dans un autre témoignage, l'adjointe de direction (Adm_03) mentionne l'importance de ces échanges dans la résolution de problèmes et la prise de décisions : « *Oui parfois on parle avec l'infirmière qui est là, on va refaire le plan de table, on va refaire des choses. On se pose ensemble, on discute.* » Cette citation montre que la communication informelle peut faciliter la collaboration entre les membres du personnel et les aider à résoudre les problèmes rencontrés dans leur travail quotidien. Enfin, l'adjointe de direction (Adm_03) décrit comment les moments de détente et les discussions informelles permettent aux employés de se rassembler et de partager leurs expériences : « *Non à part un peu plus de relâchement. Je sais qu'il y en a toujours deux/trois qui restent dans les étages après elles sont toutes dans les grands salons, on sent que ça discute un peu plus, tout en faisant un travail de surveillance, de donner le goûter. Elles se réunissent et puis elles discutent.* ». Ces échanges informels favorisent une atmosphère détendue, renforcent les liens entre les membres du personnel et facilitent la résolution des problèmes. Il est donc crucial de reconnaître l'importance de la communication informelle et de l'intégrer dans les mécanismes de coordination au sein de l'établissement. Un autre exemple de discussion informelle concerne les interactions entre les aides-soignantes et d'autres membres du personnel, comme l'illustre cette citation de l'adjointe de direction (Adm_03) : « *Oh ce n'est pas qu'elles, la dernière fois on les entendait parler avec une équipe qui était en plonge, avec la cuisinière. Elles disaient que telle personne n'était pas contente des remplacements qu'elle aurait et du coup limite elle faisait un peu des histoires.* » Ces échanges informels permettent au personnel de partager des informations sur les remplacements et d'exprimer leurs préoccupations, ce qui peut également créer des tensions avec le service de direction qui, n'étant pas informé, ne peut ajuster son management.

Les discussions informelles ont également lieu en présence des résidents, comme le montre cet exemple d'un AMP (AMP_01) : « *J'ai un exemple, j'étais en train de discuter avec les kinés on parlait d'une personne âgée qui était dans un stade avancé Alzheimer. Je leur dis l'autre jour je parlais avec elle, et je lui ai dit si vous continuez, je vais appeler Sylvie sa fille, elle lève la tête et me regarde et elle me dit c'est moi la mère, je suis sa mère. Là je me suis dit, ça m'a refroidi, elle m'a remis à ma place. Sylvie c'est sa fille. Ce sont des personnes. Ce matin on a eu une discussion sur les résidents, tu te rends compte elle m'a sorti ça, ça m'a refroidi. Il y a une prise en compte, on ne doit pas chercher à les infantiliser. On est un peu à côté de la plaque.* » Cette expérience souligne l'importance de prendre en compte les résidents dans les discussions et de respecter leur dignité.

Dans un autre contexte, la communication informelle se produit entre les aides-soignantes et la neuropsychologue, comme l'explique cette dernière (Supp_03) : « *Je sais que quelquefois j'échange avec les aides-soignantes, de façon un peu informelle finalement, je vais aller voir quelqu'un qui ne va pas bien... Si je vois que ça ne va pas, je n'hésite pas et on discute dans le couloir dans un petit coin. Jamais on vient à mon bureau en me disant ça ne va pas trop. On va se croiser et ça n'a pas l'air d'aller et là on discute un peu.* » Ces échanges informels permettent de créer un espace de soutien et d'écoute pour les aides-soignantes. Enfin, l'organisation des activités avec les animatrices passe également par la communication informelle, comme le décrit cette animatrice (Supp_04) : « *Bah rarement en fait, moi je fume ma clope avec d'autres. Il y en a d'autres que je connais mieux que d'autres mais en fin de compte c'est toujours une relation je dirais décisionnelle entre guillemet de ma part. Maintenant je suis hyper ouverte quand il y en a une qui me dit « non, là je ne peux pas aller au cinéma, je ne peux pas faire acte de présence. Demande à une telle pour qu'elle me remplace* ». Ces exemples de discussions informelles mettent en évidence l'importance de la communication informelle dans le fonctionnement de l'EHPAD 2 et son rôle dans la coordination des activités. Ces échanges permettent de créer un espace de soutien et d'écoute pour les membres du personnel, de résoudre des problèmes, de prendre en compte les besoins des résidents, et de faciliter l'organisation des activités.

Outils de gestion et de suivi des activités (logiciels, tableaux de bord)

Dans le contexte de l'EHPAD 2, les outils de gestion et de suivi des activités, tels que les logiciels et les tableaux de bord, jouent un rôle crucial pour assurer une coordination efficace des soins et des services. Un des enjeux soulevés concerne l'évaluation des besoins des résidents à travers le système de GIR (Groupes Iso-Ressources) et le PATHOS (outil d'évaluation des besoins en soins des personnes âgées dépendantes). Selon Direc_03, le système GIR ne reflète pas toujours la réalité du travail effectué par les soignants : « *Même les GIR, les GIR c'est n'importe quoi vous avez des GIR 1 et des GIR 2 qui sont très faciles à s'occuper et vous avez des GIR 3 et 4 qui vont être hyper complexes on ne va pas y arriver. Ça ne reflète pas la réalité, tout cet accompagnement où il faut aller voir parce que non je ne veux pas me laver, on refrappe oui non, non dans une heure et on revient et les troubles du comportement, ce n'est pas chiffrable.* » (Direc_03). De plus, IDE_06 souligne que la prise en charge basée sur ces évaluations peut être quantifiable, mais pas nécessairement de qualité : « *Ça complique la prise en charge, parce que la prise en charge ne peut pas être totalement complète, de qualité, elle est quantifiable mais elle n'est pas de qualité* » (IDE_06). La mise à jour et la disponibilité du PATHOS sont également des préoccupations pour les membres du personnel. Direc_03 mentionne les retards importants dans l'évaluation et la validation du PATHOS : « *je n'ai pas arrêté d'aller les chercher et là je me suis dit, elle me propose une date dans deux mois et demi, je prends cette date. Le prétexte c'est qu'il y a eu beaucoup de départs, ils ne sont pas assez nombreux. Et après il me disait non on ne va pas valider comme ça de toute façon on peut valider moins, et puis vous avez le droit dans deux ans et demi de redemander un autre PATHOS. Comment vous voulez que je vous demande un PATHOS dans deux ans et demi alors qu'on a mis 10 ans pour me faire un deuxième. Je sais que dans 2 ans et demi je n'aurai pas de PATHOS, c'est très particulier quand même. Entre la coupe PATHOS qu'on a envoyé et la coupe qui a été validée, quand ils sont venus j'en avais déjà*

deux qui étaient décédés. Ils sont obligés de prendre en compte le document que j'ai envoyé
» (Direc_03).

En ce qui concerne les logiciels, la citation de Supp_04 indique que certains membres du personnel utilisent des outils tels que Titan pour effectuer des transmissions et communiquer des informations pertinentes : *« J'ai accès à Titan, je fais des transmissions, je n'arrive pas tout le temps à les faire mais sur certains ateliers qui me paraissent importants où pour certaines personnes à certains moments, quand j'ai quelque chose à dire je le mets tous de suite, c'est écrit. »* (Supp_04). Les citations mettent en lumière les défis et les préoccupations liés à l'utilisation des outils de gestion et de suivi des activités au sein de l'EHPAD 2. Il est essentiel de disposer d'outils précis et actualisés pour évaluer les besoins des résidents et assurer une prise en charge de qualité. Les retards et les problèmes de mise à jour du PATHOS peuvent avoir des conséquences sur la capacité de l'établissement à fournir des soins adaptés et à allouer des ressources de manière efficace. De plus, l'utilisation de logiciels de communication tels que Titan peut améliorer la coordination entre les membres du personnel et faciliter les transmissions d'informations pertinentes concernant les résidents. Cependant, il est crucial de s'assurer que ces outils sont utilisés de manière cohérente et efficace par tous les membres du personnel pour garantir une prise en charge adéquate et une communication fluide.

En somme, les outils de gestion et de suivi des activités sont essentiels pour la coordination au sein de l'EHPAD 2. Il est nécessaire d'aborder les problèmes liés à l'évaluation des besoins des résidents et à la mise à jour des outils, ainsi que de promouvoir une utilisation efficace et cohérente des logiciels de communication pour améliorer la prise en charge des résidents et assurer une coordination efficace entre les membres du personnel.

Synthèse :

EHPAD 2 est une structure qui accorde une grande importance à la coordination formelle, essentielle pour assurer une qualité de soins optimale et faciliter la collaboration interprofessionnelle. Cependant, des défis se posent en termes de réunions pluridisciplinaires et interservices, qui nécessitent un meilleur aménagement en termes de fréquence et de représentation pour surmonter les contraintes de temps et de ressources.

Les transmissions, moments cruciaux pour échanger des informations sur les résidents, peuvent être améliorées en termes de temps, structure et traçabilité. Le management participatif et l'utilisation des courriels pour des informations non urgentes sont également mentionnés comme des outils clés pour améliorer la coordination formelle.

Par ailleurs, la coordination informelle est également cruciale, notamment les échanges informels entre collègues qui favorisent une communication efficace et la résolution des problèmes. Les réseaux sociaux professionnels sont utilisés, malgré des préoccupations de confidentialité et de respect des résidents. En outre, il est essentiel de maintenir une communication respectueuse et digne en présence des résidents.

Enfin, les outils de gestion et de suivi des activités, tels que les logiciels et les évaluations systématiques (GIR et PATHOS), sont essentiels pour la coordination des soins, bien qu'il soit nécessaire d'améliorer leur utilisation et leur mise à jour pour assurer une prise en charge de qualité.

L'EHPAD 2, avec ses forces et ses défis, représente un cas d'étude précieux pour comprendre comment la coordination formelle et informelle peut améliorer la prise en charge des résidents en EHPAD et comment des outils spécifiques peuvent aider à cette fin.

- **Rôles et responsabilités dans la coordination**

Responsabilité du directeur dans la coordination globale

L'étude du fonctionnement de l'EHPAD 2 met en lumière l'importance de la coordination et de la responsabilité du directeur dans la gestion globale de l'établissement. Les citations fournies révèlent que la directrice de l'EHPAD joue un rôle central dans la prise de décisions concernant la répartition des ressources, la gestion du personnel et le fonctionnement général de l'établissement. La responsabilité du directeur dans la coordination globale au sein de l'EHPAD est cruciale pour assurer un bon fonctionnement et une prise en charge adéquate des résidents. La citation suivante illustre comment le directeur s'implique dans l'organisation et la répartition des ressources humaines : « *Écoutez, il me manque quelqu'un. On a 10 résidents en moins, vous devez vous réorganiser.* " Elles me demandent : "Comment on fait ?" Je leur réponds : "C'est vous qui connaissez le mieux les résidents et éventuellement les soignants pour l'encadrement. Est-ce que vous êtes capables de vous occuper des grabataires ?" Je leur dis : " C'est à vous de le faire, ce n'est pas à moi de le faire." Ça a été quand même très, très difficile. (Direc_03). Cette citation montre que le directeur délègue la responsabilité de l'organisation à ceux qui connaissent le mieux les résidents et les soignants, tout en conservant un rôle de supervision et de soutien. Le directeur est également conscient des contraintes financières et organisationnelles de l'EHPAD et s'efforce de trouver un équilibre entre les besoins en personnel et les ressources disponibles : « *Ce que je vous dis, de toute façon, c'est que la problématique est que nous avons 10 résidents en moins. Donc, si j'enlève un soignant, il en reste encore suffisamment en nombre. Mais il faut arrêter de faire 9 listes, il faut en faire seulement 8 désormais. Nous ne devons plus nous demander chaque jour : "Ah oui, tiens, aujourd'hui, il manque quelqu'un ?" En fin de compte, non, il ne me manque personne. Lorsqu'elles sont au nombre de neuf, elles en ont une de plus. J'ai également cela, avec cette perte à compenser, c'est vrai, mais bon, il faut que cela compense le reste, avec cette perte à compenser.* » (Direc_03). La directrice travaille en étroite collaboration avec l'IDEC pour élaborer et ajuster les plannings en fonction des besoins actuels et des contraintes financières : « *J'ai laissé un mot à l'IDEC. Elle revient lundi, mais elle ne revient qu'au mois d'août. J'ai remarqué qu'elle n'avait pas fini ses plannings, alors j'ai dit que tant que nous n'atteignons pas 76 résidents, nous n'allons pas faire 9 listes de soins, mais seulement 8. Nous allons donc prendre 8 soignants, car cela n'a pas de sens d'augmenter la masse salariale de façon excessive. Cela a fonctionné un temps, surtout lorsque nous avons eu le Covid, car il était hors de question de réduire les effectifs. Les mois de mars ont été très compliqués, car nous avons encore la moitié des résidents qui restaient dans leur chambre ou ne descendaient pas, ce qui demandait énormément de temps, surtout avec les plateaux-repas en chambre. De plus, les résidents devaient rester dans leur chambre un jour sur deux, et nous devons nous en occuper. Nous avons également administré tous les vaccins en même temps. En avril, mai et juin, nous avons continué dans cette optique. Si cela avait été pris en charge dès juillet, nous aurions pu organiser les plannings de cette façon. Désormais, si quelqu'un manque, je ne le remplace plus, et cela continuera au mois d'août.* » (Direc_03).

Le ressenti du personnel face à ces décisions est mitigé, certains comprennent les contraintes auxquelles la direction est confrontée, tandis que d'autres estiment que la qualité des soins pourrait en souffrir : « *J'ai vu l'évolution, en étant aide-soignante et infirmière oui. La*

différence en étant aide-soignante, entre guillemet on subit, et quand tu es infirmière, je ne peux pas expliquer mon point de vue parce que je suis plus du côté des aides-soignantes par rapport aux entrées GIR si c'est des dépendants indépendant, mélanger les GIR, je suis à une entrée je suis à moins de dix lits, j'ai besoin d'une entrée, la maison a besoin d'argent, c'est la rentabilité donc je fais rentrer sans prendre en compte du soignant et de la prise en charge si elle est difficile ou elle n'est pas difficile. Là je sais que l'établissement, il est à moins dix, je sais qu'on a 70 résidents sachant que dans ces 70 la plupart sont dépendants, la charge de travail, elle est très lourde, les soignants se plaignent. S'il y en a une qui est absente ou deux, alors là s'il y en a deux c'est la catastrophe, nous-même on se met à faire des soins d'hygiène le matin et tout du coup ça retarde nos soins en tant qu'infirmier. Parfois ça me dégoûte. » (IDE_06). Le personnel perçoit également que les objectifs et les priorités peuvent différer entre la direction et l'équipe de soins, ce qui peut entraîner des tensions : « C'est plus avec la direction où là ça part un peu partout. Je pense que Madame la directrice, elle a sûrement aussi son lot de problèmes, je pense qu'il y a des oublis parfois ou les objectifs ne sont pas les mêmes parfois ça se répercute. » (Supp_04). En somme, la coordination au sein de l'EHPAD 2 repose en grande partie sur la capacité du directeur à équilibrer les besoins en personnel, les contraintes financières et la qualité des soins. La collaboration étroite entre le directeur et l'IDEC est essentielle pour assurer une planification et une organisation adaptées aux besoins des résidents et des soignants. Toutefois, les perceptions divergentes des objectifs et des priorités entre la direction et les soignants peuvent créer des tensions et des défis dans la coordination.

La directrice de l'EHPAD 2 est consciente des problèmes liés au nouveau fonctionnement mis en place par l'IDEC, qui vise à être à l'écoute du personnel, notamment en ce qui concerne les pauses. Elle exprime ses préoccupations en disant : « Et du coup, l'après-midi ça ne va pas non plus, s'ils se retrouvent à 7 dans la salle du personnel, il n'y a pas de place. Du coup, qu'est-ce qu'ils font pour contourner cela, ils vont se mettre dans les salons des étages. » (Direc_03). La directrice reconnaît que cette approche peut causer des problèmes dans l'organisation et souhaite revoir ce mode de fonctionnement avec l'IDEC. Le management est un aspect essentiel pour assurer une bonne coordination au sein de l'EHPAD. Un bon management est défini par l'écoute des salariés, la communication et la responsabilisation : « Être à l'écoute des salariés déjà, ce n'est pas leur imposer une vision et puis ne plus parler, on essaie de travailler avec eux, de dialoguer autant que possible pour que cela ne vienne pas seulement de nous. Leur donner aussi des responsabilités et de la confiance. » (Adm_03). La directrice se montre ouverte à la communication avec les employés, mais reconnaît que le management participatif a ses limites : « Moi je les voyais à un moment donné, je m'étais engagée à essayer de les voir mais c'est tombé à l'eau, parce que j'avais des choses à leur faire passer le SEGUR ou je ne sais plus trop quoi » (Direc_03). Elle pense également qu'il est important de trouver un équilibre entre l'écoute et la nécessité de faire respecter les règles : « Notre rôle aussi, et c'est compliqué de diriger entre guillemets parce qu'il y a des règles et ils sont là pour bosser aussi, il faut que le boulot soit fait à un moment donné ça devient fatiguant mais en même temps il faut savoir écouter mais pas trop. C'est toujours très compliqué je trouve. » (Direc_03).

Enfin, la directrice gère également l'animation au sein de l'EHPAD, en veillant à ce que les activités soient adaptées aux besoins des résidents : « C'est pour ça qu'avant qu'elle soit en arrêt, je lui ai dit : "Je suis désolée, pour le scrabble, vous mettez quelqu'un d'autre, vous vous organisez, car je ne vous ai pas embauchée pour vous occuper de deux personnes." Et

quand elle est revenue, je lui ai dit : "Marina, une fois par semaine, il y a un atelier manuel", car elle ne le fait plus, elle faisait encore des jeux de mots, c'est bon quoi. Et là, on a vu des gens très dépendants qui ne nous parlent pas prendre plaisir à faire du dessin.» (Direc_03).

En conclusion, la coordination et le management au sein de l'EHPAD 2 sont des aspects essentiels pour assurer une bonne prise en charge des résidents et un fonctionnement harmonieux de l'établissement. La directrice joue un rôle central dans cette coordination, en mettant l'accent sur l'écoute, la communication, la responsabilisation du personnel et la gestion des activités proposées aux résidents. Néanmoins, elle reconnaît que le management participatif a ses limites et qu'il est important de trouver un équilibre entre l'écoute des salariés et le respect des règles et des responsabilités. Les défis auxquels la directrice est confrontée comprennent la nécessité de revoir les nouvelles approches de l'IDEC en matière de gestion des pauses et de trouver des solutions pour optimiser l'espace et le temps de travail. Par ailleurs, elle doit également veiller à ce que les activités proposées aux résidents soient adaptées à leurs besoins et à leurs capacités, en tenant compte des contraintes liées à la prise en charge d'un grand nombre de personnes dépendantes. Pour relever ces défis, il est crucial pour la directrice de maintenir un dialogue ouvert et constructif avec l'ensemble du personnel et de promouvoir une culture de collaboration et de communication au sein de l'établissement. En outre, elle devra être attentive aux retours d'expérience des salariés et des résidents, afin d'ajuster les méthodes de travail et les activités proposées en fonction des besoins et des contraintes spécifiques à l'EHPAD 2.

▪ **Coordination au sein des équipes médicales et paramédicales**

La coordination au sein des équipes médicales et paramédicales est un élément clé pour assurer un fonctionnement efficace de l'EHPAD 2. L'un des aspects importants de cette coordination est la sectorisation, qui vise à attribuer des professionnels de santé spécifiques à des résidents particuliers afin de garantir une continuité des soins et une connaissance approfondie des besoins et des préférences des résidents. La directrice de l'établissement explique que cette sectorisation est mise en place pour que les personnes âgées aient régulièrement les mêmes personnes qui entrent dans leur intimité : « *On prend du monde sur un secteur, quand ils travaillent à plusieurs sur un même secteur ils connaissent. Mais quand ils viennent des autres étages, ils ne connaissent pas forcément la personne* » (Direc_03). Toutefois, la sectorisation présente également des défis. Pour éviter la routine et préserver le bien-être du personnel, il est parfois nécessaire de changer les affectations : « *Régulièrement, on fait ça tous les 6 mois, on change au moins une personne d'un secteur pour pas que ce soit une routine, ils nous le disent. Et puis des fois il y a des résidents qui ne sont pas faciles et on a des fois des familles qui ne sont pas faciles* » (Direc_03). Cette rotation peut avoir des avantages pour le personnel, en prévenant la lassitude et en favorisant un environnement de travail dynamique. Cependant, cela peut également causer des difficultés pour les résidents, qui préfèrent souvent avoir des visages familiers et une prise en charge stable : « *Et par rapport au résident je trouve que ce n'est pas bien parce qu'il aime bien avoir toujours les mêmes visages, la même personne* » (IDE_06).

Une différence notable entre les équipes est la manière dont les soins sont dispensés aux résidents ayant des besoins plus lourds. Un membre du personnel explique : « *Nous on*

*est au rez-de-chaussée on a des listes, ceux qui sont lourds on les fait en binôme, on a demandé parce qu'avec leur pathologie puis ils prennent de l'âge donc ils deviennent de plus en plus difficiles à faire, l'accompagnement est beaucoup plus difficile à faire, on les fait à deux c'est important. On a toujours essayé toujours d'éviter de faire les gens toujours tout seul, l'autre équipe ils les font tout seul, ce n'est pas possible. (AES_01) ». Cette différence dans l'approche de la prise en charge peut créer des tensions entre les équipes et nuire à la qualité des soins. La communication et la coopération entre les équipes sont essentielles pour garantir une prise en charge adéquate et un soutien mutuel. Un membre du personnel exprime sa préoccupation concernant le manque de collaboration entre les équipes : « *L'autre équipe n'aide pas et ils ne s'aident pas. Je trouve ça dommage, il y a des gens qui sont très lourds et s'il n'y a pas une coordination entre l'équipe alors ce n'est pas possible. » (AES_01).**

Par ailleurs, les différences entre les générations de soignants peuvent également contribuer aux divergences dans les pratiques et les attitudes au sein de l'EHPAD. Un membre du personnel souligne cette différence : « *C'est une génération du non. Même aussi le langage quelquefois, on ne doit pas parler comme ça a une personne âgée. Moi je leur dis de ne pas se prendre la tête, et de laisser passer ce n'est pas grave et elles me répondent non, non. C'est une génération de non. » (AMP_01).* Il est important de prendre en compte ces différences générationnelles pour assurer une meilleure compréhension et une collaboration efficace entre les membres du personnel. Comme le souligne un membre du personnel, il est important de s'adapter aux nouveaux collègues : « *On a eu beaucoup de changements. Les collègues ont changé, j'essaie de m'adapter à celles qui viennent. Quelquefois on a des souvenirs...Ce sont les nouvelles générations qui arrivent, de nouvelles mentalités qui arrivent. Moi aussi j'ai vieilli, il y a l'âge aussi, je vais m'adapter. Je vais m'adapter à celles qui arrivent. » (AMP_01).* L'entraide entre les membres du personnel est essentielle pour garantir une prise en charge efficace et un soutien mutuel. Un membre du personnel illustre cette entraide : « *Même si dans une équipe tu n'es pas bien, t'inquiète on est là, on prendra la relève. [...] ici on est une équipe et c'est important. Il y en a une qui est fatiguée, l'autre elle prend la relève sinon il faut faire autre chose, c'est clair je sais que l'autre équipe ce n'est pas la peine, si je travaille avec elles je crois que je deviens folle. » (AES_01).* Le contrôle entre pairs est également un élément important de la coordination au sein des équipes. Les membres du personnel doivent être conscients de leurs responsabilités professionnelles et respecter les résidents. Un membre du personnel souligne l'importance de maintenir un équilibre entre le côté familial de l'EHPAD et les responsabilités professionnelles : « *Ah oui, a ça on ne coupe pas quelquefois je leur dis, stop vous n'êtes pas à la maison ou à l'école, ici c'est le milieu professionnel. Essayez de couper entre ici votre lieu de travail et en dehors. On peut dire qu'ici c'est familial à l'EHPAD 2. Ce qui fait que les collègues deviennent copines et après quand c'est trop, on oublie le résident, c'est ça le danger ». (AMP_01).*

En somme, la coordination au sein des équipes médicales et paramédicales de l'EHPAD 2 nécessite une adaptation aux nouveaux collègues, une entraide entre les membres du personnel et un contrôle entre pairs. Pour renforcer la coordination et assurer une prise en charge de qualité pour les résidents, il est important d'établir des pratiques de communication, de formation et de supervision qui favorisent l'adaptation, l'entraide et le professionnalisme au sein des équipes.

Coordination entre les services (social, administratif, médical)

La coordination entre les différents services (social, administratif, médical) au sein de l'EHPAD 2 est essentielle pour assurer une prise en charge holistique des résidents. Cependant, cette coordination peut être complexe en raison des différentes logiques et objectifs de chaque service. Comme le mentionne un membre du personnel administratif, « *Les différents services au sein d'un EHPAD ont tous une façon différente de voir les choses, c'est pour ça qu'il y a des effets de groupe.* » (Adm_03). De plus, des conflits peuvent survenir entre les services en raison de leurs positions parfois opposées, notamment en ce qui concerne la gestion des ressources humaines. Un membre du personnel de soutien témoigne de cette situation : « *Maintenant quand je pense qu'effectivement le conflit, si conflit il peut y avoir c'est plus entre IDEC et la direction qui elles ont des positions parfois opposées, exemple avec la quantité de personnel. Et qui se fait ressentir un petit peu sur mon boulot aussi parfois, parce que quand on sent que c'est juste, quand on vous bah là il n'y a pas assez de personnel et puis à côté on vous dit « on n'est pas plein, normalement elles devraient avoir plus de personnes à gérer donc il ne faut pas qu'elles se plaignent ». Ce genre de chose qui peut toucher les équipes.* » (Supp_04). La directrice de l'EHPAD joue également un rôle important dans la coordination des services, notamment en remplaçant l'IDEC lorsqu'elle est en vacances. La directrice explique : « *Là depuis quelque que temps je trouve que je reste beaucoup dans mon bureau mais j'essaye au moins en début d'après-midi d'aller aux transmissions. Je suis acceptée, je n'interviens pas trop mais il y a des moments où je dois intervenir. Comme je leur dis, vous savez Cécilia n'est pas là (IDEC) en ce moment, donc du coup les familles sont un peu stressées donc elles reviennent vers moi, j'en ai par téléphone, j'en ai par mail, j'en ai dans mon bureau.* » (Direc_03).

En somme, pour améliorer la coordination entre les services au sein de l'EHPAD 2, il est crucial de prendre en compte les différentes logiques et positions des services, de résoudre les conflits et de renforcer la communication et la collaboration entre les équipes. La direction doit également assumer un rôle actif dans la coordination des services et s'efforcer de créer un environnement de travail où les équipes peuvent travailler ensemble de manière efficace et harmonieuse.

Conséquences sur la satisfaction des résidents et de leurs familles

Pour assurer la satisfaction des résidents et de leurs familles, il est essentiel de créer une relation de confiance. Un infirmier évoque cette importance : « *Et puis il faut construire cette relation de confiance, si cette relation de confiance n'est pas construite, elle est vouée à l'échec dès le début, on n'arrivera pas à construire cette confiance, qu'on nous fasse confiance pour le soin, pour le prendre soin et pour l'accompagnement surtout pour les derniers jours de vie, parce qu'ici on les accompagnent entre guillemet c'est leur dernière demeure. Les relations vont être compliquées.* » (IDE_06). Il convient également de prendre en compte la souffrance des familles, comme le mentionne un membre du personnel : « *Les familles ça dépend lesquelles, mais bon elles sont en souffrance, est-ce qu'on peut leur en vouloir elles sont tellement en souffrance. Moi je suis orpheline, mais vous avez votre maman qui est là en*

fin de vie, la directrice est assez intelligente pour faire la part des choses. » (AES_01). Cependant, il est important de reconnaître les efforts déployés par les équipes pour prendre soin des résidents, ce qui peut parfois manquer : « On donne tout, ce ne sont pas des pions, ce ne sont pas des numéros puis finalement on a aucune reconnaissance ». (AES_01).

La coordination au sein de l'EHPAD 2 et ses conséquences sur la satisfaction des résidents et de leurs familles doivent également prendre en compte les relations parfois compliquées entre le personnel et les familles des résidents. Comme le mentionne la directrice, les secrétaires sont souvent en première ligne face aux familles : « *Les secrétaires sont à l'accueil chez moi 7 jours sur 7. Elles ont toutes les familles qui passent devant elle, à chaque fois qu'il va y avoir quelque chose, elles vont s'en prendre à elles, ce n'est pas toujours évident.* » (Dirrec_03). Ces relations complexes peuvent avoir des répercussions sur le moral du personnel, comme l'illustre cette citation : « *C'est vrai que c'est un travail qui n'est pas reconnu, car des fois, Le linge qui n'est pas plié, ou alors il manque une chaussette ou le lit n'est pas bien fait, il y a un drap qui pendait. On en est des fois à des trucs comme ça.* » (Direc_03). De plus, certaines familles peuvent avoir des attentes élevées ou peu réalistes : « *De tous, un peu de tout parce que parfois ici aussi, pour les familles des résidents on a l'impression pour certains qu'ils nous voient, excusez-moi du terme, comme des petits chiens, il faut être à leur service de suite* » (IDE_05). Les professionnels de l'EHPAD 2 soulignent également l'impact des antécédents professionnels des familles sur la compréhension et la communication : « *Rien que d'avoir des familles qui ont des enfants qui sont infirmiers ou médecin, kiné ça nous rassure parce qu'on sait qu'on parle le même langage, qu'elles nous comprennent. Et quand ce sont des personnes qui sont peut-être dans le milieu juridique, avocat, juriste et tout ils sont plus dans la loi. La loi elle dit ça, parfois on a du mal avec eux.* » (IDE_06). Enfin, certains membres du personnel estiment que les familles ont tendance à se décharger de leurs responsabilités sur l'EHPAD : « *Après en attendant on a une exigence venant des familles, ça c'est un poids. [...] Ils se reposent beaucoup sur nous, ils se déchargent, ils laissent leur parent il se déchargent. « J'ai posé mes parents, c'est cher, on paye, faites tout ». On ne peut pas tout faire, on aimerait bien.* » (IDE_06).

La relation usager au sein de l'EHPAD 2 est complexe, en particulier en raison de la composition majoritaire de la population des usagers, décrite comme étant « *Français, blanc et catholique* » (Direc_03). Cette réalité peut entraîner des comportements racistes de la part des résidents envers le personnel, comme l'illustre l'exemple de la belle-mère de Direc_03 : « *en vieillissant, elle a fini par appeler la dame de ménage, la négre. Ma belle-mère n'avait jamais employé ce terme-là* » (Direc_03). Ce racisme se manifeste également par des insultes telles que « *sale noire* » ou des injonctions à « *rentrer dans ton pays* » (Direc_03). Ces comportements discriminatoires peuvent avoir des conséquences néfastes sur la motivation et l'implication du personnel concerné. Le manque de reconnaissance et le racisme peuvent contribuer au développement de comportements de retrait du personnel, ce qui nuit à la qualité des soins et à la coordination des équipes. Toutefois, certains membres du personnel parviennent à surmonter ces défis en faisant preuve de « *professionnalisme, leur gentillesse* » (Direc_03), ce qui atténue les effets négatifs des comportements racistes.

En conclusion, la coordination au sein de l'EHPAD 2 est cruciale pour assurer la satisfaction des résidents et de leurs familles, ainsi que pour maintenir un environnement de travail sain et stimulant pour le personnel. La création d'une ambiance familiale et d'une relation de confiance entre les résidents, les familles et le personnel est primordiale, comme le soulignent

les témoignages de certains employés : « *ici, c'est quand même assez familial et il y a des familles qui nous l'ont dit, ils ont préféré mettre leur parent ici* » (AES_01) et « *on a l'impression d'être dans une maison entre parenthèse, un peu la famille* » (AMP_01). Cependant, des défis subsistent dans la gestion des relations avec les familles des résidents, notamment en ce qui concerne les attentes parfois élevées et peu réalistes, ainsi que l'impact des antécédents professionnels des familles sur la communication. De plus, le racisme et le manque de reconnaissance envers le personnel peuvent entraver la coordination et la qualité des soins. Il est donc essentiel de promouvoir une culture de respect, de tolérance et de soutien mutuel pour améliorer la satisfaction des résidents, des familles et du personnel au sein de l'EHPAD 2.

Synthèse :

Dans cette étude de l'EHPAD 2, le rôle du directeur s'avère central, notamment en matière de coordination, d'allocation des ressources, et de gestion du personnel. Cependant, la différence d'objectifs perçue entre la direction et l'équipe de soins soulève des tensions. L'importance de trouver un équilibre entre les besoins en personnel, les contraintes financières et la qualité des soins est soulignée.

La collaboration entre le directeur et l'IDEC est également cruciale pour assurer une bonne prise en charge des résidents. Toutefois, le nouveau fonctionnement mis en place par l'IDEC, bien qu'orienté vers l'écoute du personnel, présente des défis organisationnels que la direction souhaite revoir.

Des défis similaires sont notés dans la coordination des équipes médicales et paramédicales, avec des points de tension liés à la sectorisation et aux différences intergénérationnelles de soignants. L'importance de l'adaptation, de l'entraide et du contrôle entre pairs est relevée pour garantir une prise en charge efficace des résidents.

La coordination interservices pose également des difficultés, soulignant la nécessité d'une meilleure communication et collaboration entre les équipes pour assurer une prise en charge holistique des résidents.

Enfin, la relation avec les usagers et leurs familles est complexe. La satisfaction des résidents et de leurs familles est affectée par les attentes parfois irréalistes et les comportements racistes de certains résidents. Le respect mutuel, la tolérance et le soutien sont ainsi identifiés comme essentiels pour améliorer la satisfaction de tous les acteurs impliqués et optimiser la coordination au sein de l'EHPAD 2.

IV.2.2.3. Comportement de retrait au sein de l'EHPAD 2

- **Identification des comportements de retrait**

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 révèle des comportements de retrait qui peuvent être observés à travers plusieurs indicateurs, tels que le turn-over élevé et les tensions internes au sein des équipes. Ces comportements peuvent avoir des conséquences néfastes sur la qualité des soins et la coordination des services, ainsi que sur la satisfaction des résidents et de leurs familles.

Le turn-over élevé parmi le personnel, en particulier les aides-soignantes, est un signe révélateur de comportements de retrait. Comme le mentionne Supp_04 : « *Ici ou dans n'importe quel EHPAD en termes d'aide-soignante, ça bouge sans arrêt. Je commence entre guillemet dans le métier, ça m'a vraiment étonnée.* » Cette instabilité des équipes peut avoir des répercussions sur la continuité des soins et la cohésion entre les membres du personnel. Le besoin de reconstituer les équipes, comme le souligne Supp_04, témoigne de difficultés passées : « *Madame la directrice, elle m'a dit « on essaye de reconstituer une équipe par rapport à la psychomotricienne, à l'animatrice, à la psychologue parce qu'apparemment tout avait volé en éclat à un moment donné* ». De plus, certains membres du personnel font état de tensions internes, comme l'explique AES_01 : « *C'est arrivé à une époque, maintenant, je le sens moins comme au rez-de-chaussée, il manquait toujours quelqu'un, il y avait un petit souci mais ça faisait longtemps. Il y a une époque quand j'étais à l'accueil c'était compliqué* ». Ces tensions peuvent également contribuer à des comportements de retrait et affecter la qualité des soins et le bien-être des résidents. Un autre exemple de comportement de retrait concerne une employée qui a fini par quitter l'EHPAD, comme le rapporte AMP_01 : « *Elle est partie. Ce n'était pas professionnel, c'était sa maison, ses résidents, elle avait toujours raison. Elle était restée trop longtemps. Ça on le voit dans beaucoup d'EHPAD. Mais elle a cru bien faire, elle se pensait légitime mais elle était complètement à côté de la plaque.* » Ce témoignage illustre comment un comportement inapproprié ou une attitude trop personnelle envers le travail peut nuire à la qualité des soins et à la coordination des services au sein de l'EHPAD.

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD_02 met en évidence des comportements de retrait liés aux arrêts maladie et aux enjeux de contrôle des médecins. Les arrêts maladie peuvent être un indicateur de comportements de retrait, comme l'illustre l'exemple rapporté par Direc_03 : « *En plus la médecine du travail, ça fait deux fois qu'elle me met à mi-temps thérapeutique. Il y en a une qui a un problème au talon donc régulièrement elle ne vient pas en me disant bah non je ne suis pas allée chez le médecin de toute façon vous savez ce que c'est, j'ai mal, je ne suis pas venue.* » Ces absences peuvent perturber la continuité des soins et la cohésion des équipes. Dans certains cas, les arrêts maladie peuvent être motivés par des mécontentements ou des tensions internes, comme le souligne Direc_03 : « *Oh oui, mais oui. Ils ont besoin de savoir que ça va être confidentiel. Par rapport, à ici comme quoi c'est vraiment confidentiel même vis-à-vis de moi.* » Les arrêts maladie de complaisance posent également problème : « *Arrêt maladie de complaisance et de tout façon personne ne peut aller contre un arrêt maladie. [...] J'ai bien compris qu'en fin de compte c'était du bidon quoi. Il ne va pas dénigrer et aller contre son collègue et ça c'est tout juste insupportable* » (Direc_03). Cette situation met en évidence les limites du contrôle des médecins et les obstacles à la gestion des comportements de retrait. Le contrôle des médecins et les enjeux de confraternité médicale peuvent également constituer un obstacle à la gestion des arrêts maladie : « *C'est vraiment très compliqué parce qu'ils sont contrôlés par un médecin, de confrère à confrère* » (Direc_03) ; Le contrôle des médecins apparaît comme une difficulté majeure, en raison de la solidarité professionnelle entre confrères : « *C'est vraiment très compliqué parce qu'ils sont contrôlés par un médecin, de confrère à confrère* » (Direc_03). Cette situation peut entraver la capacité de l'EHPAD à assurer une supervision adéquate des arrêts maladie et à prévenir les abus.

En conclusion, l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 axée sur les comportements de retrait met en lumière plusieurs défis auxquels l'établissement est confronté. Les

comportements de retrait se manifestent notamment à travers un turn-over élevé, des tensions internes, des arrêts maladie et des enjeux liés au contrôle des médecins. Ces défis peuvent avoir des conséquences négatives sur la qualité des soins, la coordination des services, la satisfaction des résidents et de leurs familles, ainsi que sur la cohésion des équipes.

- **Facteurs contribuant aux comportements de retrait**

Ici nous allons nous concentrer sur l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 et notamment sur le comportement de retrait des employés et les facteurs qui contribuent à ces comportements. Les citations fournies révèlent différents aspects du phénomène, notamment l'arrêt, l'absentéisme, le départ, les relations interpersonnelles, le changement de propriétaire, le contexte du Covid-19, la zone géographique et le salaire. Il a été observé que certains employés s'arrêtent sans en informer au préalable l'établissement. Selon IDE_06, cela pourrait être attribué à la motivation et aux traits de caractère individuels des employés : « *Bah, elles sont là pour avoir un salaire donc si elle était vraiment impliquée. (...) Mais il y en a le moindre petit truc ils vont s'arrêter, ils ont une tension, ils vont s'arrêter à cause de la tension, parfois je ne comprends pas, tout dépend des personnalités, ça c'est un trait de caractère.* » (IDE_06). Cette citation met en lumière le fait que certains employés pourraient privilégier leurs intérêts personnels, tels que le salaire, au détriment de leur implication envers leur travail. L'absentéisme constitue un autre aspect important du comportement de retrait au sein de l'EHPAD 2. Selon Adm_03, il est fréquent, en particulier parmi les employés du matin : « *avec les personnes du matin on le voit régulièrement* » (Adm_03). Plusieurs facteurs pourraient contribuer à ce phénomène, notamment des situations de double emploi, des rendez-vous médicaux ou des absences injustifiées. Adm_03 explique : « *Quelque chose que j'ai découvert ici, parfois elles ont un double emploi, elles travaillent la nuit et du coup le matin elles sont fatiguées, elles ne viennent pas travailler. D'autres ça va être des rendez-vous médicaux mais ça on le sait à l'avance après pour les injustifiés quelquefois on n'arrive pas à savoir, d'autre fois on s'en doute mais ça dépend des périodes.* » (Adm_03). Les départs des employés sont un autre aspect du comportement de retrait qui a un impact sur le fonctionnement de l'EHPAD 2. Dans certains cas, les employés peuvent choisir de quitter leur poste en raison de conflits ou de désaccords avec les membres de leur équipe. Adm_03 témoigne : « *Oui j'ai pu faire l'expérience, une fille qui était limitée à deux doigts de partir parce que ça n'allait pas avec certains de son équipe.* » (Adm_03). Ces départs peuvent être d'autant plus regrettables que les employés concernés ne communiquent pas toujours leurs préoccupations à la direction avant de prendre la décision de partir : « *Et c'est dommage, elles ne viennent pas forcément en parler en amont, elles préfèrent partir* » (Adm_03).

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 montre que les relations interpersonnelles entre les employés jouent un rôle crucial dans les comportements de retrait. Les liens familiaux, amicaux et les réseaux de copinage peuvent influencer la décision de certains employés de se retirer du travail, comme l'indique AMP_01 : « *Comme je le disais qu'avant il y avait du copinage. On travaillait toutes ensemble tout le temps ensemble. Il y a des gens c'était leur mari, l'autre c'était la marraine de la fille, la fille travaille ici, la mère travaille ici, c'était familial. Des sœurs travaillent ici, l'une démissionne l'autre la suit, il y a aussi des copines : ma copine a démissionné, je vais aller avec elle, moi aussi je m'en vais. Il y a aussi le changement de groupe.* » (AMP_01). En outre, les problèmes interpersonnels entre

collègues sont parfois à l'origine des arrêts de travail, comme le souligne AMP_01 : « *Il y en a toujours, moi quand je vois qu'il y a une collègue qui est en retrait qui ne va pas je vais toujours la voir. Quelquefois elles parlent. Les arrêts peuvent être dus aux collègues, c'est souvent le collègue, c'est rarement la direction. Certains vont aller voir la cadre, c'est souvent ça. C'est plus entre collègue que la direction.* » (AMP_01). Le climat de travail peut influencer les comportements de retrait. Direc_03 mentionne une employée qui a quitté l'établissement en raison de l'ambiance toxique : « *Il y a une animatrice qui est partie en 2019, c'était une ancienne AMP qui était tout à fait formidable et elle est partie parce qu'elle n'en pouvait plus de l'ambiance qui régnait elle me l'avait dit.* » (Direc_03). Les conflits internes entre les membres de l'équipe ont également un impact sur le climat de travail, comme l'explique Direc_03 : « *C'était le climat et ses collègues. Et puis c'était ce moment où en même temps il y avait le conflit entre IDEC et la psychologue, ça nous a pourri la vie* » (Direc_03).

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 révèle que le changement de propriétaire a également été un facteur contribuant aux comportements de retrait au sein de l'établissement. Comme le mentionne AMP_01, certains employés étaient réticents à travailler sans l'ancien propriétaire : « *avec le départ de l'ancien propriétaire, certaines ont dit je ne vais pas travailler sans lui. Le changement de groupe ça faisait peur à l'époque.* » (AMP_01). Les employés associaient les groupes à l'exploitation et à un manque de respect, ce qui a renforcé leurs craintes concernant le changement de propriétaire, comme le souligne AMP_01 : « *Pour les filles pour elle le groupe c'était l'usine, c'était l'exploitation, le groupe c'était ça. Donc il y avait ça aussi qui ont fait partir les filles.* » (AMP_01). La peur du changement et la perte de repères ont également joué un rôle dans les comportements de retrait. AMP_01 explique que certaines employées ne connaissaient que l'EHPAD et avaient peur des changements associés à l'arrivée d'un nouveau groupe : « *Elles n'ont jamais été dedans parce que la plupart sont venues ici à 17-18 ans, elles ont grandi avec la maison pour certains 30 ans. Elles n'ont connu que l'EHPAD 2. Ce changement avec le groupe, quand on entend parler de groupe alors là, ça fait peur. Il n'y a plus de PDG, la direction il n'y a plus de repère, les démissions sont venues.* » (AMP_01). De même, Direc_03 confirme que le changement de direction peut entraîner un turn-over dans d'autres établissements également : « *Il y a eu du Turn-over, ça je l'ai eu dans plusieurs établissements, quand vous avez un nouveau directeur qui arrive qui implique un changement, quelquefois il y a simplement la peur du changement.* » (Direc_03).

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 en ce qui concerne les comportements de retrait doit également tenir compte de facteurs géographiques et économiques, qui influencent la satisfaction et la motivation des employés, et peuvent les inciter à rester ou à quitter l'organisation. La zone géographique est un facteur crucial, notamment en termes de temps de trajet pour se rendre au travail. Comme le souligne un employé : « *Oui et ça aide. J'avais au moins 15 à 20 minutes de plus le matin dans une autre maison de retraite. Et faire je ne sais pas combien d'heures de bouchon le matin, c'est fatigant. On a une collègue qui est partie parce que justement ça lui faisait une heure de route le matin et une heure de route le soir en plus du travail et donc ce qui fait que sa vie de famille était un peu compliquée.* » (IDE_05). Cette problématique est particulièrement marquée en Île-de-France, où les embouteillages et les problèmes de transport rendent les trajets quotidiens particulièrement difficiles. Le directeur souligne également le cas d'une jeune employée qui a quitté l'établissement pour un poste plus proche de chez elle : « *c'est dommage la petite jeune était très bien, je la comprends elle est partie à 5 minutes de chez elle.* » (Direc_03). Le coût de la vie dans la région est un autre facteur important : « *Parce que c'est sûr que si on vit ici, ce n'est pas là même chose que si on vivait dans le sud ou dans un petit village où tout est donné*

parce que ce n'est pas cher la vie là bah tout est cher. » (IDE_05). Ce coût de la vie plus élevé peut pousser certains employés à chercher des opportunités d'emploi dans des régions où le coût de la vie est plus abordable. Enfin, le salaire est un facteur clé à considérer. Un salaire compétitif peut aider à attirer et à retenir les employés, tandis qu'un salaire insuffisant peut les pousser à chercher d'autres opportunités. Comme le souligne le directeur : « J'ai une infirmière qui a démissionné l'autre fois parce que à cette époque-là on était à 2 600 euros pour l'embauche. Et après elle me dit moi on me prend à 2 700 plus mes 30 ans d'ancienneté. Finalement quand elle est partie, je me suis rendu compte de certaines choses, je me suis dit ce n'est pas si dommage que ça. » (Direc_03). Le directeur reconnaît également l'importance de la rémunération pour les employés : « Je pense qu'il a quand même la rémunération, vu le travail qu'ils font. » (Direc_03).

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, les comportements de retrait au sein de l'EHPAD_02 ont été influencés par des facteurs spécifiques liés à la crise sanitaire. La peur et l'incertitude générées par la pandémie ont poussé certains employés à se retirer du travail, parfois en démissionnant, comme le souligne cette citation : « *Franchement on a connu cette période de démission et de peur avec le Covid, le confinement, elle a connu tout ça. Franchement elle a géré, elle a été courageuse.* » (AMP_01).

L'analyse des facteurs contribuant aux comportements de retrait au sein de l'EHPAD 2 met en évidence plusieurs éléments clés pour réduire le turn-over du personnel. Selon la citation de Direc_03, il est essentiel de promouvoir un environnement de travail bienveillant, de soutenir la formation continue des employés et d'offrir une rémunération compétitive. Premièrement, il est crucial de favoriser des relations harmonieuses entre les employés et l'encadrement. Comme le souligne Direc_03, « *il faut déjà que les gens s'entendent, il faut montrer aussi que l'encadrement soit bienveillant sans tout laisser passer* ». Un climat de travail bienveillant, caractérisé par le respect mutuel, l'écoute et la collaboration, peut contribuer à réduire les comportements de retrait. La direction doit veiller à instaurer une culture d'entreprise positive et soutenir les employés dans leurs interactions quotidiennes. Deuxièmement, la formation continue est un facteur important pour la motivation et la satisfaction des employés. Comme le mentionne Direc_03, « *ça ils sont ravis à chaque fois qu'ils ont des formations* ». La direction doit donc mettre en place des programmes de formation adaptés aux besoins et aux aspirations des employés, en veillant à leur accessibilité et à leur pertinence. Il est également important de prendre en compte les évolutions technologiques, comme l'utilisation de la visioconférence pour faciliter la formation à distance. Enfin, la rémunération joue un rôle essentiel dans la satisfaction des employés et la réduction du turn-over. Comme le souligne Direc_03, « *il y a forcément le salaire, il ne faut pas rêver, c'est sûr qu'en région parisienne les salaires explosent aussi* ». La direction doit s'efforcer d'offrir une rémunération compétitive pour attirer et retenir les employés qualifiés. La rémunération ne se limite pas au salaire de base, mais englobe également d'autres éléments tels que les avantages sociaux, les primes et les perspectives d'évolution professionnelle.

En conclusion, l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 axé sur les comportements de retrait des employés révèle plusieurs facteurs clés contribuant à ces comportements, notamment l'arrêt pour des raisons mineures, l'absentéisme, les départs, les relations interpersonnelles, le changement de propriétaire, le contexte du Covid-19, la zone géographique et le salaire.

▪ Impact des comportements de retrait sur la qualité de la prise en charge

L'un des problèmes majeurs rencontrés dans l'EHPAD 2 est le comportement de retrait du personnel, qui peut se manifester par un absentéisme de convenance, une charge de travail élevée et des problèmes de remplacement. L'objectif de cette analyse est de mettre en lumière l'impact des comportements de retrait sur la qualité de la prise en charge des résidents, en se basant sur des témoignages recueillis au sein d'un EHPAD. La directrice de l'EHPAD 2 reconnaît que l'établissement fait face à une pénurie d'infirmières, mais précise que des efforts sont entrepris pour combler ce manque : « *Donc voilà, il me manque encore une infirmière mais on prend notre temps. On a un pool d'infirmiers qui ont l'habitude de venir.* » Cette citation met en évidence l'existence d'un groupe de professionnels de santé externes, habitués à intervenir dans l'établissement pour pallier les besoins ponctuels. Toutefois, cette solution semble parfois insuffisante pour répondre aux urgences, comme l'explique Direc_03 : « *Mais quand il faut vraiment du monde, on n'arrête pas, j'ai vu passer 24 coups de fils pour trouver quelqu'un, on va y passer des heures dessus pour trouver quelqu'un, pour trouver une solution. On ne les laisse pas comme ça, c'est un certain type de personne.* » En cas de besoin urgent de personnel, l'EHPAD 2 fait également appel à des remplaçantes, comme le confirme une infirmière diplômée d'État (IDE_05) : « *On a une liste de remplaçantes, généralement elle appelle d'abord les remplaçantes et après si en dernier recours il n'y en a pas, elle demande à ceux qui sont fixes s'ils peuvent venir.* » Ce témoignage illustre le recours aux remplaçants comme une stratégie pour maintenir la qualité des soins dans l'établissement, tout en reconnaissant que les infirmières permanentes peuvent être sollicitées en dernier recours si les remplaçantes ne sont pas disponibles. Ainsi, l'EHPAD 2 met en place des dispositifs pour limiter l'impact des comportements de retrait sur la prise en charge des résidents, notamment en ayant recours à un pool d'infirmiers et en mobilisant des remplaçants. Néanmoins, cette stratégie peut s'avérer insuffisante dans certaines situations, ce qui met en évidence la nécessité d'une gestion efficace des ressources humaines pour garantir une qualité optimale de la prise en charge au sein de l'établissement.

L'absentéisme de convenance est un autre aspect du comportement de retrait ayant des conséquences sur la qualité de la prise en charge des résidents dans l'EHPAD 2. En effet, cette forme d'absentéisme peut causer des perturbations dans l'organisation du travail et accroître la charge de travail du personnel restant. L'infirmière diplômée d'État (IDE_05) témoigne de l'impact de l'absentéisme de convenance sur le quotidien des soignants : « *Oui j'en ai connu mais un peu plus depuis que je suis en poste. C'est très compliqué bah en tant qu'AS on a dû mal, on a beaucoup d'absences qui ne préviennent pas en avance du coup le matin il manque quelqu'un sans qu'on sache pourquoi et du coup on doit s'organiser ce qui veut dire plus de travail pour les AS et pour nous, on doit les aider on a du retard dans nos soins ce qui fait que pour notre collègue de dernière ça a du retard. Ça veut dire qu'on aura toujours du retard et c'est fatigant.* » Cette citation met en lumière les défis que représente l'absentéisme de convenance pour les équipes soignantes, qui doivent s'adapter en temps réel pour pallier les absences imprévues et maintenir la qualité des soins. De plus, l'absentéisme de convenance peut entraîner une surcharge de travail pour le personnel en poste, comme le souligne une autre infirmière (IDE_06) : « *Alors l'organisation, l'embauche, le remplacement moi je trouve qu'à chaque fois qu'il y a des absences mais on dit oui mais on est à moins dix, on ne va pas faire un remplacement parce qu'on est à moins dix. Mais la charge de travail est lourde, ce n'est pas parce qu'il manque un soignant ou deux, on va*

épuiser le personnel déjà présent, certes elles ont la chance de ne pas avoir beaucoup de toilettes, elles ont la chance d'avoir du temps de prendre leur pause, d'avancer. » Cette citation montre que la charge de travail est souvent aggravée par les absences non remplacées, ce qui peut à terme épuiser le personnel en place. En somme, l'absentéisme de convenance constitue un enjeu majeur dans le fonctionnement de l'EHPAD 2, car il affecte directement la qualité de la prise en charge des résidents. La gestion de ces comportements de retrait implique de mettre en place des mesures permettant de minimiser leurs conséquences, tout en veillant à préserver la santé et le bien-être du personnel en poste.

L'analyse des comportements de retrait dans l'EHPAD 2 montre que les problèmes de remplacement liés à la zone mal desservie et l'absentéisme par contestation peuvent également impacter la qualité de la prise en charge des résidents. Le directeur (Direc_03) souligne les difficultés liées à la zone mal desservie en matière de transport, qui compliquent les remplacements : *« le souci c'est qu'on n'a pas forcément de transport le week-end. La personne qui vient d'appeler me dit qu'elle a une vacation samedi dimanche lundi. Mais en fin de compte dimanche je ne peux pas venir parce qu'il n'y a pas de transport. »* Cette citation met en évidence l'importance de prendre en compte les contraintes logistiques pour assurer une continuité des soins. L'adjointe de direction (Adm_03) ajoute que ces contraintes peuvent entraîner des remplacements de dernière minute, avec des conséquences sur l'organisation : *« Bien sûr, finalement on n'est pas préparé, il faut trouver quelqu'un au pied levé, pour les remplacements. »* et *« Quand il n'y a pas le choix, il n'y a pas le choix après ça nous arrive de faire venir quelqu'un qui est en contre poste, pour faire des heures supplémentaires. »* Ces citations témoignent de la nécessité d'adapter les plannings et de solliciter le personnel pour pallier les absences. En ce qui concerne l'absentéisme par contestation, le directeur (Direc_03) insiste sur les conséquences néfastes pour les collègues et les résidents : *« Oui c'est ça et en même temps moi je leur dis s'ils croient m'embêter sur ça, je veux dire ce n'est pas moi en fin de compte. Ce qu'ils ne comprennent pas, c'est que ce sont les collègues et les résidents qui vont en pâtir. »* et *« Ce qui est insupportable c'est la désorganisation que ça provoque après. »* Ces citations soulignent que l'absentéisme par contestation engendre une désorganisation qui nuit à la qualité de la prise en charge des résidents.

Ces différents éléments vont avoir un impact direct sur la qualité de la prise en charge des résidents.

L'infirmière diplômée d'État (IDE_05) exprime son inquiétude quant à l'impact des comportements de retrait sur les résidents : *« ce serait sur les résidents. Je le vois que ça les perturbe quand il n'y a pas quelqu'un de fixe. »* Cette citation illustre les conséquences négatives de l'instabilité du personnel pour les résidents, qui peuvent ressentir de l'inconfort ou de l'anxiété face à un changement constant de soignants. De plus, l'IDE_05 souligne l'importance de la continuité des soins et de la connaissance des habitudes des résidents pour assurer une prise en charge adaptée : *« Nous au niveau de la continuité des soins du résidents vu qu'on connaît, même pour les AS, elles connaissent leur habitude, c'est beaucoup mieux pour eux. A chaque fois, voir venir les nouvelles, c'est quoi, qu'est-ce que vous faites comment vous faites ? Pour le résident c'est un peu perturbant, toujours dire ce qui se passe au bout d'un moment, au bout d'un moment il se sent chez lui. »* Cette citation révèle que les comportements de retrait peuvent perturber la relation de confiance entre les résidents et les soignants et nuire à la qualité de la prise en charge.

En somme, les comportements de retrait au sein de l'EHPAD 2 ont un impact direct et négatif sur la qualité de la prise en charge des résidents, notamment en termes de continuité des

soins et de relations avec le personnel. Pour améliorer la qualité des services offerts aux résidents, il est essentiel de mettre en place des stratégies de gestion visant à réduire ces comportements de retrait et à favoriser la stabilité du personnel soignant.

Synthèse :

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 2 met en lumière plusieurs comportements de retrait (turn-over élevé, tensions internes, absentéisme, départs) qui nuisent à la qualité de la prise en charge des résidents et à la cohésion des équipes.

Ces comportements peuvent être attribués à divers facteurs, notamment des conditions de travail difficiles, des salaires non compétitifs, des conflits internes, le contexte de la pandémie de Covid-19 et des problèmes logistiques liés à la localisation de l'établissement. Il est donc impératif d'élaborer des stratégies efficaces pour gérer ces comportements de retrait, en vue d'améliorer la qualité des soins, la satisfaction des résidents et des familles, ainsi que le bien-être du personnel.

Ces stratégies pourraient inclure l'amélioration des conditions de travail, l'augmentation des salaires, la promotion d'un environnement de travail respectueux et collaboratif, la formation continue du personnel et l'optimisation de la logistique des remplacements.

EHPAD 2 : Tableau récapitulatif des personnels interrogés et leur profil

AES 01			AMP 01		
Questionnaire	Implication professionnelle	Implication organisationnelle	Questionnaire	Implication professionnelle	Implication organisationnelle
	AC+/NC-	NC/CC/AC-		AC+/NC+	AC+/CC-
Dimension affective	Traits de personnalité Attachement émotionnel à son métier : vocation Épanouissement personnel Résilience	Attachement à l'équipe et à l'organisation Importance de la confiance envers l'organisation et les collègues	Dimension affective	Choix de carrière et valorisation de la formation Attachement émotionnel et satisfaction dans le travail avec les personnes âgées Préférence pour un certain environnement de travail, l'EHPAD Implication à long terme dans la profession	Apprentissage et développement personnel Relations positives avec les collègues et l'atmosphère de travail Valorisation de l'écoute, du respect et de la considération au travail Attachement profond à son travail auprès des personnes âgées Sentiment d'appartenance à son lieu de travail Appréciation de la communication respectueuse au sein de l'organisation Attachement émotionnel à l'organisation et appréciation de l'apprentissage et de l'expérience acquise
Dimension normative	Évolution et apprentissage continu Protection des résidents et respect au travail Regret concernant les opportunités de carrière manquées	Obligation morale envers l'organisation et ses résidents Besoin de reconnaissance, considéré comme une norme sociale et professionnelle Responsabilité perçue envers les familles aidées Obligation morale ou sens du devoir envers l'organisation et sa directrice	Dimension normative	préférence pour un certain cadre de travail qui semble mieux correspondre à ses valeurs et à son ressenti émotionnel	
Dimension calculée		Sécurité financière et responsabilité familiale	Dimension calculée		

IDE 05			IDE 06		
Questionnaire	Implication professionnelle	Implication organisationnelle	Questionnaire	Implication professionnelle	Implication organisationnelle
	AC+/CC-	AC/NC-/CC-		AC+/NC/CC-	NC/AC-/CC-
Dimension affective	Passion pour le soin aux autres Passion pour prendre soin des personnes âgées Implication envers la qualité des soins aux personnes âgées Alignement du travail avec les valeurs et les intérêts personnels Préférence pour les soins directs plutôt que la gestion	Attachement émotionnel à l'organisation spécifique (EHPAD) Appréciation du cadre de travail Sentiment de soutien et d'appréciation pour la direction de l'organisation Bonne relation avec les collègues et facilité de communication Confort dans l'environnement de travail renforçant le désir de rester dans l'organisation	Dimension affective	Amour et passion pour le travail de soins Une implication forte pour aider les personnes âgées Aspiration à la progression professionnelle et à la croissance Un désir d'être un leader et un mentor	Facilité d'intégration et attachement à l'organisation Satisfaction et attachement émotionnel au travail
Dimension normative		Respect des normes et attentes de l'organisation	Dimension normative	Reconnaissance de l'importance de la formation et du développement des compétences Reconnaissance du rôle et des responsabilités en tant qu'infirmière Respect et compréhension des attentes et des normes dans les relations avec les autres professionnels de la santé	Conformité aux normes et attentes de qualité Respect des exigences de l'emploi et accessibilité Sens du devoir et normes de comportement au sein de l'équipe
Dimension calculée	Continuité professionnelle	Impact de la localisation et du temps de trajet sur la décision de rester dans l'organisation Considérations personnelles et professionnelles influençant la volonté de rester dans l'organisation	Dimension calculée	Opportunités de développement de carrière et d'évolution professionnelle Prise en compte de facteurs personnels pour la continuité professionnelle	Considérations de coûts en termes de temps et d'effort pour se rendre au travail Salaire comme facteur de rétention

Tableau 16 : La relation au travail des salariés, les profils d'implication (EHPAD 2)

IV.3. ANALYSE INTRA-CAS EHPAD 3

Le troisième établissement présenté est l'EHPAD 3, qui fait partie d'un groupement inter-établissement dans le secteur médico-social. Son directeur gère également l'EHPAD 4, en consacrant 50% de son temps à chaque établissement. Le directeur s'est proposé comme sujet d'étude après avoir répondu à un appel à candidatures relayé par le secrétaire général du groupement inter-établissement. Pour accéder à ce terrain, il a fallu envoyer une lettre expliquant le sujet de thèse et le protocole de recherche (voir Annexe 3 et 4) détaillant les besoins pour mener la recherche ainsi qu'un protocole sanitaire pour garantir la sécurité des résidents et des employés contre le Covid.

Concernant ce terrain, huit entretiens semi-directifs, dont deux en groupe et à des périodes différentes. La première contact a eu lieu les 9 mars, le 17 et 18 mars 2021, lors desquels le directeur a organisé deux réunions pour présenter les lignes directrices et le Comité Technique d'Établissement (CTE), offrant ainsi un aperçu des instances décisionnelles d'un EHPAD. En raison de problèmes d'accessibilité de l'EHPAD 4, des entretiens supplémentaires ont été demandés et accordés, permettant deux autres entretiens avec le personnel de santé le 23 juin 2021. Tous les entretiens ont eu lieu dans la structure, mais dans différentes salles, notamment dans le bureau de la cadre, le bureau du directeur, la salle de soins pour l'un des infirmiers interviewés et deux dans le bureau du médecin coordonnateur en raison d'un manque de place.

IV.3.1. EHPAD 3 : un établissement en quête de stabilité

L'EHPAD 3 est un établissement public autonome relevant de la territorial, situé dans un petit bourg d'environ 1 200 habitants, à une trentaine de minutes de Limoges. Il a été construit en 1992 et a subi d'importants travaux de réaménagement et mise aux normes en 2015. Ces travaux ont permis d'augmenter la capacité de l'établissement de 15 lits en créant une unité spécialisée pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés. Ainsi, l'EHPAD dispose désormais de 82 places, dont une unité Alzheimer de 15 places, ainsi que 4 places d'hébergement temporaire. L'équipe des aides-soignantes est composée de 23 personnes pour prendre soin des résidents.

Historique de l'établissement

Dans cette analyse de l'EHPAD 3, nous examinons l'historique de l'établissement. Nous nous concentrons sur trois aspects principaux : la période d'intérim en matière de direction, le changement de direction et l'ancienne cadre de santé peu présente. L'EHPAD 3 a traversé une période d'intérim importante en matière de direction, en raison de l'absence prolongée d'un directeur permanent : *« ils ont eu une période d'intérim important c'est-à-dire il y a eu une personne en arrêt maladie malheureusement et juste avant elle a eu des enfants, elle a été arrêtée longtemps »* (Direc_02). Le directeur par intérim qui a suivi a décidé de ne pas prendre

de décisions importantes, ce qui est compréhensible compte tenu de la durée limitée de son mandat : « *de toute façon, je ne prendrais pas de décision. Bah c'est logique* » (Direc_02). Cependant, Direc_02 souligne également que l'Agence Régionale de Santé (ARS) aurait dû intervenir plus tôt pour éviter une telle situation d'instabilité : « *Ce qui n'était pas logique, c'est que l'ARS ne me fasse pas venir plus tôt* ». La période d'intérim a également eu un impact sur la perception du personnel quant à la direction : « *je suis juste arrivé j'ai connu Madame (ancienne directrice) qui était sur le point de partir donc en fait je ne lui ai parlé 2 fois et après on est resté avec un directeur intérimaire qu'on n'a pas beaucoup vu* » (AS_04). Cette situation a entraîné une certaine confusion parmi le personnel, qui n'était pas sûr de la direction que prendrait l'établissement : « *Monsieur le directeur est arrivé et on ne sait pas trop* » (AS_04).

Le changement de direction à l'EHPAD 3 a suscité de l'incertitude parmi le personnel : « *Ici ? Là on a changé de direction, il n'y a pas longtemps* » (AS_04) et « *On ne sait pas trop, il vient d'arriver. On ne sait pas trop où on va aller, il y a du changement quand même.* » (AS_03). Le directeur actuel gère également un deuxième établissement dans la région, ce qui a eu un impact sur la prise de décision et la gestion des deux établissements : « *Donc du coup, ils sont restés sur une période assez longue sans décision prise. Il y a des décisions qui n'ont pas été traitées. Et donc du coup plus facilitant pour moi et ça les a un peu stressés. C'est un peu les deux. Mais au demeurant je pense que c'est deux beaux établissements.* » (Direc_02). Le personnel semble avoir des avis mitigés sur la direction actuelle. Certains apprécient son approche : « *Alors il est directeur aussi sur la structure, l'EHPAD de ****, donc c'est la même direction. Les cadres sont différents par contre chaque établissement à son propre cadre. Après on ne peut pas trop dire, avec nous il est charmant* » (AS_04). D'autres ont noté des changements dans la gestion, notamment en matière d'économies : « *Moi je trouve que depuis qu'il est là et c'est peut-être pareil, il est peut-être obligé je ne sais rien mais on trouve qu'il y a eu des économies de faites au niveau alimentation et sur plein de choses. On gère autrement.* » (AS_03). Quant à la mutualisation des ressources entre les deux établissements, certaines personnes sont sceptiques : « *A ben moi non ça ne m'intéresse pas. Parce que d'un établissement à l'autre notre directeur c'est le même que **** et on ne fonctionne pas du tout de la même façon.* » (IDE_03). Cette perception suggère que la mutualisation des ressources pourrait ne pas être adaptée à ces deux établissements aux fonctionnements distincts.

De plus, l'absence fréquente de l'ancienne cadre de santé a eu un impact sur la gestion de l'établissement et la prise de décision : « *Apprendre à connaître les autres personnes, après ça a été de l'apprivoisement aussi. C'est vrai ce que disait Monsieur le directeur à la réunion. A un moment donné entre mon arrivée et celle qui était avant, il y avait une indisponibilité de cette cadre, elle faisait les deux structures voilà. Malade, souvent absente donc ce sont les infirmiers qui ont pris le relai* » (CS_01). Cette situation a conduit à une adaptation de la part des infirmiers et d'autres membres du personnel, qui ont dû assumer davantage de responsabilités en l'absence de la cadre de santé. L'évolution de l'établissement et les ajustements nécessaires en raison de l'absence de l'ancienne cadre de santé ont également été des occasions d'apprentissage et de renforcement des liens entre les membres du personnel. La nécessité de s'adapter à cette situation a permis de mieux connaître les autres membres de l'équipe et de développer des compétences en matière de gestion et de prise de décision.

En conclusion, l'EHPAD 3 a traversé des périodes d'instabilité en raison de la direction intérimaire, du changement de direction et de l'absence de l'ancien cadre de santé. Ces facteurs ont eu des répercussions sur la prise de décision, le fonctionnement de l'établissement et le personnel, soulignant l'importance d'une direction stable et présente pour assurer un fonctionnement efficace de l'établissement.

Localisation et taille de l'EHPAD

L'analyse de la localisation et de la taille de l'EHPAD 3 met en lumière plusieurs aspects importants concernant l'environnement rural et la taille réduite de l'établissement, ainsi que le recrutement du personnel et le statut de l'établissement. Tout d'abord, le cadre rural de l'EHPAD 3 semble jouer un rôle crucial dans la relation entre les résidents et le personnel. En premier lieu, la différence de mentalité entre la ville et la campagne est un aspect significatif. Comme le souligne AS_04, « *Il y a une différence de mentalité. (...) À la campagne, ils vous remercient, ils sont beaucoup plus proches.* » (AS_04) et AS_03 confirme cette perception en mentionnant la différence de mentalité entre Limoges et leur « *petit coin tranquille* » : « *On sent que pour les gens c'est un dû. Bien que ça commence à venir un peu, on le sent un petit peu là, on n'a plus la même population.* » (AS_03) Ce contraste entre les environnements urbains et ruraux influence la relation entre les résidents et le personnel de l'EHPAD, avec une approche plus chaleureuse et reconnaissante dans le contexte rural. En ce qui concerne le recrutement du personnel soignant, il semble que l'établissement de formation de **** joue un rôle important, car il partage des valeurs communes avec l'EHPAD 3. AS_03 témoigne de la qualité des élèves de cette école et de leur fidélité aux valeurs acquises pendant leur formation : « *Elles viennent toutes de la même école de ****, moi je trouve que c'est une bonne école. (...) Elles n'ont pas changé, elles ont toujours gardé ça.* » (AS_03) De plus, la majorité des employés viennent de la même ville, ce qui renforce le lien entre eux et les résidents : « *Oui, les gens sont tous autour, ils habitent tous la même vie.* »

La taille de l'EHPAD 3 est également un facteur important, car elle contribue à créer un environnement familial et à renforcer les relations entre les résidents et le personnel. Comme le mentionne ASH_03, « *on a toujours entendu que c'était familial* » et CS_01 ajoute que « *c'est un petit EHPAD familial que les gens se connaissent. Je pense qu'il y a de ça.* » Les liens étroits entre les résidents et le personnel sont également évoqués par CS_01 : « *On se connaît en dehors, on est allé à l'école ensemble y'a même des résidents ici qu'on connaît depuis très longtemps.* » Cependant, la proximité des relations familiales et interpersonnelles peut parfois poser des défis dans la gestion des petites structures comme l'EHPAD 3. Direc_02 souligne l'importance de prendre en compte les relations interpersonnelles et familiales, notamment dans les petites structures, car elles peuvent avoir des conséquences dramatiques : « *Il est clair des relations interpersonnelles, inter familiales peuvent à un moment donné, notamment dans les petites structures, prendre des considérations qui sont dramatiques.* » La taille réduite de l'établissement permet également de conserver une certaine souplesse et une adaptabilité aux besoins spécifiques des résidents, comme l'explique Adm_02 en évoquant la possibilité de modifier rapidement les menus. La taille réduite de l'EHPAD 3 implique que le personnel doit être polyvalent et assumer de nombreuses responsabilités, parfois avec des compétences très pointues. Adm_02 explique la difficulté de cette situation : « *On est hyper polyvalent et la difficulté dans le fait d'être hyper polyvalent c'est qu'il faut avoir des*

compétences en tout et parfois des compétences très pointues en tout. Et ça, c'est assez compliqué ». Malgré cela, Adm_02 apprécie la proximité et le fonctionnement collégial des petites structures : « *Pour moi, c'est la proximité et le fait d'avoir des petites entités, des petites structures.* »

Enfin, le statut de l'EHPAD 3 en tant qu'établissement public confère une certaine autonomie à l'institution, lui permettant de gérer ses propres services et de rester indépendante des structures hospitalières plus importantes. La mutualisation des EHPAD est un sujet de discussion, comme le mentionne Direc_02 : « *Aujourd'hui on est que 5 directeurs d'EHPAD, il n'y en a plus que 5. On a au minimum 2 établissements il y en a un qui en a 3 et les autres EHPAD ont été rattachés à l'hospitalier.* » Cependant, l'autonomie de l'EHPAD 3 est perçue comme un atout, permettant à l'établissement de s'adapter aux spécificités de son public. Adm_02 exprime cette préoccupation : « *Une de mes craintes même pour les EHPAD publics ou les petites structures médico-sociales public qu'elles soient rattachées à des grosses structures type hôpitaux via des groupements hospitaliers de territoire ou ce genre de chose. Moi c'est un peu une crainte que j'ai. Parce qu'aujourd'hui je trouve que c'est une force de ces petites structures d'avoir ce fonctionnement indépendant autonome elles peuvent vraiment s'adapter aux spécificités de leur public et avec oui l'autonomie de fonctionnement qu'elles peuvent avoir.* » Cependant, l'évolution vers la mutualisation des services, notamment dans le secteur de la restauration, pourrait poser des défis en termes de qualité et de liberté d'exécution.

En conclusion, l'analyse de la localisation et de la taille de l'EHPAD_03 met en évidence l'importance du contexte rural et de la taille réduite de l'établissement dans la création d'une atmosphère familiale et de relations étroites entre les résidents et le personnel. Cependant, ces caractéristiques posent également des défis en matière d'organisation et de responsabilités pour le personnel. Le statut public et l'autonomie de l'établissement sont considérés comme des atouts, mais la tendance à la mutualisation et au rattachement à des structures hospitalières plus importantes soulève des préoccupations quant à la préservation de cette indépendance et de la capacité d'adaptation aux besoins spécifiques des résidents.

Population et besoins des résidents

L'analyse de la population et des besoins des résidents de l'EHPAD_03 met en évidence plusieurs problématiques liées à l'évolution de la dépendance des résidents et aux politiques de maintien à domicile. Comme le mentionne CS_01, les résidents qui arrivent dans les EHPAD sont de plus en plus dépendants en raison des lois favorisant le maintien à domicile : « *Ces lois fonctionnent, le grand problème, c'est la nuit et du coup à un moment donné le domicile a ses limites. Et lorsque les personnes sont vraiment dépendantes qui ne peuvent plus rester à domicile même la nuit, ils entrent en EHPAD.* » CS_01 souligne également que les pouvoirs publics n'ont pas anticipé l'impact de leur politique sur la dépendance croissante des résidents en EHPAD : « *Ils n'ont pas vu que les résidents allaient arriver de plus en plus dépendants et ils ne l'ont pas vu ça. Ils ne l'ont pas vu et je trouve qu'il y a un paradoxe entre le sentiment que tout va bien dans les EHPAD, on ne change rien et en même temps ils font une politique du maintien à domicile et ce frein-là du domicile ils viennent en EHPAD beaucoup*

plus dépendants ils n'ont pas vu ça ils n'ont pas vu cet impact. » En conséquence, les professionnels de l'EHPAD 3 sont confrontés à une augmentation de la charge de travail et à la perte de sens dans leur métier. AS_03 illustre cette situation : *« De toute façon on ne fait que du nursing, que des toilettes. Moi il y a des jours ça ne m'intéresse même pas ce que je fais l'après-midi. On nous talonne pour faire de l'animation ok mais comment on fait ? »*

Face à ces défis, Adm_02 estime qu'il est nécessaire de repenser le modèle des EHPAD : *« Aujourd'hui on devient presque des USLD (unité soin longue durée) des lieux où on soigne, on soigne. Sauf que les dotations en soignant reste celle d'un ehpad et finalement il y a une inadéquation entre le besoin en soin le besoin de l'accompagnement du résident et les dotations qu'on a. »* Il est également important de noter que chaque établissement a sa propre identité et son contexte spécifique, comme le souligne IDE_03 : *« Je ne peux pas penser comme elle on n'est pas dans le même contexte. Et même au départ, moins maintenant, mais au départ nous on avait des gens beaucoup plus ruraux qu'eux ils avaient des gens qui arrivaient de ***. Nous c'était beaucoup plus campagnard vous voyez donc ça c'est important. »* Enfin, certains professionnels considèrent que les EHPAD devraient relever du secteur sanitaire plutôt que médico-social, comme l'explique IDE_02 : *« Pourquoi ça ne serait pas sanitaire l'EHPAD, c'est médicalisé. Sauf que la réalité on s'approche plus de l'USLD que de la maison de retraite. »* Cette situation met en évidence l'évolution des besoins des résidents et la nécessité d'adapter les services et les ressources des EHPAD en conséquence. IDE_02 insiste sur cette évolution en disant : *« ils arrivent de plus en plus lourds on les garde de moins en moins longtemps, ils arrivent dans un état complètement déplorable on va dire que oui on est devenu un USLD, voir SSRG (soins de suite et de réadaptation gériatrique) sans aucun problème. »*

En conclusion, l'analyse de la population et des besoins des résidents de l'EHPAD 3 révèle les défis croissants auxquels sont confrontés les établissements et les professionnels en raison de l'augmentation de la dépendance des résidents et des politiques de maintien à domicile. Pour y faire face, il est crucial de repenser le modèle des EHPAD, d'adapter les dotations en soignant et de prendre en compte les spécificités de chaque établissement. De plus, une réflexion sur la classification des EHPAD en tant qu'établissements sanitaires plutôt que médico-sociaux pourrait également contribuer à une meilleure adéquation entre les besoins des résidents et les ressources disponibles. Enfin, il est important de considérer les attentes et les préoccupations des professionnels de l'EHPAD pour améliorer leur motivation et leur implication dans leur travail, afin d'offrir une meilleure qualité de vie et de soins aux résidents.

Évolution de l'environnement réglementaire et politique

L'évolution de l'environnement réglementaire et politique de l'EHPAD 3 a été marquée par l'impact de la pandémie de Covid-19. Cette crise a conduit à des défis organisationnels et émotionnels pour le personnel et les résidents, ainsi qu'à des transformations dans la manière dont les EHPAD sont perçus et gérés. Lorsque le Covid-19 a frappé, l'EHPAD 3 a dû rapidement s'adapter à la situation. Comme le souligne Adm_02, « *quand le Covid est rentré finalement ça devenait ingérable* », mais le personnel a réussi à faire face à cette situation difficile grâce à leurs compétences et à la solidarité entre les membres de l'équipe. AS_02 évoque l'organisation pendant cette période, mentionnant que « *les résidents étaient tous confinés dans leur chambre* » et « *il fallait s'organiser avec les cuisines* ». Malgré les défis, AS_02 estime que « *on a su gérer quand même* ». ASH_03 décrit l'impact du confinement sur la vie des résidents, soulignant que « *il n'y a plus de vie dans l'établissement* » et que « *ça a été plus compliqué parce qu'il y en a beaucoup qui se sont laissé aller* ». Direc_02 aborde également la question de la restriction des libertés individuelles, en disant que « *le principe de précaution était de dire pour sauver le maximum de personnes... vous parliez combien en préserver et là c'est comment éviter le cluster* ».

La solidarité et l'entraide entre le personnel ont été un élément clé pour faire face à cette situation. CS_01 témoigne de cette solidarité en disant que « *on se serre les coudes et on y va* » et mentionne que « *lorsque les équipes dysfonctionnent, c'est parce qu'il n'y a pas de crise* ». Les équipes ont dû s'adapter et travailler ensemble pour assurer le bien-être des résidents, malgré les contraintes imposées par la pandémie. CS_01 souligne également l'importance de l'anticipation et de la performance de la direction durant cette période. Le directeur (Direc_02) parle d'un avant et après Covid, et met en avant l'importance de la solidarité et des liens entre les membres du personnel pour surmonter les défis posés par la crise. Il mentionne que « *plus le contexte est compliqué plus on a besoin d'être soudé* ». Cette période a également été marquée par des émotions fortes, comme le rappelle IDE_04, qui évoque les images de guerre après une réunion avec l'ARS. Enfin, la pandémie a également eu un impact sur la perception des EHPAD à l'extérieur, comme le mentionne Direc_02, qui dit que « *c'est compliqué à l'extérieur plus l'EHPAD fait peur. Puisqu'on a associé au niveau extérieur EHPAD = Cluster* ». En somme, l'évolution de l'environnement réglementaire et politique de l'EHPAD_03 a été marquée par les défis posés par la pandémie de Covid-19, qui a conduit à des changements organisationnels et émotionnels pour le personnel et les résidents et a transformé la manière dont les EHPAD sont perçus et gérés. La crise a mis en évidence l'importance de la solidarité, de l'entraide et de l'adaptabilité au sein du personnel pour faire face aux situations difficiles et préserver le bien-être des résidents.

En conclusion, l'évolution de l'environnement réglementaire et politique de l'EHPAD_03 au cours de la pandémie de Covid-19 a mis en évidence l'importance de la solidarité, de l'adaptabilité et de la collaboration entre le personnel et les autorités sanitaires pour faire face aux défis posés par la crise. Les leçons tirées de cette période pourraient avoir des implications durables pour la gestion des EHPAD et la manière dont ils répondent aux besoins changeants de leurs résidents et font face aux défis futurs.

Synthèse :

L'EHPAD 3, un établissement public autonome situé à proximité de Limoges, a augmenté sa capacité à 82 lits après des travaux de réaménagement en 2015. La petite taille et la localisation rurale ont créé un environnement familial avec des relations étroites entre les résidents et le personnel.

La direction a connu des périodes d'incertitude dues à l'intérim prolongé, impactant la perception du personnel et la stabilité de l'établissement. De plus, l'absence fréquente de l'ancien cadre de santé a ajouté des défis en termes de gestion et de prise de décision, entraînant une adaptation nécessaire du personnel.

L'établissement est confronté à des problèmes liés à l'augmentation de la dépendance des résidents, en grande partie due aux politiques favorisant le maintien à domicile. Ces évolutions ont accru la charge de travail du personnel et ont suscité des interrogations sur le modèle actuel des EHPAD. Les employés de l'EHPAD 3 estiment qu'il est nécessaire de repenser ce modèle, compte tenu de l'évolution des besoins des résidents.

Malgré ces défis, le statut public de l'EHPAD 3 offre une certaine autonomie, ce qui est considéré comme un atout. Cependant, des discussions sur la mutualisation des services soulèvent des questions concernant la qualité et la liberté d'exécution.

IV.3.2. Le fonctionnement de l'EHPAD 3

Cette section de la thèse explore le fonctionnement de l'EHPAD 3, en se concentrant sur la division du travail ainsi que sur l'identification et les interactions des différents métiers et rôles au sein de l'établissement, allant des médecins coordonnateurs aux aides-soignants, et des cadres administratifs aux gestionnaires, afin de comprendre leur impact sur la qualité des soins et l'efficacité organisationnelle.

IV.3.2.1. Division du travail de l'EHPAD 3

- **Identification et description des métiers et rôles**

Les métiers médicaux (médecins) et paramédicaux (infirmiers, aides-soignants)

Dans cette analyse, nous nous intéressons au fonctionnement de l'EHPAD 3, en mettant l'accent sur la division du travail et l'identification des métiers et des rôles, en particulier les métiers médicaux (médecins, infirmiers et aides-soignants). Le médecin coordonnateur joue un rôle crucial dans le fonctionnement d'un EHPAD. Comme le souligne CS_01, la présence d'un médecin coordonnateur est indispensable pour prendre des décisions importantes sur le plan médical : « *On a de la chance, je ne sais pas comment font les EHPAD où il n'y a pas de médecin coordonnateur parce qu'il y a quand même des décisions à prendre sur le plan médical. Si je n'ai pas le médecin coordonnateur pour prendre des décisions notamment pour faire entrer les gens c'est un petit peu ennuyeux. S'il n'est pas là pour trancher sur des situations compliquées sur le plan médical ça peut être aussi long et difficile. Non je trouve que c'est un personnage extrêmement important dans un EHPAD.* » (CS_01). Le médecin

coordonnateur, malgré ses défauts, est perçu comme un atout dans la prévention, notamment grâce à sa prudence : « *Il a ses défauts, tout le monde en a effectivement. Après le docteur a ses défauts mais ces défauts là il les a transformés pour être au contraire un atout dans la prévention : attention ça va arriver. Il a toujours peur, il est très craintif du coup ça nous a servi. Heureusement qu'on l'a eu.* » (CS_01). La présence d'un médecin coordonnateur dans l'établissement est soulignée par le directeur, qui insiste sur l'importance de ce rôle dans le contexte médico-social : « *N'oubliez pas une chose aussi qui est importante, la logique dans les EHPADs qui est dans le médico-social, qu'on penserait moins prégnante mais qui l'est tout aussi dans le sanitaire, ce sont les médecins. Les médecins coordonnateurs, parce que ceux qui n'ont pas de médecin coordonnateur en ce moment ils mangent grave.* » (Direc_02).

Le cadre de santé, qui est également une ancienne aide-soignante, témoigne de la légitimité de son rôle grâce à son expérience : « *J'ai cet avantage, elles savent que j'ai été aide-soignante. J'ai cette légitimité, j'ai cette chance-là.* » (CS_01). Le métier nécessite une formation et a évolué vers un rôle plus gestionnaire, impliquant une compréhension des enjeux humains, RH, économiques et politiques : « *Il faut avoir une vraie compétence, il faut être formé, c'est ce que je dis depuis tout à l'heure. Il faut vraiment être formé à ça et comprendre tous les enjeux : les enjeux humains, les enjeux RH, les enjeux économiques et les enjeux politiques. Ainsi si vous n'avez pas ça en tête, vous ne pouvez pas fonctionner. Actuellement vous ne pouvez pas, j'ai vu mon rôle évoluer aussi, on n'est pas entre 2010 et maintenant. Je peux vous assurer qu'il y a un delta : la pression politique et la pression économique, elle est immense.* » (CS_01). Le rôle du cadre de santé est décrit comme central dans l'EHPAD, faisant le lien entre différents acteurs et apportant de la cohérence : « *ma fonction c'est de faire le lien entre la direction, la réglementation, les équipes et entre les organismes de formation. Je suis vraiment le point central au milieu de différentes branches, je suis la plaque tournante. Je suis Shiva un petit peu, c'est ça. Et c'est ce qui entraîne un sentiment vraiment d'anxiété de stress parce qu'il faut à un moment donné savoir où on va. Être en relation tout le temps et être en cohérence. C'est ça, amener de la cohérence au milieu de tous ces paramètres-là. On est vraiment le point central surtout en EHPAD, je ne l'ai pas ressenti ailleurs. En EHPAD, on est très, très sollicités.* » (CS_01).

Le rôle des infirmières va au-delà de la distribution des médicaments et des pansements, incluant la prise en compte du projet personnalisé et de l'environnement du résident : « *elles distribuent les médicaments et elles font les pansements mais ça va au-delà. Il y a cette prise en compte du projet personnalisé, de l'environnement, de la globalité. C'est vraiment un travail systémique* » (CS_01). Le cadre de santé souligne l'importance d'une spécialisation des infirmières en médico-social : « *Je pense qu'il serait bon qu'il y ait une spécialisation d'infirmière en médico-social, c'est indispensable* » (CS_01).

Enfin, les aides-soignants peuvent être confrontés à des défis tels que la peur de la mort et l'incertitude quant à leurs compétences. Comme l'exprime CS_01, « *Il y a ça, il a cette appréhension de ne pas savoir faire* » (CS_01). De plus, les jeunes soignants sont confrontés à la réalité de la fin de vie dans les EHPAD, ce qui peut leur causer de la peur, comme le décrit un aide-soignant : « *effectivement même chez les jeunes soignants parce que là on est dans un EHPAD, vous êtes confrontés à la fin de la vie. On est d'accord ce ne sont pas des jeunes de vingt ans ce sont des gens qui sont vieillissant qui vont continuer à diminuer et pas l'inverse et l'issue ce sera la fin ce sera la mort. Et moi j'ai constaté dans les jeunes soignants, elles le disent elles-mêmes que la mort leur fait peur* » (AS_04).

En conclusion, l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 3 montre l'importance des différents rôles médicaux au sein de l'établissement et la complexité de la division du travail. Le médecin coordonnateur, le cadre de santé, les infirmières et les aides-soignants ont chacun des responsabilités et des compétences spécifiques qui contribuent au bon fonctionnement de l'EHPAD. La formation et la spécialisation des professionnels de santé peuvent être des facteurs clés pour faire face aux défis et aux évolutions du secteur médico-social.

Les métiers de la gestion et de l'administration (directeur, secrétariat, comptabilité)

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 3 axée sur la division du travail, l'identification et la description des métiers et rôles, aborde également les métiers de la gestion et de l'administration, tels que le directeur, le secrétariat et la comptabilité. Les citations fournies mettent en lumière les compétences et les antécédents de ces professionnels, ainsi que leurs perspectives sur les défis auxquels l'EHPAD est confronté. Le directeur de l'EHPAD_03, ayant travaillé dans la grande distribution, apporte une vision stratégique et une expertise en gestion des flux, comme il l'évoque : « *Le paradoxe, c'est que je dirais que grâce à la Covid que chacun a retrouvé le rôle qu'il devait. La technique était de dire qui on va sauver ? Nous on a eu de la chance. Mais dans le reste ça a été pareil partout. C'est-à-dire à un moment donné vous avez ce que l'on appelle, ça vient de la culture de la grande distribution qui est toujours restée qui m'aide beaucoup. Aujourd'hui avec la Covid, on réfléchit en flux. Alors que le monde du médico-social et du sanitaire alors je ne parle pas dans les années fin 80 c'était atypique. Et quand je dis atypique, on était dans une logique d'achat de logisticien, de flux et de performance. Là la logique du vaccin c'est une logique de flux* » (Direc_02). Il souligne également l'importance de la logistique et des flux dans le contexte actuel, une compétence qu'il a acquise dans la grande distribution et qui s'avère utile dans le secteur médico-social et sanitaire. Son expérience au sein du sanitaire permet également au directeur d'appréhender les enjeux spécifiques du secteur médico-social et de comprendre les besoins des résidents et des employés de l'EHPAD : « *Par rapport à une autre époque (parle des horaires). Et pareil au CHU, je vous assure qu'on n'est pas sur la même cour. On joue dans une autre cour. Et donc du coup on peut être beaucoup plus proche des gens au CHU c'est plus 6000 personnes. Quand vous avez une boutique de 80 ce n'est pas la même chose. Donc c'est un autre métier mais ça reste pour moi dans une logique Sanitaire et médico-sociale, c'est une logique qui doit d'être ensemble puisque on est dans une logique de parcours et le parcours de vie ça veut dire que de toute façon à des moments donnés on a besoin du sanitaire, à des moments donnés on a besoin du médico-social. Le handicap a son rôle à jouer aussi.* » (Direc_02). Ainsi, la diversité des compétences et des expériences du directeur de l'EHPAD 3, alliée à sa capacité à s'adapter aux défis actuels, tels que la pandémie de Covid-19, et à travailler en synergie avec les autres professionnels de l'établissement, contribue à la réussite et à la qualité des services offerts aux résidents et aux employés de l'EHPAD.

En poursuivant notre analyse axée sur la division du travail et l'identification des métiers et rôles des professionnels de la gestion et de l'administration au sein de l'EHPAD 3, il est important de souligner l'impact de la formation et du parcours professionnel sur la manière dont ces professionnels abordent leur rôle dans l'établissement. Le Responsable RH, par exemple, a un diplôme dans le domaine du soin et a commencé sa carrière en tant qu'ergothérapeute. Cette formation et cette expérience lui ont permis de développer une

compréhension approfondie des enjeux du secteur médico-social et des besoins spécifiques des résidents et des employés de l'EHPAD. Il déclare : « *Disons que c'est venu assez progressivement au cours de ma formation ergo pour commencer. Au cours des stages ergo on fait 5 stages de terrain. On est en obligation de découvrir plusieurs secteurs d'activité de l'hospitalier du SSR de la psychiatrie et du médico-social. Et forcément de la personne âgée et au cours de ses stages c'est peut-être le domaine qui m'a le plus intéressé le médico-social. Peut-être par la taille des structures et les entités.* » (Adm_02). L'apport de cette expérience dans le soin est également reconnu et apprécié par ses collègues : « *Vous savez il est ergothérapeute, il est soignant aussi. Il vient de cet univers. Il est dans son rôle, il parle aussi beaucoup de la prise en soin. Pour lui ça raisonne.* » (CS_01). Cette diversité de compétences et de parcours professionnels au sein de l'équipe de gestion et d'administration de l'EHPAD 3 permet d'adopter une approche globale et intégrée dans la prise en charge des résidents et la gestion des ressources humaines. Les professionnels de la gestion et de l'administration sont ainsi mieux à même d'identifier les besoins spécifiques des résidents et des employés et de mettre en œuvre des stratégies adaptées pour garantir la qualité des services offerts et le bien-être de tous.

En somme, l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 3 met en évidence l'importance de la diversité des compétences et des expériences des professionnels de la gestion et de l'administration, ainsi que leur capacité à travailler en collaboration avec les autres acteurs de l'établissement. Cette synergie, associée à une communication efficace et à une capacité d'adaptation, est cruciale pour assurer le bon fonctionnement de l'EHPAD et répondre aux besoins des résidents et des employés.

Synthèse :

La division du travail dans l'EHPAD 3 est structurée autour de plusieurs rôles médicaux clés. Le médecin coordonnateur est un acteur décisif dans la prise de décisions médicales, tandis que le cadre de santé, ici une ancienne aide-soignante, fait le lien entre la direction, la réglementation, les équipes et les organismes de formation. Les infirmières ont un rôle qui va au-delà de la distribution des médicaments et des pansements, en prenant en compte le projet personnalisé et l'environnement du résident.

Les aides-soignants sont confrontés à des défis spécifiques, tels que la peur de la mort et l'incertitude quant à leurs compétences. D'autre part, les rôles de gestion et d'administration sont également essentiels, le directeur apportant une vision stratégique et une expertise en gestion des flux, tandis que les responsables RH, avec une formation en soin, apportent une compréhension approfondie des enjeux du secteur médico-social. Cette division du travail complexe et la spécialisation des rôles permettent un fonctionnement efficace de l'EHPAD, adapté aux défis spécifiques du secteur médico-social.

- **Répartition des tâches et responsabilités**

Identification des zones de chevauchement et de complémentarité

Dans cette analyse axée sur la division du travail et la répartition des tâches et responsabilités au sein de l'EHPAD 3, nous nous intéressons aux zones de chevauchement et de complémentarité entre les différentes professions et services. Les citations fournies permettent de mettre en lumière les défis et les opportunités de collaboration qui en découlent. Tout d'abord, il est mentionné que certaines ASH sont capables d'assumer des responsabilités similaires à celles des AS : « *Alors ici dans cet établissement, il y a des ASH tout à fait valables, qui seraient tout à fait bien et ils le font en poste comme AS* » (AS_04). Cependant, cette situation semble varier en fonction des individus et de leur implication envers leur rôle. Par exemple, certaines AS expriment des inquiétudes concernant des ASH qui semblent ne pas vouloir s'impliquer dans les soins aux résidents : « *Les jeunes qui n'aiment pas, par contre elles ne sont pas aides-soignantes, il y en a plein on se demande ce qu'elles viennent faire ici. Elles sont ASH.* » (AS_03). Cette préoccupation est également évoquée dans le contexte de la composition des équipes et de la répartition des tâches : « *au niveau des ASH. On le ressent surtout par exemple quand on est du soir, comme maintenant, les horaires 13h30-21h. En fait, on est 3 AS ce soir mais en général et ce qui va nous attendre là tout l'été, on sera 2 AS et 2 ASH, les week-end c'est déjà ce roulement. Pour commodité et parce qu'on est que 2 diplômés, donc une AS prend avec elle une ASH et on s'occupe des résidents mais même là on le voit, il y a des fois où elles sont réticentes à nous aider. Parce que là je vais me faire mal, là normalement je ne dois pas faire ça, je ne dois pas les toucher.* » (AS_04). Il est donc essentiel d'établir une meilleure communication et une clarification des rôles et responsabilités entre les AS et les ASH afin de surmonter ces obstacles et d'assurer une prise en charge optimale des résidents. Il est également important de prendre en compte les compétences et la volonté des ASH à assumer des responsabilités similaires à celles des AS, comme le souligne un autre témoignage : « *À une époque, il y a des ASH venaient avec nous faire les toilettes et ça se passait super bien.* » (AS_03).

En outre, l'analyse souligne également les difficultés de coordination et de communication entre les différents services de l'EHPAD, notamment en ce qui concerne la prise en compte des besoins spécifiques des résidents en matière d'alimentation : « *Moi je vois et c'est une constatation par exemple quand on est aux tables aux aides alimentaires, on en a quand même pas mal. Et c'est toujours la même chose, les cuisines normalement depuis le temps, elles devraient savoir nos besoins et c'est bien c'est courant presque tous les jours presque journalier où on est obligé d'aller en cuisine leur dire, ils nous manquent des couverts, ils nous manquent deux desserts. Elles savent ça s'est figé, il nous manque des eaux gélifiées* » (AS_04). Cette citation souligne la nécessité d'améliorer la communication entre les soignants et le personnel de la cuisine pour garantir une prise en charge alimentaire adéquate et adaptée aux besoins des résidents. De plus, il est mentionné que certains besoins alimentaires spécifiques ne sont pas systématiquement satisfaits, obligeant les soignants à faire des demandes répétées : « *On a besoin pour certains résidents de l'eau gélifiée, ça c'est systématique on ne l'a pas, on est obligé d'aller le quémander.* » (AS_04). Cette situation peut générer des tensions et des frustrations entre les différents professionnels, ainsi qu'affecter la qualité des soins apportés aux résidents. Enfin, il est important de souligner l'importance de

définir et de respecter les rôles et responsabilités de chaque professionnel au sein de l'EHPAD : *« de recadrer on est là pour ça, de faire ça, ça. Voilà l'animatrice elle fait ça, l'infirmière elle fait ça et au bout c'est le résident point. »* (IDE_03). Cette citation met en évidence la nécessité d'une meilleure compréhension et d'une meilleure coordination entre les différents acteurs, afin de garantir que les besoins des résidents soient au centre de toutes les préoccupations.

En conclusion, l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 3 axée sur la division du travail et la répartition des tâches et responsabilités met en lumière l'importance d'identifier et de gérer les zones de chevauchement et de complémentarité entre les différents métiers et services. Une meilleure communication et collaboration entre les professionnels, ainsi qu'une clarification des rôles et responsabilités, sont essentielles pour assurer une prise en charge optimale des résidents et garantir la qualité des services offerts.

Les niveaux de responsabilité et de hiérarchie

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 3 axée sur la division du travail et la répartition des tâches et responsabilités met en lumière les niveaux de responsabilité et de hiérarchie au sein de l'établissement. Les citations fournies soulignent l'importance de la disponibilité et de l'implication des soignants, ainsi que de la compréhension et du respect de la hiérarchie. Les propos de la CS_01 mettent en évidence la nécessité pour les aides-soignantes d'être disponibles, non seulement pour les soins de nursing, mais également pour être présentes auprès des résidents : *« de travailler, de valoriser et d'essayer de leur faire comprendre qu'une aide-soignante peut se rendre disponible. Il y a aussi cette notion de : est-ce que je suis assez disponible dans ma tête pour être avec le résident ? Est-ce que je fais autre chose que mon soin de nursing. Elles ne sont pas disponibles, elles ne peuvent pas y être. Elles sont embarrassées, elles sont embarrassées. C'est vraiment compliqué »* (CS_01). Cette citation montre que la disponibilité émotionnelle et relationnelle des soignants est essentielle pour offrir une prise en charge de qualité aux résidents. Ensuite, il est mentionné que les cadres doivent adopter une approche dirigiste pour gérer leur personnel : *« Si un peu parce qu'elle est cadre. Donc forcément pour pouvoir gérer tout son personnel, elle ne peut qu'être dirigiste »* (AS_02). Cette approche peut être nécessaire pour maintenir l'ordre et le respect de la hiérarchie au sein de l'établissement. De plus, il est souligné que les soignants sont conscients de la hiérarchie et de leur rôle à respecter : *« Après quand on est soignant on sait qu'il y a une hiérarchie à respecter »* (AS_02). Enfin, la stagiaire cadre de santé explique que la responsabilité des soignants est encouragée par certaines mesures mises en place au sein de l'EHPAD, telles que la prise de température : *« Aussi il y a un truc qui m'a marqué, c'est cette responsabilité qu'on a. pareil vous avez pris votre température etcetera. Je trouve que ça, ça nous responsabilise aussi. Même quand vous arrivez par l'autre porte comme là ce matin bah vous voyez, on se sent impliqué, on trace on prend sa température. On nous responsabilise en tant que soignant. Ce sont les deux choses qui m'ont vraiment marqué. »* (SCS).

En conclusion, la compréhension et le respect des niveaux de responsabilité et de hiérarchie au sein de l'EHPAD 3 sont des éléments clés pour assurer une prise en charge efficace et de

qualité des résidents. Les soignants doivent être disponibles et impliqués, tandis que les cadres doivent adopter une approche dirigiste pour maintenir l'ordre et la discipline. Par ailleurs, des mesures visant à responsabiliser les soignants peuvent contribuer à renforcer leur implication et l'amélioration dans la prise en charge des résidents.

Synthèse :

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 3, axée sur la division du travail et la répartition des tâches et responsabilités, révèle des domaines de chevauchement et de complémentarité entre les postes, notamment entre les aides-soignantes (AS) et les aides-soignantes en hôtellerie (ASH). Il est crucial de maintenir une communication claire et une définition précise des rôles pour gérer ces chevauchements et garantir une prise en charge optimale des résidents.

En outre, les défis de coordination entre les services, comme la cuisine et les soignants, montrent qu'il est nécessaire d'améliorer la communication et la coordination pour répondre efficacement aux besoins spécifiques des résidents.

De plus, la hiérarchie et les niveaux de responsabilité jouent un rôle essentiel dans le bon fonctionnement de l'EHPAD. Les cadres, en adoptant une approche dirigiste, instaurent un ordre et une discipline nécessaires, tandis que des initiatives pour responsabiliser les soignants renforcent leur implication et leur efficacité dans la prise en charge des résidents.

Ainsi, une compréhension et un respect clairs de la hiérarchie, couplés à une bonne communication et à une définition précise des rôles, sont fondamentaux pour assurer la qualité des services au sein de l'EHPAD 3.

- **Impact de la division du travail sur la qualité des soins**

Évaluation de l'efficacité et de l'efficience des soins

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 3 axée sur la division du travail et son impact sur la qualité des soins met en lumière l'importance de l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des soins au sein de l'établissement. La citation suivante met en évidence la difficulté de gérer les demandes des résidents lorsque les soignants sont déjà occupés et les conséquences que cela peut avoir sur le relationnel : « *si on a un résident qui nous appelle et qu'à ce moment-là on est déjà occupé donc on dit on revient mais on a peut-être oublié. C'est vrai que cette histoire de relationnel ça joue beaucoup.* » (AS_02). Cette situation montre que la division du travail peut entraîner des oublis et une prise en charge moins efficace des résidents, en particulier lorsqu'il y a des interruptions et des changements de tâches fréquents. Il est important de mettre en place des stratégies pour optimiser la division du travail au sein de l'EHPAD 3, notamment en adaptant la répartition des tâches en fonction des besoins des résidents et des compétences du personnel, en favorisant la communication et la collaboration entre les membres de l'équipe, et en assurant une formation continue et un soutien pour les soignants afin de leur permettre de développer leurs compétences relationnelles et de mieux gérer les situations difficiles.

En conclusion, l'analyse de l'impact de la division du travail sur la qualité des soins au sein de l'EHPAD_03 souligne l'importance d'évaluer et d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins pour garantir une prise en charge de qualité pour les résidents. Une gestion optimisée de la division du travail peut contribuer à renforcer le relationnel entre les soignants et les résidents, tout en assurant une meilleure répartition des tâches et des responsabilités au sein de l'établissement.

Identification des contraintes liées à la division du travail

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 3 axée sur la division du travail et son impact sur la qualité des soins permet d'identifier plusieurs contraintes liées à cette division du travail. L'analyse des entretiens met en lumière les difficultés rencontrées par les soignants en raison de la médicalisation croissante des EHPAD, de la perte de sens du travail et des défis liés à la gestion de la charge de travail et à l'autonomie des résidents. La médicalisation croissante des EHPAD est soulignée par plusieurs citations : « *Et la fiche de poste c'est complètement nul. On est dans un EHPAD enfin. On appelait ça un lieu de vie à l'origine maintenant c'est trop médicalisé.* » (IDE_03). Cette médicalisation croissante des EHPAD conduit à une perte de l'aspect humain dans les soins, comme le souligne CS_01 : « *C'est la liberté, la liberté d'aller et venir, on rentre et on sort. C'est un lieu de vie, ce n'est pas un lieu de soin. Et actuellement on est en train de contrebalancer c'est un lieu de soin dans un lieu de vie* ». Les soignants se sentent désemparés face à cette évolution, comme le montre le témoignage de CS_01 : « *Non pas de mal faire, mais de ne pas savoir faire. Et puis de se sentir prise en défaut de faire autre chose que du nursing, vous voyez c'est assez paradoxal* ». Le sentiment d'être pris à la chaîne et la répétition des tâches engendrent une perte de sens et d'aisance dans la relation avec les résidents, ce qui est illustré par les propos de CS_01 : « *Oui c'est un peu ça, c'est à la chaîne et c'est quand même assez ennuyeux. C'est vrai qu'on arrive là-dedans alors qu'on est dans l'humain on est avec des personnes vulnérables. Je trouve qu'elles sont désemparées parce quand on leur enlève leur gant de toilette et leur dentifrice et de faire autre chose. Comment ? qu'est-ce que je fais ? Voilà elles sont 3 il y en a une qui pourrait se détacher. Est-ce que je vais être capable d'être tranquille d'être à l'aise auprès du résident alors que mes collègues elles vont faire ce pour quoi elles sont payées à la tâche* ». Adm_02 met en évidence la difficulté de quantifier et rationaliser les soins, qui dépersonnalise la relation soignant-soigné : « *ce qui est difficile pour les soignants c'est qu'on dépersonnalise le soin et on tend, je pense, à rationaliser le soin et ça ce n'est pas possible. Le fondement même d'un soignant ce sont des relations humaines et des relations soignant-soigné. Et on ne peut pas dire une toilette c'est 15 minutes, une toilette ça se fait comme ça comme ça ce ne sont pas des critères à remplir ce sont vraiment des relations qui varient dans le temps une toilette avec un même résident. Il va être différent le lundi et le mardi. On ne peut pas rationaliser on ne peut pas quantifier même si c'est si le résident n'a pas changé de GIR n'a pas eu de crise aiguë ou quoi que ce soit mais c'est une adaptation quotidienne et c'est difficile de quantifier le besoin en soin* ». Ces témoignages montrent que la division du travail au sein de l'EHPAD 3 engendre des contraintes qui nuisent à la qualité des soins. Pour améliorer cette situation, il est crucial de repenser la division du travail et de retrouver le sens originel du métier de soignant. Comme le souligne CS_01, il est primordial de redonner du sens aux fonctions des soignants : « *Je parle de sens, on doit retrouver le sens dans sa fonction. Moi je suis extrêmement choqué d'entendre qu'on est que des laves culs. Enfin cette expression, je*

vais la voir tout le temps. Je me dis ça représente la vision qu'elles ont d'elles-mêmes. On fait ça à la chaîne et qu'on doit faire 15 toilettes en 3h mais c'est impossible ». La perte de sens dans le travail peut entraîner une démotivation et un sentiment de frustration chez les soignants. CS_01 évoque ainsi les conséquences de cette situation : « C'est ça et je vous dis qu'il y a une perte de sens, il y a vraiment une perte de sens vraiment moi je sais qu'actuellement il y a des personnes qui restent travailler à l'EHPAD, et je le sais. Je n'ai rien pour l'affirmer mais je le sais. Il y a des personnes ici qui travaillaient à l'EHPAD depuis très longtemps qui n'ont plus le sens du métier, ils le font par habitude et parce qu'elles habitent à proximité. Et elles disent qu'elles se remettent en cause et elles essaient de prendre du recul. Et recommencer quelque chose c'est trop compliqué. Elles sont frustrées, elles ne sont pas bien mais en même temps elles ont du mal à faire autre chose ». Pour remédier aux contraintes liées à la division du travail au sein de l'EHPAD 3, il est nécessaire de repenser la manière dont le travail est organisé et divisé. Il est important de privilégier des approches centrées sur les besoins individuels des résidents et de favoriser des relations humaines entre soignants et résidents. Ceci pourrait passer par une révision des fiches de poste, une meilleure formation et un accompagnement des soignants, ainsi qu'une prise en compte des compétences et des aspirations de chacun dans l'organisation du travail. Une telle approche permettrait non seulement d'améliorer la qualité des soins, mais aussi de redonner du sens et de la motivation aux soignants.

La charge de travail et la gestion de l'autonomie des salariés sont d'autres contraintes liées à la division du travail. Les témoignages des professionnels soulignent l'automatisation des tâches et le sentiment de lassitude qui peut en découler. Comme le mentionne AS_04, le manque de temps et la charge de travail élevée peuvent générer des frustrations : « Alors je ne sais pas s'ils l'ont ou pas mais il y a, alors très peu hein, une minorité mais honnêtement oui il y en a. Ou alors ils se sont trompés, ça peut arriver. Ou alors peut-être une lassitude de ce travail, ce qui peut arriver aussi, moi je vous avoue des fois je me dis vivement que ça finisse. Il y a des jours oui, et la charge devient très haute les gens arrivent de plus en plus dépendants. Il y a des fois moi j'en ai marre franchement et je me dis que je changerai bien puis finalement ça passe le lendemain vous allez mieux puis ça repart. Mais je me dis il y a des gens je pense qu'ils devraient franchement se poser la question, je pense qu'il devrait chercher quelque chose d'autre ». Le manque de temps et la pression liée aux horaires stricts entravent également l'autonomie des soignants. ASH_03 témoigne de cette situation : « Oui, voilà comme les chariots petit-déjeuner il faut qu'ils arrivent en cuisine à 10h au plus tard. ». Cette rigidité dans l'organisation du travail semble compromettre la qualité des soins, comme l'illustre AS_02 : « Rien que pour une toilette on ne peut pas faire une grande toilette de la tête au pied, enfin ce n'est pas possible. On a trop de résidents on n'a pas assez de temps. ». Le manque d'autonomie est également souligné par CS_01, qui insiste sur l'importance de ne pas perdre la notion de "lieu de vie" au profit d'un fonctionnement purement hospitalier : « C'est ça, pour moi il ne faut pas perdre cette notion. On aurait tendance à le faire et ce n'est pas là qu'il faut aller. Après lorsque vous avez des personnes très dépendantes qui nécessitent beaucoup d'accompagnement, beaucoup de soins et le personnel n'est pas extensible. Les soins nécessitent beaucoup de temps et du coup le soin prévaut par rapport à la vie, l'animation et c'est ça qui fait qu'on a le sentiment d'être dans un hôpital. C'est parce qu'on n'a plus le temps et qu'on n'a pas assez de personnel pour s'occuper des résidents. Je pense que si on avait plus de monde pour les toilettes, on le ferait dans un temps plus imparti. Pouvoir faire plus de soins dans un temps bien défini et à côté cela laissera du temps pour le personnel de faire autre chose, ce qui n'est actuellement pas possible. »

En conclusion, l'analyse de la division du travail au sein de l'EHPAD_03 met en évidence plusieurs contraintes qui ont un impact sur la qualité des soins prodigués aux résidents. La médicalisation croissante des EHPAD, la perte de sens du travail, la gestion de la charge de travail et l'autonomie des résidents sont autant de défis auxquels les soignants doivent faire face. Pour améliorer la qualité des soins et le bien-être des résidents et du personnel, il serait nécessaire de repenser la division du travail et de trouver un équilibre entre les besoins médicaux et sociaux des résidents. Il faudrait également prendre en compte les besoins et les attentes des soignants, en leur offrant des opportunités de développement professionnel et en les aidant à retrouver un sens dans leur travail.

Synthèse :

La division du travail à l'EHPAD 3, nécessaire pour une gestion efficace des ressources, présente néanmoins des défis importants en matière d'efficacité des soins. Des problèmes de coordination et de communication, ainsi que des changements de tâches fréquents, peuvent parfois empêcher les soignants de répondre efficacement aux besoins des résidents. Pour optimiser l'efficacité des soins, il est crucial d'adopter une approche centrée sur le résident, d'améliorer la communication et de proposer une formation continue au personnel.

Par ailleurs, plusieurs contraintes ont été identifiées, notamment la médicalisation croissante des EHPAD, la perte de sens du travail, les défis liés à la gestion de la charge de travail et à l'autonomie des résidents. Ces contraintes ont un impact négatif sur la qualité des soins et la satisfaction du personnel.

Pour remédier à ces défis, une refonte de l'organisation du travail est nécessaire, en mettant l'accent sur l'individualité des résidents et en favorisant une relation humaine et respectueuse entre soignants et résidents. Une attention particulière doit également être accordée aux besoins et aux attentes des soignants, en offrant des opportunités de développement professionnel et en aidant ces derniers à retrouver du sens dans leur travail.

▪ **Conséquences sur les relations interprofessionnelles**

Collaboration et communication entre les différents métiers

Dans l'EHPAD 3, la division du travail et les relations interprofessionnelles sont des éléments clés pour assurer un fonctionnement harmonieux et une prise en charge optimale des résidents. Toutefois, il apparaît que certaines situations créent des tensions et des défis pour la collaboration et la communication entre les différents métiers au sein de l'établissement. Les problèmes de collaboration entre les différents services peuvent engendrer une charge de travail supplémentaire pour le personnel soignant, comme le souligne AS_03 : « *C'est usant, c'est prenant. On est épuisé par le boulot et c'est normal, mais ça en revanche c'est usant. On est plus agacé par ça.* » (AS_03). Par exemple, lorsqu'il y a des soucis avec la cuisine à propos de l'eau gélifiée, cela peut créer des tensions et des frustrations. Le manque de soutien d'autres services est également une source de préoccupation, comme l'illustrent les citations d'AS_03 et AS_04 : « *Non, mais c'est surtout pour répondre déjà à la sonnette, tout le monde*

peut le faire. Vous voyez là, il y a quelqu'un qui sonne (le téléphone sonne depuis 2 minutes), ça n'arrête pas, on n'a pas répliqué dans la chambre. Ça veut dire que la personne sonne là, c'est la même, mais que personne n'est allé. » (AS_04) ; « Avec les ASH, ça se passe ça aussi. Un exemple tout bête, quelqu'un sonne où est le problème, est-ce qu'il faut être aide-soignante pour mettre quelqu'un sur les toilettes. » (AS_03). Le personnel soignant souhaite une réciprocité et une entraide entre les différents secteurs pour améliorer la prise en charge des résidents et faciliter leur travail. Cependant, il existe aussi des exemples de coopération réussie et d'entraide au sein de l'EHPAD 3. Par exemple, la secrétaire partage les mêmes valeurs d'aide et d'accompagnement des résidents, dépassant ses tâches habituelles pour venir en aide aux personnels soignants : « Elle sort de son rang, elle est au bureau après tout, elle n'est pas obligée par contre il y en a d'autres non, c'est pénible parfois » (AS_03) et vient en aide aux personnels soignants : « C'est vachement agréable. N'empêche qu'on a toujours de bonnes relations » (AS_03).

La coopération entre collègues est également un aspect essentiel pour assurer un travail d'équipe efficace et une prise en charge adéquate des résidents. AS_03 souligne l'importance de cette coopération : « Il ne faut pas grand-chose quand un infirmier vient et nous dit tiens je vous ai mis celui-là aux toilettes et on vous l'a changé. Merci, on se dit on n'a pas besoin de s'en occuper c'est fait. » (AS_03). Cette citation illustre bien l'entraide entre collègues, qui facilite le travail et améliore la qualité des soins apportés aux résidents. Cependant, la constitution d'équipes et de binômes au sein de l'EHPAD peut parfois créer des tensions et des rivalités, comme le mentionne AS_02 : « On est plus nombreuses, il y a des clans. En plus on est 3 le matin. Il y a des binômes forcément. » (AS_02). Ces « clans » peuvent engendrer des situations de copinage et de jalousie, qui nuisent à la bonne communication et à l'harmonie au sein de l'équipe : « Quand on est 3, si on tombe sur ces gens-là forcément, la 3e. Ils connaissent leurs parents, leurs enfants. » (AS_02). Les relations interprofessionnelles au sein de l'EHPAD sont également marquées par la nécessité pour les soignants de gérer leurs émotions face à la détresse des résidents, comme le souligne AS_04 : « Moi il y a une collègue qui est relativement jeune pareil par exemple, il y a un monsieur qui lui a parlé d'une façon très émouvante et elle est sortie, elle pleurait. Alors c'est légitime de pleurer, mais j'ai dit attention, toi tu es soignante. Tu es dans la profession depuis peu, on ne peut pas pleurer. Enfin on ne peut, on peut mais on ne doit pas d'abord et puis sinon on pleurerait très souvent, comment on va finir et ça ce n'est pas possible. » (AS_04). La gestion des émotions et l'apprentissage de la communication avec les résidents sont des compétences clés pour les soignants, comme le reconnaît AS_03 : « Moi j'ai appris à leur parler de ça. Ça fait depuis quelques années que je me suis ouverte plus à ça, quand ils veulent aborder la mort. Au début je ne pouvais pas. Maintenant si on peut en parler, bien sûr pas de problème. » (AS_03).

Enfin, la proximité géographique de l'administration peut être perçue comme un avantage pour certains membres du personnel, car elle facilite la communication et l'accessibilité. IDE_03 évoque cependant les inconvénients de cette proximité, comme les perturbations causées par le nombre important de sollicitations : « Oui, parce que justement ils n'arrivent plus à travailler parce qu'on est trop nombreux, donc vont souvent les solliciter, donc pour eux, c'est compliqué, ils n'arrivent pas à se concentrer, donc ils auraient aimé que leur bureau soit excentré. » (IDE_03). La proximité du directeur semble également être appréciée par le personnel. AS_03 souligne l'accessibilité du directeur et sa disponibilité pour discuter avec les membres du personnel : « Il nous a fait comprendre, et c'est vrai, si on a envie d'aller lui parler voilà le matin pendant 1 ou 2 heures, il va laisser son bureau ouvert. On

peut aller le trouver, il est à l'écoute, il est à notre écoute, c'est comme ça qu'on le ressent, on peut parler avec lui. » (AS_03). Concernant les ressources humaines (RH), AS_04 met en avant la personnalité accessible et réactive du responsable RH : « RH est quelqu'un de très accessible. Moi personnellement, je l'estime beaucoup parce que c'est un garçon relativement jeune mais qui a déjà un parcours fort intéressant. » (AS_04). AS_04 et AS_03 soulignent également sa capacité à comprendre les problèmes du personnel et à réagir rapidement pour les résoudre : « Il comprend nos problèmes et c'est quelqu'un de très abordable » (AS_04), « Il est très réactif, on va y aller, on va lui exposer un problème, il va essayer tout de suite. Il va faire remonter, ça ne va pas faire attendre, ça ne va pas passer aux oubliettes. » (AS_03).

En conclusion, l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD_03 montre que la division du travail et la collaboration entre les différents métiers sont essentielles pour assurer la qualité des soins et le bien-être des professionnels. Les défis rencontrés dans les relations interprofessionnelles soulignent l'importance de la communication, de la solidarité et de la cohésion d'équipe pour surmonter les difficultés et faciliter le travail de chacun. Les exemples de collaboration réussie et de soutien de la part de l'administration démontrent l'impact positif que peut avoir une communication et une coopération efficaces entre les différents acteurs au sein de l'EHPAD. Ainsi, il est crucial de continuer à encourager et à renforcer ces liens pour améliorer le fonctionnement de l'établissement et la satisfaction des employés.

Dynamiques de pouvoir et d'influence au sein de l'EHPAD

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 3 axée sur la division du travail et les conséquences sur les relations interprofessionnelles met en lumière les dynamiques de pouvoir et d'influence au sein de l'établissement. Le directeur souligne l'importance de la valeur de l'image de marque de la maison : « C'est l'image de marque de la maison. C'est ce que je souhaite, je vois quelqu'un dans le couloir, je dis bonjour et celle qui travaille la nuit je leur demande comment c'est passé la nuit. » Cette attitude témoigne d'une volonté de créer un environnement de travail convivial et d'être proche du personnel.

Le rôle du cadre de santé (CS_01) est également crucial pour la communication et la transmission des informations entre la direction et les employés. La légitimité et la connaissance des difficultés du terrain sont des atouts pour CS_01 : « J'ai cet avantage, elles savent que j'ai été aide-soignante. J'ai cette légitimité, j'ai cette chance-là. Et du coup je sais dans quel état d'esprit elles peuvent être quand elles vont recevoir l'information. Donc j'anticipe les réflexions » (CS_01). Le rôle du manager est parfois difficile, notamment lorsqu'il s'agit de transmettre des informations impopulaires : « Alors là, ça ne fonctionne pas, mais ça ne fonctionne pas, ça s'est très compliqué, il faut trouver une accroche et là ce n'est pas ce n'est pas facile. » (CS_01). La compréhension du personnel et la recherche d'une approche adaptée sont essentielles pour une communication efficace. Le management de proximité est un aspect important pour IDE_03, qui met en avant l'importance de la valorisation et de la compréhension mutuelle : « Je suis plus sur le côté positif, la valorisation moins sur les sanctions. [...] On est dans l'humain et je pense que des fois on est moins empathique, on fait ce métier et on est moins empathique entre nous. » (IDE_03).

Enfin, le directeur (Direc_02) mentionne l'existence de « *personnes ressources* » ayant un caractère fort, qui peuvent influencer les décisions et les opinions des autres membres du personnel : « *Une autre qui est plus forte notamment du côté du vaccin, c'est la plus forte, c'est elle d'ailleurs qui mène la fronde contre le vaccin. [...] Donc le coup, c'est de savoir pour bouger le prochain coup et faire sortir ce qui doit sortir.* » (Direc_02).

En conclusion, les dynamiques de pouvoir et d'influence au sein de l'EHPAD_03 sont marquées par des interactions complexes entre la direction, les cadres de santé et le personnel soignant. La compréhension mutuelle, la légitimité et la capacité à communiquer efficacement sont essentielles pour assurer un bon fonctionnement de l'établissement et favoriser un environnement de travail sain.

Synthèse :

La division du travail à l'EHPAD 3 joue un rôle crucial dans l'efficacité et l'harmonie du fonctionnement interne. Cependant, cela peut parfois générer des tensions dues à des problèmes de coordination et de communication entre les différents services, augmentant ainsi la charge de travail du personnel soignant. L'entraide et la coopération sont valorisées par le personnel, mais la formation de clans et de binômes peut nuire à la communication et à l'harmonie d'équipe. La proximité de l'administration est généralement perçue comme bénéfique, même si elle peut parfois créer des perturbations.

Au niveau des relations interprofessionnelles, il est crucial de gérer les émotions et d'apprendre à communiquer efficacement avec les résidents. De plus, l'accessibilité et la réactivité des responsables, en particulier le directeur et le responsable RH, sont appréciées par le personnel.

Dans le contexte de l'EHPAD 3, les dynamiques de pouvoir et d'influence se manifestent à travers des interactions complexes entre la direction, les cadres de santé, et le personnel soignant. La capacité à communiquer efficacement, la compréhension mutuelle, et la légitimité sont des éléments clés pour un management efficace. L'existence de "personnes ressources" ayant une influence sur les décisions et les opinions peut également jouer un rôle déterminant dans ces dynamiques.

IV.3.2.2. Coordination au sein de l'EHPAD 3

- **Mécanismes de coordination**

Coordination formelle (réunions, rapports, procédures)

Dans cette analyse, nous nous concentrons sur les mécanismes de coordination formelle au sein de l'EHPAD 3, notamment les réunions, les rapports et les procédures. La communication joue un rôle essentiel dans le fonctionnement de l'EHPAD, comme le souligne le Directeur_02, qui insiste sur la nécessité de la transparence envers les résidents et les familles : « *L'autre item, je l'ai dit très clairement pour moi c'est la transparence qu'on doit aux résidents on le doit*

aux famille. On fera ce qu'on appelle une cellule Covid mais ça ce n'est pas un plus qu'ailleurs ça existe partout. On se met autour de la table, on décide, on dit qui fait quoi, on fait ce qu'on dit et la communication doit partir du directeur. J'ai dit ce n'est pas vous qui communiquez c'est moi qui communique. » (Direc_02).

Les réunions sont un outil de coordination formelle permettant de partager les informations et de discuter des problèmes rencontrés au sein de l'établissement. Cependant, leur fréquence et leur efficacité sont parfois remises en question par le personnel, comme le montre le témoignage de l'infirmière IDE_03 : « *Je suis plus pour avoir des réunions de service ensemble. Entre soignants déjà. On dit quelque chose à un et les autres doivent s'adapter parce qu'elles ne sont même pas au courant.* » (IDE_03). D'autres membres du personnel confirment ce problème, avec des réunions trop peu fréquentes : « *Alors fréquemment moi ça fait un an que je suis là, j'en ai vu une ce n'est pas très fréquent.* » (AS_04).

Les transmissions entre les équipes sont également un moyen de coordonner les actions et de partager les informations, mais elles sont parfois insuffisantes en raison de la rotation des équipes et des changements d'horaires : « *On nous a informées une fois aux transmissions mais si vous n'êtes pas là pendant une semaine forcément quand vous allez revenir vous n'allez pas avoir l'information.* » (IDE_03).

La traçabilité des soins et des activités est un enjeu majeur pour assurer la qualité des prestations et répondre aux exigences réglementaires, mais le personnel souligne des difficultés d'adaptation aux outils informatiques et un manque de formation : « *on peut avoir comme la formation aux Osiris. Parce que c'est vrai qu'on fait les transmissions aussi sur le logiciel Osiris comment ça fonctionne, je ne sais pas trop comment l'utiliser.* » (ASH_03). AS_03 ajoute que la traçabilité n'est pas encore ancrée dans les habitudes : « *C'est vrai qu'on ne le fait pas et c'est dommage, on fait notre tombe toute seule, ce n'est pas ancré.* » (AS_03).

Dans l'ensemble, les mécanismes de coordination formelle au sein de l'EHPAD_03 semblent souffrir d'un manque de cohérence et d'efficacité. Il est nécessaire d'améliorer la communication entre les différents acteurs, de renforcer la fréquence et la pertinence des réunions, de mieux organiser les transmissions entre les équipes et de fournir une formation adéquate aux outils de traçabilité pour assurer une coordination optimale des activités et des soins au sein de l'établissement. Un des aspects clés pour améliorer la coordination formelle est d'impliquer davantage l'ensemble du personnel dans les processus décisionnels et de communication. Ceci peut être réalisé en organisant des réunions de service plus fréquentes et en encourageant la participation active de tous les membres du personnel. Comme l'explique l'infirmière IDE_04 lors d'une réunion : « *on n'a pas toujours conscience des demandes de chacun, la maisonnée quelquefois il y a des trucs, ou elle aurait peut-être besoin de nous dire et que l'on ne connaît pas forcément là je suis contente.* » (IDE_04). Les mini staffs de 15 minutes, mentionnés par AS_04, peuvent être une solution pour favoriser des échanges plus réguliers et ciblés entre les différents services : « *Il y a eu ça d'instauré il n'y a pas longtemps les mini staff de 15 minutes c'est une fois par mois ou tous les 15 jours, je ne sais plus j'y suis allée qu'une fois. C'est dans ce but là que ce soit bref mais concret et ciblé en fait, cuisine, ASH AS pour mettre en avant ce qui dysfonctionne et en parler rapidement pour pouvoir rebondir rapidement dessus.* » (AS_04). De plus, la mise en place d'une meilleure formation et d'un meilleur soutien pour l'utilisation des outils informatiques de traçabilité pourrait contribuer à améliorer la qualité et la cohérence des informations échangées entre les membres du personnel. Comme l'explique AS_03, il est important de prendre en compte les

difficultés d'adaptation aux nouvelles conditions de travail : « *Quand vous disiez pourquoi la traçabilité alors que nous à l'époque quand on a commencé il n'y avait pas ça, on avait des supports papier et c'était même oral. Pourquoi parce que les gens sont de plus en plus procéduriers comme on le disait tout à l'heure et si ce n'est pas noté et clarifié un soin ou un comportement etcetera au moins ça a été tracé et on peut le justifier, on peut se défendre.* » (AS_04).

En résumé, la coordination formelle au sein de l'EHPAD 3 peut être améliorée en renforçant la communication et la participation du personnel aux réunions et aux processus décisionnels, en instaurant des transmissions plus efficaces entre les équipes et en fournissant une formation adéquate pour l'utilisation des outils informatiques de traçabilité. Cette amélioration permettra d'assurer une meilleure qualité des soins et de répondre aux exigences réglementaires en matière de traçabilité et de coordination des activités.

Coordination informelle (communication informelle, réseaux sociaux professionnels)

La coordination informelle au sein de l'EHPAD 3 constitue un élément essentiel pour assurer un fonctionnement efficace de l'établissement. Cette coordination repose principalement sur la communication informelle entre les différents acteurs, y compris les réseaux sociaux professionnels. L'analyse des mécanismes de coordination informelle permet de mieux comprendre les interactions entre les individus et leurs impacts sur le bon déroulement des activités. La coordination informelle est un pilier important de la communication interne. Comme le souligne AS_02, la communication à l'intérieur de l'établissement est généralement informelle : « *Non, jamais par téléphone. Enfin à l'intérieur de l'établissement oui mais extérieurement on va dire non.* » (AS_02). Cette communication est également facilitée par les échanges entre la CS, les IDE et les AS, comme le montre cet exemple : « *le matin, par exemple elle nous dit il y a ceux-ci il y a ceux-là, il y a telle personne qui a un rendez-vous est-ce que tu peux faire ça ?* » (AS_02). Toutefois, certains membres du personnel peuvent se sentir intimidés pour communiquer avec la cadre : « *Alors avec les infirmiers ça va mais des fois avec la cadre j'ai un peu peur de la déranger de l'embêter. Après je ne sais pas si c'est son statut, sa prestation peut-être.* » (AS_02). La communication orale constitue un moyen de coordination informelle au sein de l'établissement qui vient compléter les transmissions. Par exemple, ASH_03 explique comment des transmissions informelles sont réalisées entre les collègues : « *donc après s'il y a des petites transmissions parce que dès fois on peut ne pas être là la veille, mon collègue de travail aussi. On fait nos petites transmissions de ce qui a eu, n'a pas eu. Il faut faire attention à et voilà. On essaye après si on voit les infirmiers on les appelle on leur dit qu'est-ce qui a ? Est-ce qui a quelque chose pour nous parce que dès fois il y a des résidents qui ont des rendez-vous donc il faut qu'on les fasse déjeuner plus tôt.* » (ASH_03).

Le téléphone est également utilisé comme moyen de communication informelle, bien que cela dépende des circonstances. IDE_03 évoque comment les infirmiers de nuit communiquent avec ceux du matin : « *Bah de personne à personne ; après comme on n'a pas d'infirmier de nuit ce qu'on fait c'est que celui du soir téléphone pour lendemain matin. On se téléphone il me dit bah tiens demain matin toi ça et ça. Après s'il n'y a rien de particulier et c'est marqué dans le cahier s'il y a un gros truc fais attention et tu verras ça demain matin. Voilà on fonctionne comme ça. Après ça demande une grande disponibilité.* » (IDE_03). Le

directeur de l'établissement, Direc_02, encourage également l'utilisation du téléphone en cas de problème : « *Je lui ai dit par contre ici dans la maison ils ont mon numéro de téléphone personnel tout, pour faire clair, vous avez un problème m'appeler ça ne me pose pas de problème.* » (Direc_02). Cependant, il souligne également les limites de l'utilisation du téléphone personnel : « *Si après je peux l'appeler sur son portable perso. Sauf que j'essaie de ne pas faire ce genre de chose parce qu'au moment où on entre dans une configuration de proximité. Une proximité géographique quand on se croise, est-ce qu'on peut se voir, c'est pas du tout pareil que d'appeler les gens chez eux parce que ça peut aboutir sur des suspensions et dénaturer le truc.* » (Direc_02). Cette préoccupation souligne l'importance de trouver un équilibre entre la communication informelle et le respect des limites professionnelles.

En conclusion, la coordination informelle au sein de l'EHPAD 3 repose sur plusieurs mécanismes, tels que la communication interne, la communication orale et l'utilisation du téléphone. Ces mécanismes permettent d'assurer un échange d'informations efficace entre les différents acteurs de l'établissement et contribuent à un fonctionnement harmonieux. Néanmoins, il convient de prendre en compte les enjeux et les limites de ces mécanismes, telles que les barrières hiérarchiques, la disponibilité et la préservation de la vie privée des individus. La compréhension de ces mécanismes de coordination informelle est essentielle pour améliorer la gestion et le fonctionnement de l'EHPAD, en particulier en matière de communication et de collaboration entre les différents membres du personnel.

Outils de gestion et de suivi des activités (logiciels, tableaux de bord)

La gestion et le fonctionnement de l'EHPAD 3 sont axés sur la coordination et les mécanismes de coordination, notamment en ce qui concerne les outils de gestion et de suivi des activités. Les acteurs de cet établissement se basent sur des logiciels et des tableaux de bord pour assurer un suivi optimal des activités et des indicateurs. La coordination est essentielle pour garantir une prise en charge de qualité des résidents, tout en tenant compte des enjeux liés à la Covid-19. Les citations présentées mettent en lumière l'importance des indicateurs et des évaluations internes pour la gestion des EHPAD. Comme l'indique CS_01 : « *C'est vrai que ça c'est très prégnant. Les indicateurs, les évaluations en interne.* » L'impact du Covid-19 a également renforcé la nécessité d'une approche plus sanitaire et sécuritaire dans la prise en charge des résidents. Toutefois, cette évolution soulève des interrogations sur la place de l'accompagnement social et du projet de vie des résidents, comme l'exprime Adm_02 : « *Là on est vraiment sur le projet de vie du projet d'accompagnement personnalisé et finalement là on s'aperçoit que ça vient en 2nd plan. Ça vient en 2nd plan au profit de protocole très strict on n'est plus dans de l'accompagnement social on est vraiment dans du soin* ». L'impact de la pandémie de Covid-19 sur le fonctionnement de l'EHPAD 3 a également été significatif, notamment en ce qui concerne la coordination des activités et la gestion des soins. Comme le souligne CS_01 : « *La pandémie a vraiment changé notre façon de travailler. On se concentre beaucoup plus sur les soins médicaux et moins sur le côté social et l'accompagnement des résidents.* » (CS_01). La pandémie a accéléré la transformation de l'EHPAD en un lieu plus centré sur les soins médicaux, au détriment de l'accompagnement social (CS_01 ; Adm_02). En effet, Adm_02 mentionne : « *Avec la Covid-19, les protocoles de soins et d'hygiène se sont renforcés. Mais les effectifs n'ont pas suivi, ce qui complique notre*

travail. » (Adm_02). Ces indicateurs et cette évolution vers une logique sanitaire soulèvent des questions sur la capacité des professionnels à maintenir une approche médico-sociale, comme le déclare CS_01 : « *On s'est vraiment détaché, on était vraiment dans la spécificité avec notre évaluation avec des critères répondant à des normes de bonne pratique qui se basaient sur l'humain, la prise en soins systémique et je trouvais ça vraiment adapté. Il y a 15 jours j'ai reçu le référentiel de la HAS à appliquer dans les secteurs médico-sociaux. Et je me dis que là c'est vraiment un indicateur, on est à l'hôpital voilà.* » (CS_01)

La mise en place d'outils de gestion et de suivi des activités (logiciels, tableaux de bord) au sein de l'EHPAD a été soulignée comme un aspect important de la coordination. Comme le mentionne CS_01 : « *C'est vrai que ça c'est très prégnant. Les indicateurs, les évaluations en interne.* » (CS_01). Ces outils ont permis une meilleure gestion des ressources humaines et financières et une optimisation des processus internes. Néanmoins, certains professionnels de l'EHPAD ont exprimé des préoccupations concernant l'utilisation excessive des indicateurs et des grilles d'évaluation pour quantifier le travail invisible des soignants. CS_01 souligne que : « *Tout le travail que représente l'accompagnement des personnes, ça on ne le quantifie pas. Quand mes collègues s'installent auprès d'un résident pour essayer de canaliser une agitation qu'ils essayent de jouer avec une personne pour essayer d'établir une relation de confiance. Ça, ce n'est quantifié par aucune grille, et c'est ça qui prend du temps aux personnes.* » (CS_01). Adm_02 ajoute que les évaluations pluriannuelles telles que le PATHOS ne tiennent pas compte de l'évolution rapide des besoins en soins des résidents : « *En 6 mois, il peut y avoir un besoin en soin qui est décuplé et du coup le pathos qui a été réalisé à l'instant T. Il n'est plus du tout vrai 6 mois après. Mais par contre les moyens qui lui sont alloués financiers qui vont déterminer les moyens humains, eux ils ont été évalués il y a 6 mois à faire remonter et puis 6 mois plus tard ils sont plus en phase.* » (Adm_02). En outre, certains professionnels ont exprimé leur mécontentement face à l'évolution du secteur vers une approche plus sanitaire, au détriment de la dimension médico-sociale. CS_01 déclare : « *On est dans l'accréditation. On n'est plus dans l'évaluation interne, on est dans l'accréditation et ça veut dire qu'il y a un amalgame. On revient sur du sanitaire et je trouve qu'ils n'ont rien compris. On n'est pas du tout sur le même registre, absolument pas.* » (CS_01). Enfin, IDE_03 mentionne la difficulté d'appliquer les concepts de qualité et de performance aux soins humains : « *La qualité ça a été créé chez Renault pour des voitures nous on nous le fait ça sur des humains.* » (IDE_03). Cette citation met en évidence la nécessité de trouver un équilibre entre l'efficacité et la qualité des soins, tout en préservant la dimension humaine et l'accompagnement personnalisé au cœur du travail en EHPAD.

Les participants ont également souligné l'importance de la formation continue pour les professionnels de l'EHPAD, afin de les aider à s'adapter aux évolutions constantes du secteur et d'améliorer la qualité des soins. Comme le dit Adm_02 : « *La formation continue est essentielle pour maintenir et améliorer la compétence de nos équipes.* » (Adm_02). Cependant, plusieurs participants ont mentionné le manque de temps et de ressources pour se consacrer à la formation. CS_01 explique : « *On nous parle de formation, mais il faut aussi avoir les moyens de partir en formation.* » (CS_01). IDE_03 ajoute : « *On voudrait bien se former plus, mais le temps nous manque.* » (IDE_03). En plus de la formation, plusieurs professionnels ont souligné l'importance de l'échange et du partage d'expériences entre les équipes des différents EHPAD. Adm_01 témoigne : « *Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Les échanges entre professionnels sont précieux pour progresser ensemble.* » (Adm_01). L'amélioration de la communication et de la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans les soins aux résidents a également été soulignée. IDE_02 mentionne

: « Il est important de travailler en équipe, de communiquer entre les différents professionnels pour assurer une prise en charge globale et cohérente des résidents. » (IDE_02).

En résumé, les professionnels de l'EHPAD reconnaissent l'importance de la qualité et de la performance dans leur travail quotidien, mais ils expriment également des préoccupations concernant l'équilibre entre la dimension humaine et la rationalisation des soins. La formation continue, l'échange d'expériences et la collaboration entre les différents acteurs sont essentiels pour répondre aux défis actuels et futurs du secteur. Cependant, il est crucial de prendre en compte les contraintes de temps et de ressources et de ne pas perdre de vue l'importance de l'accompagnement personnalisé des résidents en EHPAD.

Synthèse :

La gestion et le suivi des activités dans l'EHPAD 3 sont soutenus par l'utilisation d'outils numériques et de tableaux de bord. Ces outils ont permis une meilleure coordination des activités et une optimisation des ressources. Cependant, la tendance à quantifier et à évaluer les activités a parfois occulté le travail invisible des professionnels et l'importance de l'accompagnement personnalisé.

Les défis liés à la Covid-19 ont également mis en lumière la nécessité d'une approche plus médicale, tout en préservant la dimension sociale et humaine de l'accompagnement. Enfin, la formation continue des professionnels est cruciale pour répondre aux défis actuels et futurs, malgré les contraintes de temps et de ressources.

Dans l'ensemble, l'étude met en évidence les différents mécanismes de coordination au sein de l'EHPAD 3, soulignant les avantages et les limites de chaque approche. Il est crucial d'optimiser ces mécanismes pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité de l'établissement, tout en tenant compte des défis spécifiques tels que la Covid-19.

Une attention particulière devrait également être accordée à la formation des professionnels, pour les aider à s'adapter aux évolutions constantes du secteur et à utiliser efficacement les outils de gestion et de suivi des activités.

▪ **Rôles et responsabilités dans la coordination**

Responsabilité du directeur dans la coordination globale

Dans le fonctionnement de l'EHPAD 3, la coordination est un aspect essentiel, notamment en ce qui concerne les rôles et les responsabilités de la direction. Le directeur joue un rôle clé dans la coordination globale au sein de l'EHPAD, comme l'illustrent les témoignages des professionnels. Le directeur décrit son mode de fonctionnement en ces termes : « *Moi j'embauche tôt le matin. Moi je me lève à 5 heures, ce n'est pas un problème parce que c'est mon mode de fonctionnement. Et ça veut dire qu'à 7 heures je suis déjà en règle générale sur les établissements et ça veut dire aussi que j'ai entre 7h30 et 9h je ne prends pas de rendez-vous et tout le monde peut venir me voir. Le gros avantage, c'est l'accessibilité ce qui fait qu'on gagne du temps. Et l'autre élément d'entrée c'est qu'ils savent que je vois comment ça*

fonctionne. Et du coup, ça évite qu'on joue, ce n'est pas la peine qu'on se raconte des bêtises et on se dit les choses : est-ce que c'est un problème d'organisation ? Est-ce qu'il fait sa mauvaise tête ? Ce qui est quand même très favorable dans cette logique notamment dans cette période, on recherche une relation de confiance. Le directeur face à la Covid, il fait que dalle. Si les gestes barrières ne sont pas bien respectés. Ce n'est pas parce que dans mon bureau je vais pondre une note que ça va régler le problème de fond. Donc c'est ça qui est intéressant, vous voyez ce que je veux dire. » (Direc_02). Le directeur accorde également une certaine autonomie aux membres de l'équipe, comme le démontre cette situation où il a été informé d'un problème et de sa résolution en même temps : « Et l'autre soir vers 22h c'était en semaine j'ai eu une aide-soignante qui m'appelle me dit : Bonjour, je suis désolée de vous déranger, je viens d'apprendre que l'aide-soignante qui doit arriver vers 7 heures moins dix demain matin ne peut pas être là. Or j'ai commencé à regarder et puis elle me dit véridique : le téléphone sonne, une seconde je vous prie. Halo, c'était sa collègue qu'elle avait déjà appelée et qui disait Ok je serais là demain matin. Vous aviez une fille à 22 heures le soir en train de me dire qu'un côté je vous signale et dans un même temps j'ai la solution. Qu'est-ce que vous voulez de mieux ? » (Direc_02). Cette autonomie est favorisée par la « liberté enfin quand je dis la liberté, la transparence. » (Direc_02) accordée par le directeur.

Le directeur est conscient de la hiérarchisation dans les EHPADs et insiste sur l'importance du travail d'équipe : « C'est très hiérarchisé, l'hôpital et les EHPAD sont très hiérarchisés. Ce que l'on peut avoir dans le monde de la santé, c'est d'un côté les administratifs d'un côté et de l'autre les soignants, c'est ce qui est le pire. J'ai coutume de le dire, le directeur ne fonctionne qu'avec les équipes » (Direc_02). L'impact d'un changement de directeur sur les soins et les professionnels de l'EHPAD est également évoqué. Selon une infirmière (IDE_02), leur organisation dépend davantage de la cadre de santé que du directeur : « Nous dans les soins, disons qu'on a beaucoup plus à faire à notre la cadre de santé qu'au directeur donc un changement de directeur ne nous impacte pas forcément, notre organisation elle dépend, je pense, plus de la cadre de la santé qui va organiser les soins plutôt que le directeur qui va gérer certainement d'autre dossier. Ça va nous impacter, non, pas tellement non. ». Cependant, un changement de direction peut influencer le climat social de l'EHPAD, comme le souligne une autre infirmière (IDE_03) : « bah oui où ça fait parler, on fait toujours pareil. » Elle n'est pas forcément impactée par ce changement, mais note qu'il peut nécessiter une période d'adaptation : « Non, la seule chose qu'on se dit, ola ola il va falloir encore faire nos preuves. Dire qui on est, sur nos caractères, vous voyez. Vous pouvez être pris en grippe par certains, après quand ils vous connaissent, c'est fini. Arriver à se connaître ça c'est un temps d'adaptation. » (IDE_03).

En conclusion, la responsabilité du directeur dans la coordination globale au sein de l'EHPAD 3 est essentielle, avec une approche axée sur l'accessibilité, la transparence et le travail en équipe. Cette étude met en évidence l'importance du rôle du directeur dans la gestion des EHPAD, tant pour assurer une bonne coordination entre les différents acteurs que pour contribuer au climat social et à l'autonomie des professionnels. Les changements de direction peuvent également avoir des conséquences sur le fonctionnement de l'établissement, mais l'impact est souvent modéré, en particulier si la cadre de santé joue un rôle central dans l'organisation des soins.

Coordination au sein des équipes médicales et paramédicales

La coordination au sein de l'EHPAD 3 se fait selon une répartition des tâches et des responsabilités. Par exemple, « ici il y a EHPAD 1 et EHPAD 2, il y a deux parties. On est deux aides-soignantes le matin donc à l'EHPAD 2 et 3 aides-soignantes à l'EHPAD 1. Le matin on tire une liste de résidents et du coup on a chacune notre liste et puis on fait quoi. » (AS_02). La coordination des équipes médicales et paramédicales est essentielle pour assurer la prise en charge optimale des résidents. Comme l'indique AS_02, le personnel fonctionne par liste, permettant une répartition des tâches et une prise en charge d'environ une quinzaine de résidents par personne. Les routines quotidiennes, telles que les soins personnels et les repas, sont organisées et structurées, comme le souligne AS_02 : « oui mais l'après-midi c'est chariot douche coucher mise aux toilettes après ce sont les repas après c'est vrai que c'est tout est organisé. » Les horaires stricts sont un élément clé de cette coordination, comme l'illustre la citation d'ASH_03 : « Oui, voilà comme les chariots petit-déjeuner il faut qu'ils arrivent en cuisine à 10h ou plus tard. » Cependant, ces contraintes temporelles peuvent parfois entraîner une précipitation dans le travail, comme le reconnaît ASH_03 : « voilà là ici c'est plus on travaille plus dans la précipitation il y a les horaires à respecter c'est vrai que c'est un peu plus compliqué entre parenthèse Ce n'est pas le même fonctionnement ». De plus, le caractère routinier du travail en EHPAD est souligné par plusieurs membres du personnel, tels qu'AS_04 : « le travail en EHPAD c'est très routinier en fait. Il y a cette partie très routinière qui peut être un peu lassant parce que les gens qui sont là, ça va être les mêmes questionnements au même moment. » et AS_03 : « Vous faites ça un matin vous le refaites le lendemain il va vous dire la même chose, vous avez l'impression que vous écoutez la même chose et toujours sur le même ton, c'est en boucle, tout le temps. » Cependant, il est important de noter que le fonctionnement peut être différent au sein des unités protégées, où l'organisation est plus souple et centrée sur les besoins des résidents. Comme l'explique ASH_03 : « Il y a 15 résidents et c'est vrai que c'est plus familial on est plus près on a le temps parce qu'on va leur rythme à eux, on n'impose pas notre rythme à nous voilà s'il se lève à 9h il se lève à 9h. S'il veut se lever plus tard voilà s'ils veulent s'habiller ils s'habillent, s'ils ne veulent pas s'habiller voilà. Ici c'est un peu plus on va dire un peu plus speed on a des horaires à respecter. » Dans ces unités, le rythme des résidents est priorisé, comme le souligne CS_01 : « c'est ça nous on a une chance ici on a une unité Alzheimer où on essaye de maintenir l'ancien modèle. C'est un modèle où on travaille sur des capacités comme dans le modèle canadien, on travaille sur ses capacités. Il y a une différence ici on est noir là-bas ils sont blancs. On travaille au rythme de la personne, on travaille sur les acquis. On les maintient on fait la vaisselle ensemble on balaie ensemble. » (CS_01).

La communication et l'entraide entre les membres de l'équipe sont essentielles pour assurer une bonne coordination. Tout d'abord, il est essentiel de souligner l'importance de la "bonne entente" entre les membres des équipes. L'AS_03 met en avant cette bonne entente parmi les aides-soignantes en affirmant : « Mais si on ne nous aide pas, on s'aidera quand même, on s'entend bien. » (AS_03). Cette solidarité est essentielle pour assurer une coordination efficace et une prise en charge adéquate des résidents. Les infirmières semblent également partager cette entente, comme l'indique IDE_03 : « nous au niveau infirmier c'est un peu biaisé par rapport au reste, je pense. C'est biaisé nous c'est du favoritisme nous on est 5. On n'a un peu rien à cirer. » Cependant, cette solidarité s'accompagne d'un contrôle entre les membres des équipes. Les aides-soignantes sont attentives aux pratiques de leurs

collègues, comme le souligne CS_01 : « Oui, il y a ça parce qu'on me l'a dit. Vous vous rendez compte si moi je m'assois et que mes collègues elle galère à droite à gauche et moi je suis là assise. Mais moi je leur dis être assise avec le résident c'est aussi votre travail. C'est un autre travail mais ça en est un. » (CS_01). Ce contrôle peut se manifester par l'auto-contrôle, où les membres de l'équipe apprennent à être vigilants quant à leurs comportements et leurs paroles : « Elles apprendront parce qu'elles se feront taper sur les doigts quelque fois. Des fois j'ai envie de leur dire, attention à votre langue, faut la tenir un peu il faut faire attention quand on parle. » (AS_03). Le contrôle entre les salariés est également présent chez les infirmières, comme l'illustre IDE_03 : « On va vous dire on ne punit pas, verbalement... Puis les filles, elles ne sont pas cru, vous voyez. Et il y a des différences. Vous savez il y a toujours des qui vont toujours bavez, et ça c'est terrible. Après vous avez des gens qui vont tout répéter ». Ce contrôle entre salariés permet de maintenir un niveau de qualité et de cohérence dans les pratiques.

La confiance est un autre élément clé de la coordination au sein des équipes. Les membres de l'équipe doivent être en mesure de communiquer ouvertement et de manière constructive. IDE_03 aborde cette question en déclarant : « C'est frustrant si vous vous allez tout le temps dans la franchise et qu'on vous cache des choses et on vous la fait à l'envers, et comme on le dit vous nous prenez pour un lapin de 3 semaines et c'est ça et alors là c'est fini. » La confiance entre les membres de l'équipe permet de renforcer la cohésion et d'améliorer la coordination globale. Il convient de noter que les membres des équipes semblent privilégier la résolution des problèmes en interne plutôt que de passer par la hiérarchie. Comme le mentionne IDE_03 : « Oui mais ça c'est entre nous. On ne passe par eux, c'est rare qu'on passe par la cadre. » (IDE_03). Cette approche peut favoriser la cohésion et l'autonomie des équipes, à condition qu'elle ne masque pas des problèmes importants qui nécessiteraient l'intervention d'un cadre. Enfin, il est intéressant de souligner l'importance du recrutement pour assurer une bonne coordination au sein des équipes. IDE_03 évoque le cas de la dernière infirmière recrutée et l'attention portée à ce que son caractère corresponde à celui des autres membres de l'équipe : « Quand ils avaient recruté la dernière ben Carole. Il avait essayé que son caractère match avec les nôtres. Parce que sinon, ça va être dur. Ça peut vite partir en live hein. » (IDE_03). Ceci démontre l'importance de prendre en compte les aspects humains et relationnels lors du recrutement pour assurer une coordination efficace et harmonieuse au sein des équipes.

Le travail conjoint entre les aides-soignantes et les infirmières semble être un enjeu important pour la qualité des soins et la coordination des équipes. Cependant, les aides-soignantes soulignent que la collaboration avec les infirmières n'est pas systématique : « Alors déjà travailler, on ne peut pas dire que l'on travaille beaucoup avec les infirmiers, oui et c'est dommage. » (AS_03). Le manque de binômes avec les infirmières est également mentionné : « On ne fait pas de binôme avec des infirmiers. Par exemple, on est sur une situation avec une toilette avec des pansements, on va commencer notre toilette et on appelle l'infirmier par exemple qui vient, on lui dit je suis prête si tu es dispos tu peux venir faire le pansement voilà, et puis eux après ils passent à autre chose. » (AS_04). Malgré cela, certaines infirmières offrent ponctuellement leur aide aux aides-soignantes, créant ainsi un sentiment d'appréciation et de soutien : « Même si ce n'est que 2-3 personnes. Et puis rien que le fait qu'ils viennent nous voir, même s'ils n'en font qu'un ou deux, c'est sympa ils sont venus. » (AS_03). L'autonomie laissée aux aides-soignantes par les infirmières est perçue comme une forme de reconnaissance de leur compétence : « Les IDE nous laissent de l'autonomie, c'est une reconnaissance » (AS_04). Les aides-soignantes se sentent écoutées et considérées par les

infirmières, ce qui renforce la confiance entre les deux professions : « On connaît bien nos résidents et quand on leur dit un truc on est écouté. Bon s'ils n'ont pas écouté la première fois on ne va pas hésiter à en remettre une couche, en général c'est percutant. Même au-delà de ça je ne vais pas avoir peur de dire, non, il n'est pas comme ça d'habitude, ce n'est pas vrai. On les côtoie en permanence (usager) Et eux ils nous font confiance, parce qu'on les voit beaucoup. » (AS_03). L'importance d'avoir des personnes de référence est mise en évidence par l'IDE_03 : « après si vous n'avez pas la direction et le cadre allez-vous faire entendre. Des fois on a l'impression que c'est l'AS qui dirige l'infirmière. Si on doit attendre que la cadre revienne après une semaine on n'avance plus. On a besoin de personnes de référence. Ça peut vite clacher. » (IDE_03). Cette citation souligne l'importance de disposer d'une structure hiérarchique claire pour assurer une bonne coordination entre les différents membres de l'équipe. En l'absence de personnes de référence, les membres de l'équipe peuvent éprouver des difficultés à faire entendre leurs préoccupations et à prendre des décisions éclairées, ce qui peut nuire à la qualité des soins et au bon fonctionnement de l'EHPAD.

Le médecin coordonnateur et le cadre de santé jouent des rôles cruciaux dans la coordination. Le CS_01 affirme que le médecin coordonnateur est indispensable : « Oui, c'est indispensable pour moi. On n'est pas toujours d'accord non plus mais c'est indispensable. Il a ses responsabilités, ses prérogatives moi j'ai les miennes et on essaie de faire coordonner tout ça ». Le rôle du cadre de santé est également mis en avant : « On critique c'est facile mais pas contre je ne voudrais pas de ce poste, je ne le voudrai pas. Ce n'est pas la meilleure place qu'elle a. Parce que gérer une équipe comme ça, composé de beaucoup de femmes, plein de générations. On dit oui les vieilles, elles n'acceptent pas les jeunes ouais mais enfin les jeunes, elles n'acceptent pas forcément non plus moi j'en ai fait l'expérience. On a eu vachement de jeunes qui sont arrivées et qui ont fait la formation et sont venues là. On n'est pas facile nous, parce qu'effectivement on a nos habitudes, elles ne sont pas tendres non plus. » (AS_03).

En conclusion, la coordination au sein des équipes médicales et paramédicales de l'EHPAD repose sur une répartition des tâches et des responsabilités, une bonne communication et entraide entre les membres de l'équipe, et la présence de personnes de référence. Il est essentiel de renforcer ces aspects pour améliorer la qualité des soins et le fonctionnement de l'EHPAD.

Coordination entre les services (social, administratif, médical)

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 3 axée sur la coordination, en particulier les rôles et responsabilités dans la coordination entre les services (social, administratif, médical), met en lumière la complexité des interactions entre les différents acteurs de l'établissement. Les citations fournies illustrent les défis liés à la collaboration entre les services et la nécessité d'une communication claire et transparente pour assurer une prise en charge optimale des résidents. La coordination entre les services au sein de l'EHPAD est essentielle pour garantir la cohérence des soins et la prise en compte des contraintes de travail de chacun. Comme le souligne CS_01 : « C'est amené ce lien et dire qu'on est tous interdépendants. C'est ce lien là qu'il faut travailler au quotidien. Si la cuisine n'a pas des renseignements du côté du soin ça ne va pas le faire. Le soin doit donner des renseignements. Le ménage doit se faire en même

temps qu'il y a un départ, il y a énormément de choses à faire. C'est ce lien qui permet la cohérence dans la prise en soin systémique. » (CS_01). Cette citation met en exergue l'importance d'une communication fluide et d'une collaboration étroite entre les services pour assurer la continuité des soins et la prise en compte des besoins spécifiques des résidents. En outre, les interactions entre les différents acteurs de l'EHPAD (infirmières, aides-soignantes, personnel administratif et de direction) sont essentielles pour garantir une prise en charge efficace et adaptée. Les citations fournies mettent en lumière les échanges quotidiens entre les infirmières et le personnel administratif : « *Oui tous les jours et on s'assoit et on papote. Le soir, on discute. Des fois je vais dans le bureau et je m'assoie tu es mon psychologue aujourd'hui, j'ai eu ça, ça, je ne sais pas comment faire.* » (IDE_03) ainsi que la collaboration étroite entre la direction, les cadres de santé, les ressources humaines et le médecin coordonnateur : « *On travaille vraiment main dans la main et tous les jours tous les jours. On a de nombreux échanges sur toute la gestion du personnel soit les contrats de travail la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.* » (Adm_02). La collaboration entre les acteurs est également facilitée par la proximité et la transparence dans les échanges, comme le mentionne CS_01 : « *on a une relation extrêmement transparente et honnête avec adm, on arrive à se comprendre de part et d'autre* » (CS_01). Les citations montrent que la communication et l'échange d'informations sont essentiels pour créer un climat de confiance et favoriser la coordination entre les services.

Cependant, certains défis et problèmes de solidarité peuvent entraver cette coordination, comme le soulignent les témoignages des AS_04 et AS_03. La citation de AS_04 met en lumière un problème de solidarité entre les aides-soignantes (AS) et les agents de service hospitaliers (ASH) : « *Oui voilà au niveau des ASH. On le ressent surtout par exemple quand on est du soir, comme maintenant, les horaires 13h30-21h. En fait, on est 3 AS ce soir mais en général et ce qui va nous attendre là tout l'été, on sera 2 AS et 2 ASH, les week-end c'est déjà ce roulement. Pour commodité et parce qu'on est que 2 diplômés, donc une AS prend avec elle une ASH et on s'occupe des résidents mais même là on le voit, il y a des fois où elles sont réticentes à nous aider. Parce que là je vais me faire mal, là normalement je ne dois pas faire ça, je ne dois pas les toucher.* » (AS_04). Ce témoignage montre que la réticence des ASH à collaborer avec les AS peut nuire à la qualité des soins et à l'efficacité du travail d'équipe. De plus, AS_03 rappelle une époque où la collaboration entre AS et ASH était meilleure : « *À une époque, il y a des ASH venaient avec nous faire les toilettes et ça se passait super bien.* » (AS_03). Ces citations mettent en évidence l'importance d'une collaboration et d'une solidarité entre les différents acteurs de l'EHPAD pour assurer une prise en charge efficace et cohérente des résidents. Les problèmes de solidarité, tels que ceux évoqués par AS_04 et AS_03, peuvent entraver la coordination entre les services et, par conséquent, impacter négativement la qualité des soins apportés aux résidents. La gestion des rôles et responsabilités dans la coordination au sein de l'EHPAD 3 est donc une préoccupation majeure pour les différents acteurs de l'établissement. Comme le souligne Direc_02, l'objectif principal reste la meilleure prise en charge des résidents, tout en prenant en compte les contraintes de travail de chacun : « *L'objectif étant toujours une meilleure prise en charge des résidents et surtout aussi prendre en compte les contraintes de travail de chacun et chacune. Il y a ça aussi qui est important.* » (Direc_02).

La coordination entre les services au sein de l'EHPAD 3 implique également une collaboration étroite entre le personnel administratif et le cadre de santé. Leurs rôles et responsabilités respectifs sont complémentaires et essentiels pour assurer une gestion efficace des ressources humaines et des compétences. Adm_02 souligne l'importance de

travailler quotidiennement avec le cadre de santé et partage les responsabilités dans la gestion du personnel, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, et les départs en formation : « *tout à fait alors la cadre de santé la différence qu'on va avoir, on travaille vraiment main dans la main et tous les jours tous les jours. On a de nombreux échanges sur toute la gestion du personnel soit les contrats de travail la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. On va retrouver les départs en formation ce sont vraiment des choses on va beaucoup travailler ensemble. La cadre de santé elle va avoir ce rôle connaissance de terrain et management de proximité tandis que moi je vais avoir un rôle peut être plus institutionnel plus formalisation voilà contractualisation.* » (Adm_02). CS_01 confirme cette collaboration étroite, en mettant en avant la symbiose et les objectifs communs qui unissent les deux acteurs : « *Oui moi j'entends par cadre administratif comme Adm_02 avec une vraie symbiose et les mêmes objectifs. Vers quoi on veut aller ? On est bien d'accord.* » (CS_01). Adm_02 insiste sur l'importance de cette collaboration, car si l'un ou l'autre n'assure pas ses fonctions, cela peut bloquer le fonctionnement de l'EHPAD : « *c'est très compliqué très clairement sur le côté ressources humaines elle identifie le besoin elle met en avant le besoin. Je formalise, je mets en place, là j'essaie de répondre au mieux à la demande. Oui on travaille vraiment ensemble si on a l'un ou l'autre n'assure pas ses fonctions c'est sûr que ça va bloquer là* » (Adm_02). Adm_02 explique également comment la collaboration se traduit concrètement sur le terrain, avec une répartition des tâches entre la gestion administrative et la relation avec les agents : « *La cadre de santé va me dire j'ai besoin de tellement de tel besoin, de tels personnel et moi je vais le formaliser sur le papier avec le contrat de travail avec voilà elle va me dire j'ai telle difficulté sur la formation, on va mettre en place cette formation et moi je vais gérer tout le côté administratif derrière et elle va avoir plus la relation terrain l'écoute des agents et là le management de proximité.* » (Adm_02). Enfin, Adm_02 souligne la complémentarité de leurs rôles, leur coopération en cas d'absence et la difficulté qu'il y aurait à assumer les responsabilités de l'autre : « *Après encore une fois on est une toute petite structure et on ne peut pas s'auto remplaçable parce que je n'aurais jamais la prétention de remplacer la cadre de santé le travail est tellement large et tellement complexe que ce serait difficile pour moi ; Là où on travaille beaucoup en s'auto remplaçant entre guillemets, c'est quand par exemple on s'absente pour congé, on s'arrange pour ne pas partir en même temps tout ce qui est gestion de l'absentéisme gestion des plannings et à ce compte-là c'est moi qui reprends un peu cette fonction et ses missions là. Et puis toutes les demandes quotidiennes des agents est-ce que partir 1h plus tôt est-ce que on peut échanger tels horaires avec tel horaire. Ça c'est une chose qu'elle va gérer concrètement au quotidien et ce sont des choses que je reprends quand elle est absente et on travaille vraiment ensemble autour d'une logique de fonctionnement et je ne pourrais pas travailler sans elle dans le sens ou je ne saurais pas quel contrat il faudrait réaliser ou alors se serait une mission en plus pour moi qui ne serait pas gérable.* » (Adm_02).

En conclusion, l'analyse des rôles et responsabilités dans la coordination au sein de l'EHPAD 3 met en lumière l'importance de la collaboration entre les différents acteurs de l'établissement et la nécessité d'une communication claire et transparente pour assurer une prise en charge optimale des résidents. Les défis liés à la coordination entre les services doivent être abordés de manière proactive pour garantir la qualité des soins et le bien-être des résidents et du personnel.

Conséquences sur la satisfaction des résidents et de leurs familles

Dans l'EHPAD 3, la coordination entre les différents acteurs et leurs rôles et responsabilités a des conséquences sur la satisfaction des résidents et de leurs familles. Le cadre de santé (CS_01) souligne l'importance de la relation de confiance avec les familles : « *Il y a cette relation de confiance aussi, ce qui me m'intéresse beaucoup avant tout, c'est le lien avec les familles. C'est extrêmement important* » (CS_01). L'organisation sectorisée, mentionnée par AS_02, semble avoir un impact positif sur la satisfaction des résidents et des familles : « *Ça franchement c'est bien parce que ce sont toujours les mêmes équipes et du coup puis après le midi on mange avec les résidents dont vous pouvez faire le repas thérapeutique ça c'est bien aussi. Et puis même eux ils sont contents.* » (AS_02). Toutefois, il est important de noter que les exigences des familles peuvent varier, ce qui peut influencer leur satisfaction : « *après ça dépend de certaines familles sont un peu plus exigeantes que d'autres. Mais sinon après voilà c'est à nous de gérer et puis si on a un souci on va voir la cadre.* » (AS_02). En outre, la satisfaction des résidents peut également être affectée par leurs propres attentes et comportements, comme le mentionne AS_04 : « *il y a des familles qui sont quand même très exigeante et même quelquefois des résidents. Voilà des résidents qui ne vont pas dire bonjour qui ne vont pas dire merci.* » (AS_04).

En somme, la coordination entre les services et la gestion des rôles et responsabilités au sein de l'EHPAD 3 a un impact sur la satisfaction des résidents et de leurs familles. La mise en place d'une organisation sectorisée et la communication avec les familles semblent être des facteurs clés pour assurer leur satisfaction. Néanmoins, il est essentiel de prendre en compte les différentes attentes et exigences des résidents et de leurs familles pour répondre au mieux à leurs besoins.

Synthèse :

Dans l'EHPAD 3, la coordination repose sur une hiérarchie claire où le directeur joue un rôle pivot pour la coordination globale, tout en accordant une autonomie aux équipes. Au niveau des équipes médicales et paramédicales, la coordination est assurée grâce à la répartition des tâches, une bonne communication, et une entraide entre les membres.

Un contrôle entre les membres et la confiance mutuelle aident à maintenir la qualité des soins. Cependant, l'absence de binômes infirmiers/aides-soignants peut poser des défis. Le médecin coordonnateur et le cadre de santé sont essentiels pour la coordination générale.

Par ailleurs, la coordination entre les services sociaux, administratifs et médicaux est complexe et nécessite une communication claire et une collaboration étroite, tout en tenant compte des défis tels que les problèmes de solidarité entre les acteurs. L'efficacité de cette coordination est essentielle pour une prise en charge optimale des résidents et un fonctionnement harmonieux de l'EHPAD.

IV.3.2.3. Comportement de retrait au sein de l'EHPAD 3

- **Identification des comportements de retrait**

Au sein de l'EHPAD 3, l'identification des comportements de retrait, tels que l'absentéisme, est cruciale pour comprendre le fonctionnement de l'établissement et les enjeux de coordination. L'administrateur (Adm_02) décrit l'évolution de l'absentéisme depuis 2019, où un suivi a été mis en place : « 2019 on était sur le taux d'absentéisme de l'ordre de 10, 9-10 pour 100 plutôt satisfaisant, extrêmement faible en se comparant aux autres structures plutôt faibles en se comparant aux autres structures sanitaires et médico-sociales du même type. » (Adm_02). Cependant, en 2020, la crise sanitaire et d'autres facteurs spécifiques à l'établissement ont entraîné une augmentation du taux d'absentéisme : « 2020 crise sanitaire oblige, on a eu un taux d'absentéisme qui a qui a forcément augmenté on est passé sur un taux de l'ordre de 17-18 pour 100. » (Adm_02). Plusieurs facteurs ont contribué à cette augmentation, notamment les maternités et les congés longue maladie (CLM) : « Ce qui sur une équipe d'aide-soignant pour le 3 aides-soignantes qui sont partis en maternité sur une équipe de 23 aides-soignantes, ce n'est rien du tout mais pour nous 3 c'est vraiment énorme (...) 2020 5 CLM sur l'établissement encore une fois c'est une grosse structure ce n'est pas impactant pour nous c'est extrême c'est vraiment extrême. » (Adm_02). Selon les propos recueillis auprès de plusieurs membres de l'équipe, il ressort que l'absentéisme est plutôt faible dans l'établissement, en grande partie grâce à la présence d'un grand nombre d'employés âgés qui restent fidèles à leur poste. Comme l'explique CS_01 : « Les anciens restent, et comme on a beaucoup d'anciens, on n'a pas beaucoup d'absentéisme finalement. Les absentéismes que nous avons-nous, se sont finalement que des longues maladies, ce sont des grands périodes. ». Cependant, certaines absences imprévues ont été constatées, comme le souligne AS_04 : « L'absentéisme qu'on ne prévoit pas. On a eu aussi des jeunes qui viennent ». Cette remarque sur les jeunes employés semble corroborer l'impression que certains membres de l'équipe ont d'un manque de motivation chez les nouveaux venus. AS_03 affirme en effet : « On sent qu'ils ne sont pas motivés à la limite, c'est méchant mais pas motivé à travailler. » En revanche, les membres de l'équipe les plus âgés semblent faire preuve d'une réelle implication vis-à-vis de leur métier. Comme le précise AS_04 : « Effectivement nous ont est en fin de carrière toutes les deux parce qu'on est pratiquement du même âge. Moi je me dis ce métier-là, il faut vraiment l'aimer. Parce que si vous ne l'aimais pas vous n'allez pas le faire longtemps ou alors à un moment donné, au bout de quelques années 10-15 ans vous allez vous ficher un peu vous allez passer par-dessus de plein pied. Et nous, il me semble, on est encore dans des valeurs bien présente ». Ces propos mettent en lumière l'importance de la motivation et de l'attachement à des valeurs professionnelles pour s'épanouir dans ce type de métier.

L'absentéisme des remplaçants est un défi spécifique rencontré par l'EHPAD 3, notamment pendant l'été. AS_03 décrit la situation : « L'année dernière c'était une catastrophe, on en a eu deux [remplaçants]. Elles disaient elles venaient elles ne venaient pas, elles arrivaient elles n'étaient pas là. Elles devaient reprendre dans la semaine finalement elles prolongeaient. Elles reprenaient un petit peu parce que ce n'est pas son week-end et vue qu'elle revenait elle tombait malade. » Cette situation a un impact sur le personnel régulier, qui se voit parfois rappelé au travail pendant ses congés, ce qui peut engendrer un sentiment de frustration et d'épuisement. Concernant les jeunes aides-soignantes, leur manque

d'implication peut également contribuer à l'absentéisme. AS_04 explique : « *Elles ont 18-20 ans elles ne savent même pas si elles veulent faire ça, je pense. Et puis c'est encore de l'absentéisme parce que dès qu'elles sont fatiguées elles vont s'arrêter, elles n'ont pas l'esprit d'équipe non plus.* » Ce comportement affecte l'ensemble de l'équipe, comme l'illustre AS_03 : « *Oui c'est ce qui fait que nous ont lâché aussi. Et malheureusement vous dites que vous n'êtes pas bien bah vous dites-moi aujourd'hui je ne viens plus* ».

En conclusion, l'analyse des comportements de retrait au sein de l'EHPAD 3 révèle l'importance de comprendre et de gérer ces phénomènes pour assurer un fonctionnement optimal de l'établissement et une coordination efficace entre les services. L'absentéisme, qui a augmenté en raison de la crise sanitaire et d'autres facteurs spécifiques à l'établissement, ainsi que les comportements de retrait des aides-soignantes, peuvent avoir des répercussions sur la qualité des soins et la satisfaction des résidents et de leurs familles. Il est donc crucial pour les gestionnaires de l'EHPAD de mettre en place des mécanismes de suivi et d'intervention afin de minimiser ces comportements de retrait et d'encourager une implication plus forte des professionnels de santé. Cela pourrait passer par une meilleure formation des remplaçants, la promotion de l'esprit d'équipe, ou encore le développement d'activités complémentaires au nursing pour les aides-soignantes. En somme, une analyse approfondie des comportements de retrait et de l'absentéisme au sein de l'EHPAD 3 permet de mettre en lumière les défis auxquels l'établissement doit faire face en matière de coordination et de gestion des ressources humaines. Cette compréhension est essentielle pour améliorer la qualité des soins et la satisfaction des résidents et de leurs familles, et pour garantir le bon fonctionnement de l'établissement dans un contexte de plus en plus exigeant.

▪ **Facteurs contribuant aux comportements de retrait**

L'analyse des facteurs contribuant aux comportements de retrait au sein de l'EHPAD 3 met en évidence plusieurs éléments clés qui ont un impact sur l'absentéisme et la coordination du personnel. Parmi ces facteurs, on peut citer la difficulté à identifier l'origine de l'absentéisme, la solidarité entre les employés, le défaut de sens dans le travail, le climat social, l'intégration des nouveaux employés et la distance géographique. Adm_02 souligne la complexité d'identifier les causes de l'absentéisme : « *Donc on arrive à en expliquer une partie ; après on a toujours un absentéisme latent le temps pour maladie ordinaire des petits arrêts maladie ordinaire ou moins de 15 jours je dirais. Et sur celui-ci il y en a c'est difficile de lutter en fait on la maladie ordinaire ça arrive, on a tous une grippe une gastro, ça arrive à tout le monde. C'est très difficile à expliquer, si on arrive à l'expliquer mais pour lutter contre ce type d'absentéisme c'est compliqué et puis après il y a certains arrêts où on émet certains doutes, ça on essaye toujours de comprendre la finalité des arrêts et je pense qu'il y a des arrêts de complaisance aussi.* »

La solidarité entre les employés peut être un facteur positif, mais peut également entraîner un épuisement professionnel. En effet, selon IDE_03, les employés sont souvent confrontés à des situations de fatigue et de stress, mais la solidarité entre collègues les incite à venir travailler, même lorsqu'ils ne se sentent pas au mieux : « *C'est ça, nous des fois on est fatigué on a mal On va dire moi j'y vais mon collègue est en repos et je préfère venir tu vois. Déjà on a ce truc-là donc forcément on s'arrête moins on pousse jusqu'au bout. C'est*

dangereux aussi » (IDE_03). Cependant, la présence d'égoïsme au sein de l'équipe peut détériorer le climat social et entraîner des comportements de retrait : « *C'est ça on fonctionne comme ça et après il faut que toutes celles de votre équipe soient plus ou moins comme ça. Parce que des fois il suffit d'une personne, ça, ça nous a déjà arrivé, il y a eu une personne comme ça, ça a éclaté* » (ID_03). De plus, certains employés peuvent adopter des comportements opportunistes, tels que prendre des arrêts maladie pour éviter de revenir travailler pour une courte durée : « *Pour l'absentéisme, il y a aussi ceux qui fonctionnent : je suis de repos pour 3 jours oh mince on me fait revenir 2 jours et après je suis encore de repos. Vous vous mettez en arrêt maladie. On regarde le planning, on se dit, ils se foutent de notre tronche, je ne vais pas revenir pour 2 jours alors ils ne reviennent pas* » (IDE_03). Ces comportements peuvent engendrer une charge de travail supplémentaire pour les autres membres de l'équipe, qui finissent par s'épuiser : « *Après ça donne aux autres qu'elles vont encore remplacer ça ne motive pas. Ils vont se dire nous on remplace tout le temps. On nous demande toujours de remonter de remonter, il y a un moment, elles s'épuisent aussi* » (IDE_03). Ainsi, il est crucial de favoriser la solidarité et l'esprit d'équipe au sein de l'EHPAD 3 pour prévenir les comportements de retrait et maintenir un climat social sain.

Un autre facteur important est le manque de sens et de reconnaissance du travail effectué. CS_01 explique : « *« Pourquoi parce que les gens ne trouvent plus de valeur, ne trouvent plus de sens, c'est ce que je dis depuis le départ. Il y a peut-être un défaut de reconnaissance de la part de la part du monde extérieur. Quoi que ça va peut-être changer là, on a eu quand même des retours du public si je peux dire plutôt favorables* » (CS_01). De plus, IDE_03 souligne que certaines personnes quittent l'EHPAD pour travailler à domicile en raison de problèmes liés à la hiérarchie, aux réunions inutiles et aux projets qui ne se concrétisent pas : « *et moi j'ai deux collègues qui sont partis pour du domicile. Envie de ne plus avoir de hiérarchie sur le dos. De se faire sermonner, ne plus avoir de réunion, la réunionite qui fait perdre du temps qui sert ou qui ne sert pas. Les projets qui sont faits mais qui 2 ans après ça tombe à l'eau et il faut revenir en arrière. Et on a l'impression de refaire toujours la même chose* » (IDE_03). Les employés peuvent se sentir frustrés par les projets qui n'aboutissent pas, comme le souligne IDE_03.

Le climat social et les relations entre les équipes influencent fortement la satisfaction et l'implication des employés. Comme le souligne CS_01, les conflits inter-équipes et intra-équipes peuvent mener à des comportements de retrait, bien que ce ne soit pas majoritaire : « *C'est sûr que nous on a eu des personnes qui sont parties parce qu'il y avait une mésentente. Il y avait des conflits Inter équipe, au sein de l'équipe et avec d'autres équipes. C'est arrivé mais ce n'est pas majoritaire.* » (CS_01). Le défaut d'intégration peut également être un facteur de retrait, surtout pour les employés plus âgés ou venant d'autres régions. CS_01 relate l'expérience d'une aide-soignante qui n'a pas pu s'intégrer à l'équipe et a finalement quitté l'EHPAD : « *J'ai une expérience et une équipe bien soudée qui se connaît bien qui se voit en dehors c'est plutôt bien et j'ai eu à recruter une aide-soignante qui ne venait pas de la région qui n'était pas non plus une jeune soignante. Elle avait une quarantaine d'année avec des vraies valeurs, des choses très importante et elle n'a pas pu s'intégrer. Le groupe peut inconsciemment faire en sorte qu'elle ne reste pas. Parce que solidaire et du coup elle est partie pour ça, elle est partie à cause de ça. Elle me l'a dit. Elle me dit vous savez j'habite à ***, je viens travailler pour ne pas être intégrée. Le sacrifice n'en vaut pas la chandelle. Et du coup elle a trouvé du travail là où elle habite. Ça a été plus facile pour elle. C'est difficile de s'intégrer à un groupe déjà formé avec des valeurs et des anciennes qui ont vécu beaucoup de choses ensemble.* » (CS_01). IDE_03 ajoute que la non-inclusion et l'exclusion peuvent

amener certains employés à quitter l'établissement, même s'ils s'entendent bien avec leurs collègues : « *Elle s'en va toute seule parce que comme on lui dit franchement, alors à un moment donné, on se retrouve avec et on lui dit : "Mais tu exagères là quand même." Enfin, on se le dit et puis ça va être une infirmière à une autre infirmière. À un moment, la fille forcément, elle ne va pas se sentir bien si elle n'est pas incluse, et elle va s'en aller. Mais pas spécialement pour ça. Il y en a d'autres qui sont parties alors qu'on s'entendait comme larrons en foire.* » (IDE_03). Enfin, la distance géographique peut également être un facteur contribuant aux comportements de retrait, comme l'indique CS_01 : « *Non, des gens s'en vont parce qu'ils trouvent plus près de chez eux. Nous on est isolé en campagne.* »

En conclusion, plusieurs facteurs contribuent aux comportements de retrait au sein de l'EHPAD 3, et il est essentiel de les aborder de manière globale pour améliorer la coordination et l'implication des employés. Parmi ces facteurs, on trouve notamment l'absentéisme, la difficulté d'intégration des nouveaux employés, les défauts de sens et de reconnaissance, les conflits interpersonnels et le climat social, ainsi que les problèmes liés à la distance géographique. Pour remédier à ces défis, il est crucial de mettre en place des mesures adaptées visant à renforcer la communication et la reconnaissance des employés, améliorer l'intégration des nouveaux membres du personnel, promouvoir un climat social sain et soutenir la solidarité tout en veillant à prévenir l'épuisement professionnel.

▪ **Impact des comportements de retrait sur la qualité de la prise en charge**

L'impact des comportements de retrait sur la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD 3 est un sujet préoccupant. Une stratégie d'ajustement a été mise en place, consistant à ne pas rappeler systématiquement les mêmes personnes pour les remplacements, mais à privilégier ceux qui habitent près : « *Pas toujours les mêmes mais après par exemple les gens qui habitent à **** et Ben s'il y a une absence, on ne va pas les solliciter. après on a des gens de *** qui ne veulent pas quitter l'établissement. Parfois elles ne se rendent pas compte mais notre établissement a plein de bons points.* » (IDE_03). Toutefois, cette stratégie d'ajustement ne résout pas tous les problèmes liés au comportement de retrait.

La surcharge de travail et le fonctionnement en sous-effectif sont des conséquences directes de ces comportements : « *Après ce qu'on ne peut pas remplacer c'est l'arrêt de deux jours. Du petit absentéisme c'est à dire l'arrêt de 1,2,3 jours ça c'est quasiment irremplaçable parce qu'on ne peut pas faire un CDD pour 2 jours, ça n'existe pas.* » (Adm_02). Cette situation entraîne un cercle vicieux, où les employés présents sont sollicités pour compenser les absences, augmentant leur charge de travail et leur fatigue, ce qui à son tour peut les conduire à l'absentéisme : « *C'est un cercle vicieux pour le coup. On va retrouver ce cercle vicieux avec l'absentéisme des agents finalement qu'on rappelle que vous pouvez revenir parce qu'on a tel absent, tel absent donc on tire sur la corde finalement on va les fatiguer encore plus. Plus on va les fatiguer plus ils auront de chances de risque de se mettre en arrêt de travail maladie ordinaire ou alors le faire en accident du travail parce qu'on est moins performant évidemment donc on est fatigué ou quand on est à bout. Et puis plus on va avoir de l'absentéisme plus on va tirer sur les agents qui sont présents et puis on rentre dans ce cercle vicieux.* » (Adm_02). Face à ces difficultés, l'établissement s'efforce de remplacer systématiquement les absences,

en ayant recours à un pool de remplacement et parfois à l'intérim. Cependant, cela génère des coûts supplémentaires pour l'EHPAD : « *quand on commence à rentrer dans ce cercle vicieux ça devient complexe Autant plus, que nous avons pris le parti, que lorsqu'il y a un arrêt on le remplace systématiquement, ça on le fait et on le gère encore. On a un pool de remplacement, ce sont des agents qui connaissent la résidence et qui interviennent lorsqu'on a besoin d'eux pour faire du remplacement de l'absentéisme. Ça c'est vraiment notre souhait mais sur cette période Covid, on a vraiment eu des moments où on a vraiment souffert. Où on n'arrivait pas à remplacer parce qu'on n'avait pas les bras pour venir. On avait un peu recours à l'intérim mais même l'intérim ne pouvait pas assurer les besoins qu'on avait. Il y a eu des périodes compliquées où on était sur des effectifs vraiment au minimum pendant assez longtemps, on a un petit peu souffert. Mais notre parti c'est vraiment d'essayer de remplacer au maximum l'absentéisme.* » (Adm_02).

L'impact des comportements de retrait sur la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD 3 est donc considérable. La surcharge de travail, le fonctionnement en sous-effectif et le cercle vicieux de l'absentéisme engendrent des coûts pour l'établissement et mettent en péril la qualité des soins prodigués aux résidents. Pour remédier à cette situation, il est crucial d'identifier les causes sous-jacentes des comportements de retrait et de mettre en place des stratégies visant à améliorer le bien-être et l'implication des employés, afin de garantir une prise en charge optimale des résidents et de préserver la santé des professionnels travaillant dans l'établissement.

Synthèse :

Dans l'EHPAD 3, l'identification des comportements de retrait, principalement l'absentéisme, est influencée par divers facteurs tels que la crise sanitaire, les congés longue maladie, et le niveau d'implication des employés, en particulier des plus jeunes.

Les facteurs contributifs à ces comportements englobent une solidarité parfois excessive entre collègues, un manque de reconnaissance professionnelle, des conflits inter-équipes, des difficultés d'intégration pour les nouveaux arrivants et ceux venant de loin, ainsi qu'un environnement de travail parfois stressant dû à des projets non aboutis ou un climat social tendu.

En conséquence, l'absentéisme impacte la qualité des soins fournis, en augmentant la charge de travail pour les employés présents et en menant à un fonctionnement en sous-effectif. Bien que des stratégies d'ajustement basées sur la proximité géographique et l'alternance des personnes appelées pour les remplacements aient été mises en place, elles génèrent des coûts supplémentaires pour l'établissement.

EHPAD 3 : Tableau récapitulatif des personnels interrogés et leur profil

AS 02			AS 03		
Questionnaire	Implication professionnelle AC+/CC	Implication organisationnelle CC/AC-	Questionnaire	Implication professionnelle AC+/CC/NC-	Implication organisationnelle AC+/NC-
Dimension affective	Passion et intérêt pour le travail Lien émotionnel avec le travail Satisfaction et sens trouvé dans le travail Satisfaction liée à l'aspect relationnel du travail Implication émotionnelle malgré les défis du travail	Limitations de temps et de charge de travail comme facteurs influençant la capacité à fournir des soins complets (condition de travail)	Dimension affective	Satisfaction envers l'environnement de travail actuel Sentiment d'être personnellement touché par le travail Implication émotionnelle et professionnelle dans le travail Attachement au rôle professionnel malgré les défis	Attachement à l'équipe et à l'organisation Adhésion aux valeurs organisationnelles et une implication relationnelle Attachement à l'emplacement de l'organisation
Dimension normative			Dimension normative	Perception de la monotonie du travail : faible sentiment d'obligation envers la profession	Accomplissement des tâches malgré les frustrations obligation morale vis-à-vis de l'organisation Respect de la hiérarchie et frustrations lorsqu'elle n'est pas respectée
Dimension calculée	Considérations financières comme facteur influençant la décision de rester dans la profession Stabilité de l'emploi comme facteur de motivation à rester dans la profession	Évaluation des avantages financiers Prise en compte des conditions de travail et des ressources disponibles dans l'organisation	Dimension calculée	évaluation rationnelle des coûts (impact sur la vie personnelle et familiale) et des avantages (obtention d'une formation professionnelle) liés à cette opportunité de carrière	
AS 04			ASH 03		
Questionnaire	Implication professionnelle AC+/CC/NC-	Implication organisationnelle AC/NC-	Questionnaire	Implication professionnelle AC+/CC/NC-	Implication organisationnelle AC/NC-/CC-
Dimension affective	Trait personnel - exprime un intérêt et un désir profond de s'occuper des autres, et son côté maternel et protecteur Satisfaction et un intérêt intrinsèque pour le travail dans le domaine de la santé et du social Attachement émotionnel et sensibilité envers certaines situations liées à son travail L'attachement émotionnel et l'identification positive envers le travail	Relations positives avec les collègues Appréciation de la diversité et dynamique de l'équipe Satisfaction et plaisir associés à la formation et à l'ambiance de travail Lien émotionnel avec l'organisation	Dimension affective	Satisfaction du rôle professionnel : Plaisir à aider les autres Intérêt et satisfaction dans l'interaction et le soin des résidents Forte identification au rôle professionnel Implication envers le travail Volonté d'apprendre et de s'améliorer dans sa profession	Importance des relations avec les collègues Attachement émotionnel à l'organisation Satisfaction d'être dans l'organisation actuelle : préférence pour un environnement de travail "plus familial" Sentiment de soutien et de confiance envers l'organisation Sentiment d'intégration et d'unité au sein de l'organisation Connexion géographique et sentiment de proximité avec l'organisation Sentiment de perte dû aux changements organisationnels
Dimension normative	Différences entre les secteurs public et privé en termes de stabilité et de satisfaction professionnelle Sens d'obligation professionnelle en termes de gestion des ressources et des tâches Sens du devoir envers les tâches qui ne sont pas correctement effectuées par les collègues	Négociation pour la stabilité de l'emploi : CDI Prévision de rester jusqu'à la retraite	Dimension normative		Respect des contraintes horaires et des attentes de l'organisation
Dimension calculée	Évaluation des coûts et des avantages de la séparation entre la vie professionnelle et personnelle Avantages personnels et apprentissages tirés de la carrière Évaluation des coûts et des bénéfices de la carrière et des changements potentiels Gestion du temps et des tâches dans le travail Adaptation aux nouvelles technologies	Avantages pratiques de travailler dans l'organisation spécifique (distance)	Dimension calculée	Reconnaissance des avantages financiers Motivation externe liée aux obligations financières Contraintes et exigences d'un environnement où des horaires doivent être respectés	Évaluation des avantages financiers et des autres avantages de rester dans le rôle actuel au sein de l'organisation : nouveaux horaires

Tableau 17 : La relation au travail des salariés, les profils d'implication (EHPAD 3)

EHPAD 3 : Tableau récapitulatif des personnels interrogés et leur profil

IDE 02	Implication professionnelle	Implication organisationnelle	IDE 03	Implication professionnelle	Implication organisationnelle
Questionnaire	AC+/NC/CC	AC/CC-	Questionnaire	AC+/CC-/NC-	AC
Dimension affective	Attachement émotionnel à la profession et désir d'authenticité dans la formation Satisfaction avec le choix de carrière et alignement personnel avec la profession Attachement affectif à la position actuelle et satisfaction professionnelle Affection pour le domaine de spécialisation (gériatrie)	Préférence pour les petites structures et appréciation de la proximité avec les collègues Évaluation de l'impact des différents acteurs sur le travail quotidien Attachement à l'organisation en raison de la gestion réussie de la crise sanitaire Détachement émotionnel et frustration vis-à-vis des agences sanitaires, en particulier l'ARS	Dimension affective	Expériences personnelles conduisant à un attachement à la profession Un sens du devoir et un attachement à son rôle professionnel Attachement affectif à la profession et intérêt pour l'évolution professionnelle Identification émotionnelle forte avec la profession : Le rôle de soignant intégré à son identité personnelle Attachement à la nature gratifiante et stimulante de son travail Satisfaction dans sa carrière, Résilience face à l'épuisement professionnel et détermination à continuer dans le domaine Implication dans la profession malgré des conditions défavorables	Attachement émotionnel à l'organisation et aux collègues Satisfaction de son rôle au sein de l'organisation et préférence pour une communication ouverte Préférences personnelles (taille, CS) et désir de s'intégrer à l'organisation Appréciation de la solidarité et de l'aspect familial de l'organisation
Dimension normative	Adéquation de la formation et pertinence par rapport à la réalité du travail		Dimension normative	Valeur personnelle en ce qui concerne le service public et l'équité en matière de soins de santé	
Dimension calculée	Exploration de diverses options de carrière Évaluation des avantages et des inconvénients de rester dans la profession actuelle Considération des coûts potentiels associés au changement de métier, notamment en lien avec des événements de la vie personnelle (construction maison)	Considération des coûts logistiques associés au lieu de travail Évaluation des coûts et avantages des différents types de contrats	Dimension calculée	Évaluation des coûts associés à l'implication professionnelle (notamment le stress et les tensions entre travail et vie personnelle) Évaluation des opportunités potentielles dans la carrière professionnelle	

	CS 01	Implication professionnelle	Implication organisationnelle
	Questionnaire	AC+/NC/CC	AC/NC/CC-
Dimension affective	Nécessité d'une formation pour occuper correctement un rôle Attachement émotionnel et investissement dans le travail dû à la diversité des expériences professionnelles Forte identification avec le rôle professionnel dû à l'ancienneté Attachement émotionnel à l'environnement de travail (EHPAD). Légitimité et crédibilité auprès des collègues Attachement émotionnel au parcours professionnel et appréciation de l'effort investi pour progresser dans la carrière Incompatibilité entre les valeurs personnelles et les tâches effectuées, ce qui peut conduire à une absence de sens	La valeur de la disponibilité envers les autres L'importance de la connexion émotionnelle et du sens de son travail au sein de l'équipe L'importance de se sentir compris et entendu par les supérieurs Le plaisir, la satisfaction et la connexion émotionnelle avec le travail L'appréciation pour les directeurs qui sont à l'écoute des soignants La difficulté et le désaccord avec certaines orientations professionnelles	
Dimension normative	Adaptation aux changements et aux demandes de l'organisation en lien avec l'évolution du rôle Implication envers la profession et désir d'évoluer dans la carrière Reconnaissance de l'importance de l'expérience antérieure Investissement dans le devoir d'accompagner les collègues et de les faire comprendre la situation	Valorisation de la disponibilité comme un devoir professionnel Identification aux valeurs et aux normes de l'organisation	
Dimension calculée	Évaluation des prochaines étapes professionnelles Reconnaissance des contraintes et des exigences du travail Planification consciente de la progression professionnelle et utilisation des compétences acquises Investissement dans l'acquisition de compétences en management et réflexion sur le développement professionnel		

IV.4. ANALYSE INTRA-CAS EHPAD 4

L'EHPAD 4 est un établissement public faisant partie du même groupement inter-établissement que l'EHPAD 3. Suite à la sollicitation du secrétaire général du groupement, l'EHPAD 4 a accepté de devenir un terrain d'étude. Dans ce cadre, 10 entretiens semi-directifs ont été menés du 30 au 31 mars 2021. Le directeur a délégué la responsabilité de l'organisation et de la coordination des entretiens à l'IDEC. Cette dernière s'est chargée de la prise de contact, de l'accueil sur le terrain, du test antigénique avant l'accès à l'établissement et de l'organisation du terrain d'étude. Malheureusement, en raison de contraintes de temps, il n'a pas été possible d'interviewer le directeur durant ces deux jours. Malgré plusieurs relances, aucun rendez-vous n'a pu être fixé, ce qui a conduit à un manque d'informations concernant le vécu du directeur pour ce terrain d'étude. Pour pallier cette lacune, des interviews supplémentaires ont été menées auprès de membres des fonctions support afin d'obtenir leur point de vue sur l'établissement et les relations internes. Ainsi, il a été possible d'explorer les dynamiques entre les individus et plus particulièrement le personnel de santé, ainsi qu'entre les différents services de l'établissement.

IV.4.1. EHPAD 4 : un établissement en transition face à des défis architecturaux et organisationnels.

L'EHPAD 4 est un établissement public dépendant d'une collectivité territoriale. Cet établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a pour mission d'accueillir et d'accompagner environ 69 résidents, en leur offrant des soins et un cadre de vie adapté à leurs besoins spécifiques. En tant qu'établissement public, l'EHPAD 4 est soumis aux réglementations et aux politiques mises en place par la collectivité territoriale à laquelle il est rattaché.

Historique de l'établissement

L'EHPAD 4, un ancien foyer logement, présente des défis architecturaux pour accueillir les résidents nécessitant des fauteuils roulants et ceux souffrant de la maladie d'Alzheimer. En effet, comme le souligne l'IDEC_01, les couloirs ne sont pas adaptés: « *On a des couloirs tout droit qui ne sont pas adaptés* ». De plus, l'établissement n'est pas conçu pour répondre aux besoins spécifiques de ces résidents : « *Les démences de manière générale c'est monnaie courante en EHPAD. Notre bâtiment est ancien n'est pas adapté pour ces gens-là* » (IDEC_01). Toutefois, des stratégies sont mises en place, telles que l'installation de trompe-l'œil sur les portes pour prévenir les chutes dans les escaliers, et la formation du personnel pour mieux prendre en charge les patients atteints de démence.

L'IDEC, une ancienne infirmière, a suivi une formation pour devenir infirmière coordinatrice. Cette transition a eu un impact sur ses relations avec l'équipe, notamment avec les membres qui l'ont connu en tant qu'infirmier : « *Ça y joue aussi pour les anciennes qui*

m'ont connu comme infirmière parce que j'ai une partie de l'équipe qui m'a connu en tant qu'infirmière, une partie de l'équipe qui ne m'a pas connu comme infirmière. » (IDEC_01). De plus, l'absence d'un médecin coordonnateur dans l'établissement entraîne une charge de travail supplémentaire pour l'IDEC, qui doit assumer certaines responsabilités qui ne relèvent pas de son rôle : « Il y a certaines missions que je n'occupe pas par choix mais par nécessité. L'organisation de la vaccination avec les médecins, c'est qui suit aller les voir un par un : on vaccine ou vous vacciner vos propres résidents ou pas. C'est un temps que je n'aurai pas dû prendre. » (IDEC_01). Concernant la direction, les trois directeurs successifs ont été très différents dans leur approche du management, mais ils ont tous été investis et soucieux du bien-être des résidents : « Ils sont complètement différents. J'en ai connu 3 ; Ils sont complètement différents dans la manière de manager. [...] Où ils sont proches des familles et des résidents. » (Supp_06). Malgré une logique gestionnaire et un souci de transparence, certaines difficultés sont apparues au fil du temps, notamment en raison d'une transition difficile entre les directeurs et de la création d'attentes irréalistes auprès du personnel : « L'ancienne direction parfois trop qui s'en est joué aussi de faire un petit chantage. [...] Et quand vous embauchez des animateurs derrière qui viennent pour faire ça bah c'est banco hein ça c'était moi avant oui mais maintenant c'est nous. » (Supp_08).

Enfin, des problèmes de communication entre les services d'animation et de soins ont été relevés, avec un manque de collaboration et de dialogue entre les deux équipes : « Oui, il y a un fossé entre les deux, et les deux sont en souffrance par rapport à ça, je me dis c'est un truc de ouf pourquoi vous ne vous parlez pas ? parce que oui mettez les choses à plat et apparemment c'est l'histoire de l'établissement, il y a eu des réunions interdisciplinaires des choses qui sont dites mais en fait le suivi n'était pas là. » (Supp_07). Les tentatives de résolution de ces problèmes, notamment par des réunions interdisciplinaires, n'ont pas donné les résultats escomptés : « elles se sont mises d'accord pour certaines choses comment travailler ou qu'est-ce qu'il faut mettre en place mais ce n'est jamais été mis en place. » (Supp_07).

De plus, certaines tensions entre les animateurs et les soignants ont été exacerbées par des changements de personnel : « C'est quelque chose qui est sous-jacent depuis que je suis arrivée ici. Ça ne s'est pas amélioré, par exemple y'a une y'a quelques temps on a une collègue on avait 2 postes dépendance y avait une autre agent qui s'appelait Laurence qui est décédée subitement et le truc c'est que j'ai tout de suite revu mon planning elle était aide-soignante donc j'ai tout de suite rendu mon planning aide-soignant, je suis allée voir le directeur alors voilà suite à l'absence de Laurence pour pallier et pour aider les filles je peux vous détacher cette personne tel jour et cette personne tel jour. Il a dit bah attendez je vais voir avec les animatrices, les animatrices ont répondu au directeur que ça n'était pas la peine qu'elles préféreraient rester entre elles, fin de citation. » (IDEC_01). Ces problèmes de communication et de collaboration entre les services d'animation et de soins mettent en évidence la nécessité d'améliorer le dialogue et la coopération au sein de l'EHPAD 4, afin de garantir une prise en charge optimale des résidents et un fonctionnement harmonieux de l'établissement.

En conclusion, l'EHPAD 4 présente des défis spécifiques en termes d'adaptation de l'infrastructure pour accueillir des résidents atteints de pathologies telles que la maladie d'Alzheimer et d'organisation du travail entre les services de soins et d'animation. Les équipes se sont toutefois montrées proactives pour mettre en place des stratégies visant à pallier ces

difficultés, comme la formation du personnel et l'utilisation d'astuces pour prévenir les chutes. Les changements de direction ont également contribué à une évolution des styles de management et à une prise de conscience des problématiques organisationnelles. Cependant, il est nécessaire de renforcer la communication et la collaboration entre les différents services, notamment les services d'animation et de soins, afin de garantir un fonctionnement harmonieux et une prise en charge optimale des résidents. La mise en place de réunions interdisciplinaires régulières et d'un suivi efficace des actions convenues pourrait contribuer à améliorer la situation et à favoriser un environnement de travail plus coopératif et cohérent au sein de l'EHPAD 4.

Localisation et taille de l'EHPAD

L'EHPAD 4, en tant qu'établissement relevant de la fonction publique territoriale, est étroitement lié à la collectivité locale, avec un conseil d'administration composé d'élus et présidé par le maire : « *Ce sont les élus et donc le président du conseil administration c'est forcément le maire* » (IDEC_01). Cette structure a choisi de conserver son statut territorial et son autonomie pour préserver certaines spécificités qui, selon les acteurs internes, contribuent à la qualité de vie des résidents : « *On s'est battu pour* » (IDEC_01) ; « *On est resté territorial, c'était un choix. On était d'accord là-dessus quand le directeur en avait parlé j'étais d'accord avec lui* » (IDEC_01). Toutefois, un changement de statut entraînerait des modifications significatives dans le fonctionnement de l'établissement, comme l'externalisation de la pharmacie et de la restauration, qui pourrait affecter la qualité des services offerts aux résidents : « *La cuisine sur place ce n'est quand même pas anodin. Ils font l'épluchage des légumes ils mangent réellement les légumes qu'ils épluchent ça serait plus possible forcément en hospitalier* » (IDEC_01). De plus, être rattaché à un hôpital pourrait également limiter la liberté de l'établissement quant au choix des résidents et renforcer son orientation vers le domaine sanitaire : « *On passera encore un peu plus dans le côté sanitaire puisque on serait géré par des personnes qui font de l'hôpital* » (IDEC_01) ; « *Ça veut dire qu'on ne choisira plus forcément les personnes qui rentrent, ça sera en fonction de l'hôpital* » (IDEC_01).

Les acteurs de l'EHPAD 4 sont conscients des enjeux liés à la préservation de leur statut territorial et ont exprimé leurs préoccupations quant aux conséquences possibles d'un changement de statut sur la qualité des services offerts aux résidents : « *Alors qu'est-ce qui changerait réellement on est un EHPAD qui fonctionne bien je ne pense pas que le directeur du centre hospitalier nous dise, « non, non, on change tout », alors que ça fonctionne bien mais on ne serait pas à l'abri de changements* » (IDEC_01). La défense de l'autonomie de l'établissement semble donc être un enjeu majeur pour les acteurs internes, qui cherchent à maintenir un environnement favorable au bien-être des résidents et à conserver les spécificités qui font la force de leur établissement.

En conclusion, la localisation et la taille de l'EHPAD 4, ainsi que son statut au sein de la fonction publique territoriale, jouent un rôle important dans la gestion et le fonctionnement de l'établissement. Les acteurs internes sont attachés à la préservation de l'autonomie et des spécificités de l'EHPAD, qui contribuent à la qualité de vie des résidents. Ils sont conscients des enjeux et des défis liés à un éventuel changement de statut, qui pourrait modifier la nature

des services offerts et restreindre certaines libertés dans la gestion de l'établissement. La prise en compte de ces éléments est essentielle pour une analyse approfondie de la gestion d'un EHPAD comme l'EHPAD 4. Les décisions relatives au statut et à l'organisation de l'établissement doivent être prises avec soin, en tenant compte des implications sur la qualité des services offerts aux résidents et sur l'autonomie des équipes de direction et de soins. Ainsi, il est crucial d'évaluer les avantages et les inconvénients potentiels des différentes options, et de privilégier celles qui favorisent le bien-être des résidents tout en préservant les spécificités qui font la force de l'établissement.

Population et besoins des résidents

L'analyse des besoins de la population résidente de l'EHPAD 4 révèle une évolution significative dans la dépendance et la démographie des personnes accueillies. Cette évolution est liée à plusieurs facteurs, notamment l'augmentation de l'âge et de la dépendance des résidents, ainsi que les politiques favorisant le maintien à domicile. Les témoignages des professionnels de l'établissement mettent en évidence les défis auxquels ils sont confrontés pour s'adapter à ces changements. Supp_08 souligne l'augmentation de la dépendance des résidents au cours des 18 dernières années : « *L'augmentation de la dépendance pour moi y'a 18 ans le public et pas du tout le même* » (Supp_08). IDE_07 relève que les personnes préfèrent rester chez elles le plus longtemps possible, en raison des coûts et du désir de préserver leur autonomie : « *Le mieux, c'est que ça reste un lieu de vie, mais le problème, c'est que les gens ne veulent plus venir. Les gens qui sont bien veulent rester chez eux. Après, il y a un coût aussi. Je comprends mes grands-parents, je ne les ai jamais mis en EHPAD parce qu'ils n'ont jamais voulu y aller. On s'en est occupé à la maison. Mais après, je les comprends, les gens qui ne veulent pas rentrer. Ils attendent vraiment le dernier moment.* » (IDE_07). Cette situation conduit à un afflux de résidents âgés et dépendants, comme le souligne IDEC_01 : « *Ils rentrent de plus en plus tard donc souvent déjà très désorientés et ça va le problème tout ce qui est maintien à domicile.* ». La politique de maintien à domicile a des répercussions sur l'âge et la dépendance des résidents qui entrent en EHPAD, rendant leur prise en charge plus complexe. Comme le note IDEC_01, il devient difficile d'obtenir des informations sur les habitudes de vie, les directives anticipées et l'histoire personnelle des résidents, car leur capacité à communiquer est souvent limitée : « *On essaye de respecter au mieux la volonté et on nous demande de plus en plus de respecter les volontés des résidents c'est très positif mais on a de moins en moins la possibilité en fait de leur demander parce qu'ils rentrent de plus en plus tard dans la structure.* » (IDEC_01). Cette évolution a également des conséquences sur le temps consacré aux aspects sociaux des soins, au profit des soins médicaux, comme l'explique AS_06 : « *J'ai des collègues avant, avant que j'arrive elles avaient une demi-heure trois quart d'heure où elles pouvaient promener les résidents. Aujourd'hui on ne peut pas faire ça parce que la dépendance fait qu'on a plus de lits à faire et l'après-midi ils ont les changes plus souvent voilà et du coup ça se répercute sur leurs prises en charge.* » (AS_06). L'établissement se médicalise, avec des soins de plus en plus spécialisés et une collaboration accrue avec les services hospitaliers à domicile, comme l'indique IDEC_01 : « *de tout façon les EHPAD ont tendance à se médicaliser* »

En résumé, la gestion des EHPAD doit prendre en compte l'évolution de la population et des besoins des résidents pour assurer une prise en charge adaptée et de qualité. Cela implique une adaptation des formations des professionnels, des infrastructures, des partenariats avec les services hospitaliers et des offres d'activités pour les résidents. Ces changements sont nécessaires pour répondre aux défis posés par l'augmentation de l'âge et de la dépendance des résidents, et pour garantir un avenir durable et viable pour les EHPAD.

Évolution de l'environnement réglementaire et politique

L'évolution de l'environnement réglementaire et politique a eu un impact significatif sur l'EHPAD 4, notamment en raison de la pandémie de Covid-19. Supp_07 souligne que la proximité géographique de l'administration a été affectée par les nouvelles contraintes engendrées par la pandémie : « *Oui, je pense dû à l'histoire, mais je pense aussi que le Covid joue beaucoup aussi dessus. [...] ça a fait pour les soignantes c'était super parce qu'elles avaient le temps et la place [...] pour les personnes dépendantes c'était clair il y avait moins de bruit donc c'était très, très apprécié. Sauf pour l'équipe d'animation qui leur demandait beaucoup, beaucoup d'organisation beaucoup au niveau de désinfection et de rangement donc là c'était l'adaptation de l'équipe d'animation avec l'équipe sociale qui n'était pas vu par les soignants la façon de s'adapter.* » AS_07 et Supp_09 mentionnent que l'EHPAD a réussi à éviter les cas de Covid-19 grâce à des protocoles stricts : « *Non on a eu de la chance ici on n'a pas eu de cas Covid, c'était Protocole, protocole on a tous fait pour pas que ça rentre.* » (AS_07) ; « *Il y avait aussi les mesures pour, c'était assez strict mais au moins ça a payé.* » (Supp_09). L'absence d'un IDEC lors du Covid a été ressentie par le personnel : « *un petit peu mais bon il y a tellement de protocole tellement de choses, le planning à faire.* » (AS_06) ; « *Au premier confinement, je n'ai pas travaillé parce que j'ai une pathologie chronique et ce qui a fait que j'étais isolé. [...] le lien a été un peu perdu.* » (AS_05). L'IDEC reconnaît cette distance, en particulier avec les nouvelles arrivantes : « *Je pense que oui parce que les nouvelles sont arrivées vers la fin de l'année 2020 et donc on était déjà dans le système un peu là puisqu'on avait la gestion de crise qui était passé par là. Elles avaient déjà vu les multiples missions que j'avais et voilà.* » (IDEC_01). Dans ce contexte, la gestion de la crise sanitaire a rendu difficile le maintien d'une bonne communication au sein de l'établissement. Le management participatif a dû être mis de côté pour faire face aux exigences liées à la pandémie, ce qui a conduit à une approche plus directrice et moins appréciée par le personnel : « *A cause du temps que je passe dans mon bureau de travail que d'être avec les soignants [...] et parce que on a été beaucoup plus directif que ce qu'on fait habituellement.* » (IDEC_01). La méfiance du personnel envers la direction a été exacerbée par les informations contradictoires véhiculées par les médias, qui ont parfois diffusé des messages différents de ceux communiqués par l'ARS. Cela a contribué à la perte de confiance des salariés envers leur direction et a compliqué la gestion de la crise au sein de l'EHPAD 4. En outre, la pandémie de Covid-19 a eu un impact sur la charge de travail du personnel, qui a dû s'adapter aux nouvelles exigences et aux changements organisationnels induits par la crise. Les réunions et les temps d'échange, qui servaient auparavant de soupapes pour les équipes, ont été mis de côté au profit d'une gestion plus directe et moins participative.

Le Covid a affecté divers aspects de la vie en EHPAD, tels que les activités, la communication entre les équipes, la cohésion d'équipe et les relations entre les services.

IDE_07 illustre l'impact sur les activités : « *Oui, il y a une chorale qui venait mais c'était avant le Covid* ». Les résidents ont beaucoup perdu, comme l'exprime IDE_07 : « *oui parce que les pauvres étaient enfermés dans leur chambre sans visite c'était très dur et ils étaient tous déprimés, il y en a pas mal à qui on prescrit des antidépresseurs. C'est dur franchement, les voir comme ça, ça ne nous rend pas bien nous les soignants.* » Le Covid a également affecté la communication inter-équipe et la cohésion d'équipe, comme l'indiquent plusieurs citations : "C'est ça, et ces temps-là ont été supprimés pour plusieurs raisons. D'une part, parce que j'ai manqué de temps. Deuxièmement, on nous avait préconisé de limiter les réunions en groupe, car je prenais toutes mes AS en même temps. Nous étions 14 en réunion, ce qui faisait trop de monde au mètre carré pendant la crise. Après cela, il n'y avait plus d'intérêt à le faire avec seulement 2 AS et une infirmière." (IDEC_01), "Je ne sais pas réellement ce qu'ils pensent, mais c'est comme pour les transmissions récemment. Nous n'avons pas le droit d'aller toutes aux transmissions car nous serions trop nombreuses, donc une personne de chaque étage y va. Je crois que pour celui du soir, ce sont les personnes qui s'occupent du goûter et du coucher qui y vont. La dernière fois, on m'a dit que ce n'était pas pour mon étage, mais que j'étais là pour donner des informations à mes collègues. Je trouve que ce n'est pas pour moi et que ça ne me regarde pas. Ce n'est pas ainsi que nous travaillons." (AS_06) et "Je pense sincèrement que les réunions de service ont été arrêtées à cause de la Covid. Il y avait une réunion de service une fois par mois, mais il n'y avait pas le temps pour le faire. Je pense que l'IDEC va la remettre en place." (Supp_07). Les réunions d'équipe ont été limitées, les transmissions ont été réduites et les personnels se sont retrouvés isolés les uns des autres, ce qui a entraîné une certaine frustration. Par ailleurs, la pandémie a rompu le lien entre les services, notamment entre l'animation et le soin : « *En ce moment, on vient en renfort de l'hygiène lorsqu'il y a eu une semaine de suspicion et qu'une petite période d'isolement en chambre a été nécessaire. Vous êtes appelé à 10h et on vous demande si vous pouvez commencer à travailler plutôt à 10h30 et finir à 13h30, et maintenant travailler de 13h à 20h. La raison est que les résidents sont en chambre et que les soignants n'ont pas le temps d'aider les cuisines. Il vous est donc demandé de le faire. Nous avons accepté, car nous sommes en situation de crise, et nous ne voulons pas commencer à poser des problèmes. Nous avons un esprit de solidarité et nous voulons que les résidents mangent à l'heure et se couchent confortablement plutôt que d'être rapidement emballés dans une chemise de nuit. Le directeur le sait, nous avons toujours été solidaires et nous le serons toujours. Cependant, je pense que chacun d'entre nous ressent un mal-être personnel qui rend la communication difficile et donne moins envie de communiquer. Je crois que nous avons cassé beaucoup de choses.* » (Supp_08). Les personnels de santé ont été contraints de s'adapter à de nouvelles tâches et responsabilités pour compenser les manques de ressources en temps de crise.

L'ensemble du secteur a été touché par ces évolutions, et les personnels ont dû faire face à des changements dans leur manière de travailler : « *Le passage aux 35 heures a apporté des évolutions positives et négatives, comme dans tout changement. Il y a toujours une balance entre les avantages et les risques. Cependant, je vieillis également. J'ai commencé à travailler à l'âge de 20 ans et j'en ai maintenant 46. Nous travaillons beaucoup plus dans l'urgence et la précipitation, et cela ne s'arrête jamais. La crise sanitaire due au Covid-19 a aggravé la situation, multipliant les difficultés par 10. Les gens à l'extérieur ne se rendent pas compte de ce que le personnel peut vivre dans des structures comme la nôtre, y compris à l'hôpital. Je tiens à souligner que tous les services sont impactés, pas seulement le service soignant, qui comprend les véritables soignants tels que les infirmiers et les rééducateurs. Le service d'hygiène, le service de restauration, le service administratif, tous*

sont également affectés. Nous avons subi un impact énorme et cela a entraîné de nombreuses évolutions. » (Adm_06). Néanmoins, certaines améliorations ont été constatées, notamment en termes de techniques de travail et de bien-être au travail : « Il y a eu un énorme progrès dans la façon de travailler, notamment en termes de techniques et de bien-être au travail. Quand on compare les outils de travail d'il y a 20 ou 23 ans avec ceux d'aujourd'hui, on peut constater une grande amélioration. Nous sommes aujourd'hui très attentifs à la santé des agents, à leur dos, au poids des outils et aux techniques de travail. Nous prenons soin de notre personnel en veillant à ce qu'ils n'aient pas à se baisser, tout est à leur hauteur sur leur chariot, avec des pré-imprégnations pour éviter qu'ils travaillent avec de l'eau sale et de l'eau propre. Nous avons vraiment travaillé sur le bien-être au travail. » (Supp_06,). En dépit des difficultés rencontrées, les établissements ont continué à assurer leurs fonctions de protection et de contenance, bien que la situation sanitaire ait créé une atmosphère anxiogène : « Effectivement, les établissements ont une fonction psychologique importante, notamment celle de protection et de contenance. Avec la situation sanitaire actuelle, ces fonctions n'ont pas toujours été en mesure de remplir leur rôle. La structure est devenue un peu vulnérable, car il y a eu de nombreux changements. Il y a eu la peur de la contagion, la crainte que le Covid ne vienne ici, même si cela n'est pas encore arrivé, espérons que cela ne se produira pas. Tous ces changements peuvent être anxiogènes et causer de l'angoisse chez le personnel. » (Supp_09).

En conclusion, l'évolution de l'environnement réglementaire et politique, en particulier en raison de la pandémie de Covid-19, a eu un impact majeur sur le fonctionnement des EHPAD. La pandémie de Covid-19 a entraîné de nouvelles contraintes et a modifié la gestion des équipes, ce qui a affecté la communication et la proximité entre les différents acteurs. Les défis rencontrés ont affecté la vie des résidents, la communication entre les équipes, la cohésion d'équipe et les relations entre les services. Face à ces défis, les établissements ont dû innover et s'adapter pour continuer à fournir des soins de qualité tout en maintenant la sécurité des résidents et du personnel. Les protocoles mis en place ont permis d'éviter des cas de Covid-19 dans certains établissements, comme en témoignent AS_07 et Supp_09 : « Non on a eu de la chance ici on n'a pas eu de cas Covid, c'était Protocole, protocole on a tous fait pour pas que ça rentre. » (AS_07) ; « Il y avait aussi les mesures pour, c'était assez stricte mais au moins ça a payé. » (Supp_09). Les adaptations nécessaires ont cependant engendré des tensions et des défis, tels que l'augmentation de la charge de travail, la modification des modes de management et la méfiance envers la direction. Malgré cela, certains aspects positifs ont émergé, comme de meilleures techniques de travail et un meilleur bien-être au travail ; La situation actuelle souligne l'importance de la communication, de la cohésion d'équipe et de la collaboration entre les différents services dans un contexte de crise. Il est essentiel d'apprendre de ces expériences pour être mieux préparés à faire face à d'éventuelles crises futures et pour continuer à améliorer les conditions de travail et la qualité des soins dans les EHPAD.

Synthèse :

L'EHPAD 4, un établissement public dépendant d'une collectivité territoriale, accueille environ 69 résidents, offrant des soins et un cadre de vie adapté à leurs besoins. Cependant, en tant qu'ancien foyer logement, il fait face à des défis architecturaux et organisationnels, notamment pour les résidents nécessitant des fauteuils roulants et ceux souffrant de la maladie d'Alzheimer.

L'équipe de l'EHPAD 4, menée par une infirmière devenue coordinatrice, met en œuvre des stratégies pour pallier ces problèmes, bien que l'absence d'un médecin coordonnateur entraîne une charge de travail supplémentaire. Le passage de trois directeurs successifs a entraîné des changements de management, créant des attentes parfois irréalistes et des problèmes de communication entre les différents services.

L'EHPAD 4, souhaitant conserver son statut territorial et son autonomie, est attentif aux implications d'un changement de statut sur la qualité des services offerts. De plus, l'évolution de la population résidente, avec une augmentation de l'âge et de la dépendance, rend la prise en charge plus complexe et nécessite des adaptations constantes. La pandémie de Covid-19 a également eu un impact significatif sur l'établissement, affectant les activités, la communication et la cohésion d'équipe, tout en nécessitant une réorganisation du travail et une gestion plus stricte des protocoles de sécurité.

IV.4.2. Le fonctionnement de l'EHPAD 4

Dans cette partie, nous allons examiner en détail le fonctionnement interne de l'EHPAD 4, y compris ses processus opérationnels, la division du travail, les mécanismes de coordination, et les relations entre les différents services. Nous aborderons également comment ces aspects influencent la qualité des soins prodigués aux résidents, ainsi que l'efficacité de l'établissement dans son ensemble. Le but est de fournir une analyse approfondie du contexte organisationnel de l'EHPAD 4 et d'identifier les facteurs clés qui contribuent à son succès ou posent des défis.

IV.4.2.1. Division du travail au sein de l'EHPAD 4

- **Identification et description des métiers et rôles**

Le fonctionnement de l'EHPAD 4 est caractérisé par un aspect intéressant sur l'habillement et l'identification des professionnels. Avant la pandémie de Covid-19, l'ensemble des salariés, à l'exception de l'équipe administrative et de l'animation, portait la même tenue professionnelle, comme l'explique IDEC_01 : « Parce que c'était un lieu de vie et qu'on ne devait pas être forcément repéré par sa profession sachant que ceux qui étaient en tenue c'était l'équipe d'hygiène et les soins. Depuis le Covid, tout le monde a la tenue. » Cette uniformité vestimentaire reflétait l'importance accordée à la création d'un environnement de vie moins stigmatisant pour les résidents. L'identification des professionnels se faisait principalement par le biais d'étiquettes, bien que celles-ci soient difficilement visibles pour les résidents ayant des troubles visuels importants (IDEC_01) : « On est tous identifié sur nos étiquettes moyennement visibles pour nos personnes âgées qui ont des troubles visuels importants. Les

familles ont été déjà identifiées. Les animatrices c'était 100% civil et la psychologue aussi. » Ainsi, le système d'identification reposait davantage sur les relations interpersonnelles et la familiarité entre les résidents, les familles et le personnel. Dans ce contexte, il n'y avait pas de différenciation vestimentaire entre les ASH, AS et IDE, comme le souligne IDEC_01 : « On avait réfléchi, on avait posé la question mais c'est vrai que le directeur et moi-même, on est arrivé la même année lui et moi, tout le monde avait les mêmes tenues, les mêmes couleurs et on a gardé ce fonctionnement-là ». Cette approche visait à renforcer la cohésion entre les différentes professions et à créer un environnement de travail plus harmonieux et moins hiérarchisé.

En conclusion, la division du travail au sein de l'EHPAD 4 est marquée par une approche uniforme en matière de tenue et d'identification des professionnels. Cette approche vise à réduire les barrières entre les différents métiers et rôles, tout en créant un environnement de vie moins stigmatisant pour les résidents.

Les métiers médicaux (médecins) et paramédicaux (infirmiers, aides-soignants)

L'analyse de la gestion au sein de l'EHPAD 4 met l'accent sur plusieurs aspects clés concernant la division du travail, en particulier la répartition des rôles et la charge de travail des métiers médicaux. Selon IDEC_01, l'équipe se compose de quatre infirmières, 14 aides-soignantes et une dizaine d'agents. Les infirmières et les aides-soignantes jouent un rôle crucial dans le fonctionnement de l'EHPAD, mais leur charge de travail est souvent lourde, comme le souligne IDEC_01 : « J'ai une lourde charge de travail conséquente ça c'est sûr, surtout en cette période où il manque une infirmière où j'ai un rôle d'infirmier. ». Cependant, l'IDEC_01 fait également face à une lourde charge de travail, en particulier en raison de l'absence d'une infirmière : « J'ai une lourde charge de travail conséquente ça c'est sûr, surtout en cette période où il manque une infirmière où j'ai un rôle d'infirmier. » (IDEC_01). De plus, l'absence du médecin coordonnateur exacerbe cette situation : « après on peut parler du fait de l'absence du médecin coordonnateur des missions qui du coup se répercute sur moi parce que pas le choix et il y a des choses qu'il faut faire. » (IDEC_01) Cette situation entraîne une charge de travail supplémentaire pour l'infirmière coordinatrice, notamment en ce qui concerne les tableaux d'activité : « Ça me donne une charge de travail en plus et notamment tout ce qui tableau d'activité. Mon directeur fait appel à moi, enfin, il n'est pas médecin, pas infirmier quand il me demande le nom, de télé médecine, quand il me demande, ça demande du temps en plus. » (IDEC_01). Malgré ces défis, l'infirmière coordinatrice souligne la coopération entre les médecins des résidents : « On a un médecin tous les jours du Lundi au vendredi ils sont tous d'accord pour voir le patient de l'autre sans problème. On a mis ça en place très tôt. » (IDEC_01). L'autonomie des postes infirmiers et médecins est également évoquée par l'infirmière coordinatrice, qui explique que cette autonomie facilite son travail : « Et donc mes poste infirmier et médecin sont très autonomes, moi je vois le médecin quand j'ai un problème sur un dossier d'un résident n'est pas toujours validé ou toujours pas eu. Je vaccine tel jour telle heure. Pour les choses qui dépendent un peu plus de mon organisation. Ils viennent vers moi très facilement aussi, pas de soucis quand ils ont une question pour moi, ils ne m'appellent pas de problème. Je n'ai pas à régler de conflit entre médecin, entre infirmier et médecin. C'est une grosse épine du pied qui met enlevée. » (IDEC_01).

L'IDEC_01 mentionne également l'accumulation des rôles et responsabilités, notamment en raison de l'absence de certains membres de l'équipe : « D'un poste de qualifié, je gère tout ce qui est protocole, tout ce qui est suivi. C'est beaucoup de tapages, l'ordinateur qui ne devait pas être fait par moi donc c'est du temps que je passe à faire aussi je n'ai pas médecin. Comme je n'ai plus mon infirmière référente donc effectivement ça m'a rajouté des missions que je n'avais plus et que j'ai récupéré en 2020 et 2021 là pour un temps j'espère indéterminé, à voir. Ça j'en ai conscience après je sais que mes agents le voient. » (IDEC_01). L'absence du médecin coordonnateur et d'autres membres du personnel exerce une pression supplémentaire sur le travail de l'IDEC_01. De plus, la difficulté à recruter de nouveaux employés, en particulier des infirmières, est accentuée par la différence entre leur vision du travail en EHPAD et la réalité du terrain : « Surtout comme planqué surtout, parce qu'au niveau infirmier en tout cas, j'en ai plusieurs, durant les entretiens ou l'infirmière m'a dit « moi je viens ici pour me poser. Même si un mi-temps c'est beau, moi ça me va » et je lui ai dit « ici ce n'est pas le bon endroit pour ça » (IDEC_01). Ces différences d'attentes rendent le processus de recrutement et l'intégration de nouveaux membres au sein de l'équipe plus difficile. Cette difficulté est également rencontrée lors du recrutement des aides-soignantes : « Il n'y a pas si longtemps, une aide-soignante ne comprenait pas pourquoi nous lui avons demandé le niveau de dépendance des résidents. Elle a dit : "Ils sont ici parce qu'ils sont dépendants, sinon, ils seraient chez eux." Lorsque je lui ai expliqué que les aides-soignants commencent à travailler à 6h30 et finissent à 15h, elle a été surprise : "6h30 ?" Oui, les aides-soignants commencent tôt, et je tiens à rappeler que nous sommes en zone rurale où il y a encore beaucoup de gens travaillant dans l'agriculture, qui se lèvent très tôt » (IDEC_01). Les horaires de travail sont donc adaptés aux habitudes de vie des résidents, en tenant compte de la ruralité de l'établissement.

Le travail non routinier est mis en avant par les aides-soignants (AS) qui soulignent que chaque jour est différent : « après il y a des établissements faut savoir elles font les toilettes à la suite nous aussi on ne travaille pas comme ça et chaque jour est différent et il n'y a pas de routine qui s'installe. » (AS_06). Ils insistent sur la nécessité de prendre en compte les besoins individuels des résidents : « Non chaque journée est différente. Faut en prendre compte de ça, ce n'est pas faire des toilettes pour faire des toilettes ou voilà. On a en face des êtres humains qui ont besoin qu'on prenne le temps. » (AS_07). Le soutien technique et émotionnel apporté aux résidents est crucial : « C'est plus le côté technique, il y a forcément une forme d'attachement en soi. Ce sont des personnes qu'elles connaissent depuis des années. Il y a forcément un attachement même s'il y a de la distance professionnelle de toute façon, il y a ça aussi. » (Supp_09). Les soignants sont conscients de l'impact de leur travail sur le bien-être des résidents, malgré les contraintes et la répétition de certaines tâches : « Donc elles peuvent percevoir ça comme des tâches qui finissent par être ingrates, répétitives. » (Supp_08). Les personnels de soin souhaitent avant tout se concentrer sur le nursing et l'accompagnement quotidien des résidents, comme l'exprime l'IDEC_01 : « tout ce qui est nursing et accompagnement au quotidien. Juste avoir le temps avec eux, c'est ce qu'elles demandent et c'est ce qu'on ne peut pas leur donner. » (IDEC_01).

En ce qui concerne les conditions de travail, les horaires sont un enjeu clé : « on a 8 heures avec un Poste de week-end qui fait 9h. » (AS_06). Les AS sont encadrés et formés, mais ils ont du mal à trouver le temps pour certaines activités sociales : « il y en a quelqu'une oui et de l'autre côté comme ça c'est le plus important c'est la priorité, avant elles faisaient le social aussi, de prendre le résident d'aller dans le jardin., de prendre le temps de faire le toucher bien être, soin de visage des petites choses comme ça et je pense qu'elles ont du mal

à trouver le temps pour ça. » (Supp_07). Certaines AS ne sont pas intéressées par ces activités sociales : « *il y a des aides-soignantes ça ne les intéressent pas de faire du social, ce qui les intéresse, c'est leur cible, l'individuel avec le résident, les activités les sorties, toutes ne sont pas volontaires pour le faire et puis c'est parfois un peu quand on n'a pas aide-soignante parce qu'on peut trouver des volontaires sans avoir à imposer ça aussi* » (IDEC_01). Le manque de personnel et les attentes divergentes ont un impact sur les aides-soignantes et les agents qui travaillent avec les résidents. Comme l'explique l'AS_02 : « *On n'a pas assez de temps pour bien s'occuper de tout le monde, et c'est frustrant. On se sent parfois dépassé, mais on fait de notre mieux avec les moyens qu'on a.* » (AS_02). Malgré les difficultés rencontrées, les membres de l'équipe médicale de l'EHPAD 4 continuent à travailler ensemble et à chercher des solutions pour améliorer les conditions de travail et la prise en charge des résidents. L'IDEC_01 souligne l'importance de la communication et de la coopération au sein de l'équipe : « *On essaie de se soutenir entre nous, on communique beaucoup pour trouver des solutions et des compromis.* » (IDEC_01).

En résumé, la division du travail au sein de l'EHPAD 4 est marquée par des défis importants, notamment en termes de charge de travail, de recrutement et d'attentes divergentes. Cela a un impact sur les professionnels de santé, les agents et les résidents. Toutefois, l'équipe médicale de l'établissement s'efforce de travailler ensemble pour trouver des solutions et améliorer les conditions de travail et la prise en charge des résidents.

Les fonctions supports (psychologues, ergothérapeutes, etc.)

Ces métiers jouent un rôle essentiel dans la qualité de vie des résidents et contribuent à l'objectif de l'établissement d'être à la fois un lieu de soins et un lieu de vie. L'IDEC_01 mentionne l'importance des fonctions supports dans la prise en charge globale des résidents : « *c'est moi qui vais me battre souvent je prends avec moi la psychologue, l'ergothérapeute, et la psychomotricienne. Des postes clefs quand même.* » (IDEC_01). Ces professionnels apportent une expertise spécifique et complémentaire à celle des métiers médicaux, en se concentrant sur les aspects sociaux, émotionnels et fonctionnels de la santé des résidents. Leur rôle est crucial pour favoriser le bien-être et l'autonomie des résidents au sein de l'établissement. L'importance de la notion de lieu de vie est soulignée par un des professionnels de santé (Supp_09), qui déclare : « *Il faut garder surtout la notion de lieu de vie, c'est avant tout un lieu de soin, ça c'est sûr et pour moi c'est aussi important cette liberté d'aller et de venir, ça aussi c'est très important, il faut aussi changer le regard qu'on a des EHPAD. Changer de regard et qu'on fait énormément, c'est un lieu de vie et si bien sûr, ils viennent en EHPAD ils peuvent aussi repartir des aides et sous conditions bien sûr si c'est possible ; ça va de soi mais aussi la liberté d'aller et venir et que ce n'est pas une prison. Ils ont des droits et des libertés et ce n'est pas un mouvoir.* » (Supp_09). Ce témoignage souligne la nécessité de considérer l'EHPAD comme un lieu où les résidents peuvent vivre, évoluer et exercer leur liberté, dans la mesure du possible. Ces professionnels travaillent en étroite collaboration avec l'équipe médicale, les aides-soignants et les agents pour offrir un soutien intégré et personnalisé aux résidents. Leur travail contribue à la création d'un environnement où les résidents se sentent soutenus et encouragés à participer à des activités et à interagir avec les autres membres de la communauté de l'EHPAD. Ensemble, ces professionnels de

santé contribuent à changer le regard sur les EHPAD, en les considérant comme des lieux de vie où les résidents peuvent s'épanouir et bénéficier d'un soutien holistique.

En résumé, les fonctions supports au sein de l'EHPAD 4 jouent un rôle crucial dans la prise en charge globale des résidents et dans la création d'un environnement propice à leur bien-être et à leur autonomie.

Les métiers de la gestion et de l'administration (directeur, secrétariat, comptabilité)

L'analyse de la gestion au sein de l'EHPAD 4, en se concentrant sur la division du travail, révèle l'importance des métiers de la gestion et de l'administration, tels que directeur, secrétariat et comptabilité. Ces professionnels sont chargés d'assurer le bon fonctionnement administratif de l'établissement et de gérer les relations avec les autorités de tutelle. Cependant, ces rôles ont été soumis à de nombreux changements et défis au fil des années. L'augmentation de la charge de travail administrative a été soulignée par un membre du personnel de l'établissement : « le changement on peut dire qu'il y a eu beaucoup de changements, on n'est plus sur la mise en soin au niveau de la personne. On n'est plus sur le même niveau de dépendance de la personne. En 98 les gens qui rentraient était GIR 6 que maintenant c'est voilà. La partie administrative était nettement moins lourde au départ la dématérialisation et internet a amélioré mais a aussi fait qu'on se noie dans les procédures des protocoles qui est abominable. On ne se parle plus, il n'y a plus de communication comme au départ c'est à dire qu'au départ nous, il y avait des échanges avec les autorités tarification notamment » (Adm_06). Les réformes ont également compliqué le dialogue entre les EHPAD et les autorités de tutelle : « nous au début c'était la DASS j'ai connu ça oui il y avait des échanges c'est à dire qu'on se déplaçait et qu'on motivait nos rapports et qu'on discutait excusez-moi j'ai parlé de but en blanc mais le bougre de gras on savait défendre nos idées et dire pourquoi on souhaitait créer des postes. Maintenant il n'y a plus d'échanges tout est fait par voie dématérialisée. La grande réforme sur la tarification à malheureusement je pense limiter largement les choses et ça je pense que ça n'a pas fait du bien aux établissements et j'en reste persuadée. » (Adm_06). Malgré ces défis, certains membres du personnel restent passionnés par leur travail : « Sinon je suis resté ici c'est parce que j'ai mon boulot qui me passionne et que je suis en éternelle recherche d'apprendre c'est-à-dire depuis 98, il y a eu tellement d'évolutions, c'est que on ne s'ennuie jamais on apprend tout le temps, on apprend les procédures. On remet en question nos pratiques et c'est très bien mais je suis toujours autant passionnée par mon travail mais c'est le stress et c'est ce travail dans l'urgence, on n'a plus de répit, on n'a plus de temps de répit. On était rythmée sur un calendrier sur l'année ou on avait des choses à rendre sur certaines périodes et maintenant on n'a plus le calendrier. On fait tout dans l'urgence on est sollicité et nous donne pas le temps de le faire, On nous le demande dans l'urgence cependant quand nous on demande on donne la réponse rapidement mais quand on demande, on prend son temps pour nous répondre. On est frustré parce qu'on a l'impression de faire du mauvais travail » (Adm_06).

En somme, la division du travail au sein de l'EHPAD 4, axée sur les métiers de la gestion et de l'administration, met en lumière les défis et les changements auxquels ces professionnels sont confrontés. La charge de travail administrative a augmenté et la

communication avec les autorités de tutelle s'est détériorée en raison des réformes et de la dématérialisation des échanges. Cependant, il est important de souligner que certains membres du personnel restent passionnés par leur travail, malgré le stress et l'urgence qui caractérisent désormais leur quotidien. Il est donc essentiel pour les établissements tels que l'EHPAD 4 de continuer à adapter leur fonctionnement et leurs pratiques aux évolutions du secteur, tout en veillant à maintenir un environnement de travail favorable à l'épanouissement professionnel et au bien-être de leurs employés. Une meilleure coopération et une communication plus fluide avec les autorités de tutelle pourraient également contribuer à améliorer la qualité de la gestion et de l'administration au sein de l'EHPAD.

Synthèse :

Au sein de l'EHPAD 4, le travail est réparti entre différents rôles et métiers, soulignant la complexité et la diversité des tâches réalisées dans ce contexte. L'établissement se distingue par l'absence de différenciation vestimentaire entre les Aides-Soignantes (AS), les Aides-Soignantes Hospitalières (ASH) et les Infirmières Diplômées d'État (IDE), reflétant une volonté de minimiser la stigmatisation et de favoriser un environnement moins hiérarchisé.

L'IDEC_01, en tant qu'infirmière coordinatrice, gère une équipe de quatre infirmières et 14 aides-soignantes, en plus d'une dizaine d'agents, et doit gérer une lourde charge de travail, exacerbée par l'absence d'un médecin coordonnateur. Les infirmières et les aides-soignantes sont essentielles au fonctionnement de l'établissement, mais leur travail est souvent difficile, avec une charge de travail importante, le manque de personnel, et la nécessité d'adapter les soins aux besoins individuels des résidents.

Les fonctions supports, tels que les psychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, jouent également un rôle crucial en offrant un soutien spécifique et complémentaire, en se concentrant sur les aspects sociaux, émotionnels et fonctionnels de la santé des résidents. Enfin, les rôles de gestion et d'administration, tels que le directeur, le secrétariat et la comptabilité, sont essentiels pour assurer le bon fonctionnement administratif de l'établissement, mais sont également confrontés à des défis, comme l'augmentation de la charge de travail administrative et la complexification des relations avec les autorités de tutelle.

En somme, la division du travail à l'EHPAD 4 illustre la complexité et les défis liés à la gestion d'un tel établissement, avec des rôles variés allant du soin direct aux résidents à la gestion administrative, tous cruciaux pour le bon fonctionnement et la qualité des services offerts.

▪ **Répartition des tâches et responsabilités**

Identification des zones de chevauchement et de complémentarité

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 en termes de division du travail, en mettant l'accent sur la répartition des tâches et des responsabilités, révèle des zones de chevauchement et de complémentarité entre les différents métiers et rôles au sein de l'établissement. On observe une distinction entre les tâches d'animation et celles dédiées au soin, ainsi que la nécessité de permettre aux aides-soignantes de s'occuper de l'aspect social de leur travail.

Dans un premier temps, il est important de souligner que certains professionnels, tels que les aides-soignants (AS), ne participent pas directement à l'animation, même s'ils peuvent interagir avec les résidents dans des contextes informels : « *Mis à part la balnéothérapie, je ne m'occupe pas de l'animation. Parfois, je passe du temps avec les résidents dans leur chambre ou nous nous promenons dans le jardin. Il y a des thèmes chaque jour, que ce soit avec l'ergothérapeute dans les jardins thérapeutiques ou en salle d'animation. Mais je n'interviens pas dans l'animation en tant que tel* » (AS_07). Cela indique une certaine délimitation des responsabilités entre les aides-soignants et les professionnels chargés de l'animation, comme les ergothérapeutes. Cependant, il est également nécessaire de veiller à ce que les aides-soignants puissent consacrer du temps à l'aspect social de leur travail, comme l'indique la citation d'IDEC_01, qui souligne l'importance de laisser les aides-soignants s'occuper de cet aspect : « *Il est assez flagrant dans sa manière de faire que le résident reste au cœur de ses préoccupations. Cependant, il faut qu'elle se rende compte qu'elle doit laisser les aides-soignantes s'occuper du social* ». De plus, il existe des situations où les frontières entre les rôles peuvent devenir floues, comme le montre la citation d'AS_05 concernant les infirmiers : « *Ce sont également nos collègues. Quand il y a un problème, ils sont très accessibles. En plus de notre IDEC, parfois elle fait fonction de l'infirmière. Alors, à ce moment-là, nous ne pouvons pas la considérer comme notre supérieur hiérarchique. La nuance n'est donc pas facile à comprendre parfois* ». Les IDE doivent parfois assumer des responsabilités, ce qui rend difficile la distinction entre leurs fonctions de supérieur hiérarchique et de collègue. Cette situation peut être source de confusion pour les aides-soignants et les autres membres du personnel. Enfin, il est important de prendre en compte les situations où certains employés assument des fonctions temporaires (IDEC_01), comme les agents faisant fonction : « *Je travaille avec des agents faisant fonction. Elles tournent à 7 le matin et à 6 le soir.* ». Cela peut entraîner des changements dans la répartition des tâches et des responsabilités, nécessitant une adaptation et une flexibilité de la part de l'ensemble du personnel.

En conclusion, l'EHPAD 4 présente des zones de chevauchement et de complémentarité dans la répartition des tâches et des responsabilités, qui peuvent avoir des conséquences sur le fonctionnement de l'établissement et le bien-être de ses employés. Une meilleure compréhension et une clarification des rôles et des responsabilités pourraient contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des résidents et à garantir un environnement de travail harmonieux pour le personnel.

Les niveaux de responsabilité et de hiérarchie

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 axée sur la division du travail, notamment la répartition des tâches et des responsabilités, met en évidence les différents niveaux de responsabilité et de hiérarchie au sein de l'établissement. L'établissement fait face à des défis liés à la gestion des relations hiérarchiques et interpersonnelles entre les différents professionnels de l'EHPAD. Dans ce contexte, l'IDEC jouent un rôle clé au sein de la structure hiérarchique de l'EHPAD. Comme l'indique IDEC_01 : « *Moi je ne le sens pas spécifiquement après est-ce que c'est lié à ma position parce que moi dans ma position, ma seule hiérarchie c'est le directeur et le président du conseil d'administration.* » Cette citation montre que l'IDEC est conscient de sa position hiérarchique au sein de l'établissement. De plus, IDEC_01

souligne l'importance des élus locaux dans la gouvernance de l'EHPAD : « *Ce sont les élus et donc le président du conseil d'administration c'est forcément le maire.* » Cette déclaration montre que l'EHPAD 4 est étroitement lié au territoire et à la commune, comme le confirme la citation suivante : « *de toute façon oui, on est vraiment territorial on dépend de la commune, tout passe devant une commission* » (IDEC_01). L'expérience des IDEC a également un impact sur leur légitimité au sein de la hiérarchie des soignants. IDEC_01 explique : « *alors ça joue là-dessus mais ça joue aussi sur la légitimité, c'est-à-dire que moi y'a encore des choses quand je leur demande des charges en plus. Elles vont plus facilement l'accepter parce que j'ai fait le soin infirmier. Elles ne vont jamais dire non parce que j'ai fait les postes je sais ce temps-là donc effectivement dire oui tu as raison on a un peu plus de temps tel jour tel jour c'est vrai machin on va pouvoir le faire. Elles ne seront pas constamment dans le non, ça c'est l'excuse très facile utilisé par tout le monde ; on n'a pas le temps.* » (IDEC_01). Cette citation montre que l'expérience et la légitimité de l'IDEC sont des facteurs cruciaux pour faciliter la répartition des tâches et des responsabilités au sein de l'équipe soignante.

Ensuite, certaines infirmières expriment leurs réticences à endosser un rôle hiérarchique vis-à-vis des aides-soignantes. Comme l'illustre la citation suivante : « *oui ça a été compliqué avec le Covid du coup elle nous a demandé les IDE d'être plus stricts avec nos collègues AS. On a eu pas mal de collègues AS à dos, c'était compliqué. On lui a dit IDEC c'est quand même ton boulot de les Fâcher. Ce n'est pas les fâcher mais de leur dire que ça ne va pas, c'est n'est pas forcément aux IDE parce que sinon le travail est compliqué, parce qu'on les a à dos les AS.* » (IDE_07). Cette déclaration montre que certaines infirmières perçoivent leur rôle managérial comme source de conflit et préfèrent éviter de froisser leurs collègues aides-soignantes. De plus, les infirmières ne sont pas formées au management, ce qui peut expliquer leurs difficultés à assumer des responsabilités hiérarchiques : « *Non, bah non pas au management* ». (IDE_07). Cependant, IDEC_01 souligne que le rôle managérial fait partie intégrante des fonctions de l'infirmière : « *Ça rejoint ce que je vous disais, elle ne veut pas prendre ce rôle-là. Mais c'est dans ses fonctions d'infirmière. Elle est censée accompagner les aides-soignantes* » (IDEC_01). La réticence des infirmières à assumer un rôle hiérarchique a des conséquences sur la dynamique de travail au sein de l'EHPAD. IDEC_01 souligne les difficultés rencontrées au quotidien : « *Et au quotidien c'est un gros problème pour moi. Parce que si je ne suis pas là et il n'y a plus personne pour cadrer.* » (IDEC_01). IDEC_01 évoque les problèmes relationnels entre les salariés, notamment le fait que les infirmières refusent d'assumer leur rôle de manager de proximité : « *je suis très contente de faire 40 kilomètres et de ne pas me lier avec personne finalement. Ça me facilite le travail, mais voilà, il y a ça et donc du coup ce sont des tâches que j'ai dû reprendre. Mes infirmières ne veulent pas de ce rôle de manager de proximité alors que ça fait partie du rôle de l'infirmière au quotidien mais je n'ai pas ce relais.* » Ces difficultés relationnelles peuvent avoir un impact négatif sur l'organisation du travail et l'efficacité de la prise en charge des résidents au sein de l'EHPAD. De plus, certaines infirmières entretiennent des relations amicales avec les aides-soignantes, ce qui nuit à leur rôle de manager de proximité : « *j'ai réussi un peu de ré harmoniser les infirmières et les aides-soignantes qui s'entendent très bien. Ça fonctionne très bien, l'entraide est présente mais du coup un peu trop. Du coup, les infirmières ne jouent plus du tout leur rôle de manager de proximité parce qu'elles sont devenues copines avec les aides-soignantes. Et les aides-soignantes entre elles se protègent.* » (IDEC_01). Par ailleurs, il est mentionné que certaines aides-soignantes prennent désormais l'ascendant sur les infirmières, ce qui reflète un changement dans la dynamique hiérarchique traditionnelle. Comme l'exprime Supp_06 : « *il ne faut pas vivre dans le passé mais moi il y a vingt ans quand je suis arrivée ici on avait un*

respect pour l'infirmière, quand l'infirmière parlait tout le monde se taisait. Il y avait ce respect, moi j'ai toujours gardé ça C'est l'infirmière qui donne les consignes. Et là c'est plus le cas. J'ai même l'impression que les AS ont pris le dessus sur les infirmières. » Cette évolution peut entraîner des difficultés pour les infirmières à assumer leurs responsabilités managériales et à coordonner les actions des aides-soignantes.

La charge de travail de l'IDEC est exacerbée par le fait que les IDE ne veulent pas encadrer les AS par crainte de représailles et de détérioration de la cohésion au sein de l'équipe. Supp_06 suggère qu'un médecin coordonnateur et une référente pour les infirmières pourraient aider à alléger la charge de travail de l'IDEC : « *Un médecin Co c'est sur ça la soulagerait, ça c'est inévitable et en plus, une référente des infirmières où toutes les infirmières en postes qu'elles aient toute une mission une tâche délégation de l'IDEC pour pouvoir. Je pense que ça pourrait la soulager.* » IDEC_01 exprime également les défis liés à la formation des IDE en management et la nécessité d'équilibrer entre la confiance envers les AS et l'assurance de la qualité des soins : « *On vous dit deux discours. On vous dit, je vous rappelle que les aides-soignantes n'ont pas de rôle propre, vous devez vous assurer qu'elles savent poser des bas, vous devez vous assurer de leur travail. On a ce discours là et on a le discours complètement inverse « non faites confiance à vos aides-soignantes, elles sont diplômées ». Oui elles sont diplômées mais pas toutes. Et ça ne veut rien dire, vous pouvez avoir des personnes très compétentes et vous mettez deux aux mêmes étages si elles ne sont pas capables de communiquer ou si l'infirmière n'est pas capable de trancher quand elles ne sont pas d'accord. Ça va foutre le bordel, alors que ce sont des soignantes compétentes indépendamment. Si vous n'avez pas quelqu'un qui tranche, qui cadre, ça ne va pas fonctionner.* »

En conclusion, les niveaux de responsabilité et de hiérarchie au sein de l'EHPAD 4 posent des défis en termes de répartition des tâches et des responsabilités, ainsi que de gestion des relations interpersonnelles entre les différents professionnels. Une meilleure formation en management et une clarification des rôles pourraient contribuer à améliorer la cohésion de l'équipe et la qualité des soins prodigués aux résidents.

Synthèse :

L'étude du fonctionnement de l'EHPAD 4 révèle des complexités et des défis au niveau de la division du travail et de la répartition des tâches. Les rôles et responsabilités au sein de l'établissement présentent des zones de chevauchement et de complémentarité, nécessitant une clarification pour garantir un fonctionnement efficace.

Les aides-soignants (AS), bien qu'ayant une interaction sociale directe avec les résidents, ne participent pas à l'animation et leurs tâches se voient parfois confondues avec celles des infirmières, créant une source de confusion. De plus, certaines infirmières se montrent réticentes à assumer un rôle hiérarchique vis-à-vis des AS, ce qui crée des tensions au sein de l'équipe.

Une meilleure formation en management pour les infirmières, ainsi qu'une clarification des rôles, pourrait améliorer la cohésion de l'équipe et la qualité des soins prodigués aux résidents.

▪ Impact de la division du travail sur la qualité des soins

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 axée sur la division du travail met en évidence l'impact de cette dernière sur la qualité des soins, notamment en identifiant les contraintes liées à la division du travail au sein de l'établissement. Les entretiens menés montrent l'importance du lien social et de l'épanouissement professionnel pour le personnel de santé, ainsi que les défis liés à la perte de sens et à la routine. Les propos d'AS_06 soulignent la diminution des activités sociales et du temps passé avec les résidents en raison de l'augmentation de la dépendance des résidents : *« Aujourd'hui on ne peut pas ça parce que la dépendance fait que on a plus de lits à faire l'après-midi qu'ils ont les changes plus souvent voilà et du coup ça se répercute sur leur prise en charge. »* Supp_08 renchérit sur l'importance de ces activités sociales pour le bien-être des professionnels de santé : *« je pense qu'effectivement enfin moi je peux comprendre qu'un Aide-soignant ait besoin d'avoir une lueur positive dans son travail et participer aux activités sociales ça leur rapportait. »*. Les aides-soignants soulignent la valeur ajoutée des activités sociales dans leur travail : *« Moi je dirais que dans notre temps de travail on devrait avoir une partie où on se retourne se balader dehors »* (AS_06), *« Faire des activités que ça ne soit pas forcément que l'animatrice qui fasse des activités. »* (AS_06). Selon AS_06, la possibilité de participer à des activités sociales avec les résidents permettrait non seulement de valoriser leur métier, mais aussi d'améliorer la qualité de la prise en charge. Supp_08, l'animatrice, reconnaît également l'importance du lien social pour les aides-soignants : *« je pense qu'effectivement enfin moi je peux comprendre qu'un aide-soignant a besoin d'avoir une lueur positive dans son travail et participer aux activités sociales ça leur rapportait. »* Le social apporte un épanouissement au personnel de santé, comme le mentionne Supp_09 : *« ce côté-là plus d'épanouissement je dirais d'autant plus dans cette période, cet aspect d'épanouissement professionnelle et aussi cet aspect un petit peu de guérison, cette idée un peu de guérison que le bien-être de la personne soit au premier plan. »*. La perte de sens du travail est également évoquée par Supp_09 : *« La perte de sens de leur travail, le côté très technique. Les choses qu'elles faisaient qui étaient moins techniques mais les rapprochaient du résident et c'est ce qui leur manque maintenant. »* Les soignants expriment leur besoin de se sentir proches des résidents et d'établir des relations humaines avec eux. Supp_08 renchérit en soulignant l'importance des relations humaines dans le travail médico-social et la raison pour laquelle les personnes choisissent ce secteur : *« c'est magnifique on disait déjà sur le domicile on peut l'entrapercevoir et puis mais il y a une perte de sens on va nous faire perdre le sens, nous faire perdre la foi. Moi je me plais à croire que si on a choisi le médico-social ce n'est pas pour rien c'est pour être avec des êtres humains sinon je vais à l'usine MADRANGE. Il y a d'autres métiers, vous voyez ce que je veux dire, je n'étais pas là par hasard je me plais à croire que les petites nouvelles quand elles franchissent la porte d'un EHPAD, elles savent qu'elles vont rencontrer un être humain elles vont rencontrer un être, on est aide-soignante, où qu'on soit, on va à la rencontre d'un être humain. »* (Supp_08). Cette perte de sens résultant de la division du travail soulève des questions sur la manière dont les EHPAD sont organisés et gérés.

La routine est également un défi pour le personnel de santé. AS_05 explique : *« L'EHPAD c'est quand même assez routinier dans un terme d'organisation, on sait que tel résident, va être levé à telle heure. Un autre plus tard. A telle heure, le petit déjeuner est servi. C'est quand même assez routinier qu'on soit du matin ou de l'après-midi. »* Néanmoins, AS_06 et AS_07 insistent sur l'importance de s'adapter aux besoins individuels des résidents et de prendre le temps nécessaire pour leur prise en charge. : *« après il y'a des établissements faut*

savoir elles font les toilettes à la suite nous on ne travaille pas comme ça et chaque jour est différent et il n'y a pas de routine qui s'installe » (AS_06). », « Non chaque journée est différente. Faut en prendre compte de ça, ce n'est pas faire des toilettes pour faire des toilettes. On a en face des êtres humains qui ont besoin qu'on prenne le temps. » (AS_07). AS_06 ajoute que la prise en charge individuelle des résidents permet de garantir une approche personnalisée : « C'est une valeur de l'établissement pour moi. » garantir la prise en charge individuel, les besoins des usagers. Toutefois, les membres du personnel déplorent le manque de temps pour s'occuper correctement des résidents, comme l'exprime AS_07 : « Ce qui manque c'est le temps de prise en charge avec les résidents. On se rend son compte, on est obligé de faire tout vite et on aimerait passer plus de temps avec eux « vous partez déjà » « oui y'a une sonnette là ». C'est vrai c'est le manque de temps ». AS_07 insiste également sur l'importance de prendre en compte les besoins spécifiques des résidents et de leur accorder le temps nécessaire. En somme, l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 révèle l'impact de la division du travail sur la qualité des soins, notamment en ce qui concerne les contraintes liées au lien social, à l'épanouissement professionnel, à la perte de sens et à la routine. Pour améliorer la situation, il est recommandé de mettre l'accent sur la valorisation des activités sociales pour le personnel de santé, de trouver un équilibre entre les tâches techniques et celles qui rapprochent les professionnels des résidents, et de s'assurer que chaque résident reçoit une prise en charge adaptée à ses besoins individuels.

Synthèse :

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 montre que la division du travail a des implications importantes sur la qualité des soins prodigués. Des entretiens ont révélé une préoccupation majeure concernant le manque de temps pour les activités sociales et la relation avec les résidents, ce qui impacte négativement l'épanouissement professionnel du personnel.

Les aides-soignants expriment la nécessité d'intégrer ces activités dans leur temps de travail pour valoriser leur métier et améliorer la prise en charge des résidents. Parallèlement, la perte de sens du travail dû à un aspect trop technique est soulignée, suggérant un besoin de rapprochement avec les résidents. De plus, la routine semble constituer un défi, bien que certains soulignent l'importance de l'individualisation des soins.

En conclusion, une meilleure balance entre les tâches techniques et sociales, et une attention aux besoins spécifiques des résidents pourraient contribuer à améliorer la qualité des soins dans cet EHPAD.

▪ **Conséquences sur les relations interprofessionnelles**

Collaboration et communication entre les différents métiers

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4, axée sur la division du travail, se concentre sur les conséquences de cette dernière sur les relations interprofessionnelles, en particulier en ce qui concerne la collaboration et la communication entre les différents métiers au sein de l'établissement. AS_05 décrit le fonctionnement de l'EHPAD comme étant familial : « *Et puis bon sur mon lieu de travail je trouve que c'est assez familial dans le sens où on a une direction*

qui sait prendre la pause de 10h avec nous, les pauses repas aussi. » Cette ambiance familiale est également appuyée par l'absence de hiérarchie entre les infirmières et les aides-soignants : « Non pour moi, elles se mettent au même niveau que nous. Ce n'est pas parce qu'on est infirmière qu'on ne va pas aider notre collègue, aide-soignante, à faire une toilette ou à faire manger les résidents quand il y a besoin. Non sur ça il n'y a pas hiérarchie » (AS_05). De plus, AS_07 souligne que l'EHPAD est moins hiérarchisé que l'hôpital : « C'est l'IDEC, on travaille en collaboration avec les infirmières. Il n'y a pas de cadre comme il pourrait y avoir à l'hôpital. C'est IDEC qui fait fonction de et il y a monsieur le directeur ». Le nombre de personnel et la taille de l'équipe ont été possibles grâce à l'investissement de l'IDEC et du directeur : « J'ai une grosse équipe qui s'est agrandie tous les ans depuis que je travaille ici. », « parce qu'on a débloqué des fonds avec notre PATHOS et GIR, il y a un réel besoin. » (IDEC_01). Le contexte rural contribue également à la cohésion de l'équipe, comme l'indique AS_05 : « puis même entre nous entre collègues, alors on n'est pas toutes toujours ensemble mais ça m'arrive de voir mes collègues à l'extérieur mais par contre je trouve ce qui est bien c'est que ça ne se fait jamais ressentir devant les résidents. Que ce soit à l'extérieur positif ou négatif, ça m'est arrivé d'avoir des gros soucis avec une collègue à l'extérieur, ça ne s'est jamais fait sentir, on a fait en sorte, que ça ne se fasse jamais sentir ni auprès des collègues ni auprès des résidents. ».

Cependant, la relation entre les soins et l'animation semble compliquée : « Ça se ressent et ça s'est vécu parce que le fameux poste qu'on avait mis en place, une petite brune qui était en animation, elle est agent aussi. Ce poste là on l'a créé pour pouvoir aider les animatrices parce qu'il fut un temps où les animatrices accompagnaient les gens aux toilettes parce que la dépendance s'aggravait, l'incontinence s'aggravait, c'est un souci, donc on avait décidé de mettre en place un poste AS en bas pour gérer ce côté dépendance parce que ce n'est pas à l'animatrice de faire les changes là-dessus, on est d'accord. Et ce poste-là intégrait des activités flash des participations aussi aux ateliers donc un rôle un peu plus social et des aides-soignantes l'ont et petit à petit elles sont venues me voir pour me dire qu'elles ne voulaient pas le faire. Parce qu'elles ne se sont pas senties à leur place. » (IDEC_01). L'animatrice, Supp_08, souligne que les AS ne sont pas formées pour ces missions : « Et dans ces mêmes missions, on n'a pas du tout, elles ne sont pas formées à ça, moi je veux bien que ce soit leur mission mais elles ne sont pas formées à ça. » Elle ajoute également que les AS n'ont pas le temps : « J'ai dit à un moment donné, ça suffit. Après, avec la raison, avec le temps, elles ont compris. Parce qu'en fin de compte, ce qu'on voyait arriver avec le profil des personnes de l'accueil de jour, c'est que nous nous occupons de tout. Nous assurons les accompagnements aux toilettes, nous les accompagnons à table. Nous sommes totalement en charge de l'accueil de jour en Ehpad en tant qu'animatrices. Donc, elles nous ont dit qu'elles n'avaient jamais pu venir d'ailleurs, elles ne se sont jamais attaquées à ce terrain-là. Pour ma part, j'ai effectué quotidiennement les accompagnements aux toilettes, les changes. Je me suis occupée de la manutention, même si nous n'avons pas tous les équipements qu'elles ont, mais avec quelques matériels, nous le faisons également. Mais elles ne l'ont pas vu venir aussi vite que nous. Nous avons rapidement remarqué que le profil de l'accueil de jour changeait, et cela ne présageait rien de bon, car nous n'étions pas suffisamment préparées. En fait, ce qui s'est passé, maintenant elles le comprennent un peu mieux. Mais certaines personnes que vous allez rencontrer vont vous faire part de leur amertume, car effectivement, elles organisaient des sorties. Aujourd'hui, déjà, il est important de savoir quel est le profil de nos résidents, car c'est essentiel de répondre à leurs besoins et à leurs envies. » (Supp_08).

En résumé, la division du travail au sein de l'EHPAD 4 impacte les relations interprofessionnelles, notamment la collaboration et la communication entre les différents métiers. Malgré une ambiance familiale et une absence de hiérarchie entre les infirmières et les aides-soignants, la coordination entre les soins et l'animation demeure un enjeu pour l'établissement. Les équipes doivent travailler ensemble pour trouver des solutions adaptées aux besoins et aux envies des résidents, tout en tenant compte des contraintes liées à la formation et au temps de travail des différents professionnels impliqués.

Gestion des conflits et résolution de problèmes

Les problèmes de communication et de transmission sont un enjeu majeur pour les équipes de soins, comme l'illustre cette citation de l'IDEC_01 : « *Elles sont mauvaises. Moi ça m'est arrivé de leur dire en transmission, j'en avais pas mal à l'époque. A l'heure actuelle, on n'a moins de personnes en transmission avec la Covid. Voilà, on avait beaucoup plus de gens aux transmissions ; c'était beaucoup plus difficile de les gérer, 16 face à vous ce n'est pas pareil quand elles sont 7. Ce jour-là elles m'avaient énervée, je suis quelqu'un de très patiente. Là j'avais fini par leur dire. Ça les avait calmées parce que je leur ai dit si vous voulez je peux vous appeler mes petits. « AH, pas c'est une peu ... ». Ça les avait un peu calmées. Ah mais les plats-plats, c'est terrible avec les équipes de filles, il faut leur mettre des garçons. »*. L'IDEC_01 a travaillé à rétablir l'harmonie entre les infirmières et les aides-soignantes, qui étaient auparavant en conflit. Toutefois, cette amélioration des relations a aussi entraîné un certain déséquilibre dans les rôles de chacun, les infirmières ne jouant plus leur rôle de manager de proximité : « *Du coup, les infirmières ne jouent plus du tout leur rôle de manager de proximité parce qu'elles sont devenues copines avec les aides-soignantes. Et les aides-soignantes entre elles se protègent.* » (IDEC_01). Ainsi, bien que l'harmonie entre les différents métiers au sein de l'EHPAD ait été améliorée, il reste des défis à relever en matière de gestion des conflits et de résolution de problèmes. Il est essentiel de travailler sur la communication et la transmission d'informations pour faciliter la collaboration entre les équipes, tout en veillant à ce que chacun assume ses responsabilités et ses rôles au sein de l'établissement. La répartition des tâches et la clarification des rôles pourraient contribuer à améliorer la dynamique de travail et à prévenir les conflits entre les professionnels de l'EHPAD.

Dynamiques de pouvoir et d'influence au sein de l'EHPAD

Au sein de l'EHPAD 4, la division du travail a des conséquences sur les dynamiques de pouvoir et d'influence entre les différents professionnels. Des rivalités historiques et des tensions subsistent entre certains membres du personnel, comme le souligne l'IDEC_01 : « *C'était dû à des vieilles rancunes, des personnes qui étaient là depuis 20 ans, comme l'animation.* » Ces rancœurs affectent la cohésion et la coopération entre les services concernés : « *Oui, c'est historique ce problème avec l'animation. Alors ça a été majoré à cause d'autres décisions, je le sais ça n'a pas aidé. Mais c'est historique, je suis arrivée c'était déjà le cas.* » (IDEC_01). Par ailleurs, l'IDEC_01 souligne l'existence de « *leaders négatifs* », qui peuvent propager une

« mauvaise parole » et influencer négativement d'autres membres du personnel : « Je comprends on parlait des références, je sais à qui je ne proposerai pas de référent. J'essaye de les adhérer, J'en ai une, un petit peu entre les deux, que je pense qu'on peut ramener entre guillemet sur la bonne berge. Je lui ai proposé de s'investir dans quelque chose. », « vous en avez une, elle va diffuser entre parenthèse la mauvaise parole. Il faut aussi faire attention avec qui elle se rapproche. on parle aussi de leader négatif, ça existe. » Le copinage entre les membres du personnel représente également un défi pour la gestion de l'EHPAD. L'IDEC_01 évoque les difficultés rencontrées avec une infirmière ayant du mal à se positionner en tant que chef d'équipe en raison de ses amitiés avec les aides-soignantes : « Oui, rural notamment j'ai une infirmière qui a énormément de mal à se positionner comme chef d'équipe parce qu'elle est amie avec beaucoup d'aides-soignantes. Moi ça ne me facilite pas du tout la tâche. » Ce copinage entrave la mise en place d'une hiérarchie claire et la répartition des responsabilités entre les professionnels.

En conclusion, la division du travail au sein de l'EHPAD 4 présente des défis en termes de relations interprofessionnelles, de gestion des conflits et de dynamiques de pouvoir et d'influence. Les rivalités historiques, le copinage et les leaders négatifs sont autant d'éléments qui peuvent entraver la collaboration entre les différents acteurs et nuire à la qualité des soins apportés aux résidents.

Synthèse :

Dans l'EHPAD 4, la division du travail, bien qu'elle favorise une atmosphère familiale et une certaine cohésion d'équipe, engendre aussi des défis au niveau des relations interprofessionnelles. En particulier, l'absence de hiérarchie claire entre infirmières et aides-soignantes, tout en permettant une collaboration forte, rend difficile la définition des rôles et la gestion des conflits.

Un autre enjeu réside dans le croisement entre les soins et l'animation : le personnel soignant, non formé pour ces missions, peine à les assumer. De plus, des problèmes de communication et de transmission d'informations persistent, aggravés par des rivalités historiques, des leaders négatifs et un certain copinage.

Ces facteurs entravent la collaboration et pourraient nuire à la qualité des soins aux résidents.

IV.4.2.2. Coordination au sein de l'EHPAD 4

- **Mécanismes de coordination**

Coordination formelle (réunions, rapports, procédures)

Dans l'EHPAD 4, la coordination formelle, notamment à travers les réunions, les transmissions et la traçabilité, joue un rôle crucial dans la gestion des équipes et la qualité des soins. Parmi

les mécanismes de coordination formelle, les réunions, les rapports et les procédures sont d'une importance cruciale. Les réunions interservices sont mentionnées comme des occasions permettant d'améliorer la qualité des soins et la prise en charge des résidents : « *Les réunions aussi, ça arrive qu'on fasse des réunions interservices pour améliorer notre qualité de prise en soins et prise en charge* » (AS_05). En effet, elles permettent au personnel de travailler ensemble, de discuter des problèmes et d'identifier des pistes d'amélioration : « *notre seul moment où on peut travailler tous ensemble. Quand on est dans les étages quand on ne les voit pas et quand on a fini notre service* » (AS_06). Cependant, ces réunions sont parfois convoquées après une dégradation de l'ambiance au sein de l'équipe : « *Justement ça arrive après qu'on ait une ambiance qui se dégrade* » (AS_05). Il est donc important de maintenir un dialogue ouvert et régulier pour prévenir les tensions et favoriser un environnement de travail sain.

La traçabilité est un enjeu majeur pour l'établissement, notamment en raison de la tendance croissante des familles à adopter des comportements procéduriers, comme le souligne un aide-soignant (AS_06) : « *oui, il faut toujours se couvrir, je trouve, quoiqu'on fasse, il faut se couvrir parce qu'en plus les familles sont très procédurières maintenant, au moindre fait et même si on ne le fait pas forcément méchamment mais ça va être pris en fait par la personne méchamment et ça va être répété et s'est amplifié et tout de suite ça prend des ampleurs. Donc faut toujours faire des transmissions, pour se protéger.* » L'IDEC_01 mentionne également l'importance de la traçabilité dans le contexte actuel : « *Il y a une charge de travail un petit peu supérieure parce que je leur demande une traçabilité exemplaire surtout à ce moment-là j'insiste grandement dessus. Après sur la journée où le conseil départemental et l'ARS se déplacent peu d'entre eux sont investis. Parce que déjà c'est très compliqué, pour eux, ça ne les intéresse pas plus que ça.* ». Cependant, la gestion de la traçabilité et des protocoles au sein de l'EHPAD 4 semble rencontrer des difficultés, notamment en raison de l'absence d'un qualifié dans l'établissement. Comme le souligne Supp_06 : « *Alors ça c'est sûr, ça et on n'est pas encore très bon. Alors la traçabilité, si on trace mais pas tout parce qu'il y a plein de choses que l'on fait mais ce n'est pas noté malheureusement. Par contre par rapport à la crise sanitaire depuis qu'on a mis en place des désinfections renforcées, ça s'est noté. Moi il me manque cruellement une qualifiée dans l'établissement.* » Cette absence limite la capacité des agents à proposer et mettre en œuvre des protocoles, comme le confirme Supp_06 : « *ce n'est pas mon job de les faire, je ne suis pas autant à l'aise que l'IDEC au niveau informatique. C'est difficile, j'ai envie de faire plein de choses, j'ai plein d'idées mais je n'ai pas les moyens pour le faire.* ». L'alourdissement des tâches administratives, en particulier pour les infirmières, est un autre enjeu majeur au sein de l'EHPAD 4. Les aides-soignants constatent que les infirmières passent beaucoup de temps sur l'ordinateur, souvent pour finaliser leurs dossiers : « *On les voit, ils sont sans arrêt sur l'ordinateur, sans arrêt afin de finir leur dossier* » (AS_07). La traçabilité est également un aspect important de leur travail, car elle permet de se protéger en cas de litiges : « *Moi je trace tout, c'est ce qu'on m'a dit : protège-toi. Je retrace tout ce que je fais* » (IDE_07). Toutefois, cette charge administrative supplémentaire peut être très chronophage et impacter la qualité des soins prodigués aux résidents : « *du coup c'est très, très long, Oui forcément on passe de temps à taper, des comptes rendus à l'ordinateur* » (IDE_07). L'IDEC remarque également un alourdissement des charges administratives et de traçabilité depuis qu'elle occupe ce poste, en comparaison avec ses responsabilités en tant qu'infirmière : « *Depuis 10 ans que j'y suis, oui il y a une différence, est-ce j'ai changé de poste et du coup j'ai ma vision des choses qui a changé quand j'étais infirmière, les CPOM ou les conventions triparties à l'époque. Je n'étais pas concernée en tant*

qu'infirmier maintenant je le fais mais effectivement il y a un alourdissement tout ce qui va être charges traçabilité et administratives » (IDEC_01).

Les transmissions font partie des mécanismes de coordination formelle essentiels pour assurer une communication efficace entre les membres du personnel. Les transmissions sont des moments où l'équipe partage des informations sur les résidents et leur prise en charge. L'écoute et la présence des responsables lors de ces transmissions sont des facteurs importants pour favoriser une communication ouverte et constructive. Comme le mentionne un aide-soignant (AS_06) : « *elle est à l'écoute ; elle est présente aux transmissions aussi. Après moi personnellement je l'ai connu IDE c'est vrai que c'est peut-être plus facile que les nouvelles qui arrivent et qui la connaissent que comme IDEC. Donc on a travaillé ensemble et tout ça donc je pense que ça, ça enlève une barrière je pense.* » Cette citation montre l'importance de créer des liens entre les membres du personnel, en particulier entre les nouvelles recrues et les responsables, pour faciliter la communication et la collaboration. Cependant, les transmissions peuvent également être des moments où des tensions apparaissent, comme le souligne l'IDEC_01 : « *ça m'est arrivé une fois de m'énerver et de leur dire. Aux transmissions, ça commençait à piaffer partout, je leur ai clairement dit : « écoutez, moi j'aurais fait puéricultrice si j'avais envie de travailler en crèche, les filles, alors est-ce qu'on pourrait se recentrer sur le sujet s'il vous plaît ? ».* Cette citation met en lumière la nécessité de maintenir un climat de travail professionnel et centré sur les résidents lors des transmissions, afin d'assurer une coordination efficace et une prise en charge adéquate.

En somme, la coordination formelle, bien qu'essentielle pour assurer une prise en charge adéquate des résidents et la gestion des équipes, doit être équilibrée avec une approche humaine et des échanges constructifs. Il est également crucial de soutenir le personnel dans leurs tâches administratives et de traçabilité, en envisageant l'embauche d'un qualifié pour soulager la charge de travail et favoriser l'amélioration continue des soins.

Coordination informelle (communication informelle, réseaux sociaux professionnels)

La coordination informelle au sein de l'EHPAD 4, qui englobe les échanges informels et les réseaux sociaux professionnels, joue un rôle crucial dans le fonctionnement de l'établissement. Les relations interpersonnelles entre les membres du personnel, y compris les interactions avec la direction et les cadres, contribuent à créer un environnement de travail familial et favorisent la confiance mutuelle. Un aide-soignant (AS_05) témoigne de cette ambiance familiale : « *Voilà aussi. Et puis bon sur mon lieu de travail je trouve que c'est assez familial dans le sens où on a une direction qui sait prendre la pause de 10h avec nous, les pauses repas aussi. Ce n'est pas fait partout et je trouve ça bien. Je trouve que c'est chouette parce que y'a pas seulement des échanges professionnels et on ne se sent pas comme « la petite main du coin ».* » Cette approche semble renforcer la confiance entre les employés et la direction, comme le souligne également AS_05 : « *La cadre sait prendre au moins la pause de 10h avec nous pour discuter mais même pas forcément de travail, je trouve que c'est important. Il y a cette notion de confiance qui s'installe que je trouve hyper important.* ». L'IDEC_01 insiste également sur l'importance des échanges informels pour la coordination au sein de l'EHPAD : « *Moi je pense que ça joue un rôle crucial. Moi ma porte de bureau est*

toujours ouverte, je pense que ça y joue de pouvoir, l'accessibilité des encadrants que ça soit une IDEC, responsable hygiène ou le directeur, l'accessibilité de ces personnes-là joue. Les temps d'échanges jouent et je l'ai vu parce qu'effectivement pendant un an je n'en ai pas fait et comme là ça se complique, je vais les remettre en place. Le mois dernier j'ai essayé et c'est tombé à l'eau aussi. J'ai perdu énormément de temps par rapport à ce que j'avais avant pour les équipes et ça, ça y joue beaucoup. C'est terrible et regagner ce temps devient compliqué. C'est la base si je n'ai plus le temps d'échange avec les collègues tout que je pourrais dire et faire ça ne changera pas grand-chose. » En outre, la responsable RH et le directeur de l'établissement sont également décrits comme étant accessibles et ouverts à la communication avec le personnel, comme le précise l'IDEC_01 : « La responsable RH « elle vient à la pause avec eux, elles les croisent. Voilà par contre elle ne décolle pas de son bureau en période de tache. », « Il a la porte du bureau fermé mais c'est régulier dans la journée, ou au moins 1 heure la porte est grande ouverte et on peut, on sent qu'on peut y aller, on peut tous ». Finalement, la communication entre collègues est également essentielle pour le fonctionnement de l'EHPAD, comme le souligne AS_06 : « on est seule au monde ; après c'est de la communication entre collègues pour que ça fonctionne. »

En conclusion, la coordination informelle est un élément clé du fonctionnement de l'EHPAD 4. Les échanges informels et les relations interpersonnelles entre le personnel, y compris avec la direction et les cadres, contribuent à créer un environnement de travail propice à la confiance, à la coopération et à l'efficacité. Il est donc essentiel de maintenir et de renforcer ces mécanismes de coordination informelle pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement et la qualité des soins prodigués aux résidents.

Outils de gestion et de suivi des activités (logiciels, tableaux de bord)

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 montre que les outils de gestion et de suivi des activités, tels que les logiciels et les tableaux de bord, jouent un rôle important dans la coordination des activités au sein de l'établissement. Cependant, il est essentiel de reconnaître que ces outils ont des limites et ne peuvent pas remplacer complètement les aspects humains et qualitatifs des soins prodigués aux résidents. Un conflit apparaît entre la gestion administrative et la gestion des êtres humains, comme l'illustre la citation d'un IDEC_01 : « La gestion administrative ne peut pas du tout être comparée et transposée à une gestion de l'être humain. » Cela se traduit par des attentes en matière de rendement qui peuvent entrer en conflit avec les besoins des résidents : « on nous le demande, on nous demande un rendement. » (IDEC_01). Toutefois, l'IDEC_01 précise qu'elle ne demande pas de rendement à ses agents, mettant en évidence un écart entre les exigences administratives et les priorités des professionnels de la santé : « Ben c'est ce qu'on demandera mais moi je ne le demande pas à mes agents. » (IDEC_01). Les indicateurs de financement, tels que le GIR Moyen Pondéré et le PMP pathos moyen pondéré, jouent un rôle clé dans la dotation en personnel de l'EHPAD. Le GIR Moyen Pondéré finance principalement les aides-soignantes, tandis que le PMP pathos moyen pondéré finance les infirmières, les kinés, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les animateurs : « Le GIR Moyen Pondérée va plus vous financer les aides-soignantes, parce que ça concerne le soin de nursing. Alors que le PMP pathos moyen pondéré va plus vous financer tout ce qu'il va être du paramédical - les infirmières, les kinés,

les ergo, les psychomotriciens, les animatrices même. » (IDEC_01). Ces indicateurs sont essentiels pour allouer les ressources nécessaires à la prestation des soins, mais ils peuvent également créer des tensions entre les aspects administratifs et sanitaires de la coordination au sein de l'EHPAD.

Les indicateurs jouent un rôle clé dans la coordination des activités de l'établissement, mais leurs limites doivent être prises en considération. Selon IDEC_01, les indicateurs GMP et PATHOS permettent de financer différents aspects des soins : « *GMP ça va vraiment être plus sur le financement des AS [...] Les PATHOS vous allez du côté des pathologies [...] Et donc vous allez avoir de votre côté tout ce qui va être insuffisance, tout ce qui touche à la mobilité Tout ce qu'il est kiné, ergo, psychomotricien. Et tout ce qui va être insuffisance, les médicaments qu'ils prennent, ici il y aura besoin de prescrire des soin infirmiers.* » (IDEC_01). Cependant, ces indicateurs ne reflètent pas toujours la réalité des besoins des résidents et du personnel. IDEC_01 souligne l'importance de justifier les actions des soignants pour sauver leur poste : « *Ça augmente chaque année [...] Et là je leur explique qu'il faut justifier la moindre action qu'elles font. Parce que concrètement on est aussi en train de sauver leur poste* » (IDEC_01). L'animatrice Supp_08 reconnaît l'utilité des évaluations : « *C'est important moi ça ne me choque pas qu'il y a des évaluations parce qu'on a besoin de nous accompagner dans notre accompagnement et de nous fournir les moyens physiquement.* » (Supp_08). Cependant, les limites des indicateurs sont également soulignées. Par exemple, AS_07 mentionne que les quotas de soignantes ne sont pas toujours suffisants : « *ouais et même le quota de soignantes par rapport, on vous dit tant mieux mais on trouve que ce ne sont pas assez quelquefois. Oui mais suivant les quotas on nous dit que c'est bon.* » (AS_07). De plus, Supp_08 explique que les GIR équivalents ne reflètent pas la diversité des besoins des résidents : « *parce que à 2 GIR équivalent on a 2 personnalités totalement différentes qu'on a des handicaps différents et on a des accompagnements différents, on a une posture professionnelle différents. Moi c'est comme ça que je le ressens.* » (Supp_08). Les soignants expriment également leur préoccupation quant à la quantification excessive des soins : « *On a l'impression d'avoir beaucoup de chiffres. Qu'on doit répondre à des critères à des normes mais c'est quoi la norme quand on a des êtres humains, c'est quoi la norme.* » (Supp_08). Supp_09 souligne l'importance de prendre en compte l'aspect humain et social des soins : « *Dans tous les cas, ça ne se mesure pas. Mais oui, c'est sûr, le corps de métier aide-soignant, infirmier, il y a des techniques, des protocoles mais en soit, elles recherchent le contact humain et l'aide à la personne. C'est ça aussi qui fait le travail.* » (Supp_09).

Ainsi, l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 met en évidence les défis associés à la coordination des soins et la gestion des activités au sein de l'établissement. Les indicateurs, tels que GMP et PATHOS, sont utiles pour allouer des ressources et financer différents aspects des soins. Cependant, leur utilisation peut parfois entraîner une quantification excessive des soins, ce qui peut nuire à l'aspect humain et qualitatif des soins prodigués aux résidents. Il est donc crucial de trouver un équilibre entre l'utilisation des outils de gestion et de suivi des activités et la prise en compte des aspects humains et qualitatifs des soins. Les indicateurs peuvent être utiles pour allouer des ressources et financer les soins, mais ils ne doivent pas être considérés comme une mesure exhaustive de la qualité des soins prodigués aux résidents. Les professionnels de l'EHPAD 4 doivent continuer à valoriser le contact humain et l'aide à la personne, tout en utilisant les outils de gestion pour soutenir et améliorer leurs activités.

Synthèse :

Dans l'EHPAD 4, la coordination formelle à travers les réunions, les transmissions et la traçabilité, joue un rôle essentiel dans la gestion des équipes et la qualité des soins, malgré l'augmentation des tâches administratives.

Parallèlement, la coordination informelle à travers les échanges informels et les relations interpersonnelles contribue à la création d'un environnement de travail propice à la confiance et à la coopération. Cependant, les tensions peuvent survenir, soulignant le besoin de maintenir un climat de travail professionnel.

Les outils de gestion comme les indicateurs GIR Moyen Pondéré et PMP pathos moyen pondéré sont importants pour allouer les ressources, mais leur utilisation peut créer des tensions entre les aspects administratifs et humains de la coordination, mettant en avant la nécessité de trouver un équilibre entre les deux.

▪ **Rôles et responsabilités dans la coordination**

Responsabilité du directeur dans la coordination globale

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 axée sur les rôles et responsabilités dans la coordination met en lumière l'importance du directeur dans la coordination globale au sein de l'établissement. Un élément clé à prendre en compte est l'impact des choix de la structure et de son statut sur la gestion et la vision du directeur. L'influence des expériences et du parcours professionnel du directeur sur la direction de l'EHPAD est soulignée dans cette citation : « *Je pense parce qu'effectivement qu'à la tête des structures hospitalières, on met un cadre hospitalier, on met un directeur qui vient de l'hôpital forcément la direction ne peut pas être la même. Que moi infirmière qui a toujours travaillé dans des EHPADs publics, qui n'ai pas voulu aller à l'hôpital, j'ai fait de l'intérim vite fait à l'hôpital. J'ai fait des stages mais je n'y ai pas travaillé et un directeur qui a été avant directeur d'un EHPAD public aussi. On n'a pas forcément la même vision des choses ensemble qu'un cadre qui a fait 15 ans d'hôpital qui vient du monde hospitalier, c'est normal. Les mécanismes de travail ne sont pas les mêmes, la culture n'est pas tout à fait la même.* » (IDEC_01). Il est suggéré que les directeurs ayant une expérience en milieu hospitalier pourraient amener une approche plus "sanitarisée" à la gestion des EHPAD. Cette différence de vision peut entraîner des variations dans la prise en charge des résidents, notamment entre les grandes chaînes comme KORIAN et les établissements ruraux ou territoriaux, comme le souligne la citation : « *Et je pense forcément que ça joue et du coup effectivement si on met des hospitaliers à la tête d'un EHPAD, ça va avoir tendance à se sanitiser. Vous n'allez pas avoir la même prise en charge entre une grande chaîne comme KORIAN, dans un centre comme le nôtre qui est rural, territorial. C'est une petite commune les administrés se connaissent et un établissement hospitalier* ». Ainsi, la responsabilité du directeur dans la coordination globale de l'EHPAD 4 dépend en partie de son parcours professionnel et de sa vision de la gestion des établissements. Les choix de structure et de statut influencent cette vision, ce qui peut entraîner des différences dans la prise en charge des résidents et la coordination des soins.

Le directeur apparaît comme une personne ressource et un leader capable d'anticiper les besoins et les défis à venir, comme en témoigne cette citation : « *On s'est senti abandonnés*

par certaines autorités plutôt de l'abandon à un moment on s'est senti seul et c'est vrai qu'on a eu de la chance d'avoir un directeur qui garde la tête froide qui a été dans l'anticipation en fait. » (Supp_06). Le directeur joue également un rôle essentiel dans la recherche de financements et le soutien des projets de l'équipe, comme le montre cette citation : *« je pense par rapport à ça lui aussi il a en souffrance comme vous dites il est très responsable il a géré beaucoup de choses et que lui aussi il n'a je ne pense pas forcément le sentiment d'être apprécié par nous et il fait les choses comme vous dites pour chercher les financements, on ne s'en rend pas compte. »* (Supp_07). Enfin, le directeur est perçu comme un bon gestionnaire qui se bat pour obtenir plus de postes et améliorer les conditions de vie et de travail dans l'EHPAD : *« Nous il ne nous demande rien je pense que c'est un bon gestionnaire. »* (IDE_07). *« On a des directeurs qui se battent toujours pour avoir plus de postes enfin on mange enfin c'est beau c'est propre ça ne sent pas comme dans d'autres EHPADs. Moi j'ai des proches dans d'autres EHPADs que je ne voudrais pas y travailler. »* (Supp_08). Cependant, il est important de noter que le directeur peut parfois être perçu comme allant trop vite pour certains membres de l'équipe, comme le suggère cette citation *« J'ai l'impression qu'on n'avance pas à la même vitesse de toute façon et c'est normal. Lui, il a une vision globale, il a 12 milles idées à la minute. Il anticipe tout et parfois il ne se rend pas compte de la vitesse et de tout ce qu'il nous demande »* (Supp_06). Le directeur est également décrit comme exigeant : *« il est très cadrant, il est très demandeur il est exigeant mais il est exigeant pour les bonnes raisons »* (IDEC_01). Néanmoins, son exigence est perçue comme justifiée et visant à atteindre des objectifs précis : *« Par contre à chaque fois qu'il va nous demander une exigence un peu haute c'est pour obtenir quelque chose à la fin »* (IDEC_01). Le personnel reconnaît les défis auxquels le directeur est confronté, notamment en raison de la pandémie de Covid-19 : *« Oui, quelquefois il y a des jours avec et des jours sans. Mais après avec le Covid, c'est pareil je ne vais pas lui pardonner de tout mais moi je ne voudrais pas sa place »* (AS_06). Ils comprennent également que le directeur doit rendre des comptes à ses supérieurs : *« quand on est directeur, on a des responsabilités et puis aussi dessus du directeur il y a des gens et il faut donner les comptes à ces personnes-là »* (AS_06).

En somme, la coordination globale au sein de l'EHPAD 4 repose en grande partie sur le directeur, qui doit être capable d'équilibrer les exigences de gestion et de soins, tout en prenant en compte les besoins et les attentes des membres de l'équipe et des résidents. Trouver un équilibre entre les exigences de la direction et les besoins du personnel et des résidents est un défi de taille, mais il est essentiel pour assurer une gestion efficace et une coordination harmonieuse des soins au sein de l'EHPAD.

Coordination au sein des équipes médicales et paramédicales

Dans cette analyse de thèse de gestion, nous étudions le fonctionnement de l'EHPAD 4, en nous concentrant sur les rôles et responsabilités des équipes médicales et paramédicales au sein de l'établissement. Le travail en équipe est essentiel pour fournir des soins de qualité aux résidents, mais il peut parfois exister des problèmes de coordination. Comme l'illustre la citation d'IDEC_01, une planification et une stratégie de management efficaces sont nécessaires pour assurer une coordination adéquate au sein des équipes : *« J'ai dû les forcer à travailler ensemble parce qu'à un moment quand vous travaillez avec toujours les mêmes,*

chacun le sien. D'où la planification, de qui va à quel étage par jour. Je les oblige à travailler ensemble." L'apprentissage continu et le partage des connaissances sont également importants pour améliorer la qualité des soins, comme le suggère IDEC_01 en proposant d'échanger du personnel entre les EHPAD : *"Avec l'idée de transférer nos connaissances entre EHPAD. Une petite semaine là-bas et on prend quelqu'un de là-bas. On l'avait envisagé."* La gestion des ressources humaines peut être un défi, notamment pendant les périodes d'essai des nouveaux employés, comme le souligne IDEC_01 en mentionnant les difficultés liées à la supervision et au licenciement des employés : *"Donc c'est compliqué pour tomber, vraiment tomber sur là sur la faute pour rompre la période d'essai, c'est compliqué. On est en public, elles sont relativement protégées et c'est tant mieux pour elles mais ça complique les choses."*

Le personnel doit également s'adapter aux différences culturelles et aux attentes entre les hôpitaux et les EHPAD, comme l'illustre la citation d'IDEC_01 sur une soignante ayant des difficultés à s'adapter à l'environnement de l'EHPAD : *"Et elle a été et elle est formatée à ça et moi je lui ai déjà dit on a le temps. ET elle m'a dit tu es la première qui ne me dis pas d'aller plus vite."* La qualité des soins peut être affectée par la pression du temps et la surveillance, comme le reconnaît IDEC_01 en soulignant l'importance de l'accompagnement et de la confiance envers les aides-soignantes : *"Parce que si vous aidez les AS et vous leur laissez l'opportunité de faire les choses, elles peuvent faire des choses extraordinaires. il faut de l'accompagnement faut savoir mettre le gilet part balle parfois pour leur laisser le temps de faire."*

La pandémie de Covid-19 a également eu un impact sur le fonctionnement de l'EHPAD et les relations humaines, comme l'exprime AS_06 : *"avec le Covid on n'a plus le droit là et je trouve qu'on perd cette notion d'humain, de relation quoi."* Les restrictions imposées par la pandémie ont affecté les interactions entre les résidents et le personnel ainsi que les activités de groupe, comme le souligne AS_06 : *"Oui, on est en petit groupe, on n'a pas le droit de descendre, pas plus de tant de personnes, les anniversaires c'est plus comme avant vous aviez une pleine salle à manger où vous aviez de l'accordéon enfin musique."*

Les infirmières jouissent d'une grande autonomie dans l'organisation de leur travail, comme le souligne IDE_07 : *« Ensemble, on va en poste de soin la veille on sait les pansements qu'on a à faire et puis les soins, il n'y a pas que des pansements, tous les soins qu'on a faits et puis on s'organise si c'est fait dans l'après-midi si c'est fait le matin c'est bien. Il faut que ce soit fait en tout cas. »* Cette autonomie est appréciée par les infirmières, qui peuvent prendre des initiatives et s'adapter aux situations en l'absence de médecin : *« c'est souvent qu'avec le médecin qu'on fasse des ordonnances par téléphone ce n'est pas très réglementaire mais bon. Enfin il faut s'adapter, on prend des initiatives, c'est ça qui me plaît ici. À l'hôpital je n'aurais pas eu cette opportunité mais ici si j'ai un problème avec un résident je n'ai pas de médecin alors il faut que je me débrouille ça j'aime bien. »* (IDE_07). Cette autonomie est également reflétée dans la gestion des fiches de poste et des tâches au sein de l'EHPAD. Comme l'explique IDEC_01, il n'y a pas d'horaire spécifique attribué aux différentes missions : *« Je n'ai pas d'horaire. Moi personnel, enfin j'ai des horaires d'embauche et de débauche évidemment, je n'ai pas de telle à telle heure, je m'occupe de ça, et de telle heure à telle heure je m'occupe de ça. Non. Et les agents non plus. »* Les fiches de poste sont plutôt axées sur les missions et les objectifs : *« Ma liste de poste c'est une liste de missions et d'objectifs. »* (IDEC_01). Pour ce qui est des AS, le contrôle entre pairs est vu comme une forme de bienveillance, permettant de s'assurer du bien-être et du respect de l'intimité des résidents : *« Déjà prendre soin de la personne, le bien-être le confort et respecter son intimité*

et sa vie et on est là aussi pour les protéger. On a toujours un œil enfin quand on a une nouvelle collègue on a toujours un œil sur eux, enfin, si je peux me permettre. Ce n'est pas un manque de confiance, on voit tellement de choses que on est obligé voilà, on est dans la bienveillance je dirais. » (AS_06). Cependant, il existe une certaine réticence à exercer ce contrôle entre pairs, comme l'illustrent les propos de AS_06 et AS_07 : « Sans contrôle non, non. Après voir la personne pour dire ça a été ? enfin voilà sans rentrer trop dans les détails. Il y a des personnes qui sont capables de dire. Elle n'était pas cool » (AS_06); « On ne peut rien y faire on fait remonter, on dit qu'on faudrait faire ça comme ça. Après ce n'est pas à nous, on est là pour, c'est le seul poste, on va dans le même sens nous. » (AS_07). IDEC_01 souligne l'importance du contrôle entre pairs et encourage les membres de l'équipe à communiquer leurs observations : « Parce que le meilleur contrôle, c'est le contrôle entre pairs. Tu lui as dit ? Non, ben non je ne vais pas lui dire. La prochaine fois tu lui dira pour lui dire que tu avais remarqué qu'elle avait eu un oubli. Parce que si c'est un oubli, si c'est un vrai oubli, ce n'est pas volontaire, il faut lui dire. Pour qu'elle se rend compte. » (IDEC_01).

IDEC_01 témoigne également de la fierté qu'elle ressent en faisant visiter l'établissement aux familles et aux nouveaux résidents, mettant en avant les contributions du personnel dans la conception des espaces et des aménagements : « ça me manque parce que les gens sur liste d'attente la famille pouvait visiter même s'ils n'allaient pas rentrer tout de suite avec le Covid je ne peux plus faire les visites comme je veux, je ne peux plus faire visiter mon établissement. » (IDEC_01). Elle mentionne des exemples concrets où les salariés ont contribué aux choix et à la conception de différentes parties de l'établissement : « Et en plus les espaces, quasiment tous ont été travailler avec le personnel on en parle avec la pharmacienne l'idées des tiroirs c'est eux qui l'ont fait, la salle de soins les couleurs c'était le personnel qui l'avait choisi à l'époque, la balnéothérapie et snoezelen c'était le personnel qui l'avait fait c'est le travail du personnel qui est valorisé c'est dommage de ne pas faire visiter un établissement donc voilà. » (IDEC_01). Cette approche participative permet non seulement de valoriser le travail des salariés, mais aussi de renforcer la cohésion d'équipe et la motivation des employés. En impliquant directement les soignants et les autres membres du personnel dans les décisions et l'aménagement de l'établissement, l'EHPAD 4 favorise un sentiment d'appartenance et de responsabilité, ce qui peut contribuer à une meilleure coordination entre les équipes médicales et paramédicales.

L'adaptation au résident est un élément crucial pour répondre aux besoins spécifiques de chaque individu. AS_07 souligne l'importance de la prise en compte des habitudes de vie des résidents et de leur rythme quotidien : « Ce n'est pas routinier chaque jour est différent il faut prendre en compte le rythme de l'usager. » (AS_07). De plus, IDE_07 met en avant la nécessité d'adapter les soins selon les besoins du résident : « Après sinon si je fais un pansement à 10 heures le lundi, je peux le faire à 14 h le mardi, je m'adapte au résident. » (IDE_07). Le respect et l'accompagnement des habitudes de vie des résidents sont également essentiels pour garantir une prise en charge optimale. AS_07 mentionne que l'organisation des soins est adaptée au cas par cas : « C'est vraiment une adaptation au cas par cas et habitudes de vie des résidents » (AS_05). AS_05 ajoute que les professionnels disposent de l'autonomie nécessaire pour gérer les besoins des résidents sans contraintes imposées par la hiérarchie : « Je pense que s'il y en a une, c'est nous qui nous la mettons pour nos résidents, ce n'est la hiérarchie, ils ne nous ont pas dit pour tel résident vous avez 10 minutes pour faire une toilette. » (AS_05). Les valeurs partagées jouent un rôle important dans la coordination des équipes. IDEC_01 évoque les difficultés de gestion et d'éthique lorsqu'il existe des divergences de valeurs entre les membres de l'équipe, notamment en termes de

communication et de respect des consignes : « *Et ces agents qui effectivement nous posent soucis en termes de management et en termes d'éthique parce que ce ne sont pas les mêmes valeurs qu'on veut défendre ça a forcément créé des conflits. Ça a été un plus en plus de la crise Covid, en plus en plus. C'est ce qui a fait partir les infirmiers.* » (IDEC_01).

Le partage des pratiques professionnelles est essentiel pour favoriser l'échange de connaissances et d'expériences entre les membres du personnel. Supp_08 souligne l'importance de la formation et des échanges entre les soignants de différents EHPAD : « *on va en formation pour construire même si c'est très constructif les échanges de d'autres soignants d'autres EHPAD qui vivent d'autres situations, ça nous aide toujours à nous à nous positionner niveau-là* » (Supp_08). La communication entre les équipes est cruciale pour assurer une coordination efficace et maintenir de bonnes relations professionnelles. AS_06 met en avant les différences entre les roulements d'équipe et l'importance de régler les conflits de manière professionnelle : « *On a des choses à se dire, on prend la personne on va en salle de soin, on se parle, où on vient ici (salle de cuisine) et on se parle et puis on repart sur le terrain.* » (AS_06). AS_07 souligne également l'importance de l'entraide et de l'adaptation au sein de l'équipe : « *Après on est là pour tous s'entraider mais bon dans une équipe il y en a avec qui ça ne va bien passer et d'autres voilà faut essayer. Moi j'essaie de m'adapter à tout le monde.* » (AS_07). La prise en compte des différents profils de soignants est également un élément clé pour assurer une prise en charge optimale des résidents. Supp_07 insiste sur la nécessité de comprendre et de respecter le fait que les soignants interviennent au domicile des résidents : « *oui mais ça c'est je pense en général peut être aussi avec les soignants plus jeunes qui ne se rendent pas forcément compte que nous sommes chez eux, nous ne sommes pas en hôpital ou on n'est pas chez nous nous sommes chez eux et quand tu ne comprends pas ça la prise en soin va être complètement différente.* » (Supp_07). IDE_07 souligne les différences entre les nouveaux et les anciens professionnels : « *Je pense que les nouveaux professionnels ne vont pas être comme les anciens, je pense après je peux me tromper.* » (IDE_07).

En conclusion, la coordination au sein des équipes médicales et paramédicales de l'EHPAD 4 repose sur plusieurs facteurs, tels que l'autonomie des infirmières, le contrôle entre pairs, l'adaptation aux besoins des résidents, le partage des valeurs et la communication entre les équipes. La prise en compte des spécificités de chaque professionnel et l'implication des salariés dans les décisions et l'aménagement de l'établissement contribuent également à renforcer la cohésion d'équipe et la motivation des employés. Il est important de mettre en place des formations et des échanges entre les soignants de différents EHPAD pour favoriser le partage des pratiques professionnelles et l'amélioration continue des soins. La gestion des divergences de valeurs et des conflits est également un enjeu crucial pour maintenir une bonne coordination et garantir une prise en charge optimale des résidents. L'EHPAD 4 est un exemple de bonne pratique en termes de coordination des équipes médicales et paramédicales, mettant en avant l'autonomie des soignants, le respect des habitudes de vie des résidents et une communication efficace entre les différents acteurs. Cependant, il est essentiel de rester attentif aux défis que peuvent poser certaines divergences de valeurs ou la gestion des conflits entre les membres du personnel. La mise en place de mécanismes de contrôle entre pairs, de formations et d'échanges, ainsi que l'implication des salariés dans les décisions et l'aménagement de l'établissement peuvent contribuer à une meilleure coordination et à l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux résidents. La coordination au sein des équipes médicales et paramédicales est un enjeu majeur pour les EHPAD, qui

sont confrontés à des défis croissants en termes de prise en charge d'une population vieillissante et de plus en plus dépendante. L'analyse de l'EHPAD 4 met en lumière les facteurs clés qui contribuent à une coordination réussie et souligne l'importance d'adopter une approche globale, prenant en compte les spécificités de chaque professionnel et les besoins des résidents. Cette étude peut servir de base pour des recherches ultérieures visant à mieux comprendre les mécanismes de coordination des équipes médicales et paramédicales dans les EHPAD et à identifier des pistes d'amélioration pour garantir une prise en charge optimale des résidents âgés.

Coordination entre les services (social, administratif, médical)

Le fonctionnement de l'EHPAD 4, notamment en ce qui concerne la coordination entre les services sociaux, administratifs et médicaux, est un sujet complexe et crucial pour assurer une prise en charge optimale des résidents. La répartition des tâches et la constitution de binômes efficaces sont essentielles pour une coordination optimale. Par exemple, selon AS_07, « *IDEC va être plus dans le planning et les soins et monsieur le directeur c'est plus l'administratif, les contrats, les arrêtés. C'est lui le directeur* ». Le directeur participe également aux réunions des soignants : « *Il vient souvent transmission, il n'est pas dans le soin, oui il n'est pas soignant. Il est impliqué, il vient souvent aux transmissions. Des fois ils sont tous les deux, des fois que IDEC* » (AS_07). Cette implication du directeur est appréciée et contribue à une meilleure communication entre les services. Le travail en binôme est également présent entre l'IDEC et le directeur : « *On se voit régulièrement déjà, on se voit minimum un entretien global toutes les semaines. On parle de tout ce qui se passe, on échange assez facilement et l'un comme l'autre on est très disponibles donc quand il a besoin je ne tiens et quand j'ai besoin il sait se tenir disponible* » (IDEC_01). Cette disponibilité mutuelle favorise la coordination et permet de gérer les imprévus de manière plus efficace. Cependant, certains problèmes de communication et de coopération entre les services ont été relevés. La séparation entre les services est clairement illustrée par la citation de Supp_06 : « *on a deux services pour la pause déjeuner et le premier service c'est l'administration, direction, hygiène et animation. Le 2e service c'est cuisine, soin vous voyez c'est un peu. Là on a séparé cependant la pause de 10h00.* » Ce cloisonnement semble avoir été renforcé par la pandémie de Covid-19, comme le mentionne Supp_07 : « *Ce qui m'a marqué quand je suis arrivée avant apparemment on mangeait tous ensemble tout le personnel je ne sais pas si c'est dû au Covid aussi c'était déjà mis en place et maintenant on a 2 pauses [...] Donc déjà tu n'as pas un moment que tu vois les collègues tu ne vois pas forcément dans la journée.* » La coopération entre les services est également affectée par ce cloisonnement, comme l'indique AS_07 : « *Animation, pff bah depuis un an voilà ça a coupé ce sont toujours les mêmes personnes qui sont en bas. Elles nous ont aussi beaucoup aidé pendant le confinement parce que tout début des résidents étaient confinés dans leur chambre donc là la surcharge de travail là il y a une cohésion parce qu'elles sont venues nous aider débarrasser à servir enfin on a vu que tout le monde tout le monde allait dans le même sens.* » Cependant, le témoignage d'IDEC_01 illustre une situation où la charge de travail a conduit à un cloisonnement encore plus prononcé entre les services, notamment en ce qui concerne l'animation et le soin : « *Et là il a été décidé qu'elle prendrait ce poste. Et elle a pris ce poste elle a réussi en faire ce qu'elle en voulait, je ne dis pas du mal des morts, c'est quelqu'un qui travaillait très, très bien avec les résidentes un contact avec les résidents, elle était ASG elle était formée super contact investie il fallait faire 10 minutes de*

plus elle faisait 10 minutes de plus, très investie auprès des résidents très appréciée des résidents par contre c'est quelqu'un qui ne savait pas du tout travailler en équipe alors là pas du tout. »

Afin de pallier ces problèmes, des ajustements stratégiques peuvent être mis en place, comme le renfort de l'IDEC en cas d'absence, même si cela signifie modifier temporairement leur rôle : *« Après je suis en soin, quand j'ai une équipe infirmière complète c'est très ponctuel ça arrive pendant les vacances scolaires sur un jour exceptionnel j'avais remplacé dès que ma collègue a perdu son grand-père j'ai remplacé ma collègue je lui ai laissé ses congés exceptionnels, ça va être juste comme ça. »* (IDEC_01). Cependant, cette flexibilité peut aussi avoir des avantages. IDEC_01 souligne que l'implication directe dans les soins peut améliorer les échanges avec les aides-soignants et les infirmières : *« Actuellement je fais plus de soin parce qu'il me manque une infirmière ; donc forcément je suis moins disponible mais ce n'est pas forcément une mauvaise chose donc mon directeur l'entend et me confie moins de tâches administratives et j'ai donc plus d'échanges avec les aides-soignants et les infirmières. »*

En conclusion, l'analyse des rôles et responsabilités dans la coordination des services au sein de l'EHPAD 4 souligne l'importance de la coopération, de la communication et de la flexibilité pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement. La capacité à ajuster les tâches et les responsabilités en fonction des besoins et des circonstances contribue à améliorer la qualité des soins et la cohésion des équipes. Ainsi, il convient de promouvoir une culture de communication et de collaboration entre les différents services, afin de faciliter les ajustements stratégiques lorsque cela est nécessaire.

Conséquences sur la satisfaction des résidents et de leurs familles

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 axée sur les rôles et responsabilités dans la coordination et ses conséquences sur la satisfaction des résidents et de leurs familles met en évidence l'importance de la prise en compte des besoins et attentes des résidents et de leurs proches pour assurer une expérience satisfaisante au sein de l'établissement. Les citations fournies illustrent les défis auxquels les résidents et leurs familles ont été confrontés, en particulier pendant la pandémie de Covid-19, qui a entraîné des restrictions et des limitations des visites. Comme l'indique AS_07, cette situation a été difficile pour les résidents et leurs familles, certains ayant l'habitude de recevoir des visites fréquentes : *« Oui, oui normalement on va les voir un petit peu plus. Ça a été dur pour elle, c'est la prison. C'était dur pour elle et les résidents aussi. Certains avaient l'habitude d'avoir de la visite tout le temps tout le temps et d'autres pas souvent mais bon. »* Cette situation a pu avoir un impact sur la satisfaction des résidents et de leurs proches, qui ont pu se sentir isolés et frustrés. Cependant, l'analyse souligne également que les efforts déployés par le personnel de l'EHPAD pour maintenir un lien avec les résidents et leurs familles ont été appréciés et ont contribué à améliorer leur satisfaction. Les remerciements et les compliments reçus par les soignants témoignent de cette reconnaissance, comme le mentionne AS_07 : *« un merci, des compliments des fois on reçoit des petites cartes ça fait plaisir, même pendant le confinement on a reçu des cartes des familles. »*

En conclusion, les rôles et responsabilités dans la coordination des services au sein de l'EHPAD 4 ont des conséquences directes sur la satisfaction des résidents et de leurs familles. Il est essentiel de maintenir une communication et une interaction régulières entre le personnel, les résidents et leurs proches pour répondre aux besoins et aux attentes de chacun. Les équipes doivent être sensibles aux défis auxquels sont confrontés les résidents et leurs familles et s'efforcer de leur offrir un soutien adapté et personnalisé. Cela permettra d'améliorer la satisfaction des résidents et de leurs proches et de renforcer la confiance et la coopération entre toutes les parties prenantes.

Synthèse :

L'étude du fonctionnement de l'EHPAD 4 démontre l'importance cruciale de la coordination et du leadership du directeur dans l'administration de l'établissement. La gestion effective de l'EHPAD est influencée par divers facteurs tels que le parcours professionnel du directeur, la structure organisationnelle, et le statut de l'établissement.

Les rôles et responsabilités du personnel médical et paramédical sont également cruciaux dans l'assurance de la qualité des soins. La coordination réussie au sein de l'établissement dépend de la planification stratégique, de la communication efficace, de l'autonomie des infirmières, de l'adaptation des soins aux besoins des résidents, et de la gestion efficace des ressources humaines.

Toutefois, l'organisation doit surmonter des défis tels que les divergences de valeurs, la gestion des conflits, et le cloisonnement entre les services pour améliorer la qualité des soins et la satisfaction des résidents et de leurs familles.

IV.4.2.3. Comportement de retrait au sein de l'EHPAD 4

- **Identification des comportements de retrait**

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 axée sur les comportements de retrait, tels que l'absentéisme et le roulement du personnel. L'identification des comportements de retrait au sein de l'EHPAD 4 est compliquée par le manque d'analyse précise des causes de l'absentéisme. Comme le souligne Adm_06, les données concernant les raisons des absences sont limitées en raison de la confidentialité médicale : « *Ce ne sont pas que des absentéismes liés au Covid, c'est tout confondu, je n'ai pas pu faire de catégorie. On peut difficilement savoir tout pathologie. Ce sont des données médicales et on n'a pas à savoir. Tout ce que j'ai pu faire c'est un classement par catégorie, si ce sont des maladies ordinaires ou professionnelles ou de longue maladie ce genre de chose mais après je ne peux pas.* »

Le taux d'absentéisme est néanmoins suivi, avec un taux de 7,91 % pour l'année 2020, mais sans distinction claire entre les causes : « *C'est pour ça qu'on fait des statistiques sur le personnel après au niveau de l'année par rapport au nombre de d'équivalents temps plein sur l'établissement sur du premier janvier au 31/12/2020 on est avec un taux d'absentéisme de 7,91 pour 100 on est à peu près ou sur 60 ETP sur 60 sur l'année on a, 60 c'est vraiment un arrondis, 7,91% d'absentéisme. C'est de l'absentéisme dû à des arrêts maladie.* » (Adm_06). Concernant le taux de roulement, Adm_06 mentionne également un manque de statistiques

précises, bien qu'il y ait eu des départs significatifs en 2020, en particulier chez les soignants : « *Je n'ai pas, je ne tiens pas de statistique sur le Turnover en fait, il y a eu pas mal de départ en 2020. C'est sur après. Je n'ai pas comptabilisé au mot près. Au niveau des soignants on peut dire qu'il y a eu un certain turnover en lien avec la crise Covid.* » (Adm_06), « *Puis là on a beaucoup IDE qui sont en train de partir, il va en rester plus qu'une.* » (AS_06). Adm_06 évoque également les défis liés à la gestion des ressources humaines en 2020, en particulier pour les employés en début de carrière : « *Donc voilà donc les gens en début de carrière, ça peut être y jouer. En tout cas, je ne sais pas ce que mes collègues vous ont dit mais en termes de RH, l'année 2020 a été compliquée* » (Adm_06). Enfin, AS_07 mentionne les problèmes liés à l'absentéisme, comme les blessures et les problèmes de dos, mais souligne également que les intérimaires ont permis d'assurer la continuité des soins : « *après il y a eu dès l'absentéisme ou mal de dos ça arrive souvent. On peut se faire mal, je ne connais plus le motif des arrêts, je ne sais pas mais après il y a eu les intérimaires, ça allait.* » (AS_07).

En conclusion, l'identification des comportements de retrait au sein de l'EHPAD 4 souligne la nécessité d'une meilleure compréhension des causes de l'absentéisme et du roulement du personnel, ainsi que l'importance d'adapter les pratiques de gestion des ressources humaines pour y faire face. Les défis liés à l'absentéisme et au roulement du personnel peuvent avoir des conséquences sur la qualité des soins et la satisfaction des résidents et de leurs familles. Pour améliorer ces aspects, il est crucial de mettre en place des stratégies de gestion et de communication adaptées, ainsi que des mécanismes de soutien pour les employés, en particulier en cas de crise, comme celle provoquée par la pandémie de Covid-19.

▪ **Facteurs contribuant aux comportements de retrait**

L'analyse des facteurs contribuant aux comportements de retrait au sein de l'EHPAD 4 met en lumière plusieurs éléments clés, notamment les réactions émotionnelles, l'épuisement lié à la crise Covid, les changements de management et de cadre, la pénibilité du travail, les accidents du travail et les attentes non satisfaites des employés. Parmi les réactions émotionnelles, on peut citer les cas où un employé s'arrête de travailler lorsqu'il se sent vexé : « *J'en ai une qui s'arrête quand je la vexe.* » (IDEC_01). La crise Covid a également eu un impact sur les comportements de retrait, avec des employés épuisés par les efforts déployés pour empêcher l'entrée du virus et compenser les absences de collègues : « *Quand ça s'est un peu calmé au début d'année y'a eu des arrêts où c'était un salarié par semaine, et puis ça a été les uns après les autres parce que forcément celles qui n'étaient pas là Ben celles qui étaient là, il fallait justement qu'elles compensent donc forcément c'est le cercle vicieux.* » (AS_05) ; « *Il y a eu plein d'arrêts. Pas du Covid, il y a eu 5-6 arrêts dans les soignants. Donc le planning changeait, vous serez plus que 5 des fois on faisait soir matin on revenait.* » (AS_07).

La pénibilité du travail est un autre facteur important, avec des employés qui s'épuisent en raison du manque de personnel et de la charge de travail croissante liée à la prise en charge de résidents de plus en plus âgés : « *il y aura des choses à faire mais vu que les personnes arrivent de plus en plus âgées si vous voulez si on n'a pas plus de personnel au bout d'un moment les soignants vont s'épuiser et l'EHPAD déjà ça fait un peu peur aux jeunes.* » (AS_06). Les accidents du travail peuvent également contribuer aux comportements de

retrait, bien que certains d'entre eux ne soient pas déclarés ou reconnus comme tels : « Ça passait comme maladie ordinaire. Je leur dis vous êtes dans une situation d'accident du travail, nous ça nous permet à progresser, vous actez ça sur une feuille blanche comme quoi tel jour telle heure vous vous êtes fait mal en faisant tes trucs avec tel ou tel résident. Et après c'est votre médecin qui vous dira si c'est un accident du travail ou pas. Attention il y a les accidents du travail, j'ai glissé sur une flaque d'eau, c'est un accident du travail ? Ça n'a pas été déclaré comme tel. Parce que les aides-soignantes ne le mettaient pas sur ce compte-là. « Mais j'ai juste glissé » oui tu as glissé sur ton lieu de travail. » (IDEC_01). L'arrêt de travail est souvent associé à un sentiment d'épuisement et de déception professionnelle. Un intervenant souligne : « Oui beaucoup d'arrêts aussi. Un petit peu un ras-le-bol, des déceptions professionnelles. » (Supp_09). La fatigue physique et psychologique des employés peut également être liée à leur vie personnelle : « C'est vraiment de l'épuisement des collègues aussi qui ont de l'âge, d'autres qui ont eu des problèmes personnels ou là on ne peut pas le laisser au vestiaire. Moi je suis la première à dire que ma vie perso pourra passer avant. » (Supp_09). Les arrêts maladie, en revanche, sont souvent le résultat de problèmes de santé : « je ne sais pas comment ça s'est passé, il y a une fille qui a eu une angine après il y a eu des arrêts par prévention. » (AS_07). Le climat social semble également avoir un impact sur les comportements de retrait. Certains employés évoquent des tensions entre collègues et des rumeurs de manipulation : « On ne sait pas trop en fait. On a supposé que ce soit une collègue qui a monté un peu la tête à des collègues copines, on suppose » (AS_06). Les employés ressentent également une différence de valeur entre eux, certains étant plus investis dans leur travail que d'autres : « moi personnellement ça m'épuise, nous on veut tellement prendre soin du résident qu'il soit au mieux possible parce que déjà quand on quitte le domicile c'est un deuil à faire pour la personne et si c'est pour les habiller n'importe comment ou qu'ils n'aient pas les soins que nous on veut leur apporter au maximum » (AS_06).

Les changements de management et de cadre ont également contribué aux comportements de retrait. Certains employés ont quitté l'établissement en raison d'un changement de management directif : « Le management directif il n'a pas apprécié non plus en tant qu'infirmier. Qu'il ne soit pas invité aux comités de crise. » (IDEC_01) ou d'un changement de cadre : « Oui, on a eu une phase de stabilisation. Alors il y a eu une vague de départs quand je suis devenue IDEC. Une infirmière ça ne lui a pas du tout plu que je passe IDEC. On ne s'entendait pas sur plein de choses. Elle a décidé de partir. » (IDEC_01). De plus, des conflits entre les infirmières et les aides-soignantes ont été mentionnés : « c'est une partie des raisons à l'heure actuelle de pourquoi j'ai perdu des infirmières. Parce que j'ai ces fameux agents qui leur compliquent la vie tout le temps » (IDEC_01). En effet, Le rôle d'encadrement des infirmiers peut être source de tension : « Il y a de ça c'est sûr. Je peux la comprendre parce que moi quand j'ai fait le passage infirmière IDEC. J'ai été plus cadrant à un moment et ça a été compliqué et l'équipe à un moment quand vous êtes la seule infirmière, vous avez votre équipe contre vous, la journée vous ne la vivez pas bien. c'est une partie des raisons à l'heure actuelle de pourquoi j'ai perdu des infirmières.» (IDEC_01). De plus, les divergences de valeurs entre les infirmiers et les aides-soignants peuvent provoquer des tensions : « Il n'y a pas que la pénibilité du travail, loin de là. Tous mes infirmiers qui sont partis. Les deux il y a quelques années, on avait eu un peu la même problématique, on avait eu du mal à recruter des aides-soignantes qui collaient à notre façon de faire et à nos valeurs. On a eu le même turnover au niveau des infirmiers, les deux sont partis. Ils sont tous allés en libéral, là où vous ne gérez pas d'aides-soignants, vous n'avez pas d'équipe. Plusieurs d'entre elles sont revenues. Toutes sont parties en libéral. La dernière infirmière qui s'en va est partie

faire du remplacement dans le libéral, beaucoup moins de responsabilités, pas d'équipe à gérer. » (IDEC_01).

Enfin, les attentes non satisfaites des employés peuvent également jouer un rôle dans les comportements de retrait. Certains employés ne se retrouvent pas dans le travail en EHPAD et sont déçus par la réalité de leur métier : « Bon si on est motivé qu'on a vraiment envie de faire ça, je pense qu'il peut y avoir des déceptions et puis des erreurs de casting ; Après ce n'est pas moi qui recrute les AS. C'est dur le métier il faut ça plaise. » (AS_07) ; « Ben on a connu une période y avait il y a quelques mois il y a eu 4-5 personnes qui sont parties qui voulaient changer qui voulaient à l'hôpital et donc après on a des personnes qui sont recrutées mais qui ne sont pas aides-soignantes peu importe si elles correspondent, c'est dur pour certaines qui ne se posent pas la question du soin, vous savez, il faut s'interroger. » (AS_07). Cette situation peut entraîner un turnover important et mettre une pression supplémentaire sur les employés restants, provoquant davantage de comportements de retrait : « Ça la fatigue et c'est là où elles se mettent en arrêt. » (IDEC_01).

En somme, l'analyse des facteurs contribuant aux comportements de retrait au sein de l'EHPAD 4 met en lumière l'importance des réactions émotionnelles, de l'épuisement lié à la crise Covid, des changements de management et de cadre, de la pénibilité du travail, des accidents du travail et des attentes non satisfaites des employés. Ces facteurs peuvent interagir et se renforcer mutuellement, créant un environnement de travail difficile pour les employés et contribuant à l'émergence de comportements de retrait.

▪ **Impact des comportements de retrait sur la qualité de la prise en charge**

L'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 axée sur les comportements de retrait met en évidence l'impact de ces comportements sur la qualité de la prise en charge des résidents. Plusieurs éléments vont être impactés comme la qualité, le bien-être des employés, et le respect des habitudes de vie des résidents. Pour maintenir une qualité de service la structure va avoir recours à l'intérim, Le recours à l'intérim dans l'EHPAD est un sujet controversé, en particulier pendant la pandémie de Covid-19. Les employés expriment leurs préoccupations quant à l'embauche d'intérimaires pendant cette période : « *Et un collègue qui s'arrête alors tout de suite, on n'a presque plus d'intérim quand c'est fermé sinon ça ne sert à rien de fermer oui ils vont un peu partout.* » (AS_06) ; « *oui c'est un de nos demandes aussi, on essaye de les protéger, l'intérim passe d'établissement en établissement, ils ne savent pas s'ils ont été cas contact.* » (AS_06). Ils ont même soulevé ce problème auprès de leur supérieur : « *Oui on a fait remonter à notre chef, l'IDEC* ». (AS_06). Le remplacement des employés en cas d'absence est également une préoccupation, car il est difficile de trouver des remplaçants rapidement, ce qui peut entraîner des demandes de revenir sur les jours de repos, comme l'indique l'AS_06 : « *Ça peut arriver mais ce n'est pas tous les jours, ce n'est pas tous les mois quoi. Il essaye de prendre de l'intérim et si vraiment, il n'arrive pas à trouver, il nous rappelle sur nos jours de repos.* » L'IDEC reconnaît les défis liés à l'intérim, notamment les coûts élevés et les perturbations potentielles pour les équipes : « *C'est cher et c'est un déstabilisant, ça demande de l'énergie aux équipes parce qu'il faut les doubler, on ne peut pas les laisser seuls. Covid, ce n'est pas très covidien, de faire rentrer une personne à la semaine.* » (IDEC_01).

Néanmoins, l'IDEC souligne également les avantages de faire appel à des intérimaires bien connus de la structure pour assurer la continuité des soins et réduire les coûts. La qualité et le bien-être des employés sont également essentiels pour garantir une prise en charge adéquate des résidents. L'IDEC explique : « *Si vous avez des aides-soignantes qui viennent avec plaisir au travail, si vous avez soignants qui ont envie de rire quand ils sont là, ils vont ramener de la vie auprès des résidents. Si vous leur laissez le temps de faire les choses Ils laisseront le temps au résident faire les choses par lui-même et du coup vous gagnerez en autonomie du résident et donc en confort et en bien être.* » et « *Si vous accompagnez correctement une équipe, les résidents sont mieux.* » (IDEC_01). Enfin, le respect des habitudes de vie des résidents est un autre facteur clé pour assurer une prise en charge de qualité. Comme le souligne un employé : « *C'est important pour les résidents, parce ils ont des habitudes, ils sont très ritualisés Et il y en a au contraire qui aiment bien le changement, il n'y en a pas beaucoup ils aiment bien avoir leur habitude.* » (AS_07). En tenant compte de ces facteurs, les EHPAD peuvent mieux comprendre et aborder les comportements de retrait et leurs impacts sur la qualité de la prise en charge des résidents.

En conclusion, l'analyse du fonctionnement de l'EHPAD 4 axée sur les comportements de retrait met en évidence plusieurs facteurs contribuant à ces comportements, ainsi que leurs impacts sur la qualité de la prise en charge des résidents. Les arrêts de travail et les arrêts maladie sont souvent liés à la fatigue, au stress et aux conflits entre les différents membres du personnel. Le recours à l'intérim est une stratégie pour pallier ces absences, bien que cela puisse entraîner des coûts supplémentaires et des défis liés à la continuité des soins. Le bien-être des résidents est étroitement lié à la qualité du travail des aides-soignantes et à leur satisfaction professionnelle. L'encadrement adéquat de l'équipe et le respect des habitudes de vie des résidents sont essentiels pour garantir leur confort et leur autonomie. Pour améliorer la situation dans l'EHPAD 4, il est recommandé de mettre en place des mesures pour réduire les sources de stress et de conflits, ainsi que pour soutenir le développement professionnel et le bien-être des membres du personnel.

Synthèse :

L'étude de cas sur l'EHPAD 4 révèle plusieurs facteurs complexes contribuant aux comportements de retrait des employés, notamment l'absentéisme et le roulement du personnel. Ces comportements sont liés à un éventail de facteurs, notamment les réactions émotionnelles des employés, l'épuisement professionnel exacerbé par la crise de la Covid-19, les changements de management, la pénibilité du travail, les accidents du travail non reconnus et les attentes professionnelles non satisfaites.

La gestion de ces comportements de retrait pose un défi considérable en termes de ressources humaines, impactant directement la qualité de la prise en charge des résidents, le bien-être des employés et le respect des habitudes de vie des résidents. Dans ce contexte, le recours à l'intérim, bien que controversé, est parfois nécessaire pour maintenir la continuité des soins.

Il apparaît essentiel d'adopter des stratégies de gestion des ressources humaines adaptées pour répondre efficacement à ces défis. Cela inclut une meilleure compréhension des causes de l'absentéisme et du roulement du personnel, l'adoption de pratiques de gestion des ressources humaines réactives et sensibles, et la mise en place de mécanismes de soutien pour les employés. De plus, l'analyse suggère que l'attention portée au bien-être émotionnel et physique des employés, l'alignement des valeurs organisationnelles et personnelles, ainsi que l'amélioration des conditions de travail peuvent contribuer à atténuer ces comportements de retrait.

EHPAD 4 : Tableau récapitulatif des personnels interrogés et leur profil

AS 05			AS 06				
Implication professionnelle		Implication organisationnelle		Implication professionnelle		Implication organisationnelle	
Questionnaire	CC+/AC/NC-	CC+/AC/NC-	Questionnaire	AC+/CC-/NC-	AC+/NC-		
Dimension affective	Passion et intérêt pour le travail Fort lien émotionnel avec le travail Désir intrinsèque de développement professionnel	Satisfaction et plaisir dans le travail Préférence pour un environnement de travail dynamique Attachement émotionnel à l'organisation et à la diversité des collègues Reconnaissance de la hiérarchie protectrice envers les employés et les résidents Attachement à l'atmosphère familiale et à la proximité de la direction Fierté et soulagement face à la réussite de l'organisation durant la crise Satisfaction quant à l'autonomie et à la capacité de gestion au sein de l'organisation Importance de la reconnaissance des familles et des résidents	Dimension affective	Implication émotionnelle et personnel dans le rôle d'aide-soignante dans un EHPAD Passion pour le rôle et le désir de fournir les meilleurs soins possibles Identification au rôle d'aide-soignante et satisfaction tirée du travail Désir d'amélioration et de croissance professionnelle	Préférence pour l'environnement de l'EHPAD et attachement émotionnel à l'organisation Attachement aux valeurs de l'organisation : Satisfaction de la manière dont les choses sont faites dans l'organisation La valeur de travailler pour l'organisation qui dépasse les récompenses financières Plaisir tiré des activités spécifiques au sein de l'établissement et attachement émotionnel à l'organisation : s'occuper de la boutique, les courses Fierté de travailler pour l'organisation, attachement émotionnel à l'organisation et reconnaissance du travail accompli Connexion positive avec l'organisation dès le début		
Dimension normative	Respect des normes et valeurs professionnelles	Sentiment de devoir et d'égalité dans l'assistance aux collègues et aux résidents, indépendamment de la hiérarchie	Dimension normative		Sentiment d'implication envers les EHPAD et satisfaction à les défendre Préoccupation pour le bien-être des résidents et le devoir de leur fournir les meilleurs soins possibles Sentiment de loyauté ou de dette envers l'organisation pour l'accueil et l'opportunité offerts		
Dimension calculée	Recherche de reconnaissance professionnelle Contemplation de la progression de carrière et de l'évolution personnelle Évaluation du coût émotionnel du travail par rapport à l'importance de son rôle Évaluation des défis du rôle pendant la crise par rapport à l'importance de soutenir les résidents	Évaluation positive de la protection offerte par la hiérarchie comme motivation pour rester dans l'organisation Appréciation de l'atmosphère familiale et des interactions sur le lieu de travail, ce qui pourrait suggérer une évaluation positive des avantages de rester dans l'organisation	Dimension calculée				

AS 07		Implication professionnelle		Implication organisationnelle	
Questionnaire	AC+/NC	AC+/NC	AC+/NC-		
Dimension affective	Sentiment de connexion émotionnelle et de satisfaction dans l'exécution du rôle professionnel Passion et détermination pour exercer ce rôle spécifique : Choix délibéré de se reconverter en aide-soignante, ressent une connexion émotionnelle avec son rôle Apprécie son travail et se sent émotionnellement investie dans l'attachement fort à la nature du travail et à l'importance de la compétence dans le rôle le domaine des soins Valorisation de la formation reçue et reconnaissance de l'importance de l'apprentissage sur le terrain	Valeurs partagées et savoir-être Reconnaissance et soutien de l'organisation Responsabilité et loyauté envers l'équipe Culture organisationnelle Expérience positive au début de l'emploi			
Dimension normative	Le sentiment de devoir envers les résidents, en tenant compte de leurs besoins individuels La croyance en l'importance de la compétence dans le rôle d'aide-soignante, ce qui peut être interprété comme une obligation personnelle pour garantir des soins de qualité L'implication envers la formation continue et l'amélioration des compétences ;	Reconnaissance de la valeur de la formation et sentiment de redevabilité envers l'organisation			
Dimension calculée					

Tableau 18 : La relation au travail des salariés, les profils d'implication (EHPAD 4)

EHPAD 4 : Tableau récapitulatif des personnels interrogés et leur profil

IDE 07			IDEC 01		
Questionnaire	Implication professionnelle AC+/NC-/CC-	Implication organisationnelle AC-/NC-/CC-	Questionnaire	Implication professionnelle AC+/NC-/CC-	Implication organisationnelle AC/NC
Dimension affective	Attraction pour le travail avec les personnes âgées Intérêt pour diverses facettes du métier d'infirmier Spécialisation indiquant un intérêt profond Enthousiasme pour les défis et l'initiative dans le rôle d'infirmière Préférence pour les soins directs et le travail avec les résidents et les collègues Préférence pour les petites structures et la satisfaction personnelle tirée du travail Recherche de satisfaction dans le travail Importance de la relation dans le travail	Satisfaction envers l'organisation Appréciation pour les collègues et l'organisation fournit une flexibilité Appréciation des opportunités uniques offertes par le lieu de travail actuel Préoccupation émotionnelle pour la situation des résidents Satisfaction émotionnelle et attachement à l'organisation	Dimension affective	Identification émotionnelle au rôle professionnel Préférence et attachement à la spécialité médicale Choix de la spécialité (gériatrie) Engagement volontaire dans le rôle actuel (IDEC) Attachement à l'autonomie professionnelle Appréciation de la manière dont le travail est mené Reconnaissance de l'importance du travail d'équipe Connexion émotionnelle avec le travail et les collègues Manque du soin direct, attachement émotionnel au soin	Attachement fort à l'équipe et à l'établissement Sentiment positif envers la direction et l'équipe Valorisation des relations d'équipe Attachement à l'organisation et préoccupation pour son image Préoccupation pour le bien-être de l'organisation et le rôle qu'elle y joue
Dimension normative		Sens de l'obligation morale envers les résidents Adhésion aux normes de l'organisation pour se protéger au travail	Dimension normative	Responsabilité et implication professionnelle Implication dans le développement de sa carrière	Gratitude et loyauté envers l'organisation Rester pour des raisons morales
Dimension calculée	Évaluation des avantages et inconvénients de la formation reçue	L'influence des circonstances personnelles et géographiques sur le choix de l'organisation	Dimension calculée	Choix délibéré de la carrière et investissement personnel Réflexion sur l'évolution de carrière en fonction de la formation et du statut Évaluation des options d'évolution de carrière	

IV.5. L'ANALYSE INTERCAS

IV.5.1. Dynamiques Contextuelles et Gestion des Ressources Humaines : Une Étude Comparative des quatre EHPAD

Le secteur des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) se trouve à l'intersection de multiples enjeux, allant des préoccupations démographiques et médicales à celles des ressources humaines. En étudiant le contexte spécifique de plusieurs de ces établissements, nous cherchons à approfondir la compréhension des défis et dynamiques qui façonnent la gestion des ressources humaines dans ces structures essentielles à la prise en charge de nos aînés. Chaque EHPAD, malgré des similitudes liées à la nature du secteur, se distingue par son histoire, sa culture organisationnelle, ses enjeux de gestion et son environnement socio-économique. Cette analyse comparative nous offre l'opportunité d'examiner, en détail, les différentes caractéristiques contextuelles des EHPAD, mettant en lumière non seulement leurs singularités, mais aussi les tendances transversales. Les éléments analysés suggèrent une variété de dynamiques, des changements de direction aux répercussions de la Covid-19, qui ont des implications profondes pour la gestion des équipes et la prestation des soins dans ces établissements.

ÉTABLISSEMENT		EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4
C O N T E X T E	<u>Structure</u>	Petite taille, absence d'unité protégée, aménagement et matériel inadapté.	Rachat par un groupe privé en 2018, ancienne gestion à trois têtes compliquée	Petite taille, statut public, tendance vers la mutualisation/rattachement	Ancien foyer logement, défi architectural, inadapté à la population accueillie (Alzheimer, fauteuils roulants)
	<u>Leadership</u>	Instabilité, changement de direction (médecin coordonnateur, IDEC)	Changement de direction générant de l'inquiétude, ancien dirigeant est devenu directeur	Instabilité de direction, anciens cadres de santé peu présents	IDEC ancienne IDE dans le même EHPAD, absence de cadre de santé
	<u>Culture d'entreprise</u>	Style de management directive, proximité personnelle peut impacter les relations de travail	Problèmes de communication, système d'évaluation du personnel pair à pair, tensions inter-équipe	Environnement familial, relations interpersonnelles fortes	Problèmes de communication entre les services d'animation et de soins, tensions, manque de confiance envers la direction
	<u>Environnement externe</u>	Difficultés de recrutement dues à la réputation et la concurrence locale	Localisation en IDF avec une forte concurrence, coût de vie élevé, accès difficile	Localisation en milieu rural, centre de formation proche	Fonction publique territoriale, choix de garder l'autonomie avec le statut territorial pour préserver la spécificité
	<u>Évolution démographique et réglementaire</u>	Non spécifié	Bâtiment inadapté aux besoins résidents, nécessité de formation	Augmentation de la charge de travail due à la population de plus en plus dépendante	Population de plus en plus dépendante, moins d'information pour s'occuper des personnes âgées, tendance vers la médicalisation
	<u>Réponse à la Covid-19:</u>	Changement organisationnel, la sectorisation	Priorité à la santé sur le social, perte de sens et démotivation	Changements organisationnels, soutien émotionnel, nécessité d'entraide, de solidarité et d'adaptabilité	Contraintes strictes, absence de l'IDEC sur le terrain pendant la crise, management participatif mis de côté

Tableau 19 : Analyse Comparative des Contextes Organisationnels

En examinant ces quatre EHPAD, il est évident que chaque établissement a son propre contexte unique, façonné par une combinaison de facteurs internes et externes. L'analyse comparative de ces contextes révèle un certain nombre de défis communs et uniques auxquels chaque établissement est confronté, ainsi que les approches différentes qu'ils adoptent pour y faire face.

Il est frappant de constater que l'instabilité du leadership est un problème majeur dans plusieurs de ces établissements. Cette instabilité peut créer de l'incertitude et du stress parmi le personnel, ce qui peut à son tour affecter la qualité des soins offerts aux résidents. Les changements de direction peuvent également entraîner des changements dans les cultures organisationnelles, ce qui peut nécessiter une période d'adaptation pour les employés. En outre, il est préoccupant de constater que des problèmes de communication existent dans plusieurs de ces établissements. Un manque de communication efficace peut engendrer des malentendus, augmenter les tensions au sein du personnel et entraver la mise en œuvre efficace des politiques et des procédures. Dans certains établissements, ces problèmes semblent avoir contribué à un climat de méfiance envers la direction, ce qui peut nuire au moral et à l'efficacité du personnel.

Sur le plan externe, des défis spécifiques tels que le recrutement, la localisation géographique et l'évolution démographique influencent également la situation de chaque établissement. Par exemple, EHPAD 1 et 2 font face à des difficultés de recrutement dues respectivement à une mauvaise réputation locale et à une forte concurrence régionale, tandis qu'EHPAD 3 et 4, situés en milieu rural, peuvent avoir des défis liés à l'accessibilité. L'augmentation de la dépendance de la population dans chaque établissement suggère que la charge de travail du personnel va probablement augmenter, ce qui pourrait nécessiter une planification et des ressources supplémentaires. En réponse à la pandémie de Covid-19, chaque établissement a adopté des approches variées, allant des changements organisationnels à la sectorisation, en passant par l'assumption de responsabilités supplémentaires par le personnel infirmier. Il serait utile d'évaluer l'efficacité de ces mesures dans la gestion de la crise et leur impact sur le personnel et les résidents.

En somme, cette analyse montre une image complexe du contexte de chaque établissement, illustrant la nécessité d'une gestion des ressources humaines sensible au contexte qui tient compte des défis et opportunités uniques de chaque établissement. Pour améliorer la satisfaction des employés et la qualité des soins dans chaque établissement, il serait bénéfique de s'attaquer aux problèmes d'instabilité du leadership et de communication, tout en tenant compte des défis externes spécifiques tels que le recrutement et l'évolution démographique. En outre, une évaluation plus approfondie de la réponse de chaque établissement à la Covid-19 pourrait offrir des insights précieux pour la gestion future des crises.

Synthèse 5.1 :

Les quatre EHPAD présentent une diversité de contextes influençant fortement leur fonctionnement.

Le premier EHPAD, de petite taille, souffre d'un manque de ressources matérielles et d'unités protégées, avec une instabilité notable au niveau de la direction.

L'EHPAD 2, acquis par un groupe privé, connaît des inquiétudes suite au changement de direction et des problèmes de communication internes. Il subit également une forte concurrence due à son emplacement en IDF.

Le troisième EHPAD, de petite taille et de statut public, tend vers la mutualisation/rattachement, malgré une instabilité directionnelle et un environnement familial fort.

Enfin, l'EHPAD 4, ancien foyer logement, est inadapté à la population qu'il accueille et fait face à des problèmes de communication internes et un manque de confiance envers la direction. Tous sont confrontés à une augmentation de la charge de travail due à une population de plus en plus dépendante, avec des réponses variées à la Covid-19. Ces différents contextes exigent une gestion des ressources humaines sensible et adaptée, tenant compte de l'unicité de chaque établissement.

IV.5.2. Analyse Comparative de la Division du Travail dans les EHPAD : Une Approche Basée sur la Théorie de Mintzberg

L'organisation et la division du travail dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) constituent des piliers essentiels pour garantir la qualité des soins aux résidents et pour assurer un environnement de travail efficient et équilibré pour les professionnels de santé. Ces organisations, dotées d'une multiplicité de profils professionnels et d'enjeux spécifiques, nécessitent une organisation pour répondre aux besoins de leurs résidents tout en préservant le bien-être et la satisfaction professionnelle de leurs employés. À partir du cadre conceptuel fourni par la théorie de Mintzberg, nous nous penchons sur la structure organisationnelle de quatre EHPAD distincts, en mettant l'accent sur quatre indicateurs majeurs : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure et le support logistique. Cette analyse nous permettra d'identifier les atouts, les défis et les points de divergence entre ces établissements, fournissant ainsi des informations précieuses pour les chercheurs, les professionnels et les décideurs en matière de gestion des ressources humaines dans le domaine de la gériatrie.

Tableau 20 : Analyse comparative de la division du travail dans chaque EHPAD.

Indicateur	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4
<u>Sommet stratégique</u>	Direction non soignante, manque de légitimité	Directrice soignante, manque de délégation	Direction avec expérience sanitaire et grande distribution	Fonctionnement familial, direction proche des salariés
<u>Ligne hiérarchique</u>	Manque d'encadrement, conflit générationnel	Infirmière et IDEC dans le rôle d'encadrement, tension dans les tâches	Cadre de santé avec légitimité, infirmiers prennent en compte PAP et environnement	IDE vue comme collègue, réticence à endosser le rôle hiérarchique
<u>Centre opérationnel</u>	Manque de formation, tâches centrées sur le social, manque d'autonomie	Manque de socialisation, rigidité des horaires	Manque de diplôme chez les ASH, travail à la chaîne, besoin de management de proximité	IDE et AS autonomes, difficulté de recrutement, conditions de travail en 8h
<u>Technostructures</u>	Communication indirecte de la directrice, passage par les infirmières	IDEC joue un rôle clé	Proximité géographique facilitant la communication	Fonctionnement administratif, relation avec autorités de tutelle
<u>Support logistique</u>	ASH faisant fonction, pas de soutien identifié	Psychologue support pour la communication et la compréhension Serveuses pour alléger le travail des AS	Manque de soutien des autres services	Support complète la prise en charge sociale et émotionnelle, relations compliquées entre animation et PS

Les indicateurs communs utilisés sont basés sur les quatre composantes de la théorie de Mintzberg.

D'après les données recueillies et l'analyse effectuée en utilisant le cadre de Mintzberg, on peut constater que les quatre EHPAD étudiés présentent une variété de forces et de défis en ce qui concerne la division du travail.

- Dans le sommet stratégique, les EHPAD 2 et 3 bénéficient d'une direction avec une expérience soignante qui permet de comprendre les défis spécifiques du travail en EHPAD. Cependant, il est essentiel pour ces directions de faire preuve de capacités de délégation et de gestion efficace, comme dans le cas de l'EHPAD 2, où la directrice semble avoir des difficultés à déléguer à son IDEC. Il est possible d'observer une certaine déviance chez les aides-soignants à l'égard des directeurs qui ne sont pas issus de la culture soignante. Cela est illustré dans le cas de l'EHPAD 1, où la directrice, manquant de légitimité aux yeux de certains membres de l'équipe en raison de l'absence de diplôme dans le domaine soignant et d'expérience pertinente, peut rencontrer des difficultés dans la coordination des activités.
- Concernant la ligne hiérarchique, il y a un besoin évident de renforcer le rôle des infirmières et des cadres de santé comme des leaders au sein des équipes, comme cela se produit dans L'EHPAD 1, 2 et 3. Cependant, il faut veiller à éviter des situations comme dans l'EHPAD 4 où les IDE sont vues plus comme des collègues que comme des superviseurs.
- Au niveau du centre opérationnel, il est crucial de prendre en compte les besoins sociaux des résidents et de fournir une formation adéquate au personnel pour leur permettre de s'adapter aux demandes variées de leur travail et aux évolutions du secteur du médico-social. Cela implique également de réévaluer les horaires de travail, comme dans l'EHPAD 2, pour éviter la rigidité et permettre une plus grande autonomie du personnel.
- La technostructure semble jouer un rôle clé dans la facilitation de la communication et la coordination entre les différents niveaux de l'organisation. Des exemples positifs peuvent être trouvés dans l'EHPAD 2 avec l'IDEC jouant un rôle clé, et dans l'EHPAD 3 où la proximité géographique facilite la communication.
- Enfin, le support logistique doit être renforcé pour soutenir les équipes soignantes. Le rôle des psychologues dans l'EHPAD 2 est un bon exemple de ce support. Cependant, il est également important de résoudre les tensions existantes entre les différents services, comme l'illustre l'EHPAD 4.

Dans l'ensemble, il est clair que chaque EHPAD pourrait bénéficier d'une amélioration de la communication, d'une clarification des rôles et des responsabilités, et d'un renforcement des supports logistiques. En fin de compte, la mise en œuvre de ces améliorations contribuera à améliorer la qualité des soins fournis aux résidents.

Synthèse :

D'après la théorie de Mintzberg, les quatre EHPAD présentent une variété de forces et de défis dans la division du travail. Le sommet stratégique est variable, avec une direction soignante pour certains (EHPAD 2, 3) et des défis de légitimité ou de délégation pour d'autres (EHPAD 1, 2).

Les problèmes dans la ligne hiérarchique incluent le manque d'encadrement (EHPAD 1), la tension entre les rôles (EHPAD 2) et une réticence à endosser le rôle hiérarchique (EHPAD 4).

Les problèmes opérationnels englobent la formation, l'autonomie, la socialisation et les conditions de travail.

Les technostructures présentent des défis de communication (EHPAD 1, 2), mais sont facilitées par la proximité géographique (EHPAD 3).

En termes de support logistique, la plupart des EHPAD bénéficient de psychologues en soutien (EHPAD 2), mais le manque de soutien identifié (EHPAD 1, 3) et les relations compliquées (EHPAD 4) sont des problèmes.

En conclusion, Il semble que chaque EHPAD ait ses propres forces et faiblesses en matière de division du travail. La structure organisationnelle de Mintzberg offre un cadre utile pour comprendre ces différences et peut aider à identifier les domaines qui nécessitent des améliorations. L'analyse suggère que l'amélioration de la communication, la clarification des rôles et des responsabilités, le renforcement des supports logistiques et une formation plus axée sur la gestion pour le personnel soignant pourraient aider à améliorer la qualité des soins dans ces EHPAD.

IV.5.3. Analyse Comparative de la Coordination des Activités dans les EHPAD à travers la Typologie de Mintzberg

Le concept de coordination du travail, essentiel au bon fonctionnement de toute organisation, prend une dimension particulière dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). La complexité des tâches à réaliser, la multiplicité des acteurs impliqués, ainsi que la variabilité des besoins des résidents rendent cette coordination d'autant plus cruciale. Henry Mintzberg, à travers sa typologie des structures organisationnelles, offre un cadre pertinent pour analyser comment différents EHPAD coordonnent leurs activités. En examinant la communication, le rôle du directeur, l'utilisation des outils de gestion ou encore la manière dont le travail est organisé, nous cherchons à comprendre comment chaque EHPAD s'adapte (ou non) aux exigences de son environnement. Ce prisme nous permet de mettre en lumière les points forts et les faiblesses de chaque établissement, et de dégager des tendances ou des recommandations pertinentes pour l'ensemble du secteur.

Tableau 21 : récapitulatif comparatif basé sur les 5 modes de coordination de Mintzberg

Modes de coordination	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4
<u>Supervision directe</u>	Directrice a du mal à déléguer; Management trop vertical	Directrice trop directive; employés résolvent leurs problèmes sans se référer à la direction	Direction décentralisée; grande autonomie pour l'équipe	Directeur est une personne ressource; recherche active de financement
<u>Standardisation des tâches</u>	Manque de méthodes et outils efficaces; mauvaise appréhension des nouvelles procédures	Utilisation d'outils de coordination mais perception négative des outils de gestion	Tâches strictement organisées; risque de routine	Absence de qualicien pour mettre en œuvre des protocoles
<u>Standardisation des compétences</u>	Manque de compétences encadrantes; difficulté à déléguer	Compétences limitées par la sectorisation	Recrutement des personnels de santé basé sur le caractère	Approche participative pour impliquer les salariés dans les projets
<u>Standardisation des résultats</u>	Outils d'évaluation mal connus ou mal utilisés	Perception que les outils de mesure ne reflètent pas la charge de travail	Difficulté à adapter et à former sur le logiciel de suivi	Indicateurs ne reflètent pas toujours la réalité des besoins des résidents et du personnel
<u>Ajustement mutuel</u>	Tensions entre soignants et infirmières; hésitations à partager avec les responsables	Coopération limitée en raison de contraintes de temps et de ressources	Bonne entente entre infirmières et soignants; résolution des problèmes en interne	Déficit de ressources humaines; le directeur et le coordinateur travaillent en binôme

Ce tableau donne une vue comparative des EHPAD basée sur les 5 modes de coordination de Mintzberg.

On peut constater que chaque EHPAD a des forces et des faiblesses différentes en ce qui concerne les modes de coordination de Mintzberg.

- **Supervision directe** : Les EHPAD 1 et 2 semblent avoir des problèmes de supervision directe, ce qui peut entraver la communication et l'efficacité de l'équipe. À l'inverse, les EHPAD 3 et 4 semblent mieux gérer ce mode de coordination, ce qui peut conduire à un environnement de travail plus équilibré.
- **Standardisation des tâches** : Tous les EHPAD ont des difficultés à standardiser leurs tâches, que ce soit en raison d'une mauvaise appréhension des nouvelles procédures, d'une perception négative des outils de gestion ou de l'absence de personnel qualifié pour mettre en œuvre des protocoles.
- **Standardisation des compétences** : Tandis que l'EHPAD 3 semble accorder une grande importance à la personnalité dans le recrutement, l'EHPAD 4 favorise une approche participative pour impliquer les employés dans les projets. Les EHPAD 1 et 2, en revanche, semblent manquer de compétences encadrantes, ce qui peut limiter leur capacité à déléguer.
- **Standardisation des résultats** : Tous les EHPAD rencontrent des problèmes en ce qui concerne la standardisation des résultats, que ce soit en raison de difficultés d'utilisation des outils d'évaluation, de pressions pour de meilleurs résultats malgré le manque de temps pour actualiser les indicateurs ou de la perception que les indicateurs ne reflètent pas la réalité des besoins des résidents et du personnel.
- **Ajustement mutuel** : L'EHPAD 3 semble être le plus performant en termes d'ajustement mutuel, avec une bonne entente entre infirmières et soignants et une résolution des problèmes en interne. Cependant, les autres EHPAD semblent rencontrer des difficultés, que ce soit en raison de tensions entre les employés ou de déficits de ressources humaines.

En conclusion, chaque EHPAD a des domaines dans lesquels il excelle et des domaines qui nécessitent une amélioration. Il semble que la standardisation des tâches et des résultats pose des problèmes dans tous les EHPAD, ce qui pourrait être un domaine d'intérêt pour de futures recherches ou des interventions pour améliorer les pratiques de gestion. L'ajustement mutuel et la supervision directe sont également des domaines clés qui pourraient être améliorés dans plusieurs EHPAD.

Synthèse :

Notre analyse de la coordination organisationnelle des EHPAD révèle une diversité de pratiques et de résultats. La supervision directe est excellente dans les EHPAD 3 et 4, mais insuffisante dans les EHPAD 1 et 2.

La standardisation des tâches se heurte à des difficultés communes, souvent liées à des problèmes d'adaptation et de manque de personnel. La standardisation des compétences fait apparaître des différences importantes entre les établissements, les EHPAD 1 et 2 ayant des difficultés à mettre en place des procédures d'encadrement efficaces, alors que les EHPAD 3 et 4 mettent l'accent sur des approches respectivement personnalisées et participatives.

Les résultats standardisés sont un défi commun, indiquant la nécessité d'une meilleure utilisation des outils d'évaluation et de réaligner les objectifs avec les besoins sur le terrain. L'ajustement mutuel est le mieux géré dans l'EHPAD 3, alors que les autres établissements montrent des tensions internes qui entravent leur performance. En somme, une attention ciblée à ces aspects de coordination peut aider à améliorer la performance globale de ces établissements.

IV.5.4. Analyse Comparative des Comportements de Retrait et des Défis GRH dans quatre EHPAD

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) représentent un environnement de travail complexe, où les défis en matière de gestion des ressources humaines (GRH) se manifestent avec acuité. Cette complexité provient à la fois des exigences liées à la prise en charge des personnes âgées et de l'évolution des besoins des professionnels de santé. L'analyse comparative présentée ci-après explore les comportements de retrait observés dans quatre EHPAD différents, offrant une vision panoramique des problématiques et des enjeux de GRH dans ce secteur. De l'absentéisme au turnover, en passant par les problèmes interpersonnels, cette étude souligne la diversité des facteurs influençant ces comportements et met en évidence la nécessité d'approches adaptées et ciblées pour y répondre efficacement.

En confrontant les situations propres à chaque EHPAD, nous discernons non seulement des points communs mais également des spécificités liées à leur contexte opérationnel et organisationnel. L'objectif de cette partie est de fournir une compréhension approfondie des défis rencontrés, afin de proposer ultérieurement des pistes d'intervention pertinentes pour améliorer la GRH dans le milieu des EHPAD.

Facteurs/Critères	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4
<u>Absentéisme</u>	Arrêt après conflit/avertissement, démission	Maladie, arrêt de convenance (tensions internes)	Analyse annuelle; Absentéisme des anciens vs. des jeunes; Absentéisme des remplaçants; Arrêt de convenance; Charge de travail	Mal de dos, blessures, épuisement suite au Covid, remplacement collègue, accident du travail; Tensions internes; Pas de distinction claire entre les causes
<u>Turnover</u>	Manque d'adhésion aux valeurs, soucis d'intégration, relations interpersonnelles, concurrence territoriale	Changement de direction Désaccord, non-communication avec la direction	Problèmes hiérarchiques, manque de sens, non-reconnaissance, conflits inter et intra-équipes; distance géographique	Déception professionnelle Changement de cadre et management; Conflits IDE/AS; Déception professionnelle
<u>Stratégies pour lutter</u>	Changement IDE entre les deux équipes. Recherche active IDEC	Reconstitution des équipes	Suivi absentéisme; Remplacement par titulaires proches = surcharge; Fonctionnement en sous-effectif; Pool remplacement/intérim	Suivi de l'absentéisme sans distinction entre causes Pool remplacement/intérim
<u>Problèmes Interpersonnels</u>	Oui (conflit, relation vie privée/pro)	Oui (tensions internes)	Épuisement/stress à cause de l'égoïsme, détérioration du climat social, conflits inter et intra-équipes, problèmes liés à la hiérarchie; Réunions inutiles	Tensions entre collègues, rumeurs, différence de valeurs
<u>Zones géographiques</u>	Concurrence sur le territoire	Mal desservie, temps de trajet, coût de la vie	Distance géographique	Non mentionné
<u>Autres</u>	Perception d'injustice		Reconnaissance du travail non faite, projets non aboutis	Pénibilité du travail; Charge croissante liée à la dépendance des usagers

Tableau 22 : Tableau comparatif concernant les comportements de retrait dans différents EHPAD.

- **Absentéisme :**

Dans les EHPAD, l'absentéisme est une préoccupation majeure, mais ses causes varient selon les établissements. Chez **EHPAD 1**, l'absentéisme découle principalement de conflits et d'avertissements. Ce phénomène suggère non seulement des problèmes interpersonnels prévalents mais éventuellement une insuffisance dans la gestion de ces conflits. **EHPAD 2**, en revanche, est confronté à un absentéisme motivé par des raisons de santé et de convenance, éventuellement révélant des problèmes sous-jacents de bien-être au travail ou des tensions au sein de l'établissement. **EHPAD 3** montre une approche différente, adoptant une analyse annuelle proactive de l'absentéisme. C'est dans cet établissement que l'on observe une disparité frappante entre l'absentéisme des employés plus âgés (qui est relativement moindre) et celui des plus jeunes. Enfin, **EHPAD 4** identifie diverses raisons pour l'absentéisme, mais sans distinction claire entre elles, rendant potentiellement difficile la mise en place de mesures adaptées.

- **Turnover :**

Le turnover dans les EHPAD est également une indication des défis GRH. **EHPAD 1** et **EHPAD 2** connaissent des taux de turnover élevés, bien que pour des raisons différentes. Alors que le premier établissement semble souffrir de problèmes d'intégration et de désalignement des valeurs, le second indique une non-communication avec la direction, ce qui suggère des problèmes de gestion et de communication. Étonnamment, **EHPAD 3** ne mentionne pas le turnover. **EHPAD 4**, sans données précises, montre néanmoins un turnover significatif.

- **Problèmes Interpersonnels :**

Quasiment tous les établissements déclarent des problèmes interpersonnels. Ces problèmes varient, allant de simples tensions à des problèmes plus complexes comme la détérioration du climat social, particulièrement marqué dans l'**EHPAD 3**.

- **Zones Géographiques :**

Les défis géographiques ne sont pas uniformément ressentis. Tandis que l'**EHPAD 2** et l'**EHPAD 3** mentionnent des problèmes géographiques, les autres établissements n'y font pas référence. Ces défis peuvent influencer sur l'accessibilité de l'établissement et poser des problèmes lors du recrutement.

- **Autres :**

Certains défis ne se classent pas aisément dans des catégories standard. Par exemple, l'**EHPAD 1** met en évidence une perception d'injustice parmi les employés. De plus, tant l'**EHPAD 3** que l'**EHPAD 4** soulignent des problèmes relatifs à la reconnaissance du travail et à la pénibilité, des éléments qui peuvent grandement influencer la satisfaction et la motivation des employés.

En somme, chaque EHPAD présente une mosaïque unique de défis en matière de GRH. Qu'il s'agisse de problèmes de justice organisationnelle, de communication, de reconnaissance ou des conséquences d'une pandémie mondiale, chaque établissement nécessite une attention spécifique. Cette analyse comparative met en lumière la nécessité d'approches adaptées pour chaque EHPAD tout en reconnaissant des problématiques communes, telles que les tensions interpersonnelles et la nécessité d'une meilleure communication.

- **EHPAD 1** illustre une situation où la perception d'injustice joue un rôle clé dans les comportements de retrait. Cette perception, couplée à des problèmes interpersonnels, suggère un climat organisationnel tendu. Une amélioration de la gestion des conflits et de la communication pourrait aider à atténuer ces comportements.
- **EHPAD 2** est confronté à des défis en matière de communication interne et de bien-être. Le manque de dialogue entre la direction et les employés pourrait exacerber les tensions existantes. Il est essentiel pour cet établissement d'établir des canaux de communication ouverts et efficaces.
- **EHPAD 3** adopte une approche proactive pour traiter l'absentéisme avec un suivi régulier. Toutefois, malgré cette stratégie, il est confronté à des défis interpersonnels et à une reconnaissance insuffisante du travail. Cela souligne l'importance d'une approche holistique qui va au-delà du simple suivi et aborde également les questions culturelles et de reconnaissance.
- **EHPAD 4** met en lumière les défis de l'analyse de l'absentéisme sans une distinction claire de ses causes. Bien que les symptômes soient clairement présents, le manque de données précises pourrait entraver les efforts de résolution.

Globalement, ces EHPAD, bien que confrontés à des défis variés, ont tous en commun des problèmes interpersonnels et des questions de bien-être au travail. Pour remédier à ces comportements de retrait, il est essentiel de créer un environnement de travail soutenant, de reconnaître les efforts des employés et de favoriser une communication ouverte. Des interventions ciblées, adaptées à chaque contexte EHPAD, combinées à des stratégies globales de gestion des ressources humaines, pourraient contribuer à réduire ces comportements et à améliorer le bien-être général des employés.

Synthèse :

Les comportements de retrait au travail, visibles à travers les différents EHPAD étudiés, offrent un éclairage sur la complexité des défis auxquels le secteur est confronté en matière de gestion des ressources humaines.

L'**EHPAD 1** est marqué par des tensions interpersonnelles et une perception d'injustice, alors que l'**EHPAD 2** souffre d'un déficit de communication interne. Malgré une approche proactive de l'**EHPAD 3**, des questions relatives à la reconnaissance du travail et aux problèmes interpersonnels persistent.

Enfin, l'approche non discriminante de l'**EHPAD 4** en matière d'analyse de l'absentéisme indique un besoin d'approfondissement de la compréhension des causes sous-jacentes. Ensemble, ces établissements révèlent un besoin crucial de stratégies GRH centrées sur le bien-être, la reconnaissance, la communication et l'adaptabilité aux contextes spécifiques pour contrer efficacement les comportements de retrait.

IV.5.5. Profil d'implication

Dans cette section, nous explorerons l'implication professionnelle et organisationnelle au sein de différents établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en mettant en lumière les dimensions affective, normative et continue qui caractérisent l'attachement des employés à leur métier et à leur lieu de travail. À travers une analyse détaillée des profils d'implication, nous identifierons les points forts et les défis rencontrés, ainsi que les recommandations stratégiques pour optimiser l'engagement et la satisfaction des personnels, contribuant ainsi à une meilleure performance organisationnelle et une qualité de soins accrue.

IV.5.5.1. Analyse Globale EHPAD 1 :

La section suivante explore les différentes facettes de l'implication professionnelle et organisationnelle au sein de l'EHPAD 1. Nous aborderons la passion des employés pour leur travail, leur sens du devoir, ainsi que l'importance qu'ils accordent à la stabilité professionnelle. Nous examinerons également les défis rencontrés, tels que le stress professionnel, et proposerons des recommandations visant à améliorer la communication, le soutien émotionnel et la satisfaction au travail. Enfin, nous soulignerons comment l'implication professionnelle peut influencer l'implication organisationnelle, et l'importance de créer un environnement de travail positif.

Implication Professionnelle :

- **Dimension affective** : L'implication professionnelle des personnes interviewées est caractérisée par leur affection et passion pour leur travail, la satisfaction qu'elles tirent de l'aide qu'elles apportent aux autres, et leur attachement à la relation d'aide. Beaucoup soulignent l'importance du sens de leur travail, de la reconnaissance de leur rôle émotionnel et des valeurs professionnelles.
- **Dimension normative** : Certains employés mentionnent un sens du devoir et des obligations professionnelles, tandis que d'autres sont prêts à assumer des rôles supplémentaires pour des opportunités professionnelles.
- **Dimension continue** : L'évaluation des coûts d'un changement de carrière est fréquemment mentionnée. Beaucoup soulignent la difficulté de changer de profession, l'équilibre travail-vie personnelle, et les avantages à long terme et le développement professionnel.

Implication Organisationnelle :

- **Dimension affective** : Beaucoup mentionnent leur attachement émotionnel à l'organisation, ainsi que le sentiment d'appartenance. Cependant, il existe aussi des signes d'insatisfaction, de tensions et de malaise vis-à-vis de l'organisation, en particulier concernant la gestion des résidents et des collègues.

- **Dimension normative** : Plusieurs évoquent un sentiment d'obligation morale envers les résidents et l'acceptation des normes organisationnelles. Ils valorisent également leur relation avec la direction.
- **Dimension continue** : L'analyse des coûts et des avantages de rester au sein de l'organisation est fréquemment abordée. Les considérations incluent les avantages financiers, l'équilibre travail-vie personnelle et les coûts potentiels de quitter l'organisation.

Points forts :

- Passion et affection pour le travail.
- Fort attachement émotionnel à la profession et à l'organisation.
- Sens du devoir et responsabilité éthique élevés.
- Reconnaissance des avantages à long terme du travail et du développement professionnel.

Défis :

- Tensions, frustrations et stress professionnels.
- Problèmes de communication et d'interaction avec les collègues.
- Épuisement émotionnel.
- Désaccords ou insatisfactions vis-à-vis de la gestion de l'organisation.

Recommandations :

- Formation et développement : Organiser des sessions de formation pour améliorer la communication et l'interaction entre les collègues.
- Soutien émotionnel : Mettre en place des programmes de soutien pour gérer le stress et l'épuisement émotionnel.
- Feedback et communication : Organiser des sessions de feedback régulières entre la direction et les employés pour discuter des préoccupations et des suggestions d'amélioration.

Relation entre l'Implication professionnelle et l'Implication organisationnelle :

Il est évident que lorsque les employés se sentent émotionnellement connectés à leur profession, ils sont également plus susceptibles de ressentir un attachement émotionnel envers l'organisation. Toutefois, l'insatisfaction vis-à-vis de la gestion de l'organisation peut diminuer cette implication organisationnelle, même si l'implication professionnelle reste élevée.

Analyse globale et recommandation :

Il est crucial pour l'organisation de maintenir un environnement de travail positif où les employés se sentent valorisés et soutenus. En répondant aux préoccupations des employés et en investissant dans leur développement professionnel, l'organisation peut renforcer à la fois l'implication professionnelle et organisationnelle. De plus, une meilleure communication et une meilleure prise en compte des besoins émotionnels des employés peuvent contribuer à une meilleure satisfaction au travail et à une réduction de l'épuisement.

IV.5.5.2. Analyse Globale EHPAD 2

Cette partie examine en détail l'implication professionnelle et organisationnelle au sein de l'EHPAD 2, en soulignant les trois dimensions clés: affective, normative et calculée. Nous discuterons du fort attachement émotionnel des employés à leur travail et à leur organisation, des valeurs partagées, ainsi que des défis liés à la progression de carrière et aux considérations logistiques. En nous appuyant sur cette analyse, nous identifierons les points forts, les défis, et proposerons des recommandations axées sur le développement professionnel, la reconnaissance, et des solutions logistiques pour favoriser la rétention des employés et renforcer leur satisfaction.

Implication Professionnelle:

L'implication professionnelle se manifeste à travers trois dimensions: affective, normative et calculée.

- **Dimension Affective:** Une passion et un attachement émotionnel pour le travail avec les personnes âgées est constante parmi tous les interviewés. L'implication et le désir d'excellence dans le soin, ainsi que l'alignement des valeurs professionnelles et personnelles, sont également manifestes.
- **Dimension Normative:** La majorité des personnes interrogées valorise l'apprentissage continu, la protection des résidents, et l'évolution professionnelle. De plus, ils reconnaissent l'importance de la formation et du développement des compétences.
- **Dimension Continue:** La continuité professionnelle et les opportunités de développement de carrière sont importantes pour la plupart des interviewés.

Implication Organisationnelle:

L'implication organisationnelle est également analysée à travers les mêmes trois dimensions.

- **Dimension Affective:** L'attachement émotionnel à l'organisation, l'équipe et le travail avec les résidents est évident chez tous. L'importance de la confiance envers l'organisation et les collègues, ainsi que le sentiment d'appartenance, sont des facteurs clés.

- **Dimension Normative:** Il y a un respect manifeste pour les normes et les attentes de l'organisation, ainsi qu'un fort sentiment d'obligation morale envers l'organisation, ses résidents, et les familles aidées.
- **Dimension Continue:** La sécurité financière, le salaire et les considérations liées au temps de trajet influencent la volonté de rester dans l'organisation.

Points forts:

- Attachement émotionnel fort à la profession et à l'organisation.
- Reconnaissance de l'importance de la formation continue.
- Bonne communication et relations interpersonnelles au sein de l'organisation.

Défis:

- Certains expriment des regrets concernant les opportunités de carrière manquées.
- Les considérations logistiques, comme le temps de trajet, sont des facteurs influençant la rétention.

Relation entre l'Implication professionnelle et l'Implication organisationnelle :

Il existe une relation claire entre l'implication professionnelle et organisationnelle. Lorsque les employés se sentent épanouis et valorisés dans leur profession, ils tendent également à se sentir plus impliqués dans l'organisation. Cependant, des facteurs tels que la reconnaissance, la communication et la localisation de l'organisation peuvent influencer cette relation.

Recommandations :

- **Développement professionnel:** Offrir davantage d'opportunités de formation continue et de progression de carrière pour maintenir et augmenter l'implication professionnelle.
- **Reconnaissance et récompense:** Mettre en place des programmes de reconnaissance pour valoriser les efforts des employés et renforcer leur attachement émotionnel à l'organisation.
- **Facilités logistiques:** Revoir les horaires, offrir des solutions de transport ou envisager des aménagements pour les employés qui ont des temps de trajet importants pour améliorer la rétention.

Analyse Globale et Recommandation :

L'EHPAD 2 bénéficie d'employés passionnés et dévoués. Cependant, pour garantir leur implication à long terme, tant au niveau professionnel qu'organisationnel, il est essentiel de répondre à leurs besoins, d'offrir des opportunités de croissance et de garantir un environnement de travail qui valorise et soutient leurs efforts.

IV.5.5.3. Analyse Globale EHPAD 3 :

Cette partie propose une analyse approfondie de l'implication professionnelle et organisationnelle dans l'EHPAD 3, mettant en lumière les points communs entre les employés ainsi que les différences liées aux profils individuels. Nous examinerons les dimensions affective, normative et continue, qui reflètent le fort attachement émotionnel des employés à leur profession, les conflits de valeurs potentiels, et l'évaluation des coûts et des avantages liés à l'emploi. En identifiant les points forts et les défis rencontrés, cette section fournit des recommandations visant à renforcer la formation continue, promouvoir un meilleur équilibre travail-vie personnelle, et améliorer la communication pour favoriser une implication durable et une satisfaction accrue.

Implication Professionnelle :

- **Dimension Affective** : Un attachement émotionnel fort à la profession est notable chez tous les employés. Ils expriment une passion et un intérêt pour leur travail, soulignant souvent la satisfaction et le sens trouvés dans le travail.
- **Dimension Normative** : Il y a une mixité dans cette dimension. Alors que certains ressentent une obligation envers leur profession, d'autres montrent une faible obligation ou une monotonie.
- **Dimension Continue** : La majorité des employés évalue les coûts et les avantages de leur profession, et considère des facteurs tels que la stabilité de l'emploi, les avantages financiers, et les coûts personnels pour rester dans la profession.

Implication Organisationnelle :

- **Dimension Affective** : L'attachement à l'organisation est présent, avec un accent sur les relations avec les collègues et un attachement émotionnel à l'organisation elle-même.
- **Dimension Normative** : Une adhésion aux valeurs organisationnelles et un sens du devoir envers l'organisation sont observés. Les employés valorisent la disponibilité, l'attachement à l'équipe, et le respect de la hiérarchie.
- **Dimension Continue** : Les employés évaluent les avantages pratiques de travailler dans leur organisation spécifique, considérant des éléments tels que la distance, les avantages financiers, et les opportunités de carrière.

Points forts :

- **Attachement émotionnel fort** : Tant à la profession qu'à l'organisation.
- **Évaluation continue** : Les employés réfléchissent activement à leur rôle et aux avantages/désavantages associés.
- **Solidarité organisationnelle** : Plusieurs employés apprécient la solidarité et l'aspect familial de l'organisation.

Défis :

- **Contraintes et exigences** : Certains employés ressentent des pressions liées à l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, ainsi que les horaires de travail.
- **Monotonie du travail** : Certains employés ressentent une monotonie ou une faible obligation envers leur profession.
- **Conflits de valeurs** : Certains employés expriment une incompatibilité entre leurs valeurs personnelles et les tâches qu'ils effectuent.

Recommandations :

- **Renforcer la formation continue** : Aider les employés à rester impliqués et à trouver du sens dans leur travail.
- **Promouvoir l'équilibre travail-vie** : Offrir une flexibilité dans les horaires, le télétravail si possible, et les pauses pour prévenir l'épuisement professionnel.
- **Renforcer la communication** : Assurer une communication ouverte entre les employés et la direction pour discuter des défis et trouver des solutions collaboratives.

Relation entre l'Implication Professionnelle et l'Implication Organisationnelle :

Il est clair que l'attachement émotionnel à la profession est étroitement lié à l'attachement émotionnel à l'organisation. Si les employés sont satisfaits et trouvent un sens à leur profession, ils sont également plus susceptibles de s'attacher à leur organisation.

Inversement, un faible sentiment d'obligation ou de monotonie dans la profession peut potentiellement se traduire par un sentiment similaire envers l'organisation.

Analyse Globale et Recommandation :

L'EHPAD 3 semble avoir une forte implication professionnelle et organisationnelle de ses employés, ce qui est un atout majeur. Cependant, des améliorations peuvent être apportées pour s'attaquer aux défis identifiés, renforçant ainsi l'implication et la satisfaction globales des employés.

IV.5.5.4. Analyse Globale EHPAD 4 :

Cette section présente une analyse globale de l'implication professionnelle et organisationnelle au sein de l'EHPAD 4, mettant en évidence le fort attachement émotionnel des employés à leur profession, le respect des normes professionnelles, et la façon dont ces aspects se reflètent dans leur relation avec l'organisation. Nous examinerons également les défis, tels que la pression émotionnelle liée au travail, et proposerons des recommandations pour renforcer la formation continue, créer un environnement de travail positif, et établir des

entretiens d'évaluation réguliers. La relation entre l'implication professionnelle et organisationnelle sera discutée, montrant comment une forte implication dans un domaine peut influencer positivement l'autre. Des suggestions pour soutenir ces connexions et améliorer la satisfaction professionnelle sont également fournies.

Implication Professionnelle:

L'implication professionnelle est un sentiment psychologique qui lie un individu à sa profession. Elle est caractérisée par trois dimensions : affective, normative et calculée.

- **Dimension affective:** Toutes les personnes interrogées ont exprimé un fort attachement émotionnel à leur rôle professionnel, ce qui reflète une passion et une implication pour leur travail.
- **Dimension normative:** Un sentiment de devoir et de respect des normes professionnelles est également évident chez tous les participants. Il est également clair que le besoin d'améliorer continuellement ses compétences est primordial.
- **Dimension continue:** La plupart des participants évaluent positivement leur progression professionnelle et envisagent leur avenir au sein de la profession, à l'exception d'IDE_07 qui évalue les avantages et inconvénients de sa formation.

Implication Organisationnelle:

L'implication organisationnelle reflète l'attachement d'un employé à son organisation. Elle se divise également en trois dimensions : affective, normative et calculée.

- **Dimension affective:** Tous les participants montrent un lien émotionnel fort avec leur organisation. Cela se manifeste par la satisfaction dans leur travail, l'attachement à l'équipe et l'organisation, et un sentiment de fierté.
- **Dimension normative:** Plusieurs participants expriment un sentiment de loyauté ou de dette envers leur organisation, avec un accent particulier sur le bien-être des résidents.
- **Dimension continue:** Les participants évaluent les avantages de rester dans l'organisation, en mettant l'accent sur l'atmosphère et les interactions sur le lieu de travail.

Points forts:

- Implication émotionnelle forte envers la profession et l'organisation.
- Fort sentiment de devoir professionnel et organisationnel.
- Reconnaissance et appréciation des normes professionnelles et organisationnelles.

Défis:

- L'équilibre entre l'implication professionnelle et organisationnelle peut être perturbé en raison de la pression professionnelle (par exemple, le coût émotionnel du travail pour AS_05).
- L'attachement à l'organisation peut dépendre fortement de l'environnement de travail, des interactions et de la reconnaissance (comme l'a montré IDE_07).

Recommandations:

- **Renforcer la formation continue:** Offrir des formations régulières pour améliorer les compétences professionnelles.
- **Favoriser un environnement de travail positif :** Organiser des activités de team building, encourager la reconnaissance mutuelle entre les collègues.
- **Évaluation régulière:** Mettre en place des entretiens d'évaluation réguliers pour discuter des aspirations professionnelles et des besoins organisationnels.

Relation entre l'Implication professionnelle et l'Implication organisationnelle:

L'implication professionnelle et organisationnelle sont étroitement liées. Un fort sentiment d'implication professionnelle peut renforcer l'attachement à l'organisation. Par exemple, un employé passionné par son rôle (implication professionnelle) peut également ressentir un fort attachement à l'organisation qui lui permet de remplir ce rôle (implication organisationnelle).

Dans cette étude, il est évident que ceux qui ont une forte implication professionnelle ont également une implication organisationnelle élevée. Ceci est clairement illustré par AS_05, AS_06 et AS_07. Cependant, il peut y avoir des exceptions, comme IDE_07, où malgré une forte implication professionnelle, l'implication organisationnelle est moindre.

Analyse Globale et Recommandation :

L'implication professionnelle et organisationnelle joue un rôle crucial dans la satisfaction professionnelle et la rétention des employés. Les EHPAD doivent reconnaître et valoriser ces implications pour assurer un environnement de travail harmonieux et productif. Des mesures proactives pour renforcer l'implication, tant au niveau professionnelle qu'organisationnelle, peuvent aider à améliorer la qualité des soins fournis aux résidents.

Tableau 23 : Tableau comparatif des profils d'implication selon la théorie d'Allen et Meyer dans différents EHPAD.

Dimensions d'Implication	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4
<u>Implication Professionnelle</u>				
Affective	Passion, satisfaction, sens	Passion, excellence, valeurs	Attachement, passion	Passion, engagement
Normative	Devoir, obligations	Apprentissage, protection, évolution	Obligation, remise en question	Devoir, apprentissage
Continue	Évaluation des coûts du changement	Développement, opportunités	Coûts et avantages	Progression, avantages
<u>Implication Organisationnelle</u>				
Affective	Attachement émotionnel, relation d'équipe	Attachement, confiance	Attachement, relations	Satisfaction, attachement
Normative	Obligation, respect des normes	Respect, obligations	Loyauté, bien-être des résidents	Devoir, normes
Continue	Évaluation des avantages de rester	Progression, avantages pratiques	Évaluation des avantages	Atmosphère, interactions

Notre étude sur l'implication professionnelle et organisationnelle dans les EHPAD révèle une dynamique nuancée et multifacette. Les dimensions affective, normative et continue d'implication sont présentes dans chaque établissement, mais se manifestent avec des intensités et des spécificités distinctes.

- Dans les **EHPAD 1 et 2**, l'attachement émotionnel est fortement marqué par la passion et la reconnaissance des valeurs. Toutefois, des défis tels que le stress et les lacunes en communication se dégagent. Pour y répondre, nous suggérons un renforcement de la formation, un soutien émotionnel accru et une amélioration de la communication.
- **L'EHPAD 3** démontre une implication notable des employés, mais elle est tempérée par des préoccupations logistiques et des tensions liées aux valeurs. Nos recommandations gravitent autour de l'équilibre travail-vie, d'une communication renforcée et de la promotion de la formation continue.
- Enfin, **l'EHPAD 4** illustre une implication à la fois professionnelle et organisationnelle. La voie à suivre est le développement professionnel, la mise en place d'un environnement de travail positif et la communication.

L'analyse dépeint un attachement émotionnel et un sens du devoir omniprésents dans tous les EHPAD, signes de la passion des employés pour leur métier. Toutefois, chaque établissement requiert une approche adaptée pour maximiser cette implication. En mettant l'accent sur la communication, la formation et le soutien, les EHPAD peuvent optimiser l'implication de leurs employés, ce qui se traduira par une meilleure satisfaction, une qualité de soins supérieure pour les résidents et une performance organisationnelle améliorée.

Synthèse :

L'étude démontre une interconnexion profonde entre l'implication professionnelle et organisationnelle au cœur des EHPAD. L'attachement émotionnel des employés, couplé à leur sens du devoir, apparaît comme le socle de cette relation. Toutefois, cette interaction est modulée par une série de facteurs, notamment la culture de l'établissement, l'ambiance de travail et les éventuelles divergences de valeurs. Ces nuances rendent la dynamique complexe, influençant directement la satisfaction et le bien-être au travail.

La pérennité des EHPAD est étroitement liée à leur aptitude à valoriser et à comprendre leurs collaborateurs. L'implication professionnelle, qui se traduit par le dévouement et la fidélité des employés à leur profession, conjointement avec l'implication organisationnelle, dépeignant leur lien à l'EHPAD, constituent des éléments clefs de cette relation. En équilibrant harmonieusement ces deux formes d'implication, il en découle une performance accrue du personnel.

Une gestion des ressources humaines qui prend en compte et valorise ces deux aspects, tout en s'adaptant aux particularités de chaque établissement, permet aux EHPAD de garantir non seulement le bien-être de leur personnel, mais aussi une prestation de soins de qualité pour les résidents et assurer leur stabilité organisationnelle. Ainsi, une stratégie globale en matière de GRH, qui englobe ces deux axes, s'avère essentielle pour une pérennité et une réussite continue des EHPAD.

CONCLUSION CHAPITRE IV :

La conclusion du chapitre IV met en lumière des tendances communes et des distinctions entre les quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les employés des EHPAD montrent une forte implication professionnelle, caractérisée par un attachement émotionnel à leur travail, un sens du devoir, et une évaluation continue des avantages à long terme. Cette implication professionnelle reflète une passion pour le soin des personnes âgées et un désir d'exceller dans leur métier. Cependant, des défis tels que le stress professionnel, la charge de travail élevée, et les opportunités limitées d'avancement peuvent affecter cette implication.

Quant à l'implication organisationnelle, elle est influencée par le climat de travail, les valeurs partagées, et les relations interpersonnelles. Des employés qui ressentent un attachement émotionnel à leur organisation et partagent ses valeurs sont plus enclins à rester engagés. Les facteurs qui contribuent à l'implication organisationnelle incluent des relations solides entre collègues, un respect des normes professionnelles, et une bonne communication avec la direction. Toutefois, des problèmes de communication interne, des conflits interpersonnels, et un manque de stabilité managériale peuvent diminuer cet engagement.

L'analyse inter-cas révèle des stratégies pour renforcer ces formes d'implication. L'investissement dans la formation continue, le soutien émotionnel, et la reconnaissance des efforts des employés sont des leviers importants pour améliorer l'implication professionnelle. Pour l'implication organisationnelle, il est crucial de créer un environnement de travail positif, de promouvoir une culture organisationnelle cohérente, et de garantir une communication transparente.

En conclusion, l'implication organisationnelle et professionnelle sont étroitement liées. Une implication professionnelle forte peut entraîner une implication organisationnelle accrue, et vice versa. Pour optimiser ces formes d'implication, les EHPAD doivent mettre en place des stratégies efficaces de gestion des ressources humaines, améliorer la communication, et favoriser un climat de travail positif et collaboratif. Ces mesures contribueront à une meilleure satisfaction des employés, à une rétention accrue, et à une qualité de soins supérieure pour les résidents.

Chapitre V. DISCUSSION

Notre étude se penche sur l'implication organisationnelle (IO) et professionnelle (IP) des personnels de soin au cœur des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), dévoilant la richesse des interactions et des expériences qui caractérisent ce secteur. En adoptant une démarche qualitative rigoureuse, notre travail se distingue par son exploration minutieuse des perceptions et des vécus des professionnels de santé, allant des aides-soignants aux infirmières, au sein de ces structures cruciales. Grâce au cadre théorique du modèle à Trois Composantes (TCM) de Meyer et Allen, nous avons pu décortiquer et juxtaposer les profils d'implication, tant sur le plan organisationnel que professionnel, illuminant les intrications subtiles entre ces deux dimensions.

L'approche qualitative choisie, articulée autour d'entretiens en profondeur, d'observations participantes et de groupes de discussion, nous a fourni des données d'une grande richesse sur les émotions, attitudes, et perceptions des employés vis-à-vis de leur profession et de leur lieu de travail. Cette méthode a révélé une compréhension fine des dynamiques quotidiennes et des interactions essentielles à la formation de l'implication des personnels, soulignant les facteurs déterminants de l'IO et de l'IP dans le cadre spécifique des EHPAD. La triangulation des données a renforcé l'authenticité de notre analyse, et l'intégration des théories de Meyer et Allen a approfondi notre saisie des dimensions affective, normative et calculée de l'implication.

Notre investigation sur l'IO et l'IP dans les EHPAD a non seulement permis une exploration détaillée des spécificités de travail au sein de ce domaine, mais a également innové par son application du concept de profil d'implication dans le milieu français. En examinant ces profils parmi les aides-soignants et les infirmières, nous avons mis en évidence des variations marquées d'implication à travers les établissements, enrichissant notre compréhension des interactions entre l'IP et l'IO et de l'effet de variables telles que la culture organisationnelle, la gestion des ressources humaines, et les relations interpersonnelles. Nous allons voir les différents apports de notre étude sur le plan théorique, managérial et méthodologique

V.1. Étudier l'implication organisationnelle et l'implication professionnelle des personnels de santé en ehpad.

L'étude des quatre Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) offre un aperçu enrichissant sur les apports théoriques dans le domaine de l'IP et l'IO, en s'appuyant sur les théories de Meyer et Allen. Notre étude est l'une des premières études qui mobilise le concept de profil implication en France pour deux cibles, organisationnelle et professionnelle, et pour deux professions, les infirmières et les aides-soignants, et dans plusieurs établissements type EHPAD. Cette analyse révèle des différences notables dans les niveaux et les formes d'implication au sein de chaque établissement, fournissant ainsi une compréhension nuancée des dynamiques de travail dans le secteur des soins aux personnes âgées mais également les relations entre ces deux formes implications : organisationnelle et professionnelle

V.1.1. L'Expérience de l'Implication Organisationnelle par les Aides-Soignantes et les Infirmières en EHPAD

L'analyse approfondie de l'IO au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) révèle une complexité et une multi dimensionnalité intrinsèques, nécessitant une gestion des ressources humaines finement ajustée et personnalisée. Cette étude met en exergue l'importance d'aborder l'implication organisationnelle sous ses différentes facettes – affective, normative et continue – (Meyer et Allen 1991, 1997) tout en reconnaissant les besoins spécifiques des aides-soignantes et des infirmières.

V.1.1.1. Implication Affective : Examen de l'attachement à l'organisation.

Dans notre étude sur l'IO dans le contexte des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), nous avons particulièrement examiné la dimension affective de cette implication. Cette dimension est caractérisée par une connexion émotionnelle profonde et multidimensionnelle entre les professionnels de santé et leur environnement de travail. Cette composante est cruciale, car elle façonne la manière dont les aides-soignantes et les infirmières perçoivent et interagissent avec leur lieu de travail, leurs collègues, et surtout, les résidents dont elles prennent soin. Nos observations, étayées par des entretiens approfondis avec des professionnels, révèlent **une implication émotionnelle profonde**, alimentée par une passion intrinsèque pour le soin des personnes âgées et un engagement envers leur bien-être. Cependant, il est impératif de reconnaître que cette implication affective **n'est pas un phénomène statique**. Elle est influencée, voire modulée, par divers facteurs contextuels. Des éléments tels que les **conditions de travail, le stress opérationnel, et les dynamiques d'équipe, qui peuvent soit renforcer, soit ébranler ce lien émotionnel**. Par exemple, une charge de travail excessive ou des politiques managériales déficientes peuvent conduire à une diminution de ce sentiment d'attachement, conduisant parfois à une ambivalence ou une diminution de l'implication affective.

Cette complexité souligne l'importance pour les gestionnaires d'EHPAD de créer un environnement de travail qui non seulement soutient mais renforce également l'implication affective des employés. Selon Xhakollari (2013) et Zhao et al. (2013), **la qualité de vie au travail (QVT) est un antécédent clé de l'IO**, soulignant ainsi que l'amélioration de la QVT est une stratégie efficace pour favoriser une IO profonde. Gupta (2014) ainsi que Birjandi et al. (2013) et Fattahi et al. (2014) confirment que la QVT a un effet positif significatif sur l'IO, indiquant que les salariés satisfaits de la QVT sont plus impliqués et fidèles à leur établissement. Ces études appuient notre observation selon laquelle **les conditions de travail et le soutien organisationnel** jouent un rôle crucial dans le renforcement de l'implication affective des employés. En particulier, **l'amélioration de la QVT peut augmenter l'intégration des salariés** dans l'entreprise, leur fierté et leur attachement émotionnel, comme le suggèrent Van Laar et al. (2007), Zhao et al. (2013), et Xhakollari (2013). En effet, Allen et Meyer (1990) soulignent que les efforts d'une organisation pour améliorer sa QVT peuvent amener les salariés à développer une dépendance sentimentale vis-à-vis de leur organisation, **renforçant ainsi leur croyance dans les valeurs et les buts de celle-ci**. De plus, les travaux de Kristof-Brown et al. (2005) sur l'adéquation des valeurs perçues et ceux de Kurtessis et al. (2017) ainsi que Meyer et al. (2002) sur le soutien organisationnel réitèrent l'importance de ces éléments dans l'implication des employés. **La congruence entre les valeurs des employés et celles de l'organisation, ainsi que la perception d'un soutien organisationnel fort, sont des facteurs déterminants de l'IO.**

Notre étude sur l'IO souligne la **satisfaction au travail** comme un élément crucial de l'implication des employés, alignée sur les constatations d'Al Maqbali (2015) qui évoquent l'importance de satisfaire les besoins professionnels des employés pour leur bien-être. Cette perspective est renforcée par Martin et Kaufman (2013), qui identifient la satisfaction au travail comme une composante fondamentale de l'implication des employés envers leur organisation. Par ailleurs, la recherche de Tshitangano (2013) révèle que des défis tels que le manque de personnel, des ressources limitées, des salaires insuffisants et un environnement de travail peu sécurisé contribuent à l'insatisfaction des infirmières. Ces facteurs mettent en exergue **l'importance d'une gestion des ressources humaines proactive** pour retenir le personnel infirmier et éviter l'épuisement professionnel, soulignant la demande physique et psychologique de cette profession, comme le notent Saber (2014), MacPhee, Dahinten et Havaei (2017), et Bahram et al. (2015).

La théorie du soutien organisationnel, développée par Eisenberger, Huntington, Hutchison, et Sowa (1986) et Eisenberger et Stinglhamber (2011), joue un rôle significatif dans notre compréhension de l'implication des employés. Elle suggère que l'évaluation de leur organisation par les employés, basée sur la reconnaissance de leurs contributions et le soin de leur bien-être, est essentielle. Les pratiques **promouvant un équilibre entre vie professionnelle et personnelle**, ainsi que **le soutien des superviseurs et de l'organisation, sont donc cruciales** pour une IO forte, comme le démontrent Lazar et al. (2010). Mitlacher (2008) ajoute que la formation est vitale pour que le personnel infirmier perçoive le soutien de l'organisation, en insistant sur l'importance de programmes de formation adaptés aux besoins de développement des infirmiers pour renforcer leur implication affective et normative envers l'organisation. En outre, le soutien social des superviseurs a été identifié comme un prédicteur significatif de l'IO affective dans le domaine des soins infirmiers, selon les travaux de Chang (2015), El Akremi et al. (2014), Gutierrez et al. (2012), Ruiller et Van Der Heijden (2016), et Salami (2010). Ces études mettent en lumière l'importance du soutien social

et organisationnel comme leviers d'une IO profonde et durable, notamment dans les environnements de travail exigeants tels que les soins infirmiers.

En conclusion, notre recherche approfondie souligne la valeur inestimable de l'implication affective au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), mettant en exergue la nécessité impérieuse pour les dirigeants de ces structures de mettre en œuvre des stratégies de gestion des ressources humaines qui abordent de manière holistique les besoins à la fois pragmatiques et émotionnels du personnel. Parmi les actions prioritaires figurent l'amélioration des conditions de travail, comme le recommandent Xhakollari (2013), Zhao et al. (2013), et Gupta (2014), ainsi que la valorisation des contributions des employés, le soutien à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée (Allen et Meyer, 1990; Becker et al., 2012; Javeria, 2013), et l'élaboration d'une ambiance de travail propice au développement d'un sentiment d'appartenance et d'implication. Il est essentiel de reconnaître que **cette implication affective n'est pas uniquement le reflet de l'engagement émotionnel individuel mais découle également d'un environnement de travail complexe et dynamique**. Les interactions quotidiennes avec les résidents, un esprit d'équipe solide (Casimir, Ngee Keith Ng, Yuan Wang, et Ooi, 2014; Vandenberghe, Bentein, et Panaccio, 2014), ainsi que la **reconnaissance par les familles et les résidents, sont cruciaux pour forger cette implication profonde**. L'importance de la reconnaissance des efforts des employés, du soutien organisationnel et social, de même que la **concordance des valeurs entre le personnel et l'organisation**, est mise en avant comme des catalyseurs d'une IO forte. Ces aspects, soulignés dans les travaux de Kristof-Brown et al. (2005), Kurtessis et al. (2017), et Meyer et al. (2002), réaffirment le besoin de pratiques de gestion des ressources humaines qui reconnaissent, valorisent, et soutiennent efficacement les employés. Ainsi, l'implication affective **se révèle être un indicateur sensible, reflétant non seulement l'implication personnelle des soignants mais également la qualité globale de l'environnement organisationnel au sein duquel ils évoluent**. Cette reconnaissance met en lumière la nécessité pour les gestionnaires d'EHPAD de créer et de maintenir un cadre de travail qui non seulement répond aux attentes professionnelles mais nourrit également les liens émotionnels, consolidant ainsi l'implication et la fidélité des employés envers leur lieu de travail.

V.1.1.2. Implication Normative : Discussion sur le respect des normes professionnelles, la responsabilité morale, et le sens du devoir.

Dans le cadre de notre étude sur l'IP au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), nous avons mis en exergue l'importance de la dimension normative comme pilier central de cette implication. Ce composant se distingue non seulement par une adhésion aux normes professionnelles mais aussi, et surtout, par un engagement éthique profond et un sens du devoir marqué envers les résidents.

Ce qui caractérise cette dimension, c'est sa capacité à aller au-delà de la simple conformité aux règles, témoignant d'un dévouement intrinsèque pour le bien-être des individus pris en charge et d'une harmonie avec les valeurs et les objectifs de l'établissement. Il est pertinent de souligner que nos observations s'alignent avec les travaux antérieurs, notamment

ceux d'Afshari et Gibson (2015), qui ont identifié **l'internalisation des valeurs organisationnelles comme étant un vecteur clé de l'implication des employés envers leur organisation** (Jaros, 2007 ; López-Cabarcos et al., 2015). Selon ces auteurs, le leadership joue un rôle crucial dans ce processus d'internalisation, agissant comme un catalyseur qui facilite l'adoption des valeurs de l'organisation par les employés, renforçant ainsi leur implication. Dans le contexte spécifique des EHPAD, cette internalisation des valeurs est d'autant plus significative. Le secteur des soins aux personnes âgées requiert un **engagement émotionnel et éthique profond de la part des soignants, qui doivent quotidiennement faire preuve de compassion et de dévouement**. La dimension normative de l'IO, caractérisée par cet engagement éthique et ce sens du devoir, devient donc un élément fondamental pour la qualité des soins et le bien-être des résidents.

Le personnel soignant développe un sens de la responsabilité morale envers les personnes dont ils prennent soin, leurs collègues, et l'encadrement, créant un réseau social et professionnel solide au sein des EHPAD. Gillani, Shafiq, et Ahmad (2019) ainsi que Khan et Iqbal (2020) soulignent que la compétence dans le domaine des soins et l'application effective des connaissances sont cruciales pour la prestation de soins de qualité. La **perception des avantages de la formation et du développement joue un rôle significatif dans la fidélisation du personnel**, comme le montre l'étude de Sirdeshmukh, Ahmad, Khan, et Ashill (2018). En outre, Bhatti, Farhan, Ahmad, et Sharif (2019) identifient le processus d'intégration de l'employé dans l'organisation et la socialisation découlant des antécédents familiaux, de la société, et des interactions sociales comme des déterminants clés de l'implication normative. Cette responsabilité éthique, souvent renforcée par l'expérience et l'ancienneté, conduit à une loyauté et une implication accrues envers l'organisation. Cette responsabilité éthique est souvent renforcée **par l'expérience et l'ancienneté, engendrant ainsi un lien de loyauté accru et une implication plus profond envers l'organisation**. Il est crucial de noter que cette dimension normative ne se résume pas à la durée de service ; elle émane également de l'internalisation des valeurs organisationnelles et de l'engagement envers les principes éthiques de la profession. Les infirmières, par exemple, avec leur formation avancée, sont susceptibles de développer un attachement encore plus fort à ces normes professionnelles.

Dans l'ensemble, la dimension normative révèle une implication qui dépasse les obligations contractuelles ; **elle incarne une adhésion morale et éthique aux principes de l'institution**. Les employés, à travers leur pratique quotidienne, expriment un profond sens du devoir et une éthique de soins qui non seulement orientent leur comportement professionnel, mais renforcent également la cohésion et la qualité des soins au sein des EHPAD. Cette dimension, par conséquent, joue un rôle crucial dans la consolidation de l'identité professionnelle et l'harmonie

V.1.1.3. Implication Calculée : Évaluation des avantages professionnels et personnels en regard des inconvénients liés à l'emploi.

La dimension calculée, essentielle dans l'analyse de l'IO, repose sur une évaluation pragmatique des coûts et des bénéfices associés au maintien de l'emploi au sein de l'EHPAD. Cette dimension va au-delà de l'engagement émotionnelle ou éthique, s'ancrant plutôt dans une analyse rationnelle des avantages professionnels et personnels obtenus par rapport aux potentielles alternatives. Les facteurs influençant cette dimension peuvent inclure la sécurité de l'emploi, la commodité géographique, et l'absence d'opportunités professionnelles alternatives.

Certains employés peuvent accorder une grande valeur à la stabilité et à la sécurité qu'offre leur poste actuel dans l'EHPAD. Cette appréciation peut découler de la reconnaissance de la protection fournie par l'institution, tant sur le plan professionnel que personnel. Il est essentiel de souligner que la dimension calculée n'implique pas nécessairement une implication passionnée ou un attachement profond à l'organisation. Elle reflète plutôt une approche calculée, où les employés pèsent les avantages de rester dans l'organisation contre les coûts potentiels d'un départ (Vandenberghe et al, 2007). Cette dimension est donc caractérisée par une analyse des bénéfices, où la décision de rester dans l'organisation est souvent le résultat d'une évaluation des options les plus bénéfiques ou les moins coûteuses.

L'importance de considérer le marché de l'emploi comme un facteur déterminant de la dimension calculée de l'implication est soutenue par les travaux d'Agonhossou et Godonou (2011). Ces auteurs mettent en évidence comment la **perception des opportunités d'emploi externes et la comparaison des avantages entre organisations peuvent influencer l'implication des employés**. Dans un contexte de marché de l'emploi compétitif, les employés sont susceptibles d'évaluer leur situation actuelle en fonction des opportunités disponibles ailleurs, ce qui peut affecter leur degré d'implication envers leur employeur actuel. Cette perspective est particulièrement pertinente pour les EHPAD, secteur caractérisé par des défis spécifiques tels que la pénurie de personnel qualifié, les conditions de travail exigeantes et la forte charge émotionnelle du travail. Dans un tel contexte, les gestionnaires doivent non seulement offrir **des conditions de travail qui répondent aux attentes des employés mais aussi s'assurer que ces derniers perçoivent clairement les avantages comparatifs de travailler dans leur établissement**. Cela peut inclure des éléments tels que des **salaires compétitifs, des opportunités de développement professionnel, une bonne qualité de vie au travail, et des avantages sociaux**.

Dans ce contexte, la dimension calculée offre une perspective complémentaire cruciale pour comprendre l'IO dans les EHPAD. Elle met en lumière la nécessité pour les gestionnaires de reconnaître et de répondre aux besoins pragmatiques des employés, en offrant des conditions de travail attractives et en veillant à ce que les avantages de l'emploi dans l'organisation soient clairement perçus et valorisés.

V.1.2. Implication Professionnelle des Personnels de Santé en EHPAD

L'IP du personnel de santé au sein des EHPAD est un sujet essentiel pour la qualité des soins dispensés. En appliquant le modèle d'implication de Meyer et Allen, qui englobe les dimensions affective, normative et continue, cette étude examine en détail comment le personnel de santé expérimente son IP.

V.1.2.1. Implication Affective : Examen de la passion pour le métier et l'attachement au rôle professionnel

La dimension affective, dans le contexte des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), incarne l'aspect émotionnel de l'IP (Mowday et al, 1979 ; Otley et Pierce, 1996 ; Meyer et al, 1993). Cette dimension est caractérisée par l'implication personnel et affectif d'un employé envers sa profession. Elle est façonnée par la passion pour le travail, les valeurs professionnelles, et les opportunités de développement de carrière. L'analyse des données révèle une dominante notable de l'implication affective, avec une majorité des participants exprimant une véritable passion pour leur travail.

Dans notre enquête au cœur de l'EHPAD 5, nous avons été témoins d'une implication émotionnelle importante des professionnels de santé vis-à-vis de leur rôle, illustrée par un « *lien émotionnel intense* », un « *désir intrinsèque de développement professionnel* », ainsi qu'une « *satisfaction et un plaisir* » dérivés de leur milieu de travail. Ces observations indiquent clairement que pour ces soignants, exercer en EHPAD **transcende la notion d'emploi pour s'ériger en véritable vocation**, mettant en lumière une implication émotionnelle profonde dans leur profession. Cette vocation est intrinsèquement **liée aux résidents**, rappelant les travaux de Condamine (1994), Hargreaves (1994), Lortie (1975), Yee (1990), Morin (1996), Dolan et Lamoureux (1990), et Peterson et Martin (1990), pour qui la relation **avec les publics est un moteur essentiel de l'IP**. Cette dynamique relationnelle engendre un désir de perfectionnement et de formation, en écho aux constatations de Paré et al. (2001), qui ont mis en évidence **un lien positif et significatif entre les initiatives de développement des compétences organisées par l'établissement** et l'implication organisationnelle affective.

Il est essentiel de souligner que cette implication émotionnelle dépasse les limites traditionnelles de l'emploi pour embrasser des dimensions plus étendues liées à l'ensemble de l'organisation. La « **reconnaissance par la hiérarchie** » et l'établissement d'une « **atmosphère familiale** » constituent des facteurs renforçant l'attachement et l'implication des professionnels, non seulement à l'égard de leur fonction spécifique mais aussi vis-à-vis de l'institution dans son ensemble. Cette perspective est appuyée par Tremblay et al. (2000), qui ont démontré que l'IO peut être amplifiée par **l'instauration de pratiques de reconnaissance au sein des organisations**. Cette révélation souligne l'importance capitale de la dimension affective dans l'IP au sein des EHPAD. Notre étude corrobore les travaux de Conley et You (2017), révélant que **l'absence de soutien organisationnel peut impacter significativement non seulement l'IO mais aussi l'IP**. Dans le contexte de notre recherche, il est manifeste que les éléments affectifs tels que le soutien, la reconnaissance, et un environnement de travail positif sont cruciaux pour l'implication des professionnels en EHPAD.

Ces observations mettent en exergue la nécessité de créer et de perpétuer un climat de travail encourageant et valorisant, afin de promouvoir une IP et IO profonde et durable.

En résumé, dans tous les EHPAD étudiés, les personnels de santé expriment un attachement émotionnel significatif à leur travail. Ils se caractérisent par une **passion et une satisfaction dérivées de leur rôle dans la prise en charge des résidents**. La personne reste dans sa profession parce qu'elle le désire (Meyer et Allen, 1984 ; Irving et al, 1997). Cet attachement est toutefois **modulé par des facteurs tels que les styles de management, les dynamiques d'équipe et la qualité des relations interpersonnelles au sein de chaque établissement**. Ces observations soulignent l'importance cruciale d'adopter des stratégies en gestion des ressources humaines qui reconnaissent, valorisent et soutiennent de manière effective l'implication professionnelle affective des soignants. Il devient impératif pour les gestionnaires d'EHPAD de créer des environnements de travail qui facilitent et renforcent ces liens émotionnels, non seulement pour le bien-être des soignants mais aussi pour améliorer la qualité des soins apportés aux résidents. Ainsi, valoriser l'implication affective des employés via **des approches managériales empathiques et inclusives devrait être une priorité stratégique pour renforcer la qualité des soins et la satisfaction professionnelle dans le secteur des soins aux personnes âgées**.

V.1.2.2. Implication Normative : Discussion sur le respect des normes professionnelles, la responsabilité morale, et le sens du devoir

La dimension normative, dans le cadre des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), se rapporte à la perception d'une responsabilité morale envers le maintien de l'implication au sein de la profession. L'analyse des données révèle que le personnel de santé éprouve un sens aigu du devoir envers les résidents. Cette perception **se manifeste par un respect inébranlable des normes et valeurs professionnelles et par l'expression d'un sentiment de responsabilité et d'équité vis-à-vis de leurs collègues et des résidents**. Ce type d'implication normative est l'indice d'une éthique professionnelle particulièrement développée. La personne reste dans sa profession parce qu'elle estime qu'elle doit le faire (Allen et Meyer, 1990 ; Irving et al, 1997).

Dans le contexte spécifique des EHPAD, où les résidents se trouvent souvent dans une situation de vulnérabilité et de dépendance, l'importance de la dimension normative est accrue. Elle assure la continuité de la prestation de soins de qualité, même face à des circonstances difficiles ou stressantes. Cette dimension garantit que les impératifs moraux et éthiques restent au premier plan de l'IP, assurant ainsi une prise en charge respectueuse et dédiée des résidents. En résumé, la dimension normative dans les EHPAD joue un rôle crucial, non seulement en termes d'adéquation aux valeurs professionnelles, mais également dans la motivation à poursuivre un service de qualité malgré les défis inhérents au secteur.

La dimension normative reflète le sentiment de devoir et d'obligation professionnelle. Dans les EHPAD étudiés, les soignants ressentent une responsabilité éthique envers les résidents, ce qui renforce leur IP. Cependant, cette dimension peut être affectée par des facteurs tels que la **reconnaissance du travail et les valeurs organisationnelles**. Par exemple, à l'EHPAD 1, l'infirmière IDE_01 envisage de changer de carrière en raison d'un

écart entre ses valeurs professionnelles et celles de son lieu de travail. Elle exprime : « *Je réfléchis à une reconversion professionnelle, mais je ne sais pas vers quoi me tourner* », et ajoute « *J'ai une conscience professionnelle trop forte pour agir comme certaines de mes collègues qui ne font pas attention.* ».

En somme, les témoignages tels que celui de l'infirmière IDE_01 soulignent l'importance cruciale de l'adéquation entre les valeurs individuelles et celles de l'environnement professionnel. Lorsque cet alignement est rompu, cela peut susciter un profond malaise et même conduire à envisager une reconversion. Ces réflexions mettent en lumière la nécessité pour les institutions de santé, telles que les EHPAD, de créer des environnements où les professionnels peuvent épanouir leurs valeurs et compétences, favorisant ainsi leur bien-être et leur implication.

V.1.2.3. Implication Calculée : Évaluation des avantages professionnels et personnels en regard des inconvénients liés à l'emploi.

La dimension calculée dans le cadre des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se concentre sur l'évaluation par le personnel des bénéfices et des coûts associés au maintien dans la profession. La personne reste dans sa profession parce qu'elle estime qu'elle doit le faire (Allen et Meyer, 1990 ; Irving et al, 1997). Cette dimension s'articule autour de l'appréciation des avantages professionnels et personnels en regard des éventuels inconvénients liés à leur emploi.

Toutefois, il est important de souligner que cette dimension calculée ne prédomine pas autant que les dimensions affective et normative. Cette observation suggère que, bien que le personnel prenne en compte les bénéfices liés à leur poste, leur décision de rester au sein de la fonction semble être davantage influencée par des facteurs émotionnels et un sens aigu du devoir professionnel. En d'autres termes, bien que les aspects pratiques et les avantages tangibles soient reconnus, ce sont les liens émotionnels et le sens du devoir qui jouent un rôle prépondérant dans leur implication envers la profession. Cette tendance souligne l'importance d'adresser non seulement les **aspects matériels et structurels du travail en EHPAD**, mais aussi de valoriser et de soutenir les composantes émotionnelles et éthiques de l'expérience professionnelle des soignants, afin de renforcer leur implication et leur satisfaction au travail. La dimension calculée se rapporte à l'évaluation des coûts et des avantages associés à la poursuite de la carrière au sein de l'EHPAD. Les soignants considèrent des facteurs comme la **sécurité de l'emploi, les opportunités de développement professionnel et l'équilibre travail-vie personnelle** (Jaharuddin et Zainol, 2019). Cette dimension est influencée par des éléments tels que les **conditions de travail, les politiques de ressources humaines et l'environnement socio-économique de chaque EHPAD**.

En conclusion, bien que la dimension calculée joue un rôle dans l'IP des soignants en EHPAD, notre recherche démontre que les motivations liées aux aspects affectifs et au sens du devoir professionnel ont un impact plus significatif sur leur implication. Par conséquent, les stratégies de gestion des ressources humaines devraient non seulement aborder les besoins matériels et les avantages liés au poste mais aussi, et surtout, chercher à nourrir et à valoriser l'engagement émotionnel et éthique des soignants pour soutenir leur implication durable et leur satisfaction dans leur travail dévoué auprès des personnes âgées.

V.1.2.4. Différences entre Aides-Soignantes et Infirmières

Un contraste notable se dessine entre les aides-soignantes (AS) et les infirmières diplômées d'État (IDE) concernant leur implication. Les AS manifestent une implication émotionnelle et personnelle intense dans leur rôle, caractérisée par une passion et un dévouement marqués pour leurs tâches quotidiennes. En revanche, les IDE, bien que partageant une forte implication émotionnelle, tendent à accorder une importance plus grande au développement professionnel et à la progression de carrière. Cette différence souligne que, malgré une implication commune envers les soins, les motivations et aspirations des AS et des IDE au sein des EHPAD peuvent varier considérablement.

- **Aides-Soignantes (AS) et Agents de Service Hospitalier (ASH)** : L'attachement aux résidents et collègues, ainsi que l'appréciation de la continuité des soins et des relations professionnelles, sont essentiels à l'implication affective. **Le soutien et la reconnaissance de la direction jouent un rôle clé.** Le support et la reconnaissance par la direction sont également identifiés comme des leviers essentiels de l'implication. Ces observations soulignent **l'importance du style de management, du contenu des missions et de l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle** (Combaudon et Fouré-Joopen, 2020).
- **Infirmières (IDE) et Infirmières Coordinatrices (IDEC)** : Conformément aux recherches de Van Der Heijden et al. (2018), nous avons identifié que les **aspirations professionnelles, la gestion du stress, l'autonomie, et la solidarité d'équipe** constituent des leviers significatifs d'implication, affective aussi bien que continue. Nos observations s'alignent sur les conclusions de la littérature existante, notamment les travaux de Bakker, van Veldhoven et Xanthopoulou (2010), Bakker et al., 2010, Christian et al. (2011), Saks (2006), et Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, et Lens (2008), qui ont tous souligné le rôle crucial des ressources professionnelles comme **l'autonomie professionnelle, les possibilités de développement, le feedback sur le travail, l'exploitation des compétences et le soutien social**, dans la promotion de l'implication. Ces facteurs contribuent positivement à l'implication en facilitant l'atteinte des objectifs personnels et professionnels et en satisfaisant les besoins motivationnels essentiels d'autonomie, de connexion sociale, et de compétence (Bakker et Demerouti, 2014; Deci et Ryan, 2000). **L'autonomie** émerge comme un aspect fondamental pour cette fonction, comme le soulignent Sheldon et Elliot (1999), pour qui les activités motivées par l'autonomie favorisent un sentiment d'authenticité, encourageant les infirmières à se sentir vivantes et véritables. L'appréciation de pouvoir exprimer sa propre personnalité conduit les infirmières autonomes à une inclination plus forte pour demeurer dans leur profession.
- **Cadres de Santé (CS)** : Le **leadership, la vision stratégique, la gestion des défis et des responsabilités**, et la perception des évolutions des EHPAD influencent de manière significative leur implication, tant affective que continue.

En somme, les personnels de santé dans les EHPAD vivent leur IP de manière complexe et multifacette. Bien que profondément impliqués et attachés à leur travail, leur expérience est influencée par une variété de facteurs contextuels. Les défis tels que l'instabilité du leadership, les problèmes de communication et les contraintes opérationnelles peuvent moduler cette implication. Par conséquent, pour comprendre pleinement l'IP des soignants en EHPAD, il est

crucial de **considérer non seulement ces trois dimensions d'implication mais aussi le contexte spécifique de chaque établissement.**

Cette recherche vise à évaluer comment l'IP influence l'IO des personnels de santé travaillant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Une des rares étude qui traite de deux cibles de l'IO et l'IP, dans la même recherche. .

V.1.3. Les profils implication organisationnelle et implication professionnelle des personnels de soins en EHPAD

Notre recherche explore les profils d'IO et d'IP au sein des EHPAD, dévoilant une mosaïque complexe d'implication parmi le personnel soignant. Enracinée dans les théories fondamentales de Meyer et Herscovitch (2001), et s'enrichissant des apports de Wasti (2005) et de Morin, Meyer, et leurs collaborateurs (2015), cette étude adopte une approche centrée sur l'individu. Les cadres théoriques de Meyer et Morin (2016), appuyés par les investigations de Morin et al. (2011, 2015), révèlent l'existence de multiples profils d'implications, caractérisés par des niveaux variés d'implication affective (AC), normative (NC), et calculée (CC). **Ces profils, illustrant la complexité des liens tissés par les soignants avec leur métier et leur organisation,** soulignent la profondeur des motivations et des expériences au sein du secteur des soins aux personnes âgées. Notre recherche enrichit la discussion académique sur l'implication dans le contexte spécifique des EHPAD, mettant en évidence l'importance de considérer les multiples facettes et cibles de l'implication pour une compréhension nuancée des motivations et comportements des employés.

EHPAD 1			EHPAD 2		
Fonction	Profil d'implication Professionnel	Profil d'implication organisationnelle	Fonction	Profil d'implication Professionnel	Profil d'implication organisationnelle
<u>Supp</u>	AC/CC-/NC-	AC-/CC-	<u>AES 01</u>	AC+/NC-	NC/CC/AC-
<u>AS 01</u>	AC	AC-/NC-/CC-	<u>AMP 01</u>	AC+/NC+	AC+/CC-
<u>ASH 01</u>	AC+/NC/CC-	AC+/NC-/CC-	<u>IDE 05</u>	AC+/CC-	AC/NC-/CC-
<u>ASH 02</u>	AC+/NC-/CC-	AC/NC-/CC-	<u>IDE 06</u>	AC+/NC/CC-	NC/AC-/CC-
<u>IDE</u>	AC/NC-	NC/CC-/AC-			

EHPAD 3			EHPAD 4		
Fonction	Profil d'implication Professionnel	Profil d'implication organisationnelle	Fonction	Profil d'implication Professionnel	Profil d'implication organisationnelle
<u>AS 02</u>	AC+/CC	CC/AC-	<u>AS 05</u>	CC+/AC/NC-	CC+/AC/NC-
<u>AS 03</u>	AC+/CC/NC-	AC+NC-	<u>AS 06</u>	AC+/CC-/NC-	AC+/NC-
<u>AS 04</u>	AC+/CC/NC-	AC/NC-	<u>AS 07</u>	AC+/NC	AC+/NC-
<u>ASH 03</u>	AC+/CC/NC-	AC/NC-/CC-	<u>IDE 07</u>	AC+/NC-/CC-	AC-/NC-/CC-
<u>CS 01</u>	AC+/NC/CC	AC/NC/CC-	<u>IDEC 01</u>	AC+/NC-/CC-	AC/NC
<u>IDE 02</u>	AC+/NC/CC	AC/CC-			
<u>IDE 03</u>	AC+/CC-/NC-	AC			

Tableau 24: Récapitulatif des profils implication par fonction et par établissement.

Niveau d'implication (intensité) selon composant :

0 réponse : aucune

1-2 réponses : faible = -

3-4 réponses : modéré

5-6 réponses : fort =

Cette étude confirme et élargit la théorie de l'implication multidimensionnelle, identifiant des profils d'implication spécifiquement nuancés au sein du personnel soignant des EHPAD. Ces profils, résultant de combinaisons uniques d'AC, NC, et CC, révèlent la diversité des expériences et des aspirations des employés dans ce domaine. La diversité des profils d'implication observée dans notre étude, illustrée par le tableau 24 récapitulatif des profils par fonction et par établissement, met en lumière la pluralité des chemins menant à la satisfaction et à la rétention des employés dans les EHPAD. Cette complexité des configurations d'implication, en accord avec les recherches de Meyer et al. (2019) et de Morin, Meyer et al. (2015), influence significativement la satisfaction au travail et les performances organisationnelles, spécialement dans le secteur des EHPAD. L'exploration des effets combinés de l'AC, NC, et CC, en particulier dans des professions à haute valeur sociale comme le soin aux personnes âgées, répond à un appel à l'approfondissement de la compréhension des interactions entre ces différentes composantes d'implication, au-delà des dimensions organisationnelles traditionnelles.

En conclusion, cette étude apporte une contribution significative à la compréhension de l'implication dans les EHPAD, **en offrant un aperçu détaillé de la complexité et de la diversité des profils d'implication parmi le personnel soignant**. Elle invite à une réflexion stratégique sur le développement de pratiques de GRH adaptées aux spécificités de ces établissements, favorisant ainsi un environnement de travail épanouissant pour le personnel et une amélioration continue de la qualité des soins offerts aux résidents.

V.1.3.1. Impact de l'Implication Professionnelle sur l'Implication Organisationnelle

Les personnels tels que les aides-soignants (AS), les agents de service hospitalier (ASH) et les infirmières diplômées d'État (IDE) manifestent souvent une IP profonde, motivé par une passion pour leur profession et un engagement à aider les résidents. Cette IP semble favoriser une IO renforcée, en particulier lorsque les employés perçoivent que l'organisation appuie leurs objectifs professionnels et personnels. Cette dynamique s'aligne sur les observations de Lawler (1992) qui souligne que les **différentes cibles d'implication, telles que l'organisation et la profession, peuvent être interconnectées**. Meyer et Allen (1997) ont précisé que cette interconnexion peut créer des dépendances affectant la nature de l'implication des employés. Ainsi, **un employé fortement attaché à sa profession pourrait également développer un fort attachement à une organisation dont les objectifs et valeurs sont alignés avec ceux de la profession**. Toutefois, si les objectifs et valeurs de l'organisation divergent de ceux de la profession, cela peut placer les employés face à un dilemme. Dans un contexte où les opportunités professionnelles sont limitées, le maintien de l'emploi au sein de l'organisation peut devenir l'unique option, orientant alors l'implication dominante vers la dimension calculée (CC), perçu comme le coût d'opportunité de ne pas poursuivre une carrière dans la profession choisie.

Notre recherche révèle que pour les employés non qualifiés (tels que les ASH et les AS non formés), les valeurs professionnelles peuvent différer de celles des professionnels qualifiés. Par exemple, dans l'EHPAD 1, la majorité des AS non qualifiés interrogés exprimaient leur satisfaction vis-à-vis de leur autonomie et de l'absence d'encadrement strict, contrairement à l'IDE_01 qui percevait le fonctionnement actuel de l'établissement comme



incompatible avec ses valeurs professionnelles. Cette divergence se manifeste dans leur IO, où la dominance du NC chez l'IDE_01 reflète sa loyauté envers la directrice, similairement à l'AES_01 de l'EHPAD 2 qui valorise davantage sa relation avec la directrice plutôt que les valeurs de l'établissement. Cette situation illustre **l'impact des valeurs défendues par l'organisation sur la dimension affective de l'IO, soulignant que la formation dans les métiers de soin peut déterminer les valeurs professionnelles des individus et, par conséquent, leur adéquation avec les valeurs promues par l'organisation.**

La confrontation avec des obstacles organisationnels, tels que des désaccords avec les pratiques managériales ou une insatisfaction concernant les conditions de travail, peut réduire l'IO, même si l'IP reste élevée. Cette dynamique complexe entre l'IP et l'IO met en évidence la nécessité pour les EHPAD d'adopter des stratégies de gestion des ressources humaines qui reconnaissent et valorisent ces interdépendances, afin de soutenir à la fois l'implication des employés et la qualité des soins prodigués aux résidents.

V.1.3.2. Interdépendance entre Implication Professionnelle et Organisationnelle

L'interdépendance entre l'IP et l'IO dans les EHPAD révèle que l'implication des employés est souvent renforcée lorsque l'organisation valorise et soutient leurs aspirations professionnelles. Selon Meyer et Herscovitch (2001) ainsi que Vandenberg et Scarpello (1994), l'IO peut être influencée par la correspondance **entre les valeurs professionnelles perçues par l'individu et celles promulguées par l'organisation.** Cette adéquation peut inciter les employés à adopter des comportements spécifiques face à des conflits, qui pourraient paraître inexplicables sans une compréhension des normes organisationnelles. Cependant, un écart entre les valeurs personnelles et les pratiques de l'organisation peut diminuer l'IO, même si l'IP reste forte. Meyer et Allen (1984) ont distingué ces deux formes d'implication, soulignant que l'IP, bien que souvent élevée, diffère de l'IO, comme le montrent Kwon et Banks (2004).

Notre étude révèle que les **cibles d'implication, qu'elles soient professionnelles ou organisationnelles, possèdent leurs propres caractéristiques et découlent de précurseurs distincts.** L'existence de profils types similaires à travers diverses études suggère une cohérence dans la structure des profils d'implication. Néanmoins, à quelques exceptions près, notamment Gellatly et al. (2006), l'expérience vécue par les employés selon ces profils n'a pas été largement examinée. Meyer et Morin (2016) ont abordé cette question en employant des états d'esprit pour décrire les expériences des profils les plus courants identifiés dans les recherches.

Il est également reconnu que les valeurs organisationnelles et professionnelles ne sont pas toujours alignées (Raelin, 1989). Notre recherche corrobore l'observation de Vandenberghe (1999) selon **laquelle les employés sont plus enclins à démissionner lorsqu'ils rencontrent un conflit entre leurs valeurs professionnelles et organisationnelles.** Cette dynamique souligne l'importance pour les EHPAD de développer des stratégies de GRH qui reconnaissent et traitent l'interdépendance entre l'IP et l'IO, afin de favoriser un environnement de travail harmonieux qui soutient à la fois les objectifs de l'organisation et ceux des employés.

V.1.3.3. Stratégies pour Optimiser l'Implication Organisationnelle

Il est crucial de développer des stratégies pour maximiser l'impact positif de cette interconnexion. Les organisations doivent s'efforcer de concilier les objectifs professionnels individuels avec ceux de l'organisation, promouvoir une culture qui reconnaît et récompense l'IP, et offrir des opportunités de développement alignées sur les intérêts individuels. Il est également important d'être attentif aux signes de dissonance et de créer un dialogue ouvert pour explorer des solutions.

L'IP des personnels de santé en EHPAD est un indicateur clé de leur IO. Un environnement de travail qui soutient, valorise et répond aux besoins et aspirations professionnelles peut considérablement renforcer cette implication. La reconnaissance de la motivation intrinsèque, des valeurs professionnelles et de la satisfaction au travail est essentielle pour cultiver une IO forte et durable. Cette étude met en lumière l'importance d'une approche holistique qui tient compte de la dynamique complexe entre l'individu et l'organisation, suggérant ainsi des voies pour des recherches futures plus approfondies dans ce domaine essentiel.

Il est devenu manifeste que l'IP et l'IO des personnels de santé dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) joue un rôle déterminant pour le bien-être des résidents et l'efficacité globale de ces institutions. À travers l'application du modèle de Meyer et Allen, notre recherche a permis de cerner les facteurs clés influençant l'implication dans ces contextes spécifiques. Il est indéniable que l'IP exerce une influence considérable sur l'IO. Cette constatation revêt une importance capitale pour les gestionnaires d'EHPAD, car l'amplification de l'implication du personnel peut se traduire par une amélioration de la qualité des soins, une rétention accrue des employés, et, en définitive, une performance organisationnelle optimisée et humanisée. Toutefois, il convient de souligner que l'implication ne se limite pas strictement au cadre professionnel ou organisationnel. Divers facteurs, **tels que l'adéquation des valeurs individuelles et organisationnelles, les conditions de travail, ou la qualité du leadership, peuvent moduler cette dynamique.** Par conséquent, une attention particulière est nécessaire pour assurer une intégration harmonieuse des deux formes d'implication au sein de l'écosystème des EHPAD.

En résumé, l'interaction entre l'IP et l'IO se révèle être un duo dynamique, capable de transformer les EHPAD en environnements de travail plus gratifiants et en lieux de vie plus accueillants pour les résidents. L'importance de cette synergie ne doit pas être sous-estimée, que ce soit par les chercheurs ou par les praticiens, dans la perspective d'une amélioration continue de ces institutions essentielles. Cette recherche souligne l'importance cruciale de l'implication des personnels de santé, particulièrement dans les contextes sensibles et vitaux tels que les EHPAD. Notre enquête visait à démêler les liens complexes et les interactions entre l'IP et l'IO. Il apparaît clairement que les personnels profondément impliqués dans leur profession tendent généralement à démontrer une IO significative, une synergie bénéfique pour assurer des soins de qualité et le bien-être des résidents. Cependant, il est essentiel de reconnaître les nuances présentes dans différents EHPAD, car des facteurs tels que **les différences culturelles, structurelles et managériales peuvent engendrer des dissonances**, exigeant une attention particulière de la part des dirigeants et des gestionnaires. Cette étude a des implications bien au-delà du cadre des EHPAD, interrogeant

sur les stratégies de gestion des talents et sur la nécessité d'adopter des politiques de ressources humaines qui **équilibrent les aspirations individuelles des professionnels de santé et les exigences organisationnelles**. Cet équilibre est un levier fondamental pour assurer la durabilité et l'efficacité de nos structures de soins. Enfin, il est primordial de rappeler que l'aspect humain est au cœur de cette question. Que ce soit pour le personnel de santé ou les résidents, chaque individu porte en lui des émotions, des attentes et des besoins. En tant que chercheurs, gestionnaires ou décideurs, notre responsabilité est de veiller à ce que ces besoins soient entendus, respectés et satisfaits, contribuant ainsi à l'amélioration continue de la qualité de vie et des soins dans les EHPAD.

V.1.4. Relation entre Implication Organisationnelle (IO) et Implication Professionnelle (IP) et Leurs Effets sur l'Absentéisme et le Taux de Roulement dans les EHPAD

Notre recherche approfondit la compréhension de l'impact de l'IO et l'IP sur les phénomènes d'absentéisme et de taux de roulement au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). En examinant de manière comparative les comportements de retrait et en s'appuyant sur des études antérieures, nous avons identifié des stratégies managériales et de gestion des ressources humaines (GRH) efficaces pour améliorer l'implication, la rétention du personnel, et la qualité des soins fournis.

- **Renforcement de l'Implication Affective pour Diminuer l'Absentéisme** : Notre analyse, corroborée par les travaux de Tzeng (2002), révèle que des facteurs tels que la satisfaction professionnelle, l'attachement aux résidents, et les relations de travail positives jouent un rôle essentiel dans l'accroissement de l'implication affective, ce qui contribue à réduire l'absentéisme. Cela souligne l'importance pour les pratiques managériales de privilégier le bien-être et l'implication émotionnelle des employés, au-delà des rémunérations.
- **Impact de l'Implication Normative sur le Taux de Roulement** : Concordant avec les observations de Curtis (2007), nous constatons que le sentiment d'obligation morale et la reconnaissance par l'organisation sont déterminants dans l'implication normative, favorisant ainsi une diminution du taux de roulement. Il s'avère crucial que les gestionnaires d'EHPAD reconnaissent et soutiennent activement leurs collaborateurs, renforçant leur sentiment d'appartenance et d'implication durable.
- **Signification de l'Implication Continue** : Nos résultats mettent en évidence que l'implication continue, stimulée par les bénéfiques pratiques et financiers, joue un rôle dans la stabilisation du personnel au sein de l'organisation. Ainsi, élaborer des politiques qui valorisent les avantages à rester, tout en réduisant les coûts associés au départ, est essentiel.
- **Stratégies Managériales et Approches en GRH** : S'appuyant sur Morin, Meyer et al. (2015), notre étude souligne la nécessité d'adopter une approche de la GRH à la fois holistique et adaptative dans les EHPAD, qui tienne compte de la complexité des facteurs d'implication. Elle recommande des interventions managériales spécifiques, telles que la promotion de relations interpersonnelles de qualité, la reconnaissance des accomplissements, et l'établissement de canaux de communication efficaces.

En intégrant ces perspectives théoriques et pratiques, notre travail renforce l'argument selon lequel l'implication tant organisationnelle que professionnelle est vitale pour la rétention du personnel dans des domaines spécialisés comme les EHPAD. Il met en exergue le rôle critique des stratégies de GRH, adaptées aux besoins uniques des professionnels de santé, dans la promotion de l'implication des employés et l'amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux résidents.

Conclusion Section 1 : Notre étude explore de manière approfondie l'IO et l'IP parmi le personnel de soins dans les EHPAD, révélant des insights significatifs sur leur impact sur l'absentéisme et le taux de roulement. En s'appuyant sur le cadre théorique de Meyer et Allen et en introduisant le concept de profils d'implication en France, notre recherche identifie des différences marquées dans les niveaux d'implication affective, normative, et calculée parmi les infirmières et les aides-soignants. Cette diversité d'implication souligne l'importance d'une gestion des ressources humaines nuancée, capable de reconnaître et d'adapter ses stratégies aux besoins spécifiques de ces professions. Notre recherche illustre que l'IO et l'IP est fondamentale pour la rétention du personnel dans les secteurs spécialisés tels que les EHPAD. Elle met en lumière l'importance des stratégies de GRH adaptées aux besoins spécifiques des professionnels de santé, soulignant le rôle crucial de la gestion des ressources humaines dans la promotion de l'implication des employés et l'amélioration de la qualité des soins aux résidents. Cette étude invite à une réflexion stratégique sur le développement de pratiques de GRH qui non seulement répondent aux attentes professionnelles mais aussi nourrissent les liens émotionnels, consolidant ainsi l'implication et la fidélité des employés envers leur lieu de travail.

V.2. Stratégies managériales pour renforcer l'implication et réduire les comportements de retrait pour le personnel de soin

Notre étude fournit des perspectives essentielles sur la gestion des ressources humaines dans les EHPAD, avec des recommandations spécifiques pour atténuer le turnover et l'absentéisme. L'accent est mis sur des stratégies managériales ciblant l'amélioration de l'IO, telles que l'optimisation des conditions de travail, le renforcement de la communication et de la cohésion au sein des équipes, ainsi que la valorisation des contributions des employés. Notre recherche révèle que les aides-soignantes et les infirmières diffèrent dans leur orientation d'implication, nécessitant des approches en gestion des ressources humaines personnalisées pour chaque catégorie professionnelle.

Les variations dans les comportements de retrait (absentéisme et turnover) selon les problématiques managériales, l'environnement de travail, et les tensions interpersonnelles soulignent l'importance d'adopter des stratégies de GRH adaptées à chaque contexte d'EHPAD. Ces stratégies devraient inclure la formation continue, le soutien émotionnel, et l'amélioration de la communication.

V.2.1. Défis Spécifiques à Chaque EHPAD

- **EHPAD 1** : Les conflits interpersonnels et la perception d'injustice nécessitent une attention particulière à la résolution de conflits et à l'équité managériale.
- **EHPAD 2** : Les défis liés à la communication interne et au bien-être des employés appellent à renforcer les canaux de communication et les programmes de bien-être au travail.
- **EHPAD 3** : Une gestion proactive de l'absentéisme est en place, mais les problèmes interpersonnels persistent, mettant en lumière le besoin d'une meilleure gestion des relations au sein des équipes.
- **EHPAD 4** : Une analyse non discriminante de l'absentéisme indique le besoin d'une compréhension plus profonde des causes sous-jacentes, favorisant une approche plus ciblée.

V.2.2. Facteurs Influant sur l'Implication Organisationnelle et Professionnelle :

- L'instabilité managériale et la gestion du changement nuisent à l'implication des soignants. Un leadership éclairé et stable est crucial.
- Les divergences dans les cultures organisationnelles et les lacunes en communication affectent l'implication. Il est vital de promouvoir une culture positive et une communication efficace.
- Les conditions de travail, telles que la charge de travail et la reconnaissance des efforts, sont déterminantes pour l'implication. Une gestion attentive de ces aspects est indispensable.

L'application du modèle de Meyer et Allen met en relief la complexité et la profondeur de l'implication des personnels de santé dans les EHPAD. Leur implication, motivé par une passion pour leur métier et un fort sens du devoir, ainsi qu'une évaluation positive de leur rôle, souligne leur haut niveau de dévouement. Pour maintenir le bien-être et la satisfaction des employés à long terme, il est impératif que les gestionnaires d'EHPAD reconnaissent et valorisent ces différentes dimensions d'implication en déployant des stratégies de GRH adaptées.

En conclusion, les managers des EHPAD doivent être formés pour gérer le changement efficacement et développer des compétences de leadership qui renforcent la confiance et la stabilité. Des initiatives visant à améliorer la communication interne et à cultiver une culture d'entreprise inclusive sont essentielles. De plus, il est crucial d'offrir un environnement de travail soutenant, de reconnaître les efforts des soignants et de gérer équitablement la charge de travail pour soutenir et enrichir l'implication du personnel.

V.2.3. Apports de la grille de lecture de Mintzberg sur les stratégies Managériales

L'organisation et la gestion du travail dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont primordiales pour assurer une qualité de soin optimale aux résidents et un cadre de travail satisfaisant pour les personnels soignants. La diversité des profils professionnels et les défis spécifiques à ces structures nécessitent une gestion organisée et réfléchie, visant à satisfaire les besoins des résidents tout en veillant au bien-être et à la satisfaction des employés. En nous appuyant sur le cadre théorique de Henry Mintzberg, nous analysons la structure organisationnelle de quatre EHPAD, en mettant l'accent sur cinq dimensions clés : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure, et le support logistique.

Cette analyse nous permet d'identifier les forces, défis, et particularités de chaque établissement, offrant ainsi des insights précieux pour les acteurs du domaine gériatrique en gestion des ressources humaines.

- **Sommet Stratégique** : La capacité de leadership au sommet stratégique est cruciale pour la gestion effective des EHPAD. Mintzberg (1982) souligne l'importance d'un leadership adaptatif, un principe que Georgescu et Commeiras (2011) ont exploré dans le contexte du Nouveau Management Public (NMP), révélant comment les logiques managériales sont transformées. Les EHPAD 2 et 3 illustrent des directions dotées d'une expérience soignante pertinente, mais la capacité de délégation demeure un enjeu, notamment pour l'EHPAD 2.
- **Ligne Hiérarchique** : Mintzberg met en avant la nécessité d'une ligne hiérarchique claire, renforcée par des études telles que celles de Liu et al. (2018) et Schaefer, Zoboli, et Vieira (2016), qui discutent de l'importance de l'encadrement et des relations interpersonnelles dans le secteur de la santé. Nos observations des EHPAD révèlent une dynamique variée, avec une nécessité marquée de renforcer le rôle encadrant des infirmières et des cadres de santé.
- **Centre Opérationnel** : L'autonomie et la formation du personnel sont essentielles, comme le reconnaît Mintzberg. Andela, Truchot, et Van der Doef (2015) mettent en évidence le stress organisationnel comme facteur impactant, soulignant l'importance d'adapter les pratiques de travail aux besoins des résidents. Les défis opérationnels rencontrés dans les EHPAD, tels que la rigidité des horaires ou le manque de formation, reflètent cette nécessité.
- **Technostructure** : La technostructure joue un rôle vital dans la standardisation des tâches et la facilitation de la communication, conformément aux observations de Mintzberg. La recherche de Hoff (2001) et Kurunmäki (1999) sur les impacts du NMP met en lumière les enjeux de gestion et de communication dans le secteur de la santé, une problématique également identifiée dans nos EHPAD étudiés.
- **Support Logistique** : Le soutien logistique est fondamental pour épauler les équipes soignantes, un point discuté par Mintzberg et illustré par l'étude de Mejri et Brasseur (2020) sur les contraintes de ressources. Le rôle des psychologues dans l'EHPAD 2 est un exemple de soutien efficace, mais des tensions interservices comme dans l'EHPAD 4 nécessitent une attention.

Cette analyse, appuyée par les contributions théoriques de Mintzberg et les recherches complémentaires, met en lumière la complexité de la gestion des EHPAD. Elle révèle la nécessité d'une communication améliorée, d'une clarification des rôles et responsabilités, et d'un soutien logistique accru pour optimiser la qualité des soins. En tenant compte de ces aspects, les gestionnaires peuvent mieux naviguer dans le contexte spécifique des EHPAD, alignant les pratiques managériales sur les besoins à la fois organisationnels et humains.

Notre recherche apporte des contributions théoriques et managériales significatives à la gestion des ressources humaines dans le contexte spécifique des EHPAD, soulignant des stratégies efficaces pour réduire le turnover et l'absentéisme :

- **Autonomie et Satisfaction au Travail** : S'inspirant des travaux de Hon (2012) et Moreau et Mageau (2012), notre étude confirme l'importance cruciale de l'autonomie professionnelle comme facteur de motivation et de satisfaction au travail pour le personnel soignant. Cela met en évidence la nécessité pour les dirigeants d'EHPAD d'élaborer des stratégies qui non seulement améliorent l'efficacité opérationnelle, mais aussi encouragent l'implication du personnel en leur accordant davantage d'autonomie dans leurs activités quotidiennes.
- **Compétences et Plaisir au Travail** : Conformément aux recherches de Deci et al. (2017), valoriser les compétences et le plaisir au travail est essentiel. Dans le cadre des EHPAD, cela signifie reconnaître et promouvoir le développement professionnel des soignants et créer un environnement de travail stimulant et épanouissant.
- **Logiques Institutionnelles et Tensions Organisationnelles** : Les études de Dunn et Jones (2010) ainsi que de Reay et Hinings (2005) mettent en lumière les tensions entre les impératifs de soin et de gestion. Nos observations indiquent qu'il est vital pour les EHPAD de trouver un équilibre entre ces logiques à travers des pratiques managériales qui privilégient à la fois l'excellence des soins et la viabilité financière.
- **Implications et Contrats Psychologiques** : Les travaux de Vandenberghe (1998) et Saint-Germes (2010) illustrent la fragilité du contrat psychologique au sein des EHPAD, souvent mise à l'épreuve par les pressions du Nouveau Management Public. Cela souligne l'importance d'une implication mutuelle robuste pour maintenir la motivation et la loyauté des employés malgré les défis liés au travail intensifié et à la flexibilité accrue.
- **Tensions de Rôle et Implication des Cadres** : La gestion des tensions de rôle, comme discutée par De Singly (2009), est critique pour les cadres qui naviguent entre les exigences économiques et les missions de soin. Une gestion adéquate de ces tensions est clé pour réduire les dysfonctionnements organisationnels et encourager une implication efficace des cadres.
- **Rationalisation et Conditions de Travail** : La rationalisation des soins, examinée par Bourret (2006) et Noblet et Rodwell (2009), représente un défi de maintenir des standards de qualité tout en satisfaisant aux exigences de rentabilité. L'influence du Nouveau Management Public, visant à accroître l'efficacité, peut parfois nuire à la qualité des soins et au bien-être du personnel.

Notre étude souligne l'importance d'une gestion adaptée et sensible aux particularités des EHPAD, en tenant compte des défis posés par le Nouveau Management Public et des besoins spécifiques du personnel soignant. En abordant les enjeux de leadership, de communication, et les défis externes tels que le recrutement et les enjeux démographiques, ainsi qu'en répondant aux implications de la pandémie de COVID-19, il est possible d'améliorer significativement la satisfaction des employés et la qualité des soins. Cette approche intégrée et informée enrichit notre compréhension des profils d'implication et fournit des orientations

précieuses pour les praticiens et les décideurs dans le domaine des soins aux personnes âgées.

Pour prévenir les comportements de retrait, il est essentiel de mettre en œuvre des stratégies intégrées axées sur le suivi précis, le soutien adapté au personnel, le développement professionnel, et l'application d'outils d'évaluation validés de l'IP. Ces stratégies visent à comprendre et à agir sur les facteurs influençant l'absentéisme et le turnover, tout en promouvant l'IP et l'IO. Voici une révision des approches proposées, intégrant les contributions significatives d'Agonhossou et Godonou (2011) ainsi que de Khan et al. (2021) :

- **Implémentation de Systèmes de Suivi** : L'installation de systèmes de suivi sophistiqués pour analyser les causes de l'absentéisme et du turnover est cruciale. Ces systèmes permettent une intervention proactive, en identifiant les problématiques spécifiques qui nécessitent une attention et en mettant en œuvre des mesures correctives ciblées.
- **Programmes de Soutien au Personnel** : La mise en place de programmes dédiés au soutien du personnel, comme des groupes de paroles, est essentielle pour gérer le stress et l'épuisement émotionnel, et pour favoriser un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Ces initiatives contribuent directement à améliorer le bien-être des employés, réduisant ainsi les risques de retrait.
- **Développement Professionnel et Formation Continue** : Offrir des opportunités de développement professionnel, y compris la formation continue et des perspectives de progression de carrière, est un levier puissant pour renforcer l'implication des employés. Cette stratégie augmente non seulement leur implication mais réduit également la probabilité de turnover, en répondant aux aspirations professionnelles des individus.
- **Validation de l'Échelle de Mesure de l'Implication** : Notre étude valide et renforce les conclusions d'Agonhossou et Godonou (2011, p. 114), qui ont souligné l'utilité de l'échelle de mesure créée par Meyer, Allen et Smith (1993) pour évaluer l'IP, particulièrement parmi le personnel infirmier. Cette approche de suivi s'est révélée adaptée à une gamme étendue de professions dans le domaine médical et paramédical, suggérant son applicabilité pour mesurer également l'IO. Ceci facilite des décisions managériales éclairées visant à renforcer l'implication et à réduire le turnover du personnel, un point également mis en avant par Khan et al. (2021). L'intégration de cet outil dans les entretiens professionnels, qui se tiennent obligatoirement tous les deux ans, offre une opportunité précieuse de saisir l'état d'esprit des employés envers leur organisation et leur profession. Cela permet aux managers de proposer des mesures personnalisées répondant aux besoins et attentes des salariés, telles que des formations, l'attribution de nouvelles responsabilités, et un suivi adapté.

En résumé, ces stratégies mettent en lumière l'importance d'une approche intégrée dans la gestion des ressources humaines au sein des EHPAD. En adoptant des systèmes de suivi précis, en offrant un soutien adéquat au personnel, en valorisant le développement professionnel, et en appliquant des outils d'évaluation validés de l'IP, les gestionnaires peuvent effectivement prévenir les comportements de retrait, favorisant ainsi un environnement de

travail plus stable et impliqué. Il est primordial que chaque EHPAD évalue et réponde aux besoins spécifiques de son personnel, prenant en compte son contexte unique, incluant son histoire et son environnement. Favoriser un climat organisationnel positif, centré sur une communication efficace et la gestion des conflits, est essentiel. La mise en place de mécanismes de reconnaissance et de suivi pour valoriser l'IO est cruciale, surtout dans un secteur où le travail et le statut des personnels sont souvent perçus comme dévalorisés. Un management qui valorise les individus et leur contribution est d'autant plus nécessaire (Zayani, 2016; Combaudon et Fouré-Joopen, 2020, p. 180). Il est également important d'encourager le développement professionnel continu pour renforcer tant l'IP que l'IO (Alamri et Al-Duhaim, 2017). La formation joue un rôle clé en assurant que l'employé est essentiel à l'organisation et en favorisant sa rétention à travers le développement et l'augmentation de son IO (Zehra et Faizan, 2017). Cette approche est soutenue par Khan et al. (2021), qui recommandent que l'implication du personnel infirmier envers l'organisation soit renforcé par des programmes de formation et de développement couvrant toutes les dimensions de l'IO (affective, normative, et continue), et proposent d'intégrer également les dimensions de l'IP. Les mesures de soutien psychologique sont particulièrement nécessaires dans des contextes stressants, tels que les pandémies. De plus, développer et mettre en œuvre des stratégies managériales adaptées aux spécificités de chaque EHPAD peut améliorer l'implication du personnel et prévenir les comportements de retrait.

Conclusion Section 2 : En conclusion, adopter une approche managériale attentive aux facteurs influençant à la fois l'IO et l'IP des soignants en EHPAD est vital. Cette approche doit intégrer un leadership efficace, une communication solide, une gestion adéquate de l'environnement de travail, de la reconnaissance, et des programmes de soutien ciblés. Une telle stratégie contribuera à créer un environnement de travail plus épanouissant, augmentera l'implication des soignants, et réduira les comportements de retrait. Pour répondre aux besoins des soignants, il est recommandé de mieux gérer l'absentéisme de courte durée, de diminuer la surcharge de travail, d'offrir des opportunités de formation, et de reconnaître le travail accompli (Roussillon Soyer, 2023, p. 32). Cette recherche met en lumière la nécessité d'élaborer des stratégies en gestion des ressources humaines spécifiques et adaptées pour répondre aux exigences particulières des différents corps professionnels présents dans les EHPAD. La prise en compte des divers niveaux d'IP peut mener à des méthodes de gestion plus performantes, favorisant ainsi le bien-être des employés et, par conséquent, la qualité des soins dispensés. Nos travaux révèlent que l'allocation de ressources supplémentaires (temps, formation, etc.) aux pratiques managériales par les cadres et la direction des EHPAD est essentielle pour renforcer l'implication des soignants. Notre étude démontre que les leviers les plus efficaces pour attirer, retenir et impliquer davantage le personnel se trouvent au niveau de l'établissement lui-même. Il y a un potentiel significatif de développement tant dans les pratiques de management de proximité que dans la gestion par la direction de l'établissement. L'objectif est de concentrer les efforts sur la fidélisation "mentale" des employés, c'est-à-dire sur leur implication. Ainsi, une approche centrée sur l'amélioration des conditions de travail et le renforcement des liens entre le personnel et l'organisation est primordiale pour stimuler l'implication des soignants dans les EHPAD (Petit et Zardet, 2017).

V.3. Une approche qualitative et comparative de l'étude de l'implication des personnels de santé en EHPAD

L'apport méthodologique de cette étude repose sur l'utilisation de méthodes qualitatives pour appréhender et identifier les profils d'IO et d'IP selon le modèle TCM de Meyer et Allen. Cette approche qualitative est cruciale pour comprendre en profondeur les expériences et perceptions des personnels de santé en EHPAD, dans un secteur où les dynamiques interpersonnelles et les facteurs contextuels jouent un rôle majeur.

V.3.1. Méthodes Qualitatives pour l'Analyse des Profils d'Implication

Des entretiens approfondis avec le personnel des EHPAD (aides-soignantes, infirmières, cadres de santé, etc.) permettent de recueillir des données riches et nuancées sur leur expérience vécue. Ces entretiens offrent un aperçu détaillé de leurs sentiments, attitudes et perceptions concernant leur implication dans leur travail et l'organisation. La méthode d'observation participante, où les chercheurs s'immergent dans le contexte des EHPAD, fournit une compréhension contextuelle des dynamiques quotidiennes et des interactions qui façonnent l'implication des personnels. Les groupes de discussion facilitent l'exploration des dynamiques collectives et des consensus ou divergences d'opinions parmi les personnels sur les aspects de leur IP et IO.

L'analyse thématique des données recueillies permet de dégager des thèmes et motifs récurrents liés à l'implication. Cette approche aide à identifier les facteurs clés qui influencent l'IP et l'IO dans chaque contexte EHPAD spécifique. Les données issues des différentes sources (entretiens, observations, groupes de discussion) sont codifiées et comparées pour assurer la fiabilité et la validité des conclusions. La triangulation des données renforce la crédibilité de l'analyse.

L'application des théories de Meyer et Allen à l'analyse qualitative enrichit notre compréhension des dimensions affective, normative, et calculée de l'implication. Cette méthode éclaire la manière dont ces dimensions émergent et interagissent dans les milieux spécifiques, tels que les EHPAD. L'utilisation de techniques projectives a révélé divers profils d'implication, alignés sur les avancées conceptuelles et méthodologiques du Modèle à Trois Composantes (TCM). Ces avancées, encouragées par les critiques de Solinger, Van Olffen, et Roe (2008) qui pointaient du doigt les insuffisances et limitations du TCM, ont mené à une nouvelle interprétation de l'implication. En se centrant sur l'individu, cette mise à jour conceptualise les dimensions de l'implication comme des profils distincts (Meyer et Morin, 2016).

L'utilisation d'une technique projective, suivant des entretiens semi-directifs, s'est avérée être une méthode pertinente dans notre étude. Ces premières phases, comprenant à la fois des observations et des entretiens, nous ont permis de comprendre les individus de manière holistique, en explorant leur histoire, leur parcours professionnel, leurs motivations, valeurs, attentes, et leur rapport au travail. Par la suite, le recours à une technique projective a été destiné à enrichir notre compréhension des données, particulièrement celles liées aux motivations intrinsèques, à la personnalité, ainsi qu'aux représentations individuelles telles que les valeurs, attitudes, intentions d'action, et normes comportementales. Il est important de

noter que, selon Pellemans (1999, p. 97), « *les techniques projectives ne sont pas une méthode de recherche autonome, mais plutôt une approche spécifique dans la formulation et la présentation des questions aux participants* ». Ces techniques sont généralement intégrées dans un guide d'entretien, utilisant souvent le questionnement indirect, comme dans notre cas. L'objectif principal de l'utilisation de cette technique était d'identifier les motivations cachées derrière les comportements, en particulier l'implication du personnel envers leur organisation et leur profession. Il est crucial d'associer ces deux étapes exploratoires afin de combiner les données récoltées et de déterminer les facteurs influençant les différentes dimensions de l'implication. La satisfaction au travail est comprise comme l'ensemble des perceptions et attitudes d'un individu vis-à-vis de son activité professionnelle (Ivancevich et Matteson, 2002), ce qui correspond à la conception hédonique du bien-être. Cette satisfaction est influencée par des facteurs personnels et organisationnels, et a un impact direct sur l'IO (Mowday, Porter, et Steers, 1982).

Les méthodes qualitatives offrent une compréhension approfondie et holistique des expériences vécues des personnels de santé. Elles permettent de saisir les subtilités et les complexités des phénomènes d'IP et d'IO qui pourraient être omises dans des approches quantitatives plus rigides. Cette approche permet également d'explorer les nuances contextuelles et personnelles, offrant ainsi des insights précieux pour la gestion des ressources humaines adaptée aux besoins spécifiques de chaque EHPAD.

En résumé, l'utilisation de méthodes qualitatives enrichit significativement la compréhension de l'IP et l'IO dans les EHPAD. Cette approche méthodologique, en capturant les complexités et les nuances des expériences du personnel, fournit une base solide pour des recommandations stratégiques en matière de gestion des ressources humaines dans ce secteur. Les entretiens et les groupes de discussion ont permis d'explorer les raisons sous-jacentes de l'IP et l'IO, offrant une compréhension plus nuancée des dynamiques affectives, normatives et continues. Notre approche a permis d'identifier les facteurs influençant les profils d'implication, tels que la culture organisationnelle, l'organisation du travail (coordination) les relations interpersonnelles, qui sont essentiels pour comprendre la dynamique de l'implication dans les EHPAD.

V.3.2. Méthodes Qualitatives pour l'analyse comparative des Profils d'Implication de différentes professions et mener une étude comparative

Cette recherche a exploré les profils d'IO et d'IP parmi deux catégories professionnelles distinctes au sein des EHPAD : les infirmières et les aides-soignants (AS, ASH, AMP). L'objectif était de réaliser une étude comparative pour examiner comment leur rôle se rapporte à leur profil d'IO et d'IP. Auparavant, l'analyse des doubles profils d'implication s'est principalement, voire exclusivement, concentrée sur une seule profession, comme l'ont fait Meyer et ses collègues avec les enseignants. Cette étude se distingue en étant l'une des premières à adopter une approche qualitative et à effectuer une analyse comparative entre plusieurs professions au sein d'une même organisation. Dans les recherches précédentes, telles que celle de Meyer en 2019 sur les enseignants, la notion de profil d'implication a été appliquée sans effectuer de comparaison avec d'autres structures.

L'emploi de profils pour examiner plusieurs cibles est judicieux méthodologiquement, permettant de déchiffrer les relations complexes au sein des profils d'implication. L'approche centrée sur la personne est utile tant de manière inductive, pour l'exploration et la génération de propositions, que de manière déductive, pour le test d'hypothèses. Les premiers travaux sur les profils recommandaient une approche inductive (Morin et al., 2011), en raison de l'absence de théories solides pour la formulation d'hypothèses. Cette méthode est pertinente quand le fondement théorique pour créer des hypothèses est insuffisant. L'élaboration d'une théorie solide peut fournir les bases nécessaires pour anticiper certains types de profils, rendant ainsi appropriée une approche déductive confirmatoire, comme dans l'étude de Cooper et al. (2014).

Il est crucial de poursuivre la recherche sur les doubles cibles d'implication, notamment au sein des professions considérées comme des vocations, où les valeurs sont fortes, telles que les soins de santé, l'éducation, et l'armée, toutes professions sous tension. Un changement de perspective est nécessaire pour que les chercheurs reconsidèrent les cibles d'implication les plus significatives pour les travailleurs, tiennent compte du contexte de manière plus approfondie et délimitent les cibles avec plus de précision. Les cibles telles que les professions, les équipes, et d'autres éléments intégrés dans l'organisation, ainsi que ceux externes, peuvent être plus pertinents pour des indicateurs tels que le taux de rotation ou la performance que l'organisation seule (Becker et al, 2009; Meyer, 2016). Cela peut nécessiter des approches méthodologiques plus inductives pour mieux saisir la pertinence des différentes cibles. Les évolutions récentes dans certaines professions (Cross et Swart, 2020) ou la gestion de multiples clients (Broschak, 2015), par exemple, peuvent indiquer que les mesures actuelles ne reflètent pas adéquatement la réalité (Breitsohl et al., 2018). La gestion des ressources humaines doit développer une théorie adaptée aux mutations du monde du travail. Notre revue offre ainsi l'opportunité de repenser l'étude de l'implication dans la GRH pour répondre aux défis d'un environnement professionnel en constante évolution et pour maximiser la contribution de l'implication.

L'application de méthodes qualitatives pour examiner les données issues de quatre EHPAD a révélé des profils d'implication variés, soulignant les forces et les défis propres à chaque établissement. Ce processus a été enrichi par l'adoption des théories de Mintzberg sur la division du travail et la coordination (1982), utilisées comme cadres d'analyse. Cela a facilité la comparaison des structures organisationnelles des différents établissements. L'examen de la répartition du travail et de la coordination des activités à l'aune de cette théorie a offert une perspective approfondie sur la dynamique organisationnelle des EHPAD. Il est apparu crucial d'analyser les variables organisationnelles pour comprendre leur influence sur l'implication des personnels soignants envers leur organisation et sur leur pratique professionnelle. Identifier les variables organisationnelles impactant les profils d'implication est vital, tant pour les praticiens que pour les chercheurs. En effet, ces éléments, contrairement aux attributs individuels tels que l'histoire personnelle ou les valeurs, peuvent être ajustés par les responsables des établissements, tels que les Infirmiers Coordonnateurs (IDEC), les Cadres de Santé (CS) ou le directeur. Au moment du recrutement, il est important pour l'établissement d'évaluer si les candidats adhèrent aux valeurs de l'organisation. Cela facilitera l'implication des personnels de soin non seulement envers l'établissement mais aussi vis-à-vis de leur profession. En outre, cette approche analytique nous a permis de comparer les fonctionnements internes des établissements, mettant en lumière les dynamiques organisationnelles susceptibles d'affecter l'IO et l'IP des soignants.

Mintzberg propose un cadre pour comprendre comment les organisations sont structurées et comment elles fonctionnent. L'intégration de l'IO et l'IP dans ce modèle permet d'identifier les leviers susceptibles d'impliquer davantage les personnels de soin dans les EHPAD. Par exemple, la standardisation des qualifications, soulignée par Mintzberg, résonne particulièrement avec l'IP des soignants, car elle valorise leur expertise et leur autonomie dans l'exercice de leur métier. L'adhocratie et la bureaucratie professionnelle, avec leur flexibilité et leur reconnaissance de l'expertise professionnelle, semblent favoriser une IO et IP élevée, en offrant aux soignants un cadre de travail stimulant et respectueux de leur professionnalisme. L'environnement dynamique et complexe des EHPAD, caractérisé par des changements réglementaires constants et une population résidente aux besoins de plus en plus diversifiés, exige des structures organisationnelles adaptatives. La théorie de la contingence de Mintzberg souligne l'importance de l'alignement entre la structure organisationnelle et les facteurs environnementaux. Dans ce contexte, l'implication des soignants peut être vue comme un facteur contingent influençant la performance de l'organisation. Les EHPAD qui réussissent à s'adapter à leur environnement tout en favorisant une forte implication de leur personnel tendent à offrir des soins de meilleure qualité et à afficher une plus grande satisfaction au travail. Les structures organisationnelles qui favorisent l'autonomie, la valorisation des compétences et l'implication des soignants dans les processus décisionnels s'avèrent particulièrement bénéfiques pour accroître leur implication. Ces aspects répondent directement aux besoins d'accomplissement personnel et de sentiment d'appartenance, que Meyer et Allen identifient comme essentiels dans le développement de l'implication. Ainsi, un cadre organisationnel alliant flexibilité, reconnaissance des qualifications professionnelles et une implication significative des soignants dans la gestion de l'EHPAD peut contribuer à un environnement stimulant leur implication tant organisationnel que professionnel. Cette approche rejoint les conclusions suivantes :

« L'apport principal de cette étude pour les professionnels réside dans la démonstration que la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale influence positivement la motivation autonome (travailler par plaisir et/ou conviction), ce qui diminue l'intention de quitter la profession. Nous suggérons une stratégie managériale innovante, axée sur la satisfaction des besoins fondamentaux, comme levier de la motivation autonome, pour encourager des comportements positifs au travail sur le long terme (Roussillon Soyer, C., 2023, p. 32 ; Deci et Ryan, 2000). »

En conclusion, l'analyse intégrée des modèles de Mintzberg et des théories de l'implication de Meyer et Allen met en lumière l'importance d'une gestion stratégique des configurations structurelles dans les EHPAD pour favoriser l'implication des soignants. En reconnaissant et en adaptant la structure organisationnelle aux défis spécifiques de l'environnement des EHPAD, il est possible de créer un cadre de travail qui non seulement répond aux exigences externes mais encourage également une forte implication des personnels de soin, essentielle pour la qualité des soins et le bien-être des résidents. L'IO des aides-soignantes et des infirmières en EHPAD est profondément influencée par les dynamiques internes et externes de chaque établissement. Les dimensions affective, normative et continue de cette implication sont façonnées par des facteurs tels que le leadership, la culture d'entreprise, l'environnement de travail, et les réponses aux défis externes comme la pandémie. Une compréhension nuancée de ces facteurs est essentielle pour apprécier pleinement comment l'IO est vécue par ces professionnels de santé essentiels.

V.4. Limitations et recommandations pour les recherches futures

Notre étude reconnaît plusieurs contraintes importantes qui doivent être considérées lors de l'analyse des résultats et dans la planification d'études futures. La portée de notre échantillon, se limitant à deux EHPAD privés et deux publics et excluant les établissements à but non lucratif, peut restreindre la capacité à généraliser nos découvertes à l'ensemble du secteur des soins aux personnes âgées. Cette limitation, ainsi que le recours au volontariat pour le recrutement des participants et l'exclusion des médecins coordinateurs, peuvent introduire un biais, réduisant notre capacité à saisir pleinement les nuances des dynamiques d'implication au sein des EHPAD.

Notre étude étant concentrée sur la France et ciblant uniquement le personnel soignant, une population relativement peu étudiée dans ce contexte, la comparabilité de nos résultats avec ceux d'autres pays ou professions est limitée. Cette spécificité peut entraver l'intégration de nos résultats dans le corpus plus large de la recherche sur l'implication, qui a souvent porté sur des professions différentes, telles que les enseignants. L'emploi d'une méthodologie qualitative, incluant l'utilisation de techniques projectives, bien que novateur, diffère des méthodes quantitatives traditionnelles, telles que les sondages et l'analyse de profil latent (Latent Profile Analysis). Cette différence pourrait restreindre la comparaison de nos résultats avec ceux d'études antérieures. L'utilisation de méthodes qualitatives peut aussi introduire un biais de réponse, comme illustré par l'exemple de l'EHPAD_01, l'entretien s'est déroulé dans le bureau de la directrice, où les contraintes de temps et le manque de personnel ont pu influencer les réponses. Cette situation souligne la sensibilité du contexte dans la collecte de données qualitatives. En outre, la généralisation des résultats issus de méthodes qualitatives est souvent mise en question en raison de la taille restreinte de l'échantillon.

Pour pallier ces limitations, nous suggérons plusieurs directions pour les recherches futures. Élargir l'échantillon pour englober une diversité plus large d'EHPAD, y compris les établissements à but non lucratif, et inclure des entretiens avec les médecins coordinateurs enrichirait notre compréhension des dynamiques d'implication dans divers contextes organisationnels. De plus, une étude comparative internationale pourrait approfondir notre compréhension des profils d'implication à travers différents cadres culturels et systémiques, nécessitant des méthodologies de recherche adaptées à la complexité des expériences d'implication transnationales. Explorer d'autres milieux de soins, tels que les hôpitaux, cliniques et services de soins à domicile, offrirait des insights sur la variabilité de l'IP et l'IO en fonction du contexte de travail. Enfin, reproduire cette étude dans divers environnements et professions permettrait d'évaluer la transférabilité et la fiabilité de notre approche méthodologique, contribuant à une meilleure compréhension de l'implication des employés et à l'élaboration de stratégies efficaces de gestion des ressources humaines dans le secteur des soins et au-delà.

Conclusion section 4. Bien que notre étude présente des limitations, elle ouvre la voie à des recherches futures essentielles pour approfondir la compréhension des mécanismes d'implication dans les soins aux personnes âgées. Les perspectives identifiées encouragent l'adoption d'approches de recherche innovantes et transdisciplinaires, essentielles pour développer des stratégies de gestion des ressources humaines efficaces et adaptées aux défis du secteur des soins. Notre recherche apporte des éclaircissements précieux sur l'implication dans les EHPAD, enrichissant la théorie d'Allen et Meyer, offrant des stratégies managériales pratiques, et établissant l'importance des méthodes qualitatives pour étudier l'IP et l'IO. Les

données fournies offrent un aperçu riche et nuancé des dynamiques d'IP et d'IO dans les EHPAD. Elles illustrent comment les théories de Meyer et Allen, ainsi que la théorie de Mintzberg, peuvent être appliquées pour analyser et améliorer la gestion des ressources humaines dans ces établissements. L'approche méthodologique qualitative utilisée ici met en lumière des aspects clés pour le développement de stratégies de gestion efficaces, axées sur la réduction du turnover et de l'absentéisme, et sur l'amélioration de l'IO.

CONCLUSION CHAPITRE V :

Cette thèse s'est attachée à explorer en profondeur les profils d'implication organisationnelle (IO) et professionnelle (IP) des personnels de soins au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), en s'appuyant sur le modèle à trois composantes (TCM) de Meyer et Allen. Par une démarche méthodologique qualitative et comparative, notre étude a permis d'identifier les nuances complexes de l'implication des aides-soignants et des infirmières, révélant ainsi les dynamiques spécifiques qui façonnent leur engagement au travail et envers leur organisation. L'analyse a mis en lumière les multiples facettes de l'implication, affective, normative et calculée, et a révélé comment ces dimensions interagissent dans le contexte particulier des soins aux personnes âgées. En adoptant une approche qualitative, enrichie par des entretiens approfondis, des observations participantes et des groupes de discussion, cette recherche a offert une compréhension riche et nuancée des expériences vécues par le personnel, qui ne pourrait être captée par des méthodes quantitatives seules. En intégrant les théories de Meyer et Allen ainsi que le cadre d'analyse de Mintzberg sur les structures organisationnelles, cette thèse a également contribué à une meilleure compréhension de la manière dont les configurations structurelles et les variables organisationnelles influencent l'implication des soignants. Cette approche a permis d'identifier des leviers stratégiques pour la gestion des ressources humaines, visant à renforcer l'implication des employés et à améliorer la qualité des soins dans le secteur des EHPAD. Cependant, notre recherche reconnaît ses propres limites, notamment en termes de généralisation des résultats, en raison de la taille et de la portée de l'échantillon. Ces limitations ouvrent des pistes pour des recherches futures, suggérant la nécessité d'élargir l'échantillon à une diversité plus large d'EHPAD et d'inclure d'autres catégories professionnelles, telles que les médecins coordinateurs, pour enrichir encore notre compréhension des dynamiques d'implication. De plus, l'exploration de contextes internationaux et d'autres milieux de soins pourrait offrir des insights précieux sur la variabilité de l'implication professionnelle et organisationnelle selon différents cadres culturels et systémiques. En conclusion, cette thèse représente une contribution significative à la littérature sur l'implication des personnels de soins en EHPAD, en offrant des perspectives théoriques et managériales enrichissantes. Elle souligne l'importance cruciale d'adopter des stratégies de gestion des ressources humaines adaptées et sensibles aux besoins spécifiques de ce secteur, pour favoriser un environnement de travail épanouissant pour le personnel et assurer une qualité de soins optimale pour les résidents.

Conclusion

SYNTHESE DE LA RECHERCHE

Face aux défis majeurs imposés par un contexte démographique marqué par le vieillissement accéléré de la population et les complications dues à la pandémie de Covid-19, les EHPAD doivent constamment évaluer et améliorer leurs pratiques de gestion des ressources humaines. Les professionnels de santé qui œuvrent dans ces établissements, notamment les aides-soignants et les infirmières, sont au cœur du fonctionnement de ces services. Leur implication organisationnelle (IO) et professionnelle (IP) sont essentielles non seulement pour la qualité des soins dispensés, mais également pour l'efficacité de l'organisation. L'objectif principal de cette thèse était de déterminer comment et pourquoi ces dimensions d'implication varient parmi les aides-soignants et les infirmières dans différents EHPAD. Il s'agissait aussi de mettre en lumière le lien entre les stratégies de gestion des ressources humaines et les niveaux d'implication organisationnelle et professionnelle des soignants. Le travail engagé, en accord avec la littérature, montre clairement que les pratiques managériales influencent de manière significative le bien-être et l'implication des soignants (Randon, 2015 ; Abord et Chatillon et al, 2016), impactant directement la qualité des soins dispensés aux résidents. Un autre constat est que la transition vers un modèle de gestion plus procédural, inspiré par les principes du Nouveau Management Public, bien que visant une amélioration de l'efficacité et une réduction des coûts, a pour conséquence une dégradation des conditions de travail, engendrant un sentiment de dépersonnalisation et une baisse de l'implication émotionnelle du personnel (Hood 1995, Pesqueux, 2006 ; Melnik et Guillemot, 2010).

Ces défis, exacerbés par des taux élevés d'absentéisme et de turnover parmi le personnel soignant, soulignent non seulement l'urgence de revisiter les pratiques managériales existantes mais aussi la nécessité de développer de nouvelles stratégies pour améliorer la fidélité et le bien-être du personnel. L'objectif central de cette thèse est ainsi de combler une lacune dans la littérature en explorant l'influence de l'implication, tant organisationnelle que professionnelle, sur les comportements de retrait du personnel soignant dans les EHPAD. En s'appuyant sur le modèle à trois composants de Meyer et Allen (1991, 1997), notre problématique de départ était de savoir « *Quel est le rôle joué par l'implication, organisationnelle et professionnelle au regard des comportements de retrait des personnels de santé en EHPAD ?* »

Pour aborder cette question complexe, la recherche a été structurée autour de quatre questions principales.

Question de recherche 1. Comment l'implication organisationnelle est-elle vécue par les aides-soignantes et les infirmières en EHPAD?

Question de recherche 2. Comment les personnels de santé vivent-ils leur implication professionnelle au sein des EHPAD ?

Question de recherche 3. Comment l'implication professionnelle impacte-t-elle l'implication organisationnelle des personnels de la santé en EHPAD ?

Question de recherche 4. Quelles sont les effets de la relation IO/IP sur l'absentéisme et le taux de roulement des personnels de santé en EHPAD.

La première question concerne la façon dont l'implication organisationnelle est perçue et vécue par les aides-soignantes et les infirmières, et cherchait à identifier les facteurs qui contribuent à leur implication envers l'organisation. La deuxième question explorait comment l'attachement au métier et à la profession influence leur bien-être et leur loyauté envers l'établissement. La troisième interrogeait la manière dont l'implication professionnelle peut impacter l'implication organisationnelle et affecter les comportements de retrait. La quatrième question examinait les effets combinés de l'implication organisationnelle et professionnelle sur des indicateurs clés tels que l'absentéisme et le turnover, visant à identifier des leviers d'action pour les gestionnaires d'EHPAD.

LES CONTRIBUTIONS THÉORIQUES

Notre recherche apporte une contribution significative à la compréhension des dynamiques de l'IO et de l'IP chez les personnels de soins en EHPAD. S'appuyant sur le cadre théorique développé par Meyer et Allen (1991, 1997), l'étude conduite dans le cadre de la thèse révèle la complexité et la multidimensionnalité de ces implications dans un contexte spécifique. Elle se distingue comme la première en France à explorer systématiquement les profils d'implication à double cible — organisationnelle et professionnelle — parmi les infirmières et aides-soignants, démontrant que les variations observées dans quatre EHPAD distincts ne sont pas de simples différences individuelles mais reflètent des adaptations aux contextes organisationnels particuliers de chaque établissement.

Théoriquement, nos résultats enrichissent la compréhension de l'implication en mettant en lumière l'importance des configurations affective, normative, et calculée de celle-ci, et en montrant comment ces configurations varient selon les professions et les milieux organisationnels (Meyer, Allen et Smith, 1993). Nos résultats renforcent l'idée que l'implication affective (AC) demeure la plus étudiée et souvent la plus bénéfique pour l'organisation, reflétant un attachement émotionnel profond et une identification aux valeurs organisationnelles. Les employés des EHPAD présentant une forte AC montrent une plus grande probabilité de rester engagés, mettant en pratique l'acceptation des buts de l'organisation, la volonté d'y investir des efforts et le désir de rester membres de celle-ci.

Notre analyse des EHPAD illustre comment les différentes professions, telles que les aides-soignants, les infirmiers et les responsables de coordination, présentent des variations dans leurs profils d'implication. Ces résultats corroborent les recherches de McGee et Ford (1987), Meyer, Allen et Gellatly (1990), qui ont montré que le Continuance Commitment (CC) peut être divisé en deux sous-dimensions : la perception des sacrifices liés au départ et le manque d'alternatives d'emploi. Nos résultats révèlent des différences importantes dans les niveaux de CC et mettent en évidence que l'implication calculée n'a pas toujours les mêmes effets bénéfiques que l'implication affective et normative.

De plus, les configurations d'implication peuvent varier selon les milieux organisationnels. Par exemple, les EHPAD avec des niveaux de stabilité managériale plus élevés tendent à montrer une implication affective plus forte parmi les employés, conformément aux théories de Blau (1964) et de Gouldner (1960), qui mettent l'accent sur les échanges sociaux et la norme de réciprocité.

Les données que nous avons recueillies montrent des liens significatifs entre l'implication organisationnelle et professionnelle, confirmant les travaux de Meyer et Allen qui soulignent que l'Implication Normative (NC) repose sur un sentiment d'obligation envers l'organisation et peut influencer la rétention des employés. Nos résultats indiquent que dans certains EHPAD, l'implication professionnelle est plus élevée que l'implication organisationnelle, suggérant que certains employés trouvent un attachement plus fort à leur métier qu'à l'organisation elle-même, comme le proposait Morrow en 1993.

Ainsi, nous avons étendu l'applicabilité des théories de Meyer et Allen au secteur des soins aux personnes âgées, où les dynamiques d'implication sont essentielles mais jusqu'à présent peu explorées.

Nos analyses confirment que l'IO se manifeste sous différentes facettes. L'implication affective, souvent influencée par la qualité de vie au travail (Xhakollari, 2013 et Zhao et al. 2013) et les relations interpersonnelles, montre un attachement émotionnel prononcé des soignants envers leur lieu de travail, motivé par un engagement envers le bien-être des résidents, par l'appréciation des politiques de soutien de l'organisation (Meyer et al, 2002 ; Lazar et al., 2010 ; Chang, 2015) et le soutien à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée (Allen et Meyer, 1990; Becker et al., 2012; Javeria, 2013). Nous montrons également que l'implication affective organisationnelle ne résulte pas uniquement d'un engagement émotionnel individuel, mais est également le produit d'un environnement de travail complexe et dynamique. L'implication affective est fortement influencée par les interactions quotidiennes avec les résidents, qui sont au cœur de l'activité des soignants. Un esprit d'équipe solide, comme le soulignent les études de Casimir, Ngee Keith Ng, Yuan Wang, et Ooi (2014) ainsi que Vandenberghe, Bentein, et Panaccio (2014), contribue également à renforcer cette implication. De plus, la reconnaissance par les familles et les résidents joue un rôle crucial dans la consolidation de cette connexion émotionnelle profonde entre les soignants et leur lieu de travail. Cependant, des conditions de travail difficiles ou un manque de reconnaissance peuvent affaiblir cette implication (Tshitangano, 2013).

L'implication normative ressort comme cruciale, caractérisée par un fort sentiment de devoir et une adhérence aux normes éthiques, particulièrement prononcée chez ceux qui perçoivent leur rôle comme une vocation. Cette thèse met en lumière l'importance cruciale de l'internalisation des valeurs organisationnelles dans l'implication normative des employés envers leur organisation, un élément clé souligné par plusieurs études dont celles de Jaros (2007) et López-Cabarcos et al. (2015). Cette dimension est souvent renforcée par des facteurs tels que la formation continue (Sirdeshmukh, Ahmad, Khan, et Ashill, 2018) et un leadership efficace, qui jouent un rôle crucial dans la facilitation de l'adoption des valeurs de l'établissement par les employés, comme l'ont identifié Allen et Meyer en 1990. Nous montrons également que la capacité d'une organisation à aligner ses valeurs avec celles de ses employés et à les intégrer de manière effective à travers ces mécanismes est fondamentale pour engendrer une forte implication organisationnelle.

Par ailleurs, l'implication calculée, bien que moins dominante, est principalement motivée par des considérations pragmatiques comme la sécurité de l'emploi et les avantages comparatifs du travail en EHPAD (Vandenberghe et al, 2007). Elle joue un rôle crucial dans la rétention du personnel dans un secteur confronté à une forte demande et à une pénurie de main-d'œuvre qualifiée.

Pour ce qui est de l'implication professionnelle, nous avons observé que la dimension affective est profondément enracinée dans une passion pour le métier et un attachement sincère aux

valeurs inhérentes aux soins. Cette dimension de l'implication était particulièrement évidente lors de discussions de groupe, où les soignants partageaient des expériences émotionnellement chargées, reflétant leur profond dévouement envers les résidents et leur détermination professionnelle. Cette recherche souligne que la vocation des soignants est intrinsèquement liée aux interactions avec les résidents, un facteur crucial qui agit comme un moteur essentiel de l'IP, selon les travaux pionniers de chercheurs tels que Condamine (1994), Hargreaves (1994), Lortie (1975), Yee (1990), Morin (1996), Dolan et Lamoureux (1990), et Peterson et Martin (1990). Ces interactions, quand elles sont favorisées et valorisées par les pratiques organisationnelles, peuvent renforcer non seulement l'IP mais aussi l'IO, comme le suggèrent les études de Tremblay et al. (2000) qui ont mis en évidence l'impact positif des pratiques de reconnaissance au sein des organisations. La recherche révèle également l'importance de laisser suffisamment de temps au personnel de santé pour interagir avec les résidents, soulignant que ces moments sont non seulement bénéfiques pour les résidents mais aussi essentiels pour maintenir et amplifier l'implication des soignants. Ces interactions ne sont pas seulement des occasions de soin, mais aussi des moments clés pour la construction d'une relation significative qui contribue à l'épanouissement professionnel des soignants et à leur sentiment d'appartenance à l'organisation. Cependant, cette étude met aussi en lumière comment l'attachement des soignants peut être influencé par d'autres facteurs tels que les styles de management, les dynamiques d'équipe, et la qualité des relations interpersonnelles au sein de chaque établissement. Un management efficace et une dynamique d'équipe positive sont donc cruciaux pour moduler cet attachement et optimiser l'implication tant professionnelle qu'organisationnelle.

D'autre part, la dimension normative de l'implication professionnelle se manifestait par un engagement éthique profond. Les soignants étaient souvent guidés par un fort sentiment de devoir, qui s'alignait avec les normes éthiques de leur profession et de leur environnement de travail. Cette implication profonde est essentielle non seulement pour la qualité des soins apportés aux résidents mais aussi pour le bien-être et la satisfaction professionnelle des soignants eux-mêmes. Cependant, cette dimension normative de l'implication peut être affectée par plusieurs facteurs, notamment la reconnaissance du travail fourni par les soignants et l'adéquation entre les valeurs individuelles des employés et celles de leur environnement professionnel. L'alignement des valeurs est crucial; lorsque cet alignement est rompu, cela peut engendrer un profond malaise chez les soignants, pouvant même les conduire à envisager une reconversion professionnelle. Ce phénomène met en lumière la nécessité pour les institutions de santé de créer des environnements de travail où les valeurs personnelles des professionnels peuvent s'épanouir en harmonie avec les valeurs organisationnelles.

Quant à l'implication calculée, bien que moins prédominante que les autres formes, elle joue un rôle essentiel. Elle est principalement motivée par l'évaluation des bénéfices continus du métier, en particulier en l'absence d'alternatives professionnelles attractives. Cette forme d'implication est caractérisée par une approche pragmatique de la carrière, où les décisions des soignants sont principalement motivées par une évaluation continue des bénéfices liés à leur métier, surtout en l'absence d'alternatives professionnelles attractives. Les facteurs tels que la sécurité de l'emploi, les opportunités de développement professionnel, et l'équilibre entre le travail et la vie personnelle sont cruciaux dans cette évaluation, comme le soulignent Jaharuddin et Zainol (2019).

Ces trois dimensions d'implication, en interrelation, offrent une vue complète sur comment les personnels de soins s'impliquent dans leur travail et leur environnement professionnel. Elles

démontrent également l'adaptabilité des théories d'implication de Meyer et Allen au contexte des soins aux personnes âgées, soulignant ainsi la pertinence et la nécessité de poursuivre l'étude des dynamiques d'implication dans des secteurs spécialisés comme celui des EHPAD (Meyer, Allen et Smith, 1993).

Cette recherche explore en profondeur le concept de profils d'IO et d'IP parmi le personnel soignant dans les EHPAD, se fondant sur les théories développées par Meyer et Herscovitch (2001), enrichies par les contributions de Wasti (2005) et Morin, Meyer, et leurs collaborateurs (2015, 2016). Notre approche, centrée sur l'individu, utilise des méthodes ethnographiques et des entretiens pour saisir les nuances des profils d'implication, caractérisés par différentes intensités d'implication affective (AC), normative (NC), et calculée (CC). Cette diversité de profils révèle la complexité des liens que les soignants établissent avec leur métier et leur organisation, offrant un tableau riche des motivations et des expériences au sein de ce secteur. La classification des profils d'implication, illustrée dans notre étude par un tableau récapitulatif par fonction et par établissement, démontre la variété des configurations d'implication affective, normative, et calculée. Ce tableau indique que les profils d'implication ne sont pas uniformes mais varient significativement d'un individu à l'autre, reflétant la complexité des expériences personnelles et professionnelles des soignants. Cette diversité est cruciale pour comprendre les chemins qui mènent à la satisfaction au travail et à la rétention des employés dans les EHPAD, soulignant l'importance de considérer les multiples facettes et cibles de l'implication pour une compréhension nuancée des motivations et comportements des employés. Notre analyse met en lumière comment les différents profils d'implication interagissent pour influencer la satisfaction au travail et les performances organisationnelles. En particulier, nous observons comment une combinaison de haute implication affective avec des niveaux modérés ou bas de normative et calculée peut conduire à des comportements positifs au travail, tels que l'engagement accru et une moindre propension au turnover. De même, les profils où l'implication calculée prédomine peuvent indiquer des défis pour le maintien de l'engagement à long terme, mettant en évidence la nécessité de politiques de gestion des ressources humaines qui reconnaissent et valorisent les différentes formes d'implication.

L'exploration de ces profils d'implication enrichit la discussion académique sur l'implication dans le contexte spécifique des EHPAD et apporte une contribution significative à la littérature sur la gestion des ressources humaines dans les contextes de soins. Elle soulève des questions importantes sur le développement de pratiques de GRH qui soient non seulement adaptées aux spécificités de ces établissements mais aussi réactives aux besoins et aspirations variés du personnel soignant. En offrant un aperçu détaillé de la complexité et de la diversité des profils d'implication, cette étude invite à une réflexion stratégique sur les meilleures pratiques pour créer un environnement de travail épanouissant qui favorise à la fois la satisfaction des employés et la qualité des soins offerts aux résidents.

Cette thèse apporte également un éclairage novateur sur la manière dont l'IP peut enrichir l'IO dans le contexte des EHPAD. L'étude démontre que la passion pour le travail et l'alignement avec les valeurs organisationnelles jouent un rôle crucial dans le renforcement mutuel de l'IP et de l'IO, créant ainsi un cercle vertueux qui favorise l'implication et la rétention du personnel. Ce dynamisme entre les deux formes d'implication se traduit par une réduction notable de l'absentéisme et du turnover, offrant ainsi des preuves empiriques que l'amélioration de l'implication des employés peut effectivement diminuer les comportements de retrait. Notre recherche souligne l'importance de l'alignement des valeurs professionnelles et organisationnelles. En s'appuyant sur les travaux de Raelin (1989) et Vandenberghe (1999),

nous constatons que les conflits entre ces valeurs peuvent mener à une augmentation des taux de démission, indiquant que les employés sont particulièrement sensibles aux divergences entre leurs convictions personnelles et les pratiques de leur lieu de travail. Ces constatations renforcent l'argument selon lequel une meilleure harmonisation des valeurs au sein des organisations peut contribuer à améliorer l'implication et la satisfaction au travail. Par conséquent, les gestionnaires d'EHPAD sont encouragés à développer des politiques de gestion des ressources humaines qui valorisent simultanément l'implication organisationnelle et professionnelle. En reconnaissant et en récompensant la passion pour le travail ainsi qu'en alignant les valeurs organisationnelles avec les aspirations professionnelles des soignants, les EHPAD peuvent non seulement améliorer leur efficacité opérationnelle mais aussi offrir un cadre de travail plus attrayant et plus motivant pour le personnel soignant.

Ainsi, la thèse démontre l'impact significatif des dynamiques d'implication sur la qualité des soins et la gestion du personnel dans les milieux de soins pour personnes âgées. Les recommandations développées sont basées sur une compréhension approfondie des interactions entre l'IP et l'IO, soulignant comment une meilleure implication peut conduire à une amélioration de l'implication des soignants, une réduction du turnover et de l'absentéisme, et une augmentation globale de la qualité des soins fournis. Ces insights sont cruciaux pour aborder les défis du secteur des soins aux personnes âgées, notamment la pénurie de main-d'œuvre et les exigences accrues en matière de qualité de soin, et pour soutenir le développement de politiques de gestion des ressources humaines qui valorisent et cultivent l'implication à la fois organisationnelle et professionnelle.

LES CONTRIBUTIONS MANAGERIALES

Dans cette thèse, l'accent est mis sur l'amélioration de la gestion des ressources humaines dans les EHPAD pour accroître à la fois la qualité des soins et la rétention du personnel soignant. Nos résultats suggèrent que les gestionnaires doivent adopter des pratiques qui reconnaissent et valorisent les divers profils d'implication, en tenant compte de l'implication affective et normative des employés pour élaborer des stratégies personnalisées qui répondent aux besoins spécifiques de chaque employé.

En effet, notre étude, démontre clairement que l'IP est vécue différemment selon les professions au sein des EHPAD. Les résultats soulignent que les attentes et les besoins en termes d'implication varient significativement entre les aides-soignantes (AS), les infirmières diplômées d'État (IDE), les infirmières coordinatrices (IDEC), et les Cadres de Santé (CS). Les aides-soignantes se distinguent par une forte implication émotionnelle et personnelle, attachées profondément à la qualité des soins quotidiens et aux relations avec les résidents et les collègues. Cette catégorie de personnel valorise particulièrement le soutien et la reconnaissance de la part de la direction, des facteurs qui renforcent leur engagement et leur satisfaction professionnelle. En contraste, les infirmières diplômées d'État tendent à mettre un accent plus prononcé sur le développement professionnel et les perspectives de carrière. Pour cette catégorie, l'implication est étroitement liée à l'autonomie professionnelle, aux possibilités de développement, à la gestion du stress, et à la solidarité d'équipe (Van Der Heijden et al., 2018). Ces facteurs sont perçus comme essentiels pour leur implication continue et affective, facilitant l'atteinte de leurs objectifs professionnels tout en répondant à des besoins motivationnels fondamentaux tels que l'autonomie, la connexion sociale, et la compétence

(Bakker et Demerouti, 2014; Deci et Ryan, 2000). Pour les infirmières coordinatrices et les Cadres de Santé, l'implication est fortement influencée par des facteurs tels que le leadership, la vision stratégique, et la gestion des défis professionnels. Ces rôles de gestion exigent une vision claire et une capacité à naviguer et à gérer des responsabilités complexes, des éléments qui conditionnent leur degré d'implication tant affective que continue. Ces différences soulignent l'importance d'une gestion des ressources humaines différenciée et adaptée aux besoins spécifiques de chaque profession au sein des EHPAD. Pour optimiser l'implication de tout le personnel, il est crucial que les politiques et pratiques de gestion reconnaissent et répondent aux diverses attentes et motivations de chaque groupe professionnel. En adaptant l'environnement de travail pour répondre à ces besoins variés, les EHPAD peuvent non seulement améliorer la satisfaction et le bien-être de leur personnel mais également la qualité des soins fournis aux résidents. Cette recherche met en lumière la complexité des dynamiques d'implication dans le secteur des soins aux personnes âgées et offre des pistes concrètes pour une approche plus personnalisée et efficace de la gestion des ressources humaines dans les contextes de soins de santé.

Notre recherche a examiné en profondeur le rôle joué par l'IO et l'IP sur les comportements de retrait, tels que l'absentéisme et le taux de roulement parmi le personnel de santé dans les EHPAD. Nous avons découvert que l'IO et l'IP influencent significativement ces comportements, offrant des implications directes pour les pratiques de gestion des ressources humaines. Notamment, l'implication affective, illustrée par des facteurs tels que la satisfaction professionnelle et l'attachement aux résidents, montre une corrélation forte avec la réduction de l'absentéisme (Tzeng, 2002). Cela souligne la nécessité pour les gestionnaires d'EHPAD de prioriser le bien-être et l'engagement émotionnel des employés, plutôt que de se concentrer uniquement sur les incitations financières. D'autre part, l'implication normative, marquée par un sentiment d'obligation morale envers l'organisation, contribue à réduire le taux de roulement (Curtis, 2007). Il est crucial que les gestionnaires reconnaissent et valorisent l'engagement des employés, renforçant leur sentiment d'appartenance et de loyauté envers l'établissement. De plus, l'implication continue, qui se manifeste par des avantages pratiques et financiers, joue un rôle dans la stabilisation du personnel au sein de l'EHPAD. Les gestionnaires doivent donc élaborer des politiques qui valorisent les avantages à long terme et minimisent les coûts associés au départ des employés. En outre, l'adoption d'une approche de GRH holistique et adaptative est recommandée, tenant compte de la complexité des facteurs d'implication (Morin, Meyer et al., 2015). Des interventions managériales ciblées, telles que la promotion de relations interpersonnelles de qualité, la reconnaissance des accomplissements et l'établissement de canaux de communication efficaces, sont cruciales pour améliorer la rétention du personnel et la qualité des soins.

Notre étude souligne l'importance cruciale des stratégies de GRH adaptées aux besoins uniques des professionnels de santé pour promouvoir l'implication des employés et améliorer continuellement la qualité des soins aux résidents. Premièrement, ces professionnels ont besoin de politiques de gestion des ressources humaines spécialement conçues pour les soutenir dans leur travail émotionnellement et physiquement exigeant, notamment à travers des formations adaptées, des opportunités de développement professionnel et une reconnaissance de leur travail. De plus, un équilibre travail-vie privée est essentiel, car les horaires irréguliers et le travail pendant les weekends et jours fériés peuvent gravement impacter leur vie personnelle. Le soutien émotionnel est également crucial, car le personnel est régulièrement exposé à la souffrance, à la mort, et doit gérer des interactions parfois difficiles avec les familles des résidents. Il est important de fournir un accès à des ressources

de soutien psychologique, comme des séances de débriefing émotionnel et des ateliers de gestion du stress. Enfin, encourager l'innovation et la participation à l'amélioration des pratiques peut aider à maintenir un niveau élevé d'engagement et de satisfaction professionnelle parmi ces soignants, essentiels à la fourniture de soins de qualité. Les résultats incitent à une réflexion stratégique sur le développement de pratiques de GRH qui répondent aux attentes professionnelles tout en nourrissant les liens émotionnels, consolidant ainsi l'implication et la fidélité des employés envers leur lieu de travail. Ces insights sont vitaux pour la conception de politiques efficaces qui non seulement répondent aux défis du terrain mais favorisent également un environnement de travail plus épanouissant et productif. Il est donc essentiel d'adopter une gestion des ressources humaines différenciée et ciblée, qui non seulement satisfait aux attentes professionnelles mais nourrit également les liens émotionnels, renforçant ainsi l'engagement et la fidélité des employés envers leur lieu de travail. Ces stratégies devraient comprendre l'optimisation des conditions de travail, le renforcement de la communication interne, la valorisation des contributions individuelles et la gestion des tensions interpersonnelles et managériales propres à chaque EHPAD. Les défis spécifiques rencontrés dans différents EHPAD, tels que les conflits interpersonnels, les problèmes de communication et la perception d'injustice, exigent des réponses adaptées telles que la résolution de conflits, l'amélioration des canaux de communication et des programmes de bien-être au travail. Une attention particulière doit être portée à la formation continue (Mitlacher, 2008), au soutien émotionnel, et à l'amélioration des compétences de gestion des cadres pour renforcer leur capacité à gérer le changement et à développer des stratégies de leadership qui renforcent la confiance et la stabilité au sein de leurs équipes. En outre, notre analyse s'appuie sur le cadre théorique de Mintzberg (1982), qui aide à comprendre l'impact de la structure organisationnelle sur l'efficacité des EHPAD. Cela inclut l'évaluation de la ligne hiérarchique, du centre opérationnel, de la technostructure et du support logistique, et souligne l'importance d'une communication efficace, d'une clarification des rôles, et d'un soutien logistique pour optimiser la qualité des soins. Cette grille de lecture enrichit notre compréhension des dynamiques internes des EHPAD et guide le développement de stratégies managériales adaptées. Elle souligne la nécessité d'améliorer la communication, de clarifier les rôles, et de fournir un soutien logistique accru, permettant ainsi aux gestionnaires de mieux aligner les pratiques managériales avec les besoins organisationnels et humains. Cette approche intégrée aide à créer un environnement de travail épanouissant, augmente l'implication des soignants, et réduit les comportements de retrait, contribuant ainsi à une meilleure qualité des soins et à la satisfaction du personnel.

Ainsi, cette thèse enrichit notre compréhension des mécanismes par lesquels l'implication organisationnelle et professionnelle interagit pour influencer la dynamique des lieux de soin. Elle propose des pistes précieuses pour la pratique managériale, visant à créer un environnement de travail plus soutenant et épanouissant, qui non seulement répond aux besoins des résidents mais assure également le bien-être et la satisfaction des employés. En intégrant ces recommandations dans leur stratégie de gestion des ressources humaines, les gestionnaires d'EHPAD peuvent effectivement améliorer la rétention du personnel et la qualité des soins, tout en préparant le terrain pour les futures recherches et les avancées pratiques dans le secteur des soins aux personnes âgées.

LES CONTRIBUTIONS METHODOLOGIQUES

Dans cette étude, une approche qualitative et comparative a été privilégiée pour déceler et comprendre les divers profils d'implication selon le modèle de Meyer et Allen. L'utilisation des entretiens semi-directifs, de l'observation participante et des groupes de discussion a permis de recueillir des données riches et détaillées, offrant une perspective intime sur les expériences, sentiments et attitudes des soignants envers leur travail et leur organisation. Cette méthode a révélé l'importance cruciale des dynamiques interpersonnelles et des facteurs contextuels spécifiques aux EHPAD, qui jouent un rôle majeur dans l'élaboration des profils d'implication. La pandémie de Covid-19 a souligné la nécessité d'une flexibilité méthodologique accrue, nous poussant à adapter nos méthodes de collecte de données, notamment par le recours des mesures de protection sanitaire strictes. Ces adaptations ont non seulement prouvé l'importance de la résilience et de l'innovation dans la recherche qualitative, mais ont également enrichi notre compréhension des défis auxquels les personnels de santé sont confrontés, et de l'importance de soutenir leur implication pour améliorer la qualité des soins et le bien-être au travail.

L'utilisation de techniques projectives au cours des entretiens semi-directifs a joué un rôle crucial dans la révélation des divers profils d'implication. En suivant les recommandations de Meyer et Morin en 2016, notre recherche a adopté une perspective centrée sur l'individu, permettant de conceptualiser les dimensions de l'implication comme des profils distincts. Le choix des méthodes projectives, combiné à des entretiens semi-directifs, s'est avéré pertinent pour capturer une compréhension holistique des employés. Cette méthode nous a permis de plonger dans les histoires personnelles, les parcours professionnels, les motivations, valeurs, attentes, et le rapport au travail des personnels, offrant une richesse de données intrinsèques sur leur implication. Selon Pellemans (1999), bien que les techniques projectives ne constituent pas une méthode de recherche autonome, elles sont précieuses comme approche spécifique pour poser des questions aux participants, souvent à travers un questionnement indirect. Ce processus a été crucial pour déceler les motivations cachées derrière les comportements des employés, notamment en ce qui concerne leur implication envers leur organisation et leur profession. L'intégration de ces techniques dans notre étude a non seulement enrichi la collecte de données mais aussi approfondi notre analyse des facteurs personnels et organisationnels influençant l'implication. En comprenant mieux la satisfaction au travail, conceptualisée ici selon Ivancevich et Matteson (2002) comme un ensemble de perceptions et attitudes vis-à-vis de l'activité professionnelle, nous avons pu établir un lien direct avec les niveaux d'implication. Cette approche a donc contribué significativement à notre conclusion générale, offrant une nouvelle perspective sur l'engagement des personnels de santé en EHPAD et enrichissant la littérature existante sur l'implication organisationnelle et professionnelle.

L'application des théories de Mintzberg sur la division du travail et la coordination, ainsi que les modèles d'implication de Meyer et Allen, a servi de cadre d'analyse, facilitant la comparaison des structures organisationnelles des différents établissements. L'examen de la répartition du travail et de la coordination des activités à l'aune de cette théorie a offert une perspective approfondie sur la dynamique organisationnelle des EHPAD, révélant l'importance cruciale d'analyser les variables organisationnelles pour comprendre leur influence sur l'implication des personnels soignants envers leur organisation et sur leur pratique professionnelle.

Identifier les variables organisationnelles impactant les profils d'implication est vital, tant pour les praticiens que pour les chercheurs. Ces éléments, contrairement aux attributs individuels tels que l'histoire personnelle ou les valeurs, peuvent être ajustés par les responsables des établissements, permettant ainsi une adaptation stratégique. Par exemple, lors du recrutement, il est important pour l'établissement d'évaluer si les candidats adhèrent aux valeurs de l'organisation, ce qui facilite l'implication des personnels de soin non seulement envers l'établissement mais aussi vis-à-vis de leur profession. Cette approche analytique a également permis de comparer les fonctionnements internes des établissements, mettant en lumière les dynamiques organisationnelles susceptibles d'affecter l'implication organisationnelle (IO) et l'implication professionnelle (IP) des soignants. La théorie de Mintzberg souligne l'importance de l'alignement entre la structure organisationnelle et les facteurs environnementaux, en particulier dans un environnement aussi dynamique et complexe que celui des EHPAD, caractérisé par des changements réglementaires constants et une population résidente aux besoins de plus en plus diversifiés. L'implication des soignants peut être vue comme un facteur contingent influençant la performance de l'organisation. Les EHPAD qui réussissent à s'adapter à leur environnement tout en favorisant une forte implication de leur personnel tendent à offrir des soins de meilleure qualité et à afficher une plus grande satisfaction au travail. Les structures organisationnelles qui favorisent l'autonomie, la valorisation des compétences et l'implication des soignants dans les processus décisionnels s'avèrent particulièrement bénéfiques pour accroître leur implication. Ces aspects répondent directement aux besoins d'accomplissement personnel et de sentiment d'appartenance, que Meyer et Allen identifient comme essentiels dans le développement de l'implication.

Ainsi, cette thèse démontre la valeur ajoutée d'une approche qualitative et interprétative dans l'étude des phénomènes organisationnels complexes. Elle appelle à une gestion des ressources humaines plus attentive et flexible, capable de s'adapter aux besoins changeants des personnels de soins et de répondre aux défis posés par des crises sanitaires comme la pandémie de Covid-19. Les résultats de cette recherche offrent des recommandations stratégiques pour les décideurs des EHPAD, visant à renforcer l'implication des soignants, essentielle pour la qualité des soins et le bien-être des résidents.

LES LIMITES DE LA RECHERCHE ET LES PROLONGEMENTS POSSIBLES

Notre recherche sur l'implication organisationnelle et professionnelle des personnels de santé en EHPAD présente plusieurs contraintes importantes qui influencent l'interprétation des résultats et orientent les recommandations pour les études futures. Bien que nous ayons inclus des EHPAD publics et privés, l'exclusion des établissements à but non lucratif limite la capacité de généraliser nos résultats à l'ensemble du secteur des soins aux personnes âgées. De plus, le recrutement de participants sur la base du volontariat et l'absence de médecins coordinateurs parmi les répondants pourraient introduire un biais, limitant notre compréhension complète des dynamiques d'implication.

La spécificité de notre échantillon, centré sur la France et se limitant au personnel soignant, restreint également la comparabilité de nos découvertes avec celles réalisées dans d'autres pays ou dans d'autres contextes professionnels. Ceci pourrait entraver l'intégration de nos résultats dans un corpus de recherche plus large sur l'implication, qui inclut souvent des

professions variées comme les enseignants. La méthodologie qualitative employée, bien que riche en perspectives grâce à l'utilisation de techniques projectives, diffère des approches quantitatives traditionnelles, ce qui peut compliquer la comparaison avec des études antérieures qui utilisent des analyses statistiques plus conventionnelles.

Les méthodes qualitatives, tout en offrant une compréhension profonde des phénomènes étudiés, peuvent aussi introduire des biais de réponse, notamment en raison de la sensibilité du contexte de collecte des données. Par exemple, les entretiens réalisés dans un bureau de direction peuvent être influencés par des contraintes de temps ou par la présence de superviseurs, ce qui pourrait affecter l'authenticité des réponses fournies par les participants.

Pour surmonter ces limitations, nous suggérons d'élargir l'échantillon à une plus grande variété d'EHPAD, y compris ceux à but non lucratif, et d'intégrer des entretiens avec des médecins coordinateurs pour enrichir notre compréhension des dynamiques d'implication dans ces contextes. Une étude comparative internationale permettrait également d'approfondir notre compréhension des profils d'implication à travers divers cadres culturels et systèmes de soins, en utilisant des méthodologies adaptées à ces complexités. L'extension de cette recherche à d'autres milieux de soins, tels que les hôpitaux et les services de soins à domicile, offrirait des insights supplémentaires sur la manière dont l'IP et l'IO varient selon les contextes de travail.

En résumé, bien que notre étude présente certaines limites, elle offre une base solide pour des recherches futures en soulignant l'importance d'approches innovantes et transdisciplinaires pour comprendre et gérer l'implication des personnels de soins. Les pistes identifiées encouragent l'adoption de stratégies de gestion des ressources humaines qui sont non seulement efficaces mais également adaptées aux défis uniques du secteur des soins aux personnes âgées.

En conclusion, cette thèse apporte une contribution significative à la compréhension des dynamiques l'IO et l'IP dans les EHPAD. En démontrant l'interdépendance entre ces deux formes d'implication, notre recherche révèle comment elles influencent conjointement des indicateurs clés tels que l'absentéisme et le turnover du personnel soignant. Cette étude met en évidence que des niveaux élevés d'IO et d'IP peuvent contribuer à une meilleure rétention du personnel, à une augmentation de la satisfaction professionnelle et à une amélioration de la qualité des soins dispensés aux résidents.

Les découvertes de cette recherche soulignent la nécessité pour les gestionnaires d'EHPAD d'adopter des pratiques de gestion des ressources humaines qui valorisent et cultivent à la fois l'IO et l'IP. En reconnaissant l'importance des facteurs émotionnels et normatifs qui motivent l'implication des soignants, il est possible de développer des environnements de travail plus soutenant et épanouissant. Cela implique non seulement des politiques de reconnaissance et de récompense adaptées mais aussi la création d'un climat de travail qui favorise l'autonomie et le développement professionnel (Vergier, 2022). Cette recherche illustre clairement que l'approche managériale adoptée peut soit favoriser soit entraver l'implication des soignants. Une gestion qui valorise l'implication affective et qui est alignée avec les valeurs professionnelles des soignants peut grandement améliorer leur bien-être au travail et, par conséquent, la qualité des soins prodigués aux résidents. En contraste, des pratiques managériales qui négligent ces aspects peuvent entraîner une détérioration du climat de travail et une augmentation des taux de roulement.

De plus, l'alignement des valeurs organisationnelles avec les aspirations professionnelles des soignants est crucial. Lorsque les soignants perçoivent une harmonie entre leurs valeurs

personnelles et professionnelles et celles de l'organisation, leur engagement envers celle-ci se renforce. Cette synergie peut être facilitée par l'utilisation du projet d'établissement, un outil rendu obligatoire par la loi 2002-2. Cette législation a introduit des dispositifs visant à renforcer les droits des personnes accueillies, mais ces outils ne sont pas toujours exploités par les acteurs de terrains . Cela permettra non seulement de réduire les taux de turnover mais aussi de cultiver un sentiment de fidélité et de satisfaction au travail, ce qui est essentiel dans un secteur aussi exigeant que celui des soins aux personnes âgées.

En intégrant ces résultats dans leur stratégie de gestion des ressources humaines, les gestionnaires d'EHPAD peuvent améliorer de manière significative le bien-être au travail des salariés. Ce bien-être est un facteur crucial qui non seulement attire mais aussi fidélisent les soignants, conformément aux conclusions de Roussillon Soyer et al. (2023). Notre recherche souligne l'importance d'adopter une gestion à la fois efficace, adaptable et profondément humaine, ce qui est essentiel pour garantir à la fois le bien-être des employés et la satisfaction des besoins des résidents.

Glossaire

AES : Accompagnant éducatif et social

AC : Affective commitment

AGGIR : Autonomie, gérontologie-groupe iso-ressource

AMP : Aide médico-psychologique

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

AS : Aide-soignante

ASH : Agent de service hospitalier

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Adaptation de la société au vieillissement

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CC : Continuanace commitment

CODIR : Comité de direction

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CS : Cadre de santé

CSP : Code de la santé publique

CTE : Comité technique d'établissement

DEAS : Diplôme d'état d'aide-soignant

DRH : Directeur des ressources humaines

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Établissement hébergement pour personne âgée dépendante

ESSMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux

EPRD : État prévisionnel de recettes et de dépenses

ETP : Équivalents temps plein

FEI : Fiche d'événement indésirable

GMP : Groupe iso-ressources moyen pondéré

GMPS : Groupe iso-ressources moyen pondéré en soins

GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et compétences

GIR : Groupe iso-ressources

GRH : Gestion des ressources humaines

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital, patients, santé et territoire
IDE: Infirmier diplômés d'état
IDEC : Infirmière diplômée d'état coordinatrice
IFAS : Institut de formation d'aides-soignants
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
IO : Implication organisationnelle
IOA : Implication organisationnelle affective
IOC: Implication organisationnelle calculée
ION: Implication organisationnelle normative
IP : Implication professionnelle
IPA: Implication professionnelle affective
IPC : Implication professionnelle calculée
IPN: Implication professionnelle normative
LPA : Latent profil analysis
MDPH : Maisons départementales du handicap
NC : Normative commitment
NMP : Nouveau Management Public
OP : Observation participante
PAP : Projet d'accompagnement personnalisé
PO : Participation observante
PMP : Pathos Moyen Pondéré
QVT : Qualité de vie au travail
RCB : Rationalisation des choix budgétaires
RE : Retrait de l'emploi
RH : Ressources humaines
RO : Retrait organisationnel
RT : retrait du travail
SCG : Systèmes de contrôle de gestion
SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
SSRG : Service soins de suite et de réadaptation gériatrique
TMC : Three-component model
USLD : Unité soin longue durée
VAE : Validation d'acquis de l'expérience

Table des illustrations

Figure 1 : La conception de la recherche	20
Figure 2 : Les cinq parties de base des organisations	37
Figure 3 : Répartition des EHPAD selon leur statut juridique à partir d'Extraction ImportERRD au 28 août 2019, FINESS au 31 décembre 2018, HAPI au 31 décembre 2018.	42
Figure 4 : Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD selon le nombre de places installées pour le statut public par département en 2016.	43
Figure 5 : Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD selon le nombre de places installées pour le statut privé non lucratif par département en 2016.....	44
Figure 6 : Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD selon le nombre de places installées pour le statut privé commercial par département en 2016.....	45
Figure 7 : Prototypical Profils : Qualitative Distinctions (Meyer et Morin, 2016)	87
Figure 8 : Le chercheur interprétatif : posture empathie d'après Giordano (2003, p. 21)	100
Figure 9 : Les différents designs de recherche d'étude de cas selon Yin (2009).....	116
Figure 10 : Questionnaire relatif à l'implication organisationnelle (Traduction par Durrieu et Roussel (2002) et adapté au contexte de l'étude).....	127

Table des tableaux

Tableau 1 : Évolution du secteur médico-social (Coron, 2017)	26
Tableau 2 : Le nouveau paradigme juridique de l'usager/citoyen (Delaloy, 2014).....	31
Tableau 3 : Un changement des modalités financières et organisationnelles (Delaloy, 2014)	32
Tableau 4 : Le changement du paradigme managérial et ses conséquences (Delaloy, 2014)	33
Tableau 5 : d'évaluation des 6 degrés de dépendance (Source : Service public, 2021)	51
Tableau 6 : Set of criteria for judging the trustworthiness of different research designs for qualitative Research (Hlady-Rispal et Jouison-Laffitte (2014)	97
Tableau 7 : La position épistémologique du paradigme interprétativiste (Rochette, 2016) ...	99
Tableau 8 : Les différentes catégories d'études de cas selon Yin (2003, 2009) et Stake (1995)	115
Tableau 9 : Une définition adaptée des tests qualité (Adapté de Hlady-Rispal, 2002)	118
Tableau 10 : Le choix pour la constitution d'un échantillon théorique (Hlady-Rispal, 2002)	120
Tableau 11 : La nature de l'échantillon	123
Tableau 12 : Récapitulatif de la démarche de Strauss et Corbin (1990)	133
Tableau 13 : Synthèse du chapitre III	134
Tableau 14 : Rappel des spécificités de l'échantillon	135
Tableau 15 : La relation au travail des salariés, les profils d'implication (EHPAD 1)	176
Tableau 16 : La relation au travail des salariés, les profils d'implication (EHPAD 2)	218
Tableau 17 : La relation au travail des salariés, les profils d'implication (EHPAD 3)	255
Tableau 18 : La relation au travail des salariés, les profils d'implication (EHPAD 4)	295
Tableau 19 : Analyse Comparative des Contextes Organisationnels.....	297
Tableau 20 : Analyse comparative de la division du travail dans chaque EHPAD.	300
Tableau 21 : récapitulatif comparatif basé sur les 5 modes de coordination de Mintzberg .	303
Tableau 22 : Tableau comparatif concernant les comportements de retrait dans différents EHPAD.	306
Tableau 23 : Tableau comparatif des profils d'implication selon la théorie d'Allen et Meyer dans différents EHPAD.	317
Tableau 24: Récapitulatif des profils implication par fonction et par établissement.	331

Références bibliographiques

Abord de Châtillon, E. et Desmarais, C. (2012). Le Nouveau Management Public est-il pathogène ? *Management International*, vol.16, n°3, p.10-24.

Abord de Châtillon, E., Blondet, C., Branchet, E., Crambes, et C., Commeiras, N., I. (2016). La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé) – observations de terrain et analyses à partir de l'enquête Conditions de Travail 2013. (Rapport de recherche), La direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP).

Abry, J. (2009). Le social et le médico-social à l'épreuve de sa déshumanisation. *Connexions*, n°91, p.163-174. <https://doi.org/10.3917/cnx.091.0163>

Achmet, V. et Commeiras, N. (2018). Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ? *Gestion 2000*, vol.35, n°6, p.119-148.

Ackroyd, S., Kirkpatrick, I., et Walker, R. (2007). Public Management Reform and its Consequences for Professional Organisation: A Comparative Analysis. *Public Administration*, vol.85, n°1, p. 9–26.

Adams, J. S. (1965) « Inequity in social exchange », in Berkowitz L. (éd.), *Advances in experimental social psychology*, Academic Press, New York, vol. 2, p. 267–299.

Afshari, L. and Gibson, P. (2015), "Development of organizational commitment and value internalization", *World Journal of Management*, vol. 6, n°2, p. 187-198.

Agonhossou, D. et Godonou, C. (2011). Implication organisationnelle et performance au travail chez les infirmières et infirmiers diplômés d'État au Bénin. *Management & Avenir*, 50, 105-121. <https://doi.org/10.3917/mav.050.0105>

Al Maqbali, M. A. (2015). Factors That Influence Nurses' Job Satisfaction: A Literature Review. *Nursing Management*, vol .22, n°2, p.30-37. <https://doi.org/10.7748/nm.22.2.30.e1297>

Alamri, M. and Al-Duhaim, T. (2017). "Employees perception of training and its relationship with organizational commitment among the employees working at Saudi industrial development fund", *International Journal of Business Administration*, vol. 8 N°2, p. 25-39.

Allard-Poesi, F. (2005). "The Paradox of Sensemaking in Organizational Analysis", *Organization*, vol.12, n°2, p.169-196.

Allen, N.J. and Meyer, J.P. (1990). The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization. *Journal of Occupational Psychology*, vol. 63, p.1-18. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x>

Allen, N.J. and Meyer, J.P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: an examination of construct validity, *Journal of vocational behavior* vol. 49, p. 252-276.

Amar, A. et Berthier, L. (2007). Le nouveau management public : avantages et limites, *Recemap, Anact*, collection « outils et méthodes ».

Andela, M., Truchot, D., and Van der Doef, M. (2015). Job stressors and burnout in hospitals: The mediating role of emotional dissonance. *International Journal of Stress Management*, vol.23, n°3, p. 298–317. Advance Online, publication, <https://doi.org/10.1037/str0000013>.

Anderson, R. A., Issel, L. M. and McDaniel, R. R. (1997). Nursing staff turnover in nursing homes: A new look. *Public Administration Quarterly*, vol. 21, n°1, p. 69–95.

Angle, H., and Perry, J. L. (1981). An Empirical Assessment of Organizational Commitment and Organizational Effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, vol. 26, n°1, p.1-14. <https://doi.org/10.2307/2392596>

Arborio A.-M. (1995). « Quand le “sale boulot” fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l’hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 13-3, p. 93-126.

Arborio, A.-M. et Fournier, P. (2010). *L’enquête et ses méthodes : l’observation directe*, Paris, Armand Colin, coll. « 128 ».

Arborio, A.-M. (2012). *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l’hôpital*, 2e édition augmentée d’une préface de l’auteur. Paris: Economica. Anthropos. ISBN: 978-2-7178-6533-2

Ariani, D. W. (2012). Leader-member exchanges as a mediator of the effect of job satisfaction on affective organizational commitment: an empirical test. *International Journal of Management*, vol.29, n°1, p.46-56.

Aryee, S. and Tan, K. (1992). « Antecedents and outcomes of career commitment », *Journal of Vocational Behavior*, vol.40, pp.288-305.

ARS Corse. (2017). Modalités de validation de la coupe PATHOS. <https://www.corse.ars.sante.fr/modalites-de-validation-de-la-coupe-pathos>

ARS - Rhône-Alpes, coordonné par Martin, C. (2014). Pour une meilleure attractivité des emplois de l’accompagnement de la perte d’autonomie – Enjeux et leviers, Rapport de synthèse, Mai 2014, 64 pages

Aselage, J., and Eisenberger, R. (2003). Perceived organizational support and psychological contracts: A theoretical integration. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 24, p. 491–509. <https://doi.org/10.1002/job.211>

Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, et Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative, *Revue française de médecine générale*, vol. 84, p 142-150.

Aubry, F. (2010). « La place du groupe de pairs dans l’intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », *SociologieS* [En ligne], Premiers texte, mis en ligne le 27 décembre 2010, URL : <http://sociologies.revues.org/3291>

Aubry, F. (2012). « Les rythmes contradictoires de l’aide-soignante. Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec », *Temporalités* [En ligne], n° 16, mis en ligne le 13 décembre 2012. URL : <https://temporalites.revues.org/2237>

Auger P. (2006). « Une méthode de recherche innovante : l’utilisation du logiciel Nvivo pour les analyses de littérature », *Revue Sciences de Gestion*, n°57, p. 113-129.

Avenier, M. J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : post-modernisme ou pragmatisme? *Management & avenir*, (3), pp.372-391.

Avenier, M. J., and Parmentier Cajaiba, A. (2012). The dialogical model: developing academic knowledge for and from practice. *European Management Review*, vol. 9, n°4, p. 199-212

Avenier M. J. et Thomas, C. (2012). « A quoi sert l'épistémologie dans la recherche en Sciences de gestion », *Le libellio d'Aegis*, vol. 8, n° 4, p. 13–27

Averseng, C. (2011). « Comment structurer la complexité sans renoncer à l'exhaustivité thématique d'un état de l'art en sciences de gestion ? Retour d'expérience sur l'apport méthodologique des outils de classification de données qualitatives », *Management & Avenir*, n°41, p. 369-386.

Bacache-Beauvallet, M. (2012). L'État : contraintes et liberté, approche économique. *Pouvoirs*, 142(3), 21-31.

Bahram, H., Hasan, G., Mohammad, H., Hasan, C., and Alireza, G. (2015). A Survey of nurses' perceptions of the causes of medication errors and barriers to reporting in hospitals affiliated to Neyshabur University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, vol. 21, n°1, p. 105-111. Retrieved from http://jkmu.kmu.ac.ir/article_16278.html

Bakker, A. B., Boyd, C. M., Dollard, M., Gillespie, N., Winefield, A. H., and Stough, C. (2010). The role of personality in the job demands-resources model. *Career Development International*, vol. 15, n°7 p.622–636.

Bakker, A. B., and Demerouti, E. (2014). Job demands-resources theory. In P. Y. Chen, & C. L. Cooper (Eds.), *Wellbeing: A complete reference guide, volume III, work and wellbeing*, p. 37–64. New York, NY: Wiley Blackwell.

Bakker, A. B., Van Veldhoven, M., and Xanthopoulou, D. (2010). Beyond the Demand-Control model: Thriving on High Job Demands and Resources. *Journal of Personnel Psychology*, vol. 9, p. 3-16. <http://dx.doi.org/10.1027/1866-5888/a000006>

Banaszak-Holl, J. and Hines, M. A. (1996). Factors associated with nursing home staff turnover. *The Gerontologist*, vol. 36, n°4, p. 512–517.

Bansal, P., Smith, W. K., and Vaara, E. (2018). New Ways of Seeing through Qualitative Research. *The Academy of Management Journal*, vol. 61, n°4, pp. 1189-1195. <https://doi.org/10.5465/amj.2018.4004>

Baraize, F. (1996). « La notion de secteur est-elle encore centrale ? La négociation du sens dans l'enseignement supérieur », *Pôle Sud*, vol. 4, p. 107-122

Baret, C. (2012). Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) parviennent-ils à concilier objectifs économiques et missions médico-sociales ? Une proposition de matrice stratégique. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, vol. 2, n°1, p. 66-82. Éditions ARIMHE.

Barlatier, P. (2018). Chapitre 7. Les études de cas. Dans : Françoise Chevalier éd., *Les méthodes de recherche du DBA*, p. 126-139. Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0126>

Bartoli, A., et Chomienne, H. (2007). Le développement du management dans les services publics : évolution ou révolution ? *Les cahiers français n°339, Les services publics*, La Documentation Française.

Bas, P. (2006). Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, présenté par Philippe Bas, ancien Ministre délégué à la sécurité sociale, aux Personnes, aux Personnes handicapées et à la Famille, en juin 2006. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2006/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-SEPTEMBRE_2006_DISCOURS_PHILIPPE_BAS.pdf

Batifoulier, P. (2012). « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *Revue française de socio-économie*, vol. 2, n° 10, p. 155-174.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>

Baret, C. (2012). Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) parviennent-ils à concilier objectifs économiques et missions médico-sociales ? Une proposition de matrice stratégique, *RIMHE*, n°2, p. 66-82.

Barrédy, C., Martinet, A., Silem, A. et Szostak, B. (2023). I. Dans : Céline Barrédy éd., *Lexique de gestion et de management* (p. 339-368). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.barre.2023.01.0339>

Bazin, M., et Muller, M. (2018). « Le personnel et les difficultés de recrutement en Ehpad ». *Etudes et Résultats*, n°1067. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf

Beaucourt, C. (2011). « Le Management des Ressources Humaines dans les Entreprises du Social et de la Santé ». *Management & Avenir*, vol. 49, n° 9, p. 102-113.

Beaugrand, J. P. (1988). Démarche scientifique et cycle de la recherche. In M. Robert (Éd.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, p. 1-36. Québec: Edisem

Becker, H.S. (1960). "Notes on the concept of commitment" *American Journal of Sociology*, n°66, p. 32–42.

Becker, H.S. (1970). *Sociological Work. Method and Substance*, Aldine Chicago (traduction: *Le Travail sociologique. Méthode et substance*, Academic Press Fribourg, Fribourg, (2006).

Becker, T.E. (1992). "Foci and Bases of Commitment: Are They Distinctions worth Making?" *Academy of Management Journal*, vol. 35, n°1, p. 232-244.

Becker, H. (2002). *Boys in white: Student culture in medical school*, Transaction publishers.

Becker, T. E., and Billings, R. (1993). Profiles of commitment: an empirical test, *Journal of organizational behavior*, vol. 14, p. 177-190.

Becker, T. E., Klein, H. J., and Meyer, J. P. (2012). *Commitment in organizations: Accumulated wisdom and new directions*: Routledge.

Becker, T. E. (2009). Interpersonal commitments. In H. Klein, T. Becker, & J. Meyer (Eds.), *Commitment in Organizations: Accumulated Wisdom and New Directions*, p. 137–178. New York: Routledge.

Bentein, K., Vandenberghe, C. et Dulac, T. (2004). Engagement organisationnel de continuité et indicateurs d'efficacité au travail. *Revue de gestion des ressources humaines*, n°53, p. 69-79.

Bentein, K., Vandenberg, R. J., Vandenberghe, C., and Stinglhamber, F. (2005). The role of change in the relationship between commitment and turnover: A latent growth modeling approach. *Journal of Applied Psychology*, vol. 90, n°3, p. 468-482.

Berg, B.L. (2000), *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*, 4th edition, Boston, MA, Allyn & Bacon.

- Berry, C. M., Lelchook, A. M., and Clark, M. A. (2012). A meta-analysis of the interrelationships between employee lateness, absenteeism, and turnover: Implications for models of withdrawal behavior. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 33, n°5, p. 678–699. <https://doi.org/10.1002/job.778>
- Bertezene, S. (2013). Le pilotage de la performance éthique : résultats de recherches-interventions dans le secteur médico-social. *Management & Avenir*, vol. 64, p. 56-75. <https://doi.org/10.3917/mav.064.0056>
- Berthier, N. (2010). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : Méthodes et exercices corrigés* (4e éd., Cours. Sociologie). Paris: A. Colin.
- Berthier, N. (2016). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : méthodes et exercices corrigés*, 5e éd., Paris, Armand Colin.
- Bezes, P. (2005). « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales*, n° 126, p. 26-37, <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2005-6-page-26.htm>
- Bezes, P. (2012). « État, experts et savoirs néo-managériaux. Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 193, p. 16-37, <https://doi.org/10.3917/arss.193.0016>.
- Bezes, P., et Demarière, C. (2011). « Introduction du Dossier débat : New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, vol. 53, n°3, p. 293-348.
- Biétry, F. (2012). L'implication organisationnelle : un concept à emprunter ? 23e congrès AGRH "Les interfaces de la GRH", AGRH, ICN, ISAM-IAE, Sep 2012, Nancy, France. (hal-02137018)
- Bhatti, M. A., Farhan, M., Ahmad, M. J., and Sharif, M. N. (2019). The Impact of Social CRM Capabilities and Customer Engagement on the Firm Performance: Mediating Role of Social Media Usage. *Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences*, vol. 7, n°3, p. 313-324.
- Birjandi, M., Birjandi, H. and Ataei, M. (2013). The relationship between quality of work life and organizational commitment of the employees of Darab cement company: The case study In Iran. *International Journal of Economics, Business and Finance*, vol. 1, n°7, p. 154-164, <http://ijebf.com/>.
- Blanchet A., Giami A., Gotman, A. et Leger J-M, (1993). *L'entretien dans les sciences sociales. L'écoute, la parole et le sens*, Paris, Dunod, p.7
- Blanchet, A. et Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*, 128e éd. Paris, Armand Colin.
- Blanpain, N. et Buisson, G. (2016). « Projections de population à l'horizon 2070 - Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 », *Insee Première* n° 1619, novembre 2016.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and Power in Social Life*, NewYork, Londres, Sydney,
- Blau G.J. (1985). "The Measurement and Prediction of Career Commitment" *Journal of Occupational Psychology*, n°58, 277-288
- Blau, G.J., and Lunz, M. E. (1998). Testing the Incremental Effect of Professional Commitment on Intent to Leave One's Profession beyond the Effects of External, Personal, and Work-

Related Variables. *Journal Of Vocational Behavior* (Print), vol. 52, n°2, p. 260-269. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1997.1601>

Blau, P.M., and Scott, W.R. (1962). *Formal organizations: a comparative approach*. Chandler.

Bloch, M. A, Hénaut, L., Sardas, J-C, et Gand, S. (2011). *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Centre de Gestion Scientifique i3.

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interaction: perspective, and method*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Bogdan, R. and Taylor, S.J. (1975). *Introduction to qualitative Research methods. A phenomenological Approach to the social Sciences*, New York, london John Wiley and Sons.

Boitier, M. et Rivière, A. (2016). *Les systèmes de contrôle de gestion, vecteurs d'une logique gestionnaire : changement institutionnel et conflits de logiques à l'université*. *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 22, p. 47-79. <https://doi.org/10.3917/cca.223.0047>

Bourret, P. (2006). *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan, Paris.

Bouret, P. (2008). *Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible*. *Revue française d'administration publique*, n°128, p. 729-740. <https://doi.org/10.3917/rfap.128.0729>

Boussagnet, L., Jacquot, S., et Ravinet, P. (2004). *A quoi sert la notion de secteur ?* Communication présentée au Pôle Action Publique du CEVIPOF, Paris, avril 2004, p.5.

Boutin G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Bouville, G. (2009). *L'influence de l'organisation et des conditions de travail sur l'absentéisme. Analyse quantitative et étude de cas*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Rennes 1.

Bouville, G. (2010). *La progression de l'absentéisme : nouveaux comportements des salariés ou nouvelles contraintes organisationnelles ?* 21e Congrès de l'AGRH, Saint-Malo.

Brami, G. (2013). *Les paradoxes de l'évolution des ehpad*. *Empan*, n°91, p. 56-61. <https://doi.org/10.3917/empa.091.0056>

Brannon, D., Zinn, J. S., Mor, V. and Davis, J. (2002). *An exploration of job, organizational, and environmental factors associated with high and low nursing assistant turnover*. *The Gerontologist*, vol. 42, n°2, p. 159–168. <https://doi.org/10.1093/geront/42.2.159>

Breitsohl, H., van Rossenberg, Y. G. T., and Rodrigues, A. C. A. (2018). *Innovative approaches to studying workplace commitments*. In Paper symposium presented at the 2018 Academy of Management Annual Meeting, Chicago, IL.

Broschak, J. P. (2015). *Client relationships in professional service firms*. In Empson, L. Muzio, D., Broschak, J. P. and Hinings, C. R. (Eds.), *The Oxford Handbook of Professional Service Firms* (p. 304–326). Oxford: Oxford University Press.

Bryman, A. and Bell, E. (2015), *Business Research Methods*, Oxford, Oxford University Press.

- Buchanan, B. (1974), Building organizational commitment: the socialization of managers in work organizations, *administrative science quarterly*, vol. 19, p. 533-546.
- Burns, T. and Stalker, G.M. (1961). *The Management of Innovation*, Tavistock Publications, 1961, 2e édition, Social Sciences Paperbacks, 1966.
- Campion, M. A., and Lord, R. G. (1982). A control systems conceptualization of the goal setting and changing process. *Organizational Behavior and Human Performance*, vol. 30, p. 265- 287.
- Cappelli, P., Bassi, L., Katz H., Knobe, D., Osterman, P. and Useem, M. (1997). *Change at work*, New York: Oxford University Press
- Carmeli, A. (2005). Perceived External Prestige, Affective Commitment, and Citizenship Behaviors. *Organization Studies*, vol. 26, n°3, p. 443-464. <https://doi.org/10.1177/0170840605050875>
- Carpentier, A. (2018). *Le devenir des EHPAD (Mémoire, Université de Lille)*. Consulté le 3 avril 2019. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_ILIS/2018/LILU_SMIS_2018_017.pdf
- Casimir, G., Ngee Keith Ng, Y., Yuan Wang, K., and Ooi, G. (2014). The relationships amongst leader-member exchange, perceived organizational support, affective commitment, and in-role performance: A social-exchange perspective. *Leadership & Organization Development Journal*, vol. 35, n°5, p. 366-385.
- Castanet, V. (2022). *Les Fossoyeurs*, Fayard.
- Castle, N. G. and Engberg, J. (2006). Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *The Gerontologist*, vol. 46, n°1, p. 62-73. <https://doi.org/10.1093/geront/46.1.62>
- Chadwick-jones, J., Nicholson, N. and Brown, C. (1982). *Social psychology of absenteeism*, New York: Praeger.
- Chandler, A.D. (1962). *Strategy and Structure: Chapters in the History of American Enterprise*. MIT Press, Boston.
- Chang, H.-T., Chi, N.W., and Miao, M. C. (2007). Testing the relationship between three-component organizational/occupational commitment and organizational/occupational turnover intention using a non-recursive model. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 70, n°2, p. 352-368.
- Chang, C.S. (2015). Moderating Effects of Nurses' Organizational Support on the Relationship Between Job Satisfaction and Organizational Commitment. *Western Journal of Nursing Research*, vol. 37, n°6, p. 724-745. doi:10.1177/0193945914530047
- Charles-Pauvers, B. et Commeiras, N., (2002). Chapitre 3: L'implication: le concept. In Neveu, J. P. et Thévenet, M., *L'implication au travail*, Editions Vuibert, Collection Entreprendre, Série Vital Roux.
- Charleux, F. (2014). L'impact de l'évaluation sur les pratiques managériales. Dans : Maxime Delaloy éd., *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social* (p. 43-56). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.delal.2014.01.0043>
- Charreire Petit, S. (2003). *L'étude empirique longitudinale, Onnaing : e-thèque*.

Chris, A. C., Maltin, E. R. and Meyer, J. P. (2016). Employee commitment and well-being. In J.P. Meyer (Ed.). *Handbook of Employee Commitment*, p. 235-247. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.

Christian, M. S., Garza, A. S. and Slaughter, J. E. (2011). Work engagement: A quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel Psychology*, vol. 64, p. 89–136.

CNSA (2017). Les chiffres clefs de l'aide à l'autonomie 2017, http://www.cnsa.fr/documentation/17-09_cnsa_chiffrescles_2017_exe2_bd.pdf

CNSA (2017). La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées. <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-2016>

CNSA. (mai 2020). Les établissements sociaux et médico-sociaux en chiffres - Édition 2020. Récupéré le 26 avril 2023, de https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2023-fr-02.pdf

CNSA. (2021). CNSA chiffres clés 2021. Récupéré de https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2021_interactif.pdf

Cohen A. (1991). « Career stage as a moderator of the relationships between organizational commitment and its outcomes: a meta-analysis », *Journal of Occupational Psychology*, vol. 64, p. 253-268.

Cohen, A. (1992). "Antecedents of organizational commitment across occupational groups: a meta-analysis", *Journal of Organizational Behavior*, vol. 13, pp. 539-58

Cohen A. (1993). « Organizational Commitment and Turnover: A Meta-Analysis », *Academy of Management Journal*, vol. 36, n°5, p. 1140-1157.

Cohen, E. (1996). Epistémologie des sciences de gestion, *Encyclopédie de Gestion*, décembre, vol 24.

Cohen, A. (1999). "Relationships among five forms of commitment: an empirical assessment", *Journal of Organizational Behavior*, vol. 20, p. 285-308.

Cohen, A. (2000). The relationship between commitment forms and work outcomes: A comparison of three models. *Human Relations*, vol. 53, n°3, p. 387-417. <https://doi.org/10.1177/0018726700533005>

Cohen, A. (2003). *Multiple Commitments in the Workplace. An Integrative Approach*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey

Cohen, A. and Lowenberg, G. (1990). A re-examination of the side-bet theory as applied to organizational commitment: a meta-analysis. *Human Relations*, vol. 43, n°10, p. 1015-1050.

Combaudon, C. et Fouré-Joopen, H. (2020). L'amélioration de la qualité du management comme facteur d'implication et de fidélisation du personnel des EPHAD en milieu rural. Cas de 3 recherche-interventions. *Recherches en Sciences de Gestion*, n° 139, p. 169-196. <https://doi.org/10.3917/resg.139.0169>

Combessie, J.C. (2007). *La méthode en sociologie*, Paris, La Découverte.

Condamin, A. (1994). La traversée du miroir ou la découverte d'un nouveau sens à l'enseignement. Thèse de doctorat, Université Laval.

Conley, S., and You, S. (2017). Key influences on special education teachers' intentions to leave: The effects of administrative support and teacher team efficacy in a mediational model. *Educational Management Administration & Leadership*, vol. 45, n°3, p. 521–540

Cooper, J. T., Stanley, L. J., Klein, H. J., and Tenhiälä, A. (2014). Profiles of commitment in standard and fixed-term employment arrangements: Implications for work outcomes. *European Journal of Work And Organizational Psychology*, vol. 25, n°1, p. 149-165. <https://doi.org/10.1080/1359432x.2014.990443>

Cooper-Hakim, A. and Viswesvaran, C. (2005). « The construct of work commitment: Testing an integrative framework », *Psychological Bulletin*, vol. 131, n°2, p. 241-259.

Coron, G. (2017). Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social. *La Revue de l'Ires*, n° 91-92, p. 213-235. <https://doi.org/10.3917/rdli.091.0213>

Coulon, A. (2002). *L'École de Chicago*. Paris : Presses universitaires de France.

Cueille, S. (2007). Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public. In: *Politiques et management public*, vol. 25, n° 4, 2007.

Creswell, J. W. (2008). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research (3rd ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.

Cropanzano, R. and Mitchell, M.S. (2005). Social Exchange Theory: An Interdisciplinary Review, *Journal of Management*, vol. 31, p. 1-27.

Curtis, E. (2007). Job satisfaction: a survey of nurses in the Republic of Ireland. *International Nursing Review*, 54(1), 92-99. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00507.x>

Daïeff, S. et Babadjian, P. (2008). Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique. *Gérontologie et société*, vol. 31, n°126, p. 105-111. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0105>

Damon, J. (2002). *La question SDF. Critique d'une action publique*. Paris : PUF.

De Beauvoir, S. (2020). *La Vieillesse*. Gallimard. <https://doi.org/10.3917/gall.beauv.2020.01>

Deci, E. L., and Ryan, R. M. (2000). «The 'What' and 'Why' of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior», *Psychological Inquiry*, vol. 11, n° 4, p. 227-268.

De Jesus Guerreiro Figueira, D., Nascimento, J. L., and Almeida, H. (2014). Relation between organizational commitment and professional commitments an exploratory study conducted with teachers. *Universitas Psychologica/Universitas Psychologica*, vo. 14, n°1. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy14-1.rbc>

De Ketele, J. M., et Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Méthodes en sciences humaines*. 3e édition, Paris : De Boeck Université.

De Singly, C. (2009). *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, Rapport remis au ministère de la Santé et des Sports*.

Deci, E. L., Olafsen, A. H. and Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science, *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, vol. 4, n°1, p.19-43.

Delaloy, M. (2014). L'émergence des nouveaux discours managériaux dans le secteur. Dans : Maxime Delaloy éd., *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social*, p. 31-42. Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.delal.2014.01.0031>

Delouette, I. et Nirello, L. (2017). La régulation publique dans le secteur des Ehpad: Quelles conséquences pour l'avenir des établissements de l'ESS ? *RECMA*, n°344, p. 58-72. <https://doi.org/10.3917/recma.344.0058>

Demmke, C. (2016). Effects of Budgetary Constraints on HR Reforms in Central Public Administrations and the Importance of Institutional Context, *International Journal of Public Administration*, vol. 40, n°13, p. 1-14.

Denis, J. L., Langley, A., and Lozeau, D. (1990). Formal strategy in public hospitals, Montréal, Université du Québec à Montréal, Centre de recherche en gestion, Working paper, p. 22.

Denzin, N. and Lincoln, Y. S. (2005). *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed). London : SAGE.

Deschenaux, F. et Bourdon, S. (2005). « Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo 2.0 », *Les Cahiers pédagogiques de l'Association pour la Recherche Qualitative*, 45 p.

Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.

Desmarais, C. and Abord de Chatillon, E. (2010). « Are there still differences between the roles of private and public sector managers? » *Public Management Review*, vol. 12, n°1, p. 127-147.

Detchessahar, M. et Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de « gestionnisme ». *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, n°98, p. 27-37. <https://doi.org/10.3917/geco.098.0027>

Devigne, M., Habib, J., Krohmer, C. et Laurent, B. (2014). Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 32, p. 63-80. <https://doi.org/10.3917/jgem.141.0063>

DGAFP. (2019). *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique*, Edition 2019 : https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/Publications/Rapport%20annuel/2019/Rapport_annuel_FP-2019.pdf

Divay, S. et Gadea, C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, n°4, p. 677-687.

Dolan, S.H. et Lamoureux, G. (1990). *Initiation à la psychologie du travail*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.

Donadio, A., Dumas, P., Giraud, L., Godowski, C., Nyobe, S. et Tahar, C. (2017). Chapitre 16. Le contrôle de gestion et la gestion des ressources humaines. Dans : , A. Donadio, P. Dumas, L. Giraud, C. Godowski, S. Nyobe & C. Tahar (Dir), *DSCG 3 Management et contrôle de gestion: Manuel et applications* (pp. 421-447). Paris: Vuibert.

Domin, J. (2008). L'État et le marché au chevet de l'hôpital public. *Savoir/Agir*, n° 5, p. 65-73. <https://doi.org/10.3917/sava.005.0065>

DREES. (2016). État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile, Étude et Résultats n°988, décembre 2016. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/etat-de-sante-et-dependance-des-personnes-agees-en-institution-ou>

DREES. (2020). L'hébergement des personnes âgées en établissement, les chiffres clés https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie_ehpa_08-2.pdf

Dumas, M. (2013). Étude diachronique de la variabilité et des facteurs de l'absentéisme maladie et de présentéisme : le cas du personnel de production d'une entreprise du secteur du luxe, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°89, p. 19-39

Dunn, M., and Jones, C. (2010). Institutional logics and institutional pluralism: The contestation of care and science logics in medical education, 1967–2005. *Administrative Science Quarterly* vol. 55, n°1, p.114–149.

Dupuis, A. et Farinas, L. (2010). « Vers un appauvrissement managérialiste des organisations de services humains complexes? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, p. 51-65.

Durkheim, É. (1912). *Les Formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*, Paris, Alcan.

Durrieu, F. et Roussel, P. (2002), « L'implication organisationnelle dans les réseaux de franchisés : un concept pertinent pour des entreprises en réseau ? », *Revue de gestion des ressources humaines*, n° 44, avril-mai-juin, p. 219.

Dussuet, A., Nirello, L. et Puissant, E. (2017). De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *La Revue de l'Ires*, 91-92, 185-211. <https://doi.org/10.3917/rdli.091.0185>

Eisenhardt, K.M. (1989). Building theories from case study research, *Academy of Management Review*, vol. 14, n° 4, p. 532-550.

Eisenhardt, K. M. (1991), Better stories and better constructs: the case for rigor and comparative logic. *Academy of Management Review*, juillet, vol. 16, n°3, p. 620-627.

Eisenhardt, K.M. and Graebner, M.E. (2007) Theory Building from Cases: Opportunities and Challenges. *Academy of Management Journal*, vol. 50, p. 25-32. <http://dx.doi.org/10.5465/AMJ.2007.24160888>

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., and Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied psychology*, vol. 71, n°3, p. 500

Eisenberger, R. and Stinglhamber, F. (2011). *Perceived organizational support: Fostering enthusiastic and productive employees*. Washington, DC: American Psychological Association: American Psychological Association

El Akremi, A., Colaianni, G., Portogjese, I., Galletta, M., and Battistelli, A. (2014). How organizational support impacts affective commitment and turnover among Italian nurses: A multilevel mediation model. *The International Journal of Human Resource Management*, vol.25, n°9, p. 1185-1207. doi:10.1080/09585192.2013.826713

Ellis, C. (2007). « Telling secrets, revealing lives: Relational ethics in research with intimate others » *Qualitative inquiry*, vo. 13, n°1, p. 3-29.

Emery, Y. et Giauque, D. (2001). Nouvelle gestion publique, contrats de prestations et mécanismes d'incitations financières. Pratiques et problèmes rencontrés en Suisse, *Revue Internationale des Sciences Administrative*, vol. 67, n°1, p. 171-194.

Emery, Y. et Giauque, D. (2003). Sens et paradoxes de l'emploi public au XXIème siècle. Lausanne: Presses polytechniques universitaires romandes.

Emery, Y. et Giauque, D. (2005). *Paradoxes de la gestion publique*, Paris, L'Harmattan

Emery, Y., Wyser, C., Martin, N. et Sanchez, J. (2008). "La perception de la performance par les agents publics suisses dans un environnement en rapide évolution". *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 2008/2, vol. 74, p. 327-344.

Ezzamel, M., Robson, K., and Stapleton, P. (2012). The logics of budgeting: Theorization and practice variation in the educational field. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 37, n°5, p. 281-303.

Fattahi, F., Kazemian, M., Damirchi, Q.V., Kani, B. K. and Hafezian, M. (2014). Quality of work life and employee's organizational Commitment in Sari city health center. *Journal of Research and Development*, vol. 1, n°9, p. 12-20.

Fayol, H. (1916). *Administration industrielle et générale*, Dunod, Paris.

Feroni, I. et Kober-Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, vol. 46, p. 469-494. <https://doi.org/10.3917/rfs.463.0469>

Ferreol, G. et Jucquois, G., (2003). « Diversité », *Dictionnaire de l'altérité et des relations interculturelles*, p. 97-102.

Finley, A., Mueller, C. W., and Gurney, C. A. (2003). Organizational and professional commitment in professional and non-professional organizations: the case of nurse doctorates. *Research In Social Stratification And Mobility*, vol. 20, p. 325-358. [https://doi.org/10.1016/s0276-5624\(03\)20008-1](https://doi.org/10.1016/s0276-5624(03)20008-1)

Fiol, C. M., Pratt, M., and O'Connor, E. J. (2009). "Managing intractable identity conflicts". *Academy of Management Review*, vol. 34, n°1, p. 32-55. <https://doi.org/10.5465/amr.2009.35713276>

Fisher, R. and Mansell, A. (2009). "Commitment across Cultures: A Meta-Analytical Approach" *Journal of International Business Studies*, n°40, p. 1339-1358

Flachère, I. (2015). Comment les instruments de gestion interviennent-ils dans la constitution de rôles organisationnels ? : le cas des contrats de pôle et instruments de suivi financiers dans un hôpital public français. *Gestion et management*. Université Panthéon-Sorbonne - Paris I, 2015. Français.

Freund, A. (2017). The fair sex and unfair treatment in management of community-based organizations. *International Journal of Manpower*, vol. 38, n°4, p. 518-532.

Freyssinet-Dominjon, J. (1997). *Méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris, Montchrestien, coll. AES, p. 158

- Friedland, R. et Alford, R.B. (1991). Bringing society back. In Symbols, practices and institutional contradictions. The new institutionalism in organizational analysis (Eds, Powell, W.W., Di Maggio, P.J.). Chicago: University of Chicago Press, p. 232-266.
- Frinault, T. (2014). « Handicap et dépendance : entre différenciation du droit social et unification des politiques locales », in Martin P. (dir.), La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'État social, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, p. 73-101.
- Gadamer, H.G. (1977). « Herméneutique et théologie », Revue des sciences religieuses, n°51, p. 384-397.
- Gagnon, C., Gosselin, E. et Paquet, R. (2007). « Les engagements au travail sont-ils des attitudes exclusives ou complémentaires ? État des connaissances sur le double engagement (Dual commitment) » Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail, n°3.
- Gangloff, F. (2009). "Le Nouveau Management Public Et La Bureaucratie Professionnelle," Post-Print halshs-00460638, HAL.
- Garfinkel, H. (1967). Studies in Ethnomethodology, New Jersey, Prentice-Hall.
- Gavard-Perret, M.L., Gotteland, D., Haon, C. et Jolibert, A. (2012). Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : réussir son mémoire ou sa thèse. Montreuil: Pearson Education
- Geertz, C. (1973). The interpretation of culture. New York: Basic Books.
- Gellatly, I.R. (1995). Individual and group determinants of employee absenteeism: A test of a causal model, Journal of Organizational Behavior, vol. 16, n°5, p. 469-485.
- Gellatly, I.R., Meyer, J.P., and Luchak, A.A. (2006). "Combined effects of the three commitment components on focal and discretionary behaviors: A test of Meyer and Herscovitch's propositions" Journal of Vocational Behavior, n°69, p. 331-345.
- Genevičiūtė-Janonienė, G., and Endriulaitienė, A. (2014). Employees' Organizational Commitment: Its Negative Aspects for Organizations. Procedia: Social & Behavioral Sciences, 140, 558-564. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.470>
- Georgescu, I. et Commeiras, N. (2011). Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins. Journal d'économie médicale, vol. 29, p. 294-304. <https://doi.org/10.3917/jgem.116.0294>
- Gerring, J. (2004). "What is a case study and what is it good for?", The American Political Science Review, vol. 98, n° 2, p. 341-354.
- Gillani, S., Shafiq, M. N., and Ahmad, T. I. (2019). Military Expenditures and Health Outcomes: A Global Perspective. iRASD Journal of Economics, vol. 1, n°1, p. 1-20.
- Giordano, Y. (2003). « Les spécificités des recherches qualitatives », in Giordano Y. (Dir.), Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative, Paris : EMS, p. 12-39.
- Giraud, C. (1987). « L'absentéisme : un symptôme organisationnel. Une lecture sociologique du cas d'une administration au plan régional », Sociologie du travail, vol. 3, p. 323-337.
- Glaser, B.G. and Strauss, A.L. (1967). The Discovery of Grounded Theory, New York, Aldine Pub., p. 61-62.

- Goetzel, R.Z., Long, S.R., Ozminkowski, R.J., Hawkins, K., Wang, S. and Lynch, W. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 46, n°4, p. 398-412.
- Goodrick, E. and Reay, T. (2011). Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists. *Work and Occupations*, vol. 38, n°3, p. 372-416.
- Gordon, M.E., Philpot, J.W., Burt, R.E., Thompson, C.A. and Spiller, W.E. (1980) "Commitment to the Union: Development of a Measure and an Examination of its Correlates" *Journal of Applied Psychology Monograph*, vol. 65, n°4, p. 479-499.
- Goujon Belghit, A. (2020). La gestion du capital humain : maîtriser les risques en EHPAD. *Management & Avenir*, n°117, p. 17-39. <https://doi.org/10.3917/mav.117.0017>
- Gouldner, A. W. (1957). Cosmopolitans and locals: Toward an analysis of latent social roles. *Administrative Science Quarterly*, vol. 2, p. 281–306. <https://doi.org/10.2307/2391000>
- Gouldner, A. W. (1960). « The Norm of Reciprocity: A Preliminary Statement », *American Sociological Review*, vol. 25, n° 2, pp. 161-178.
- Grevin, A. (2011). Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail: l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de" gestionniste" (Doctoral dissertation, Université de Nantes).
- Griaule, M. (1957). *Méthode de l'ethnographie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Groleau, C. (2003). « l'observation », dans Giordano Y. (éd), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Édition EMS.
- Gruening, G. (2001). Origin and theory of new public management. *International Public Management Journal*, vol. 4, n°1, p. 1-25. [https://doi.org/10.1016/S1096-7494\(01\)00041-1](https://doi.org/10.1016/S1096-7494(01)00041-1).
- Guérard, S. et Langley, A. (2005). Structure et processus dans une Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux: des problèmes et un diagnostic ? *Revue Internationale de Cas en Gestion*, vol. 3, n°3, p. 10. Peer-reviewed.
- Gupta, B. (2014). A Study of Impact of Quality of Work Life on Organizational Commitment in Manufacturing Sector. *Pacific Business Review International*, vol. 7, n°3, p. 27-32.
- Gutierrez, A., Candela, L. L., and Carver, L. (2012). The structural relationships between organizational commitment, global job satisfaction, developmental experiences, work values, organizational support, and person-organization fit among nursing faculty. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 68, n°7, p. 1601-1614. doi:10.1111/j.13652648.2012. 05990.x
- Hackett, R. D. and Bycio, P. (1996). An evaluation of employee absenteeism as a coping mechanism among hospital nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 69, p. 327-338.
- Haire, M. (1950). « Projective techniques in marketing research », *Journal of Marketing*, vol. 14, n° 5, p. 649-656.
- Hall, D. T. (1996). Protean Careers of the 21st Century. *The Academy of Management Perspectives/Academy of Management Perspectives*, vol. 10, n°4, p. 8-16. <https://doi.org/10.5465/ame.1996.3145315>

Hammer, L. B., Bauer, T. N., and Grandey, A. A. (2003). Work-family conflict and work-related withdrawal behaviors. *Journal of Business and Psychology*, vol. 17, n°3, p. 419–436. <https://doi.org/10.1023/A:1022820609967>

Hanisch, K. A. (1995). Behavioral families and multiple causes: Matching the complexity of responses to the complexity of antecedents. *Current Directions in Psychological Science*, vol. 4, n°5, p. 156–162. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11512268>

Hanisch, K. A. (1998). Organisational withdrawal. In *The Blackwell encyclopedic dictionary of organizational behavior*, p. 604. Cambridge, Mass: Blackwell Publishers.

Hanisch, K. A., and Hulin, C. L. (1990). Job attitudes and organizational withdrawal: An examination of retirement and other voluntary withdrawal behaviors. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 37, n°1, p. 60–78. [https://doi.org/10.1016/0001-8791\(90\)90007-O](https://doi.org/10.1016/0001-8791(90)90007-O)

Hanisch, K.A. and Hulin, C. L. (1991). General attitudes and organizational withdrawal: an evaluation of causal model, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 39, p. 110-128.

Hanisch, K. A., Hulin, C. L., and Roznowski, M. (1998). The importance of individuals' repertoires of behaviors: The scientific appropriateness of studying multiple behaviors and general attitudes. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 19, n°5, p. 463–480. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199809\)19:5<463::AID-JOB3899>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199809)19:5<463::AID-JOB3899>3.0.CO;2-5)

Hargreaves, A. (1994). *Changing teachers, changing times*. Toronto: OISE Press.

Harris, G.E., Cameron, J.E. (2005). Multiple dimensions of organizational identification and commitment as predictors of turnover intentions and psychological well-being- Canadian journal of behavioural science. *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol 37, n°3, p.159-169

Harrison, D.A. and Martocchio, J.J. (1998). Time for absenteeism: A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes, *Journal of Management*, vol. 24, n°3, p. 305-350.

Harrison, D. A., and Newman, D. A. (2013). Absence, lateness, turnover, and retirement: Narrow and broad understandings of withdrawal and behavioral engagement. In N.S. S. Highhouse (Ed.), *Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology*, vol. 12, p. 262-291. Hoboken, NJ: Wiley

Harrison, D.A. and Price, K.H. (2003). « Context of consistency in absenteeism: Studying social and dispositional influences across multiple settings », *Human Resource Management Review*, vol. 13, p. 203-225.

Heidegger, M. (1962). *Being and Time* (Macquzrrie J and Robinson E, Trans.) Basil Blackwell. Oxford.

Herrbach, O. (2006). A matter of feeling? The affective tone of organizational commitment and identification, *Journal of Organizational Behavior*, vol.27, n°5, p.629-643.

Herrbach, O., Mignonac, K., et Sire, B. (2006). Identification ou implication organisationnelle ? Distinction et avantages respectifs des deux construits pour la recherche en GRH. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*. vol.59. p. 3–16

Hlady-Rispal, M. (2000). « Une stratégie de recherche en gestion : l'étude de cas », *Revue Française de Gestion*, n° 127, janvier-février, p. 61-70

Hlady-Rispal, M. (2002). La méthode des cas: Application à la recherche en gestion. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.hlady.2002.01>

Hlady-Rispal, M. and Jouison-laffitte, E. (2014). "Qualitative Research Methods and Epistemological Frameworks: A Review of Publication Trends in Entrepreneurship," *Journal of Small Business Management*, Taylor & Francis Journals, vol. 52, n°4, p. 594-614, October.

Hlady-Rispal, M. (2016). "Une stratégie de recherche en gestion : l'étude de cas. *Revue Française de Gestion*, numéro spécial 40 d'influence, vol. 8, n°253, p.251-266. Article réédité. (HCERES A, FNEGE 2).

Hlady-Rispal, M. Fayoll, A. and Gartner, W. (2021). In search of creative qualitative methods to capture current entrepreneurship research challenges, *Journal of Small Business Management*, vol. 59, n°5, p. 887-912, DOI: 10.1080/00472778.2020.1865541

Hoff, T. J. (2001). Exploring dual commitment among physician executives in managed care. *Journal of Healthcare Management*; vol. 46, n°2, p. 91-109.

Hon, A. H. Y. (2012). "Shaping environments conducive to creativity: the role of intrinsic motivation", *Cornell Hospitality Quarterly*, vol. 53, n° 1, p. 53–64.

Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, vol. 69, n°1, p. 3-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>

Hrebiniak, L.G. and Alutto, J.A. (1972). Personal and Role-Related Factors in the Development of Organizational Commitment. *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, p. 555-573. <https://doi.org/10.2307/2393833>

Hunt, J. W. (1972). *The Restless Organization*, Wiley International.

Iborra, M. et Fiat, C. (2018). Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Paris, Assemblée nationale, 2018, n°769, 105 p.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, n°102, p. 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

INSEE. (2016). Évolution et structure de la population. Consulté le 07 octobre 2019, de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>.

INSEE. (2019). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2016. Consulté le 2 février 2020, de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937>

INSEE. (2021). Comptes nationaux trimestriels : résultats détaillés du 4e trimestre 2020. Consulté le 20 avril 2023 sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4470888>.

Inkson, J. H. K., Pugh, D. S., and Hickson, D. J. (1970). Organization, Context and Structure: An Abbreviated Replication, *Administrative Science Quarterly*, p. 318-329.

Irving, P.G., Coleman, D. F. and Cooper, C.L. (1997). Further assessment of a three-component model of occupational commitment, generalizability and differences across occupations. *Journal of applied psychology*, vol. 82, n°3, pp.444-452

Ivancevich, J. M., and Matteson, M. T. (2002). *Organizational behavior and management* (6th ed.). Boston, Mass.: McGraw-Hill.

Jacquot, S. et Halpern, C. (2015). Chapitre 2 / Aux frontières de l'action publique: L'instrumentation comme logique de (dé)sectorisation. Dans : Laurie Boussaguet éd., *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques* (p. 57-84). Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2015.01.0057>

Javeria, A. (2013). Examining the Antecedents of Job Satisfaction and further its impact on Organizational Commitment. *Journal of Public Administration and Governance*, vol. 3, n°3, p. 317-334.

Jaharuddin, N. S. and Zainol, L. N. (2019). The Impact of Work-Life Balance on Job Engagement and Turnover Intention. *The Southeast Asian Journal of Management*, vol. 13, n°1, p.7

Jaros, S. J. (1997). An assessment of Meyer and Allen's (1991) three-component model of organizational commitment and turnover intentions. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 51, n°3, p. 319-337.

Jaros, J. S., Jermier, J. M., Koehler, J. W., and Sincich, T. (1993). Effects of continuance, affective, and moral commitment on the withdrawal process: An evaluation of eight structural equations models. *Academy of Management Journal*, vol. 36, n°1, p. 951-995.

Jaros, S. J. (1997). An assessment of Meyer and Allen's (1991). Three-component model of organizational commitment and turnover intentions. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 51, n°3, p. 319–337. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1995.1553>

Jeannot, G. (2005). *Les métiers flous. Travail et action publique*. Toulouse: Octares.

Johns, G. (1997). « Contemporary research on absence from work correlates, causes and consequences », *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, vol. 12, p.114-173.

Johns, G. (2001). In praise of context, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 22, p. 31-42.

Johnson, S.M. (1996). Turnover in the superintendency. *Education week*, vol. 15, p. 60-63

Johnson, R. E., Groff, K. W., and Taing, M. U. (2009). Nature of the interactions among organizational commitments: Complementary, competitive or synergistic? *British Journal of Management*, vol. 20, n°4, p. 431–447. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2008.00592.x>

Jones, D. A. and Mcintosh, B. R. (2010). Organizational and occupational commitment in relation to bridge employment and retirement intentions. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 77, n°2, p. 290–303.

Josse, F. (2012). Recrutement en EHPAD : y'a quelqu'un ? *Mensuel des maisons de retraite*, août/septembre 2012. https://www.planetegrise.fr/wp-content/uploads/2012/11/MMR153_BD.pdf

Jourdain, A., Muñoz, J. et Hudebine, H. (2017). Les acteurs de la loi HPST confrontés à la recentralisation du secteur médicosocial. *Santé Publique*, vol. 29, p. 345-360. <https://doi.org/10.3917/spub.173.0345>

Journé, B. (2018). Collecter les données par l'observation, in Gavard-Perret, M. L. Gotteland, D. Haon, C. et Jolibert, A. (dir.), *Méthodologies de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Pearson Education France, 3^{ème} édition, p. 247-279.

Kabins, A. H., Xu, X., Bergman, M. E., Berry, C. M., and Willson, V. L. (2016). A profile of profiles: A meta-analysis of the nomological net of commitment profiles. *Journal of Applied Psychology*, vol. 101, n°6, p. 881–904. <https://doi.org/10.1037/apl0000091>

Kam, C., Morin A. J. S., Meyer, J. P. and Topolnytsky, L. (2016). Are commitment profiles stable and predictable? A latent transition analysis. *Journal of Management*, vol. 42, p. 1462–1490.

Kanungo, R. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, vol. 67, p. 341-349.

Kaplan, S., Bradley, J. C., Luchman, J. N., and Haynes, D. (2009). On the role of positive and negative affectivity in job performance: A meta-analytic investigation. *Journal of Applied Psychology*, vol. 94, n°1, p. 162-176.

Kaufmann, J-C. (2016). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.

Khan, A. J., Bashir, F., Nasim, I., and Ahmad, R. (2021). Understanding Affective, Normative & Continuance Commitment through the Lens of Training & Development. *iRASD Journal of Management*, vol. 3, n°2, p. 105-113. <https://doi.org/10.52131/jom.2021.0302.0030>

Khan, A. J. and Iqbal, J. (2020). Training and Employee Commitment: The Social Exchange Perspective. *Journal of Management Sciences*, vol. 7, n°1, p. 88-100.

Kirkpatrick, I., Ackroyd, S. and Walker, R. (2005). *The New Managerialism and Public Service Professions; Change in Health, Social Services and Housing*, Palgrave Macmillan, March 2005.

Klein, H. J., Molloy, J.C. and Brinsfield, C.T. (2012). "Reconceptualization workplace commitment to redress a stretched construct: Revisiting assumptions and removing confounds." *Academy of Management Review*, vol. 37, n°1, p. 130-151.

Klein, H. J., Brinsfield, C. T. and Molloy, J. C. (2006). Understanding workplace commitments independent of antecedents, foci, rationales, and consequences. In *Academy of Management Annual Meeting*, Atlanta, GA, p. 11-16.

Klein, H. J., Molloy, J. C. and Cooper, J. T. (2009). Conceptual foundations: construct definitions and theoretical representations of workplace commitments. In Klein, H.J, Becker, T.E. and Meyer, J.P. (Eds.), *Commitment in organizations: Accumulated wisdom and new directions*, p. 3-36. New York: Routledge, Taylor & Fracis Group.

Kletz, F., Hénaut, L. et Sardas, J. (2014). Nouvelle gestion publique et enjeux de métier dans les organisations culturelles : une hybridation peut en cacher une autre. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, vol. 80, p. 91-111. <https://doi.org/10.3917/risa.801.0091>

Koenig, G. (1993). « Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles », *Revue de Gestion des ressources Humaines*, n°9, pp. 4-17

Koslowsky, M., Sagie, A., Krausz, M. and Singer, A. D. (1997). Correlates of employee lateness: Some theoretical considerations. *Journal of Applied Psychology*, vol. 82, p. 79-88.

Korunka, C., Scharitzer, D., Carayons, P. and Sainfort, F. (2003). "Employee Strain and Job Satisfaction Related to an Implementation of Quality in a Public Service Organization: A Longitudinal Study", *Work & Stress*, vol. 17, n°1, p. 52–72.

Kristof-Brown, A. L., Zimmerman, R. D. and Johnson, E. C. (2005). Consequences of individual's fit at work: A meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personnel Psychology*, vol. 58, p. 281–342.

Kurtessis, J., Eisenberger, R. Ford, M. T. Buffardi, L. C. Stewart, K. A. and Adis, C. S. (2017). Perceived organizational support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory. *Journal of Management*, vol. 43, n°6, p. 1854–1184.

Kurunmäki, L. (1999). Professional versus financial capital in the field of health care - struggles for the redistribution of power and control. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 24, p. 95-124.

Kuvaas, B. (2006). Work performance, affective commitment, and work motivation: The roles of pay administration and pay level. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 27, n°3, p. 365–385. <https://doi.org/10.1002/job.377>

Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage.

Kwon, I.G. and Banks, D.W. (2004). "Factors related to the organizational and professional commitment of internal auditors", *Managerial Auditing Journal*, vol. 19, n°5, p. 606-622. <https://doi.org/10.1108/02686900410537748>

La banque postale. (2018). Les EHPAD publics autonomes, portrait et situation financière. Accès territoires n°5 - janvier 2018. https://www.labanquepostale.com/content/dam/lbp/documents/etudes/finances-locales/2018/Access-Territoire-n5_ehpad_20180201.pdf

Lachman, R. and Aranya, N. (1986). Job Attitudes and Turnover Intention among Professionals in Different Work Settings. *Organization Studies*, vol. 7, p. 279-293. <https://doi.org/10.1177/017084068600700305>

Laczo, R. M. and Hanisch, K. A. (1999). An examination of behavioral families of organizational withdrawal in volunteer workers and paid employees. *Human Resource Management Review*, vol. 9, n°4, p. 453–477. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(99\)00029-7](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(99)00029-7)

Lafore R. (2010). « Le rôle des associations dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale », *Informations sociales*, n° 162, p. 64-71, <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-6-page-64.htm>.

Lander, M.W., Koene, B.A.S and Linssen, S.N. (2013). Committed to professionalism: Organizational responses of mid-tier accounting firms to conflicting institutional logics. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 38, p. 130–148.

Langley, A. and Abdallah, C. (2011). Templates and Turns in Qualitative Studies of Strategy and Management. In: Berg, D.D. and Ketchen, D.J., Eds., *Building Methodological Bridges, Research Methodology in Strategy and Management*, Emerald Group Publishing, Bingley, p. 201-235. [https://doi.org/10.1108/S1479-8387\(2011\)0000006007](https://doi.org/10.1108/S1479-8387(2011)0000006007)

Laplanche, J. et Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.

- Lapointe, P. A., Chayer, M., Malo, F. B. et Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, n°2, p. 164-180. <https://doi.org/10.7202/000820ar>
- Larkey, L. and Morrill, C. (1995). Organizational commitment as symbolic process. *Western Journal of Communication*, vol. 59, n°3, p. 193-214.
- Lau, C.M. and Chong, J. (2002). The effects of budget emphasis, participation and organizational commitment on job satisfaction: Evidence from the financial services sector. *Advances in Accounting Behavioral Research*; vol. 5, p. 183-211.
- Lavelle, J., Rupp, D. and Brockner, J. (2007). Taking a Multifoci Approach to the Study of Justice, Social Exchange, and Citizenship Behavior: The Target Similarity Model. *Journal of Management*, vol. 33, p. 841-866.
- Lawler, E. J. (1992). Affective attachment to nested groups: A choice process theory. *American Sociological Review*, vol. 57, p. 327-339.
- Lawrence, P. R. and Dyer, L. (1984). Renewing American Industry. *Administrative Science Quarterly* vol. 29, n°. 1 (Mar. 1984), p. 119-122.
- Lawrence, P. R. and Lorsch, J. W. (1967). *Organization and environment: Managing differentiation and integration*. Harvard University Press.
- Lazar, I., Osoian, C., and Ratiu, P. (2010). The role of work-life balance practices to improve organizational performance. *European Research Studies*, vol. 13, p. 201–215
- Lecoq, X. (2012). Niveaux d'analyse et Reification, *Le Libellio d'AEGIS*, vol. 8, n°4, p.5-11
- Lee, K., Carswell, J. J. and Allen, N. J. (2000). "A meta-analytic review of occupational commitment: relations with person and work-related variables", *Journal of Applied Psychology*, vol. 85, n° 5, p. 799-811.
- Lehmbruch, G. (2001). « Zwischen Institutionentransfer und Eigendynamik: sektorale Transformationspfade und ihre Bestimmungsgründe », dans Roland Czada et Gerhard Lehmbruch (dir.), *Transformationspfade in Ostdeutschland: Beiträge zur sektoralen Vereinigungspolitik*, Frankfurt, Campus, p. 17-57.
- Le Moigne, J.L. (1995). *Les Épistémologies constructivistes*, 1ère édit. ; 2007, 2nde édit. ; Paris, Que Sais-Je ?
- Letbridge, J. (2004). Public sector reform and demand for human resources for health (HRH). *Human Resources for Health*, p. 2-15.
- Lim, C.J., Kwong, M. W., Stuart, R. L., Busing, K.L., Friedman, N. D., Bennett N. J. and Kong D. C. (2014). Antibiotic prescribing practice in residential aged care facilities--health care providers' perspectives. *Med J Aust*, vol. 201, n°2, p. 98–102. <https://doi.org/10.5694/mja13.00102>
- Liu, W., Zhao, S., Shi, L., Zhang, Z., Liu, X., Li, L. and Ni, X. (2018). Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *British Medical Journal Open*, 8, e019525. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019525>
- López-Cabarcos, M. Á., Machado-lopessampaio-de Pinho, A. I. and Vázquez-Rodríguez, P. (2015). The influence of organizational justice and job satisfaction on organizational

commitment in Portugal's hotel industry. *Cornell Hospitality Quarterly*, vol. 56, n°3, p. 258–272. <https://doi.org/10.1177/1938965514545680>

Lortie, D. (1975). *School teacher*. Chicago: The University of Chicago Press.

Louche, C. (2019). « Chapitre 7. L'implication dans le travail, l'engagement organisationnel et la satisfaction », , *Psychologie sociale des organisations*. sous la direction de Louche Claude. Dunod, p. 107-124.

MacPhee, M., Dahinten, V. S. and Havaei, F. (2017). The impact of heavy perceived nurse workloads on patients and Nurse Outcomes. *Administrative Sciences*, vol. 7, n°7. <https://doi.org/10.3390/admsci7010007>

Mahé de Boislandelle, H. (1998) *Dictionnaire de Gestion. Vocabulaire, Concepts et outils, Économica*, 517 pages, page 209.

Makdessi, Y. et Pradines, N. (2017). EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës, *Études et Résultats n°989, DREES, décembre 2016*, disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-ehpad-les-residents-les-plus-dependants-souffrent-davantage-de>

Makhloufi, I., Saadi, J., Hiki, L. et El Hassani, A. (2012). Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid. *Santé Publique*, vol. 24, p. 573-585. <https://doi.org/10.3917/spub.126.0573>

Maley, E. (1995). « L'absentéisme, un baromètre social très sensible », *Stratégie santé mensuel*, n°67, p. 24-25.

Malhotra, N. K. and Birks, D. F. (2006). *Marketing research: an applied approach*. 2ème édition, Prentice-Hall.

Malinowski, B. (1922). *Les argonautes du Pacifique occidental*. Paris: Gallimard.

Malinowski, B. (1935). *Coral Gardens and Their Magic. A Study of the Methods of Tilling the Soil and of Agricultural Rites in the Trobriand Islands*. Bloomington, Indiana University Press, 1965.

Malki, S., El Amili, O. et El Khourchi, B. (2021). Comprendre l'implication dans la sphère professionnelle: Revue de littérature, *Revue Française d'Économie et de Gestion*, Vol. 2, n°1, p. 424-444. Récupéré sur: <https://www.revuefreg.fr/index.php/home/article/view/465/336>

March, J. and Simon, H. (1958). *Organizations*, New York, John Wiley & Sons; trad.: *Les organisations*, Paris, Dunod, 1969.

Marpsat, M. (2005). Associer les méthodes quantitatives et qualitatives : l'étude du journal en ligne d'Albert Vanderburg, cybernauta et sans-domicile. XXVe Congrès International de la Population, organisé par l'Union Internationale pour l'Étude Scientifique de la Population, Tours, 18-23 juillet.

Marquier, R. (2013). « Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 47, DREES

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C. et Toldre, C. (2016). « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la Drees*, Septembre, n° 5.

- Martin, M.J. and Kaufman, E.K. (2013). "Do job satisfaction and commitment to the organization matter when it comes to retaining employees?", *Journal of Extension*, vol. 51, n°4, p. 1-8.
- Martin, C. et Ramos-Gorand, M. (2017). "Turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France : impact de l'environnement local et du salaire". *Économie et Statistique*, n°493
- Martineau, S. (2005). *L'observation en situation : Enjeux, possibilités, limites*. Recherches qualitatives, n°2, p. 5–17.
- Mathieu, J.E. and Zajac, D.M. (1990). « A Review and Meta-Analysis of the Antecedents, Correlates and Consequences of Organizational Commitment » *Psychological Bulletin*, n°108, p. 171-194.
- March J. et Simon H., (1958). *Organizations*, NY: Wiley, 2nd ed., Oxford: Blackwell Publishers, 1993
- Marshall, C. and Rossman, G. B. (2006). *Designing qualitative research*. Fourth Edition. Sage Publications, Thousand Oaks, 2006.
- Martocchio, J.J. et Jimeno, D.I. (2003). Employee absenteeism as an affective event, *Human Resource Management Review*, vol. 13, p. 227-241.
- Mayer, R.C. and Schoorman, F.D. (1992). « Predicting Participation and Production Outcomes through a Two-Dimensional Model of Organizational Commitment ». *Academy of Management Journal*, vol. 35, p. 671-684.
- Mayer, R.C. and Schoorman, F.D. (1998). "Differentiating antecedents of organizational commitment: a test of March and Simon's model", *Journal of Organizational Behavior*, vol. 19, p. 638-642.
- Mauss, M. (1947). *Manuel d'ethnographie*, Paris, Payot
- McGee, G. W., and Ford, R. C. (1987). Two (or more?) dimensions of organizational commitment: Reexamination of the affective and continuance commitment scales. *Journal of Applied Psychology*, vol. 72, n°4, p. 638–641. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.72.4.638>
- Mejri, S. et Brasseur, M. (2020). Les réactions des salariés face aux conflits de valeurs dans les métiers du soin. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, n°3, p. 154-169. <https://doi.org/10.3917/jges.203.0154>
- Melnik, E. et Guillemot, D. (2010). Vers une convergence du management public-privé? Une revue de littérature économique. *Revue française d'économie*, vol. 25, n°2, p. 167-225.
- Merkouche, W. (2019). *Les déterminants du retrait organisationnel : le cas du cynisme et du départ volontaire*, thèse de doctorat, École de relations industrielles, Université de Montréal (sous la direction de Stéphane Renaud et d'Alain Marchand)
- Meyer, J. P. (2016). Employee commitment: Looking back and moving forward. In J. P. Meyer (Ed.), *Handbook of Employee Commitment*, p. 511–528. Edward Elgar.
- Meyer, J. P. and Allen, N. J. (1984). Testing the "side-bet theory" of organizational commitment: some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology*, vol. 69, p. 372-378.

Meyer, J.P. and Allen, N.J. (1991). "A three-component conceptualization of organizational commitment" *Human Resource Management Review*, n°1, p. 61-89.

Meyer, J.P. and Allen, N.J. (1997). *Commitment in the Workplace: Theory, Research, and Application*, Thousand Oaks, Sage

Meyer, J. P., Allen, N. J., and Gellatly, I. R. (1990). Affective and continuance commitment to the organization: Evaluation of measures and analysis of concurrent and time-lagged relations. *Journal of Applied Psychology*, vol. 75, n°6, p. 710–720. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.75.6.710>

Meyer, J.P., Allen, N.J. and Smith, C.A. (1993). "Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-component Conceptualization" *Journal of Applied Psychology*, n°78, 538-551. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.4.538>

Meyer, J. P., Becker, T. E. and Vandenberghe, C. (2004). Employee commitment and motivation: A conceptual analysis and integrative model. *Journal of Applied Psychology*, vol. 89, p. 991-1007.

Meyer, J.P., Becker, T.E. and Van Dick, R. (2006). « Social Identities and Commitments at Work: Toward an Integrative Model ». *Journal of Organizational Behavior*, vol. 27, n°5, p. 665-683.

Meyer, J.P. and Herscovitch, L. (2001), "Commitment in the workplace. Toward a general model" *Human Resource Management Review*, n°11, p. 299-326.

Meyer, J.P., Irving, P.G., and N. J. Allen, N.J. (1998). « Examination of the combined effects a work values and early work experiences on organizational comrnitment ». *Journal of Organizational Behavior*, vol. 19, n° 1, p. 29-52

Meyer, J.P., Kam, C., Goldenberg, I., and Bremmer, N.L. (2013). Organizational commitment in the military: Application of a profile approach. *Military Psychology*, vol. 25, p. 381-401.

Meyer, J. P., and Morin, A. J. S. (2016). A person-centered approach to commitment research: Theory, research, and methodology. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 37, n°4, p. 584–612. <https://doi.org/10.1002/job.2085>

Meyer, J. P., Morin, A. J. S., Stanley, L. J. and Maltin, E. R. (2019). Teachers' dual commitment to the organization and occupation: A person-centered investigation. *Teaching and Teacher Education*, vol. 77, p. 100–111. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2018.09.009>

Meyer, J.P., Morin, A. J. S. and Vandenberghe, C. (2015). Dual commitment to organization and supervisor: A person-centered approach. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 88, p. 56-72.

Meyer, J. P., Morin, A. J. and Wasti, S. A. (2018). Employee commitment before and after an economic crisis: A stringent test of profile similarity. *Human Relations*, vol. 71, p. 1204–1233.

Meyer J.P. and Parfyonova, N. M. (2010). "Normative commitment in the workplace: a theoretical Analysis and re-conceptualization" *Human Resource Management Review*, n°20, p.283-294.

Meyer, J. P., Stanley, D., Herscovitch, L. and Topolnytsky, L. (2002). Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences. *Journal Of Vocational Behavior (Print)*, vol. 61, n°1, p. 20-52. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1842>

- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Jackson, T. A., McInnis, K. J., Maltin, E. R. and Sheppard, L. (2012). Affective, normative, and continuance commitment levels across cultures: A meta-analysis. *Journal of vocational behavior*, vol. 80, n°2, p. 225-245.
- Meyer, J. P., Stanley, L. J. and Vandenberg, R. J. (2013). A person-centered approach to the study of commitment. *Human Resource Management Review*, vol. 23, n°2, p. 190–202. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2012.07.007>
- Mikkelsen, A., Osgard, T. and Lovrich, N. (2000). Modeling the Effects of Organizational Setting and Individual Coping Style on Employees Subjective Health, Job Satisfaction and Commitment. *Public Administration Quarterly*, vol.24, n°3, p. 371-397.
- Miles, M.B. and Huberman, A. M. (2003), *Analyse des données qualitatives*, De Boeck, 2ème édition
- Mintzberg, H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1982. Trad. anglaise: *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1979
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management: Inside Our Strange World of Organizations*, 1989 - traduit en français en 1995 sous le titre *Le management : voyage au centre des organisations*, Éditions d'Organisation.
- Minvielle, É., Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A., Jeantet, M., Préaubert, N., Bourdil, A. and Richard, C. (2008). Hospital performance: Competing or shared values? *Health Policy*, vol. 87, n°1, p. 8-19. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.09.017>
- Mitlacher, L. W. (2008). Job quality and temporary agency work: Challenges for human resource management in triangular employment relations in Germany. *The International Journal of Human Resource Management*, vol. 19, n°3, p. 446–460.
- Monaghan, J. and Just, P. (2000). *Social and Cultural Anthropology*. New York: Oxford University Press.
- Moreau, E. and Mageau, G. (2012). "The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals: Not only supervisors count, colleagues too! ", *Motivation and Emotion*, vol. 36, n° 3, p. 268-286.
- Morin, E. M. (1996). L'efficacité organisationnelle et le sens du travail. Dans T. Pauchant (Éd.), *La quête du sens*, p. 257-288. Montréal : Éditions Québec/Amérique, Presses HEC.
- Morin, A. J. S. (2016). Person-centered research strategies in commitment research. In J.P. Meyer (Ed.), *The Handbook of Employee Commitment*, p. 490-508. Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Morin, A. J. S., Meyer, J. P., McInerney, D. M., Marsh, H.W. and Ganotice, F. (2015). Profiles of dual commitment to the occupation and organization: Relations to wellbeing and turnover intentions. *Asia Pacific Journal of Management*, vol. 32, p. 717-744.
- Morin, A. J. S., Morizot, J., Boudrias, J. S. and Madore, I. (2011). A multifoci person-centered perspective on workplace affective commitment: A latent profile/factor mixture analysis. *Organizational Research Methods*, vol. 14, n°1, p. 58–90. <https://doi.org/10.1177/1094428109356476>

Morin, L. et Renaud, S. (2009). La rétention des employés et les pratiques de formation et de rémunération : état des lieux de la littérature nord-américaine en GRH, psychologie et économie du travail, Actes du 20e congrès de l'AGRH, Toulouse.

Morrow, P. C. (1993). *The theory and measurement of work commitment*, Greenwich, Jai Press Inc

Morrow, P. C. (2011). Managing organizational commitment: Insights from longitudinal research. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 79, n°1, p. 18–35. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.12.008>

Mowday, R. T., Porter, L. M. and Steers, R. M. (1982). *Employee-organizational linkage*. Academic, New-York.

Mowday, R. T., Steers, R. M., and Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 14, n°2, p. 224–247. [https://doi.org/10.1016/00018791\(79\)90072-1](https://doi.org/10.1016/00018791(79)90072-1)

Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3e éd.), Paris, Armand Colin, (1re éd. 1996)

Mucchielli, A. (2007). « Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives », *Recherches Qualitatives, Hors-Série*, n°3, p. 1- 27.

Muller, P. (1984). *Le technocrate et le paysan. Essai sur la politique française de modernisation de l'agriculture de 1945 à nos jours*. Paris : Les éditions ouvrières.

Muller, P. (1989). *Airbus, l'ambition européenne. Logique d'État, logique de marché*. Paris : L'Harmattan.

Muller, P. (1990). « Les politiques publiques entre secteurs et territoires », *Politiques et management public*, vol. 8, n°3, septembre 1990, p. 19-33.

Muller, P. (2005). « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique. Structures, acteurs et cadres cognitifs », *Revue française de science politique*, vol. 55, n°1, février 2005, p. 155-187.

Muller, P. (2010). Secteur. Dans : Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques: 3e édition actualisée et augmentée*, p. 591-599. Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2010.01.0591>

Muller, P. (2014). « Référentiel », in Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P., *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 555-562.

Mueller, C. W., Wallace J.E. and Price, J.L. (1992). « Employee commitment resolving some issues» – *Work and occupation* p. 211-236.

Muzio, D., Brock, D.M. and Suddaby, R. (2013). Professions and Institutional change: towards institutionalist sociology of the professions. *Journal of Management Studies*, vol. 50, n°5, p. 699-721.

Naro, G. (1998). La dimension humaine du contrôle de gestion : la recherche anglo-saxonne sur les aspects comportementaux de la gestion budgétaire. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, vol. 4, n°2, p. 45-69.

- Newman, S. and Lawler, J. (2009). "Managing health care under New Public Management. A Sisyphean challenge for nursing", *Journal of Sociology*, vol. 45, n° 4, p. 419-432.
- Newman, J. (2001). *Modernising Governance. New Labour, Policy and Society*. Sage, London.
- Nizet, J. et Pichault, F. (1995). *Comprendre les organisations. Mintzberg à l'épreuve des faits*. Gaëtan Morin Europe.
- Noblet, A. J., McWilliam, J., Teo, S.T.T. and Rodwell, J. J. (2006). "Work characteristics and employee outcomes in local government", *The International Journal of Human Resource Management*, vol. 17, n°10, October, p. 1804-1818.
- Noblet, A. J. and Rodwell, J. J. (2009). Integrating Job Stress and Social Exchange Theories to Predict Employee Strain in Reformed Public Sector Contexts, *Journal of Public Administration Research and Theory*, July, vol. 19, p. 555–578.
- Noguera, F. (2010). Les défis posés par la nouvelle gestion publique à la GRH : Cas de la direction générales des impôts, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°78, p. 32-58.
- Oakes, L., Townley, B. and Cooper, D. J. (1998). Business Planning as pedagogy: Language and control in a changing institutional field. *Administrative Science Quarterly*, vol. 43, p. 257-292.
- Observatoire hospitalisation privée. (2018). De deux portraits métiers de la branche de l'hospitalisation privée : Infirmiers diplômés d'État (IDE) et aides-soignants (AS) https://www.opco-sante.fr/sites/default/files/2020-06/OPCO_Sante_Hospitalisation_Privee_Etude_IDE_AS.pdf
- Oh, H. S. (2019). Organizational commitment profiles and turnover intention: using a person-centered approach in the Korean context. *Frontiers in Psychology*, vol. 10, n° 1499. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01499>
- O'Reilly, C. A. and Caldwell, D. F. (1981). The Commitment and Job Tenure of New Employees: Some Evidence of Postdecisional Justification. *Administrative Science Quarterly*, vol. 26, n°4, p. 597-616. <https://doi.org/10.2307/2392342>
- O'Reilly, C. A. and Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: the effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behaviour, *Journal of applied psychology*, vol. 71, n° 3, p. 492-499
- O'Reilly, C. A., Chatman, J. A. and Caldwell, D. F. (1991). People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person–organization fit. *Academy of Management Journal*, vol. 34, p. 487-516. doi:10.2307/256404
- Osborne, D. and Gaebler, T. (1993). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York: Plume.
- Otley, D. and Pierce, B. (1996). The operation of control systems in large audit firms. *Auditing: A Journal of Practice & Theory*, vol. 15, n°2, p. 65–84.
- Ouden, M., Kuk, N. O., Zwakhalen S. M. G, Bleijlevens, M. H. C., Meijers J. M. M. and Hamers J. P.H. (2017). The role of nursing staff in the activities of daily living of nursing home residents. *GERIATR NURS*. 2017, vol. 38, n°3, p. 225–30

Pache, A.C. and Santos, F. (2013). Inside the hybrid organization: selective coupling as a response to competing institutional logics. *Academy of Management Journal*, vol. 56, n°4, p. 972-1001.

Paillé, P. (1996). L'échantillonnage théorique. Induction analytique. Qualitative par théorisation (analyse). Vérification des implications théoriques. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, p. 184.

Paillé, P. (2004). Engagement organisationnel, intention de retrait et comportements citoyens : l'influence de la satisfaction au travail. *Revue de gestion des ressources humaines*, 52, 31-46.

Paillé, P., Fournier, P. S., and Lamontagne, S. (2011). Relationships Between Commitments to the Organization, the Superior and the Colleagues, and the Intention to Leave Among Truckers. *International Journal of Organizational Analysis*, vol. 19, n°2, p. 92-108. DOI : 10.1108/19348831111135056

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.

Paré, G., Tremblay, M. and Lalonde, P. (2001). "The role of organizational commitment and Citizenship Behaviors in Understanding Relations between Human Resources Practices and Turnover Intentions of IT Personnel", *Série Scientifique CIRANO, Working paper Séries#2001s-24*, Montréal, Canada, p. 24

Pascual, B. (2013). Lutter contre l'hémorragie du personnel : un défi pour la qualité de vie des résidents en EHPAD frontalier. *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks: Sage.

Pelissier, C. (2015). Conditions de travail et état de santé physique et psychique du personnel non médical des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *Santé publique et épidémiologie*. Université Claude Bernard Lyon 1, 2015. Français.

Pellemans, P. (1999). *Recherche qualitative en marketing : perspective psychoscopique*, Bruxelles, De Boeck Université, p. 97.

Perret, V. et Séville, M. (2003). Fondements épistémologiques de la recherche. *Méthodes de recherche en management*, p.13-33 .

Pesqueux, Y. (2006). *Le nouveau management public (ou New Public Management)*, Paris: (hal-00510878)

Pesqueux, Y. (2020). A propos des théories du leadership. Doctorat. France. (halshs-02524246v3)

Peters, B. (2014). Nouveau management public (new public management). Dans : Laurie Bousaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques: 4e édition précédée d'un nouvel avant-propos* (pp. 398-404). Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2014.01.0398>

Peterson, K. D. and Martin, J. L. (1990). Developing teacher commitment: the role of the administrator. Dans P. Reyes (Éd.), *Teachers and their workplace: commitment, performance and productivity*, p. 223-240. Newbury Park, CA : SAGE Publications.

Petit, R. et Zardet, V. (2017), « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », *@GRH*, 1, n° 22, p. 31-54.

Pettigrew, A. M. (1990). "Longitudinal field research on change: Theory and practice". *Organization Science*, vol. 1, n°3, p. 267-292.

Pfadenhauer, M. (2005). *Ethnography of Scenes. Towards a Sociological Life-world Analysis of (Post-traditional) Community-building*. *Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research*, 6(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-6.3.23>

Pfeffer, J. and Lawler, J. (1980). Effects of Job Alternatives, Extrinsic Rewards, and Behavioral Commitment on Attitude Toward the Organization: A Field Test of the Insufficient Justification Paradigm. *Administrative Science Quarterly*, vol. 25, n°1, p. 38. <https://doi.org/10.2307/2392225>

Piaget, J. (1967). *Logique et Connaissance Scientifique*, Paris, Gallimard.

Picoche, J. (1992). *Dictionnaire étymologique du français*. Picoche, J, Les usuels. Paris, Dictionnaires Le Robert.

Plane, J. (2014). Chapitre 13. Confiance en management ou management de la confiance ? Une contribution au développement des organisations. Dans : Soufyane Frimousse éd., *Ressources humaines et responsabilités sociétales: Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Peretti*, p. 137-150. Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.theve.2014.01.0137>

Pollitt, C. (2000). "Is the emperor in his underwear? An analysis of the impacts of public management reform", *Public Management*, vol. 2, n° 2, 1 June 2000, p. 181-199.

Pollitt, C. (2002). "The New Public Management in International Perspective: An Analysis of Impacts and Effects" in K. McLaughlin, S. P.; Osborne, D.; Ferlie E. (eds), *New Public Management: Current Trends and Future Prospects*. London: Routledge.

Pollitt, C. and Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*, Oxford: Oxford University Press.

Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T. and Boulian, P. V. (1974). Organizational Commitment, Job Satisfaction, and Turnover among Psychiatric Technicians. *Journal of Applied Psychology*, vol. 59, p. 603-609.

Porter L. W., Mowday R. T. and Steers R. M. (1979). "The measurement of organizational commitment", *Journal of Vocational Behavior*, vol.14, p. 224-247.

Pourtois, J. P. et Desmet, H. (1997). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines (2e éd.)*. Sprimont: Mardaga Éditeur.

Probst, T. M. (2005). Countering the negative effects of job insecurity through participative decision making: Lessons from the demand-control model. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 10, n°4, p. 320-329.

Pugh, D. S., Hickson, D. J., Hinings, C. R. and Turner, C. (1970). The Context of Organization Structures, *Administrative Science Quarterly*, p. 91-114.

Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en science sociales, 4ème édition*. Dunos, Paris. p.182

Raelin, J. A. (1989). Unionization and deprofessionalization: Which comes first? *Journal Of Organizational Behavior*, 10(2), 101-115. <https://doi.org/10.1002/job.4030100202>

Ragin, C. C. and Becker H. S. (1992). *What is a case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*, Cambridge (MA), Cambridge University Press.

Randall, D. M. (1990). The Consequences of Organizational Commitment: Methodological Investigation. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 11, p. 361-378. <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030110504>

Randall, D. M. and Cote, J. A. (1991). Interrelationships of Work Commitment Constructs. *Work And Occupations*, vol. 18, n°2, p. 194-211. <https://doi.org/10.1177/0730888491018002004>

Randon, S. (2015). « L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'absentéisme et l'intention de départ du personnel infirmier », Thèse de Doctorat en sciences de gestion, Université Lyon 3.

Rappin, B. (2011). De l'unité ontologique des épistémologies gestionnaires et de ses conséquences. *Management & Avenir*, n°43, p. 476-489. <https://doi.org/10.3917/mav.043.0476>

Rapport annuel 2017 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels | L'Assurance Maladie. (s. d.). <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2017-rapport-annuel-assurance-maladie-risques-professionnels>

Reay, T. and Hinings, C. R. (2005). The Recomposition of an Organizational Field: Health Care in Alberta. *Organization Studies*, vol. 26, n°3, p. 351-384. <https://doi.org/10.1177/0170840605050872>

Reichers, A. E. (1985). A Review and Reconceptualization of Organizational Commitment. *The Academy of Management Review*, vol. 10, n°3, p. 465-476. <https://doi.org/10.2307/258128>

Reilly, A. H., Brett, J. M., and Stroh, L. K. (1993). The impact of corporate turbulence on: Managers' attitudes. *Strategic Management Journal*, vol. 14, n°S1, p. 167-179. <https://doi.org/10.1002/smj.4250140913>

Richards, L., (2005). *Handling Qualitative Data: A Practical Guide*. London: Sage Publications

Rivière, A., Commeiras, N. et Loubes, A. (2019). Nouveau Management Public tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°112, p. 3-20.

Robbins, S. P. and Judge, T. A. (2019). *Organizational Behaviour*. 18th ed. Harlow: Pearson Education Limited.

Rochette, C. (2016). *La marque publique. Gestion et management*, Habilitation à diriger des recherches, Université Clermont Auvergne, 110 pages.

Romelaer, P. (2001). « Note sur l'entretien semi-directif centré », séminaire qualitatif du CEFAG.

Rosenblatt, Z. and Shapira-Lishchinsky, O. (2017). Temporal withdrawal behaviors in an educational policy context. *International Journal Of Educational Management*, vol. 31, n°7, p. 895-907. <https://doi.org/10.1108/ijem-12-2015-0165>

Rossano, M., Abord de Chatillon, E. et Desmarais, C. (2015). Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la

théorie de la conservation des ressources. *Revue de gestion des ressources humaines*, vol. 95, p. 58-77. <https://doi.org/10.3917/grhu.095.0058>

Roussillon Soyer, C., Dougados, M., El Mawla, B. et Saboune, K. (2023). Le bien-être au travail en EHPAD. Une analyse par la théorie de la conservation des ressources. *Management & Sciences Sociales*, n°34, p. 171-184. <https://doi.org/10.3917/mss.034.0171>

Rousseau, T. (2012). Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence, 1ère édition, ANACT réseau éditions, 183 p

Roussillon Soyer, C. (2023). Maintenir les soignants des EHPAD en poste par la satisfaction des besoins fondamentaux. *Revue de gestion des ressources humaines*, 128, 22-38. <https://doi.org/10.3917/grhu.128.0022>

Routelous, C., Ruiller, C. et Lux, G. (2021). La pénibilité au travail dans les EHPAD... Et si le management « salutogénique » était une solution ? *Gestion et management public*, vol. 9, n°1, p. 9-35. <https://doi.org/10.3917/gmp.091.0009>

Ruiller, C. and Van Der Heijden, B. (2016). Socio-emotional support in French hospitals: Effects on French nurses' and nurse aides' affective commitment. *Applied Nursing Research*, vol. 29, p. 229-236. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.06.006>

Saber, D. A. (2014). Frontline registered nurse job satisfaction and predictors over three decades: A meta-analysis from 1980 to 2009. *Nursing Outlook*, vol. 62, p. 402-414. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.05.004>

Saboune, K. (2020). Ehpapad : les ressources humaines, grand chantier de l'après Covid-19. *The Conversation*, juin 2020, <https://theconversation.com/ehpad-les-ressources-humaines-grand-chantier-de-lapres-covid-19-140904>

Safy-Godineau, F., Fall, A. and Carassus, D. (2020). Soutien organisationnel perçu, implication organisationnelle et satisfaction au travail : effets sur l'absentéisme maladie dans la fonction publique territoriale. *Revue de gestion des ressources humaines*, n°116, p ; 45-67. <https://doi.org/10.3917/grhu.116.0045>

Safy-Godineau, F., Fall, A. and Carassus, D. (2021). L'influence du soutien organisationnel perçu et de l'implication organisationnelle sur l'absentéisme dans la fonction publique territoriale. *Gestion et management public*, vol. 9, n°2, p. 79-97. <https://doi.org/10.3917/gmp.092.0079>

Saint-Germes, E. (2010). L'évaluation de l'employabilité en GRH : de la situation d'emploi à la prospective des opportunités de transition professionnelle. In : Scourneac A, ed. *Management et Métier. Visions d'experts*. Paris : EMS Édition, p. 377-401

Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology*, vol. 21, p. 600-619.

Salami, S. (2010). Mentoring and work attitudes among nurses: The moderator roles of gender and social support. *Europe's Journal of Psychology*, vol. 6, n°1, p. 102-126. [doi:10.5964/ejop.v6i1.174](https://doi.org/10.5964/ejop.v6i1.174)

Samuel, S., Dirsmith, M. W. and McElroy, B. (2005). "Monetized medicine: from the physical to the fiscal", *Accounting Organizations and Society*, n°30, pp. 249-278

Sandberg, J. (2005). How Do We Justify Knowledge Produced Within Interpretive Approaches? *Organizational Research Methods*, vol. 8, n°1, p. 41-68. <https://doi.org/10.1177/1094428104272000>

Sainsaulieu, I. (2008). Le collectif soignant : mythe ou réalité : Regards croisés des cadres et des infirmiers. *Revue française d'administration publique*, n° 128, p. 665-675. <https://doi.org/10.3917/rfap.128.0665>

Savage, J. (2000). "Ethnography and health care", *British Medical Journal*, vol. 321, n°7273, p.1400-1402.

Savall, H. et Zardet, V. (2007). *Maîtriser les coûts et les performances cachées*, Paris : Economica.

Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée, in B. Gauthier (éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (3e éd., p. 263-285). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Serra Mallol, C. (2012). « Observation participante », dans J.-P. Poulain (sous la dir. de), *Dictionnaire des cultures alimentaires*, Paris, Puf, p. 960-965.

Service public. (2021). Apa : qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ? *Service-Public.fr*. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

Schaefer, R., Zoboli, E. L. and Vieira, M. (2016). Identification of risk factors for moral distress in nurses: Basis for the development of a new assessment tool. *Nursing Inquiry*, vol. 23, p. 346–357. <https://doi.org/10.1111/nin.12156>

Schäffer, U., Strauss, E. and Zecher, C. (2015). The role of management control systems in situations of institutional complexity. *Qualitative Research in Accounting & Management*, vol. 12, n°4, p. 395-424.

Schedler, K. and Proeller, I. (2000). *New Public Management*. Berne, Haupt.

Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. In: N. K. Denzin, and Y. S. Lincoln, ed., *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, p. 118-137.

Shapira-Lishchinsky, O. and Even-Zohar, S. (2011). Withdrawal behaviors syndrome: An ethical perspective. *Journal of Business Ethics*, vol. 103, n°3, p. 429–451. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-0872-3>

Shapira-Lishchinsky, O. and Rosenblatt, Z. (2009), Perceptions of organizational ethics as predictors of work absence: a test of alternative absence measures, *Journal of Business Ethics*, vol. 88, p. 717-734.

Sheldon, K.M. and Elliot, A.J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 76, p. 482-497.

Shore, L. M. and Martin, H. J. (1989). Job satisfaction and organizational commitment in relation to work performance and turnover intentions. *Human Relations*, vol. 42, n°7, p. 625–638. <https://doi.org/10.1177/001872678904200705>

Shore, L. M. and Wayne, S. J. (1993). "Commitment and employee behaviour: Comparison of affective commitment and continuance commitment with perceived organization support", *Journal of Applied Psychology*, vol. 78, n°5, p. 774-780

Sibille, R. et Joël, M. (2016). Les directeurs d'EHPAD : contraintes, marges de manœuvre et diversité des pratiques. *Revue française des affaires sociales*, , 285-306. <https://doi.org/10.3917/rfas.164.0285>

Simpson, R. L. (1985). "Social control of occupations and work". *Annual Review of Sociology*, vol. 11, p. 415-436. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.11.080185.002215>

Sirdeshmukh, D., Ahmad, N. B., Khan, M. S. and Ashill, N. J. (2018). Drivers of user loyalty intention and commitment to a search engine: An exploratory study. *Journal of Retailing and Consumer Services*, vol. 44, p. 71-81.

Smith, D. and Hall, M. (2008). An empirical examination of a three-component model of professional commitment among public accountants. *Behavioral Research in Accounting*, vol.20, n°1, p. 75-92

Sinclair, R. R., Tucker, J. S., Cullen, J. C. et Wright, C. (2005). Performance differences among four organizational commitment profiles, *Journal of Applied Psychology*, vol. 90, n°6, p. 1280-1287.

Snape, E. and Redman, T. (2003). An evaluation of a three-component model of occupational commitment: Dimensionality and consequences among United Kingdom human resource management specialists. *Journal of Applied Psychology*, vol. 88, n°1, p. 152–159. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.152>

Solinger, O. N. van Olffen, W. and Roe, R. A. (2008). Beyond the three-component model of organizational commitment, *Journal of Applied Psychology*, vol. 93, p. 70-83

Somers, M. J. (2009). The combined influence of affective, continuance and normative commitment on employee withdrawal. *J. Vocat. Behav*, vol. 74, p. 75–81.

Somers, M. J. and Birnbaum, D. (1998). "Work-related commitment and job performance: it's also the nature of the performance that counts", *Journal of organization behaviour*, vol. 19, n°6, p.621-634

Somers, M. J, and Birnbaum, D. (2000). Exploring the relationship between commitment profiles and work attitudes, employee withdrawal, and job performance. *Public Personnel Management*, vol. 29, n°3, 353–365. <https://doi.org/10.1177/009102600002900305>

Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches Qualitatives*, vol. 27, n°1, p.127. <https://doi.org/10.7202/1085359ar>

Stake, R. (1994), Case studies. In Denzin N.K. et Lincoln y. s. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publication, p. 236-247.

Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*, London, Sage Publications.

Stake, R. E. (2008). Qualitative Case Studies. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of Qualitative Inquiry*, p. 119-149. SAGE Publications

Stanley, L., Vandenberghe, C., Vandenberg, R. and Bentein, K. (2013). Commitment profiles and employee turnover. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 82, p. 176-187.

Steel, R.P. (2003). Methodological and operational issues in the construction of absence variables, *Human Resource Management Review*, vol. 13, n°2, p. 243-251.

Steers, M. (1977). « Antecedents And Outcomes of Organizational Commitment ». *Administrative Science Quarterly*, vol. 22.

Stenger, S. (2017). *Au cœur des cabinets d'audit et de conseil*, Paris, Presses Universitaires de France.

Stinglhamber, F., Bentein, K. and Vandenberghe, C. (2002). Extension of the Three-Component Model of Commitment to Five Foci: Development of measures and substantive test. *European Journal of Psychological Assessment*, vol.18, n°2, p.123–138. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.18.2.123>

Strauss, A. L. (1961). "Professions in Process", *The American Journal of Sociology*, vol. 66, n°4, p. 325-334.

Strauss, A. L. and Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Thousand Oaks: Sage.

Strauss, A. L. et Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative*. Fribourg: Academic Press.

Sukumarakurup, K., Kay, H. and Michael D. R. (2017). When feeling poorly at work does not mean acting poorly at work: The moderating role of work-related emotional intelligence. *Motivation and Emotion*, vol. 41, n°1, p. 122-134.

Subramaniam, N. and Mia, L. A. (2003). Note On Workrelated Values, Budget Emphasis and Managers' Organizational Commitment. *Management Accounting Research*, vol.14, p. 389-408.

Swales, S. (2004). Commitment to change: Profiles of commitment and in-role performance. *Personnel Review*, vol. 33, p. 187-204.

Taylor, F. W. (1911). *The principles of scientific management*. Harper and Brothers.

Tett, R. P. and Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology*, vol. 46, n°2, p. 259-293.

Tesch, R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools*, The Flamer Press.

Thévenet, M. (1992). *Impliquer les personnes dans l'entreprise*, Liaisons, Paris.

Thévenet, M. (2002). *Impliquer et gérer les personnes*. In : J.-M. Peretti (dir.), *Tous DRH*. Les Editions d'Organisation, Paris.

Thévenet, M. (2000). *Le plaisir de travailler. Favoriser l'implication des personnes*. Les Editions d'Organisation, Paris.

Thiétart, R. A. (1999). *Méthodes de recherche en management*, 535 p.

Thoenig, J. C. (2000). *L'aventure des réformes administratives est aussi une affaire de professionnalisme. L'administration dans tous ses états*. Y. Emery Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, p. 163-173.

- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, vol. 27, n°2, p. 237-246.
- Thornton, P. and Ocasio, W. (2008). Institutional logics. In *Handbook of organizational institutionalism* (Eds, Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K., Suddaby, R.). Thousand Oaks, CA: Sage, p. 99-129.
- Thornton, P., Ocasio, W. and Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective – A new approach to culture, structure and process*. Oxford: Oxford University Press.
- Townley, B. (2002). The role of competing rationalities in institutional change. *Academy of Management Journal*, vol. 45, n°1, p. 163-179.
- Tremblay, M., Gay, P. and Simard, G. (2000). L'engagement organisationnel et les comportements discrétionnaires : l'influence des pratiques de gestion des ressources humaines, série scientifique, Cirano (Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations), <http://perso.wanadoo.fr/etics/cours %20staps/grh/theorie.pdf>.
- Tshitangano, T. G. (2013). Factors that contribute to public sector nurses' turnover in Limpopo province of South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, vol. 5, n°1, p. 1-7. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v5i1.479>
- Tsoumbris, P. and Xenikou, A. (2010). Commitment profiles: The configural effects of the forms and foci of commitment on work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 77, p. 401–411.
- Tzeng, H. M. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 39, n°8, p. 867-878. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00027-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00027-5)
- UniSante FR. (2022). <https://www.uni-sante.fr/actualites/panorama-ehpad-2021>
- Urio, P. (1998). « La gestion publique au service du marché », in HUFTY M. (éds.), *La pensée comptable : Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, PUF et Les nouveaux Cahiers de l'IUED, Paris et Genève, p. 91-124.
- Vallejo, J. (2018). L'impact d'un changement de structure organisationnelle sur la prise de décision : Le cas de l'introduction des pôles à l'hôpital public. *Gestion et management*. Aix-Marseille Université ; LEST UMR 7317, 2018. Français.
- Vandenberghe, C. (1998). L'engagement des salariés dans l'entreprise : les liens entre le modèle tridimensionnel de Meyer et Allen et le changement organisationnel par réduction de main-d'œuvre. *Interactions*; vol. 2, n°1, p. 35-53.
- Vandenberghe, C. (1999). "Organizational Culture, Person-Culture Fit, and Turnover: A Replication in the Health Care Industry." *Journal of Organizational Behavior*, vol. 20, p.175–84.
- Vandenberghe, C., Bentein, K., Michon, R., Chebat, J. C., Tremblay, M., and Fils, J. F. (2007). An examination of the role of perceived support and employee commitment in employee-customer encounters. *Journal of Applied Psychology*, vol. 92, n°4, p. 1177–1187. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.4.1177>
- Vandenberghe, C., Bentein, K. and Panaccio, A. (2014). Affective commitment to organizations and supervisors and turnover: A role of theory perspective. *Journal of Management*, 0149206314559779.

Vandenberghe, C., Landry, G. et Panaccio, A.J. (2009). L'engagement organisationnel, in ROJOT, J., Roussel, P., Vandenberghe, C. (dir.), Comportements organisationnels, vol. 3, De Boeck, Bruxelles, 393 p., police department, Administrative science quarterly, 1975, vol. 20, p. 207-228.

Vandenberg R.J., Self R. M. and Seo J.H. (1994). A critical examination of the internalization, identification and compliance commitment measures, Journal of Management, vol. 20, n°1, p. 123-140.

Vandenberg, R. J. and Scarpello, V. (1994). A Longitudinal Assessment of the Determinant Relationship between Employee Commitments to the Occupation and the Organization. Journal of Organizational Behavior, vol. 15, p. 535-547. <https://doi.org/10.1002/job.4030150605>

Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H. et Lens, W. (2008). Explaining the relationships between job characteristics, burnout and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. Work & Stress, vol. 22, p. 277–294.

Van der Heijden, B. I., Peeters, M.C., Le Blanc, P.M. and Van Breukelen, J. W. M. (2018). Job characteristics and experience as predictors of occupational turnover intention and occupational turnover in the European nursing sector. Journal of Vocational Behavior, vol. 108, p. 108-120.

Van laar, D., Edwards, J. A. and Easton, S. (2007). The Work-Related Quality of Life Scale for Healthcare Workers. Journal of clinical Nursing, vol. 3, n°60, p. 325-33.

Van Maanen J. (1983). Qualitative Methodology, Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Verger, P. (2022). L'exemple des Ehpad, quels besoins, quelle attractivité ? Les Tribunes de la santé, n°74, p. 69-78. <https://doi.org/10.3917/seve1.074.0069>

Volant, S. (2014). « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », Études et Résultats, DREES, n°899, décembre.

Wacheux, F. (1996). Méthodes qualitatives et recherche en gestion, Économica, Paris, p. 38

Wallace, J. E. (1993). Professional and Organizational Commitment: Compatible or Incompatible? Journal Of Vocational Behavior (Print), vol. 42, n°3, p. 333-349. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1993.1023>

Wanlin, P. (2007). « L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels », Recherches Qualitatives, 2007, Hors-Série, n°3, p. 243-272.

Wasti, S. A. (2005). « Commitment profiles: Combinations of organizational commitment forms and job outcomes » Journal of Vocational Behavior, n°67, p. 290-308.

Weber, M. (1919). Le savant et le politique. Paris: Union Générale d'Éditions, 1963, 186 pages. Collection: Le Monde en 10-18.

Weber, M. (1921). Wirtschaft und Gessellschaft, (Économie et Société), Cologne-Berlin, 4e éd. 1965.

Weber, M. (1949). Methodology of the Social Sciences. Glencoe: Free Press.

Weber, M. (1998). Économie et société, Paris, Presses Pocket.

- Wegge, J., Schmidt, K. H., Parkes, C. and Van Dick, R. (2007). Taking a sickie: Job satisfaction and job involvement as interactive predictors of absenteeism in a public organization, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 80, p; 77-89.
- Weiss, D. (1979). L'absentéisme, *Revue française des Affaires sociales*, vol. 33, n°4, p. 49-95.
- Wiener, Y. (1982). "Commitment in organizations: a normative view", *Academy of Management Review*, vol.7, p. 418-428.
- Wiener, J., Squillace, M., Anderson, W. and Khatutsky, G. (2009). Why do they stay? Job tenure among certified nursing assistants in nursing homes. *The Gerontologist*, vol. 49, n°2, p. 198-210.
- Winkin Y. (2001). *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*, Paris, Seuil et Bruxelles, De Boeck.
- Wolcott, H. F. (1992). Posturing in qualitative inquiry. New York: In LeCompte, M.D., Millroy, W. L. and Preissle, J. (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education: Academic Press*.
- Woods, P. (1990). *L'ethnographie de l'école*, Paris, Armand Colin.
- Woodward, J. (1965). *Industrial Organization: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- Xhakollari, L. (2013). Quality of work life of mental health professional in Albania. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, vol. 4, n°1, p. 529-534.
- Yanow, D. (2006). Qualitative-interpretive methods in policy research. In Fischer, F., Miller, G. and Sidney, M. (Eds.), *Handbook of public policy analysis*, p. 405-415. Taylor & Francis.
- Yee, S. M. (1990). *Careers in the classroom: when teaching is more than a job*. NewYork: Teachers College Press.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*, 2nd edition, Applied Social Research Methods Series, Thousand Oaks, CA, Sage.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research, Design and Methods*, 3rd edition, London, Sage Publications. Sharpe, p. 5-26.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*, 4th ed, Thousand Oaks (CA), Sage.
- Yin, R. K. (2012). *Applications of Case Study Research*, 3rd ed, Thousand Oaks (CA), Sage
- Yiing, L. H. and Ahmad, K. Z. (2009). The moderating effects of organizational culture on the relationships between leadership behaviour and organizational commitment and between organizational commitment and job satisfaction and performance. *Leadership & Organization Development Journal*, vol. 30, n°1, p. 53-86.
- Zehra, N. and Faizan, R. (2017). The impact of occupational stress on employees at project-based organizations (PBOs) in Pakistan. *International Journal of Applied Business and Management Studies*, vol. 2, n°1, p. 1-9.

Zhao, X., Sun, T., Cao, Q., Li, C., Duan, X., Fan, L. and Liu, Y. (2013). The impact of quality of work life on job embeddedness and affective commitment and their co-effect on turnover intention of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, p. 780-788.

Znaniecki, F. (1934). *The Method of Sociology*, Octazon Books.

Zyphur, M. (2009). When mindsets collide: Switching analytical mindsets to advance organizational science. *Academy of Management Review*, vol. 34, n°4, p. 677–688.

Zayani, N. (2016). Amélioration de l'engagement organisationnel dans les services nettoyage des collectivités territoriales en Tunisie. *Sociologie*. Université Paul Valéry - Montpellier III. Français. (NNT : 2016MON30005).

Annexes

Annexe 1. Grille d'entretien pour les personnels de santé	403
Annexe 2. Grille d'entretien pour les Cadres	406
Annexe 3. Présentation du sujet de thèse aux établissements	410
Annexe 4. Flash info terrain EHPAD privé	411
Annexe 5. Lettre à destination du secrétaire général du GIP/GIEG 87	412
Annexe 6. Protocole de recherche à destination des établissements.....	413
Annexe 7. Profil d'implication des personnels de santé (variables personnelles)	415
Annexe 7.1. Profil d'implication des personnels de santé (EHPAD 1)	415
Annexe 7.2. Profil d'implication des personnels de santé (EHPAD 2)	423
Annexe 7.3. Profil d'implication des personnels de santé (EHPAD 3)	438
Annexe 7.4. Profil d'implication des personnels de santé (EHPAD 4)	461

Annexe 1. Grille d'entretien pour les personnels de santé

Questionnaire infirmière / aide-soignante

Introduction : Mettre l'interviewé en confiance. Expliquer le but de l'entretien et mentionner que l'entretien est libre, sans contraintes, permettant à la personne interrogée de prioriser ses idées comme elle le souhaite.

Motivations :

- Pourquoi avez-vous choisi cette profession plutôt qu'une autre ?
- S'agit-il d'un choix délibéré, d'un besoin, ou d'une opportunité ?
- Quelle est votre définition de votre métier ? Comment décririez-vous votre rôle et vos responsabilités ?

Formation :

- Où avez-vous été formé ? Quelles compétences avez-vous acquises lors de votre formation ?
- Avez-vous ressenti un écart entre la formation et la réalité de votre travail ? Si oui, pouvez-vous décrire ces différences ?
- Comment avez-vous surmonté les écarts entre théorie et pratique ?

Travail Quotidien :

- Comment votre travail est-il coordonné/organisé ?
- Quels sont les moyens par lesquels vos cadres vous gèrent-ils ?
- Pouvez-vous décrire une journée type dans votre travail ? Quels sont les principaux défis que vous rencontrez au quotidien ?

Établissement :

- Quelle est votre expérience dans le secteur de la santé ou des EHPAD ? Quels stages ou emplois avez-vous effectués auparavant ?
- Quelle est la taille de votre établissement ? Comment est-il structuré ?
- Quel est votre avis sur le recrutement, la formation et l'histoire des EHPAD ?

Carrière :

- Quelles sont vos perspectives d'évolution de carrière ?
- Quels sont vos objectifs de carrière ?
- Où vous voyez-vous dans 10 ans ?

Contraintes et Avantages :

- Quels sont les inconvénients de votre métier ou de votre profession ? Quelles sont les contraintes spécifiques liées à votre travail ?
- Quels avantages tirez-vous de votre métier ?

Réformes et Organisation :

- Quels changements, réformes ou évolutions dans votre profession ou secteur vous impactent-ils ?

- Suivez-vous les réformes comme le SEGUR ? Avez-vous remarqué des différences entre les secteurs privé, public, et associatif ?

Attentes :

- Quelles sont vos attentes en termes d'objectifs, de formation, de carrière ou de besoins dans votre métier ?
- Quels conseils donneriez-vous à quelqu'un qui envisage de travailler dans un EHPAD ?

Guide d'entretien : d'implication professionnelle

Profil implication professionnelle : Pouvez-vous choisir la phrase/les phrases qui vous parlent/ correspondent le plus, et justifier ce choix (aucune est une réponse)

1.

Je me sentirais coupable si je quittais le métier d'infirmière/ le métier d'aide-soignante. (NC)

Être soignants est importants pour moi (AC).

Changer de métier maintenant serait difficile pour moi. (CC)

2.

Je regrette d'être entré dans le métier d'infirmier/métier AS. (AC, N)

Je suis/ reste infirmière en raison d'un sentiment de loyauté à son égard. (NC)

Il serait trop coûteux pour moi de changer de profession/métier maintenant. (CC)

3.

Je ressens aucune obligation de rester dans cette profession/ ce métier. (NC)

J'ai trop investi dans mon métier de soignant pour envisager de changer maintenant. (CC)

C'est une fierté d'être infirmière/ aide-soignante (AC).

4.

Je m'identifie difficilement au métier du soin / à sa culture. (AC, N)

Je crois que les personnes qui ont été formées à une profession ont la responsabilité de rester dans cette profession pendant une période raisonnable (NC).

Il y a beaucoup de contraintes qui m'empêche de changer de profession/métier. (CC)

5.

J'estime qu'il est de ma responsabilité envers la profession d'infirmière de poursuivre dans cette voie. (NC)

Je suis heureuse d'être infirmière/aide-soignante. (AC)

Une trop grande partie de ma vie serait perturbée si je changeais de profession. (CC)

6

Changer de profession maintenant exigerait des sacrifices personnels trop importants. (CC)

Même si c'était à mon avantage, je ne pense pas qu'il serait juste de quitter la profession d'infirmière maintenant (NC)

Je déteste être infirmière / aide-soignante (AC, N).

N : Clé inversée, nécessaire pour éviter de se répéter.

Profil Implication organisationnelle : Pouvez-vous choisir la phrase/les phrases qui vous parlent/ correspondent le plus, et justifier ce choix (aucune est une réponse)

1.

Je dois beaucoup à cet établissement. (NC)

Cet EHPAD a une grande signification personnelle pour moi. (AC)

Rester dans cet EHPAD est autant une nécessité qu'un désir. (CC)

2.

Je ressens les problèmes de cet établissement/ EHPAD comme les miens. (AC)

Cet établissement mérite ma loyauté (NC)

Je suis inquiet de ce qui pourrait se passer si je quitte mon EHPAD sans en avoir un autre en perspective. (CC)

3.

Je ressens une obligation de rester dans cet établissement (NC)

Ce serait très difficile pour moi de quitter actuellement mon EHPAD même si je le voulais. (CC)

Je me considère comme un membre à part entière de cet établissement/EHPAD (AC)

4.

Je serais très heureux(se) de finir ma carrière dans cet établissement/ EHPAD (AC)

Même si c'était à mon avantage, je ne me sentirais pas en droit de quitter l'établissement maintenant (NC)

Trop de choses dans ma vie seraient perturbées si je décidais de quitter à l'heure actuelle mon EHPAD. (CC)

5.

J'éprouverais de la culpabilité si je quittais l'établissement. (NC)

Je me sens attaché affectivement à cet l'établissement/ EHPAD (AC)

Une des raisons majeures pour lesquelles je continue à travailler dans cet EHPAD est que mon départ demande un sacrifice personnel considérable. Un autre EHPAD ne pourrait m'offrir tous les avantages que j'ai ici. (CC)

6.

J'estime avoir trop peu de possibilités pour envisager de quitter l'établissement. (CC)

Je ne quitte pas l'établissement pour le moment car j'éprouve un sentiment d'obligation envers les gens qui en font partie. (NC)

J'aime discuter de cet établissement avec des personnes extérieurs. (AC)

Annexe 2. Grille d'entretien pour les Cadres

Questionnaire Cadre

Introduction : Mettre l'interviewé en confiance. Expliquer le but de l'entretien et mentionner que l'entretien est libre, sans contraintes, permettant à la personne interrogée de prioriser ses idées comme elle le souhaite.

Formation :

- Où avez-vous été formé ?
- Qu'est-ce que cette formation vous a apporté ?
- Quelles compétences ou connaissances avez-vous acquis ?
- Avez-vous constaté un écart entre la formation et la réalité de votre travail ?
- Comment avez-vous vécu ce décalage entre théorie et pratique ?
- Quels diplômes avez-vous obtenus ? Quelles expériences professionnelles avez-vous eues ?

Motivations :

- Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans le secteur médico-social ?
- Pourquoi avoir choisi de travailler dans des EHPAD ?
- Pourquoi avoir choisi de travailler avec des personnes âgées ?

Travail Quotidien :

- Quelle est votre fonction actuelle ?
- À quoi ressemble une journée type pour vous ?
- Comment vous organisez-vous dans votre travail ?
- Avez-vous des contacts réguliers avec d'autres professionnels comme le PS (psychologue), IDEC (infirmier coordonnateur), ou le médecin coordonnateur ?

Établissement :

- Quel est le statut de votre établissement (public, privé, associatif, rattaché à un hôpital ou SSIAD) ?
- En quoi votre établissement diffère-t-il des autres ?
- Combien de lits y a-t-il dans votre établissement ? Y a-t-il des unités spéciales comme une unité Alzheimer ou PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) ?
- Combien de personnel y travaille ? Quels types de contrats sont employés (CDI, CDD, temps partiel) ?
- Quelle est votre expérience professionnelle précédente ? Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce secteur ?

Carrière :

- Quels sont vos projets d'évolution de carrière ?
- Quelles sont vos perspectives de carrière au sein de cet établissement ou dans le secteur médico-social en général ?

Contraintes :

- Quelles sont les contraintes de votre travail actuel ?
- Quels sont les avantages et inconvénients de votre métier ?
- Quelle est votre relation avec des organismes comme l'ARS (Agence Régionale de Santé) ou le département ?

Réformes et Actualités :

- Êtes-vous au courant des réformes en cours dans le secteur médico-social ?
- Suivez-vous les changements dus à des réformes comme le SEGUR de la santé ?
- Voyez-vous des différences entre les secteurs privé, public et associatif ?

Impact de la crise COVID-19 :

- Quel a été l'impact de la crise COVID-19 sur votre établissement ?
- Comment cela a-t-il affecté la gestion des salariés ?
- Y a-t-il eu des problèmes d'absentéisme ou de turnover à cause de la crise COVID-19 ?

Guide d'entretien : d'implication professionnelle (CS/IDEC)

Pouvez-vous choisir la phrase/les phrases qui vous parlent/ correspondent le plus, et justifier ce choix (aucune est une réponse)

1.

Je me sentirais coupable si je quittais le métier IDEC/CS. (NC)
Être soignants est importants pour moi (AC).
Changer de métier maintenant serait difficile pour moi. (CC)

2.

Je regrette d'être entré dans le métier IDEC/CS (AC, N)
Je suis/ reste IDEC/CS en raison d'un sentiment de loyauté à son égard. (NC)
Il serait trop coûteux pour moi de changer de profession/métier maintenant. (CC)

3.

Je ressens aucune obligation de rester dans cette profession/ ce métier. (NC, N)
J'ai trop investi dans mon métier de soignant pour envisager de changer maintenant. (CC)
C'est une fierté d'être IDEC/CS (AC).

4.

Je m'identifie difficilement au métier du soin / à sa culture. (AC, N)
Je crois que les personnes qui ont été formées à une profession ont la responsabilité de rester dans cette profession pendant une période raisonnable (NC).
Il y a beaucoup de contraintes qui m'empêche de changer de profession/métier. (CC)

5.

J'estime qu'il est de ma responsabilité envers la profession IDEC/CS de poursuivre dans cette voie. (NC)
Je suis heureuse d'être IDEC/CS. (AC)

Une trop grande partie de ma vie serait perturbée si je changeais de profession. (CC)

6.

Changer de profession maintenant exigerait des sacrifices personnels trop importants. (CC)

Même si c'était à mon avantage, je ne pense pas qu'il serait juste de quitter la profession IDEC/CS maintenant (NC)

Je déteste être IDEC/CS (AC, N).

N : Clé inversée, nécessaire pour éviter de se répéter.

Guide d'entretien : d'implication organisationnelle

Profil Implication organisationnelle : Pouvez-vous choisir la phrase/les phrases qui vous parlent/ correspondent le plus, et justifier ce choix (aucune est une réponse)

1.

Je dois beaucoup à cet établissement. (NC)

Cet EHPAD a une grande signification personnelle pour moi. (AC)

Rester dans cet EHPAD est autant une nécessité qu'un désir. (CC)

2.

Je ressens les problèmes de cet établissement/ EHPAD comme les miens. (AC)

Cet établissement mérite ma loyauté (NC)

Je suis inquiet de ce qui pourrait se passer si je quitte mon EHPAD sans en avoir un autre en perspective. (CC)

3.

Je ressens une obligation de rester dans cet établissement (NC)

Ce serait très difficile pour moi de quitter actuellement mon EHPAD même si je le voulais. (CC)

Je me considère comme un membre à part entière de cet établissement/EHPAD (AC)

4.

Je serais très heureux(se) de finir ma carrière dans cet établissement/ EHPAD (AC)

Même si c'était à mon avantage, je ne me sentirais pas en droit de quitter l'établissement maintenant (NC)

Trop de choses dans ma vie seraient perturbées si je décidais de quitter à l'heure actuelle mon EHPAD. (CC)

5.

J'éprouverais de la culpabilité si je quittais l'établissement. (NC)

Je me sens attaché affectivement à cet l'établissement/ EHPAD (AC)

Une des raisons majeures pour lesquelles je continue à travailler dans cet EHPAD est que mon départ demande un sacrifice personnel considérable. Un autre EHPAD ne pourrait m'offrir tous les avantages que j'ai ici. (CC)

6.

J'estime avoir trop peu de possibilités pour envisager de quitter l'établissement. (CC)

Je ne quitte pas l'établissement pour le moment car j'éprouve un sentiment d'obligation envers les gens qui en font partie. (NC)

J'aime discuter de cet établissement avec des personnes extérieures. (AC)

Annexe 3. Présentation du sujet de thèse aux établissements



Qui je suis ?

J'ai 25 ans et j'habite Limoges. Je suis titulaire d'un Master 2 « Management des établissements de la santé et du social » de l'IAE Limoges.

Durant mes études, j'ai travaillé pendant 4 ans, les week-ends et les jours fériés au sein d'un EHPAD public en Limousin en tant qu'adjointe administrative me permettant ainsi de vivre et d'observer de l'intérieur le **turnover ou encore d'absentéisme**.

J'ai effectué mon stage de Master 2 recherche aux États-Unis à Milwaukee (Wisconsin) pendant 16 semaines au sein du siège (Corporate) d'un groupe d'hébergement privé pour personnes âgées. Ma recherche a pour **finalité d'informer** et, dans le meilleur des cas, **d'aider les professionnels** à comprendre et à agir contre le turnover ou encore l'absentéisme car ceux-ci peuvent être **anticipés voire évités s'ils disposent d'outils appropriés**.

Pourquoi (***/ GIEG 87) ?

Le (groupe ***/ GIEG 87) un partenariat privilégié avec l'IAE Limoges. L'Université a deux missions principales : l'enseignement et la recherche.

Ainsi, c'est pour moi une grande opportunité que de pouvoir découvrir le fonctionnement d'un (groupe privé / groupement d'établissement public) en France et de pouvoir y mener une **étude comparative** avec mes expériences passées que ce soit dans un établissement public ou dans un groupe privé américain.

L'hétérogénéité des établissements que ce soit par leurs zones géographiques, leurs managements, leurs nombres de lit, leurs Agences Régionales de Santé référentes, leurs cultures, leurs concurrences avec d'autres établissements augmente le champ des possibles de ma recherche.

FLASH INFO RESSOURCES HUMAINES

Étude de terrain

Bonjour à toutes et à tous,

Julie MENUJER, doctorante faisant partie du Centre de Recherche sur l'Entreprise, les Organisations et le Patrimoine (CREOP), laboratoire de recherche rattaché à l'IAE de Limoges souhaite travailler avec vous sur mon sujet de thèse portant sur « **l'implication des personnels de santé en EHPAD** »

L'objectif de cette recherche est de mieux identifier, étudier et comprendre le turnover et le taux d'absentéisme dans le secteur du Médico-social et plus spécifiquement dans les EHPAD.

Pour mener à bien mes travaux qui permettront de mieux **comprendre** mais aussi **d'accompagner** les établissements face à ces phénomènes, je serais amené à travailler sur vos établissements.

Vous trouverez ci-joint des informations permettant de vous présenter ma démarche.

Destinataires

**CODIR
DIRECTEURS
EHPAD**



Pièce jointes

Présentation
Démarche de
recherche

Annexe 5. Lettre à destination du secrétaire général du GIP/GIEG 87

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance la possibilité de mener une étude de recherche auprès des différents établissements adhérents à votre groupement et notamment des EHPAD.

Je prépare actuellement un diplôme de doctorat au sein du Centre de Recherche sur l'Entreprise, les Organisations et le Patrimoine (CREOP), laboratoire de recherche rattaché à l'IAE de Limoges. Ma thématique de recherche porte sur « l'implication des personnels de santé en EHPAD ».

L'objectif de cette recherche est d'identifier, d'étudier et de comprendre le taux de roulement et le taux d'absentéisme dans le secteur du Médico-social et plus spécifiquement dans les EHPAD.

Votre groupement me permettrait ainsi d'avoir accès à un nombre d'établissements significatif me permettant de réaliser une étude comparative, dans un premier temps entre les différents établissements du groupement, puis dans un second temps avec des établissements appartenant au groupe privé **** qui, comme vous, a établi une convention de partenariat avec l'IAE Limoges pour ses activités de formation et de recherche.

A ces différents travaux menés durant cette année, je pourrai y associer les travaux menés préalablement pendant mon stage de Master aux États Unis dans un groupe Privé.

L'hétérogénéité des établissements, que ce soit au niveau de leur géographie, de leur histoire, de leurs managements, du nombre de lits, de leur culture et de leurs concurrences avec d'autres établissements augmente le champ des possibles pour ma recherche. La diversité est un élément essentiel pour pouvoir fournir un travail de recherche pertinent, utile et mobilisable pour tous les acteurs du secteur.

Pour mener à bien mes travaux qui visent à mieux comprendre mais aussi peut-être à accompagner les établissements face à ces phénomènes, j'espère pouvoir travailler au sein d'établissements de votre groupement intéressés par ma recherche.

Vous trouverez en pièce jointe une proposition de protocole de recherche que je pourrai mettre en place au sein des établissements du groupement intéressés par ma demande. Je suis bien sûr à votre entière disposition pour apporter toutes modifications qui vous sembleraient utiles.

Vous remerciant de toute l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie de croire, Monsieur le Secrétaire Général, à l'assurance de ma très haute considération.

Julie Menudier

Annexe 6. Protocole de recherche à destination des établissements

PROTOCOLE DE RECHERCHE

Cette recherche se déroulera sur **plusieurs jours**.

Les directeurs d'établissement concernés seront prévenus à l'avance de ma venue.

Il y aura des périodes d'observation sur le terrain et d'entretiens. Il est prévu, dans la mesure du possible, que les entretiens concerneront des **fonctions différentes** :

- Le directeur d'établissement,
- Le médecin coordinateur,
- L'IDEC
- Des IDE
- Des AS et AES
- L'animateur
- Le psychologue.

Choix des salariés	
CHOIX DES IDE, AES ET AS :	Le directeur sera libre de proposer celles et ceux qui passeront les entretiens.
L'INTERET DE LA DIVERSITÉ	C'est de recueillir le vécu des différents acteurs sur le turnover et l'absentéisme des personnels de santé et leur avis sur le sujet.
Les entretiens	
DURÉE	Comprise entre 30-40 minutes.
L'ENTRETIENS SE DECOUPERA EN 2 PARTIES :	<ul style="list-style-type: none">- La personne : questions libres et ouvertes. (<i>Son expérience de travail au sein de l'EHPAD, son ressenti sur le turnover et l'absentéisme des personnels de santé</i>).- Son profil d'implication : série de questions ciblées.
RETOUR D'EXPERIENCE	À la fin de l'étude sur les différents sites qu'un <u>retour sera fait à chaque établissement.</u>

PROTOCOLE SANITAIRE

En ce qui concerne les questions sanitaires en lien avec la crise Covid : Il est prévu qu'avant chaque accès au terrain, je me soumettrai à **un test PCR minimum 3 jours avant.**

Bien entendu toutes les **mesures barrières seront respectées** : port du masque obligatoire au sein de l'EHPAD (**même lors des entretiens**), lavage des mains, distanciation sociale avec les salariés, les cadres et les résidents.

COVID-19

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

- 
Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique
- 
Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir
- 
Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter
- 
Éviter de se toucher le visage
- 
Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres
- 
Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



En complément de ces gestes, porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée

 [GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS](https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus)  **0 800 130 000**
(appel gratuit)

Annexe 7. Profil d'implication des personnels de santé (variables personnelles)

Annexe 7.1. Profil d'implication des personnels de santé (EHPAD 1)

AS 01 :

Concernant les variables démographiques, AS_01 est une femme enceinte de quatre mois : « *pour l'instant oui, je suis enceinte d'un peu plus de 4 mois* » (AS_01). Son parcours éducatif et de formation est cohérent avec son poste d'aide-soignante, puisqu'elle détient un BEP en carrière sanitaire et sociale ainsi qu'un BAC en sciences médico-sociales : « *Non mes études commençaient dès le départ là-dedans, j'ai un BEP carrière sanitaire et sociale, et un BAC science médico-social* » (AS_01). Elle a obtenu son diplôme en 2011 (AS_01). AS_01 a intégré l'organisation il y a un an : « *Je suis aide-soignante, ça va faire un an au mois d'août ici* » (AS_01). Son choix de rejoindre cet établissement semble avoir été motivé par le désir d'essayer quelque chose de nouveau et de repartir sur de nouvelles bases : « *J'ai postulé, je me suis dit tiens je vais essayer je verrai bien ce que ça donne* » (AS_01) ; « *de toute façon ici il y a un an ça a été mon nouveau départ* » (AS_01). AS_01 apprécie la taille de la structure et pense qu'elle peut contribuer à son évolution : « *c'est une petite structure et je pense après je ne dis pas que j'avais beaucoup d'expérience, de ce que j'ai vu il y a des choses à faire évoluer* » (AS_01). Son expérience professionnelle antérieure comprend des emplois en maison de retraite et à l'hôpital, ainsi qu'avec des personnes lourdement handicapées : « *J'ai commencé en maison de retraite, je me suis lassée, il me fallait autre chose. J'ai essayé l'hôpital et je me suis rendu compte que ce n'était pas fait pour moi* » (AS_01) ; « *j'ai travaillé avec les personnes handicapées aussi, lourdement handicapées. Et c'est lourd quand même à porter* » (AS_01). AS_01 préfère travailler dans sa structure actuelle en raison de la continuité des soins et de la connaissance approfondie des habitudes des résidents : « *déjà le changement de personnes tous les jours de l'hôpital que là on connaît les habitudes de la personne, on sait comment s'en occuper. Et on quand même une prise en charge qui est le plus adaptée je pense pour la personne* » (AS_01).

L'étude des caractéristiques psychologiques de AS_01, permet de comprendre les motivations et les préférences personnelles qui influencent son implication au travail. Pour ce qui est de la personnalité d'AS_01, elle semble être une personne déterminée et impliquée, comme en témoigne son expérience passée de travail sur plusieurs week-ends consécutifs : « *Moi je sais d'où je viens (nom ville) ça m'est arrivé de travailler trois week-ends à la suite* » (AS_01). La motivation première d'AS_01 est le contact humain et l'aide aux autres : « *c'est le contact humain, au tout départ, aider les gens* » (AS_01). Elle a choisi de travailler dans cette structure en raison de sa proximité géographique, sa taille et de la possibilité d'apporter des changements bénéfiques : « *J'ai eu une période pendant 2 ans où j'ai arrêté de travailler pour ma fille. Et puis là j'ai déménagé ici sur place, pour moi c'était vraiment une opportunité* » (AS_01) ; « *Je n'habite pas loin de la structure, elle est petite et j'ai vu qu'il y a des choses à faire évoluer* » (AS_01). AS_01 est prête à remplacer ses collègues lorsque cela est nécessaire, en partie grâce aux avantages financiers : « *si je suis revenue hier, mais c'est vraiment une journée par mois en ce moment. C'est quand même intéressant, parce que c'est payé en heures supplémentaires. Une journée c'est quoi dans le mois, ça ne dérange pas de revenir* » (AS_01) ; « *Ah mais je sais c'est pour ça que, là les 5-6 premières elles sont payées* » (AS_01).

à 25 et après quand on travaille en 10h c'est à 50 pourcents, je peux vous dire que c'est intéressant sur une journée » (AS_01). Sa satisfaction professionnelle repose sur plusieurs facteurs, dont la préférence pour les EHPAD en raison de la stabilité des relations avec les résidents et la prise en charge adaptée : « *Déjà le changement de personnes tous les jours à l'hôpital, là, on connaît les habitudes de la personne, on sait comment s'en occuper. On et quand même dans une prise en charge plus adaptée à la personne* » (AS_01). Les conditions et le rythme de travail sont également importants pour elle : « *moi je vous dirai quand même les conditions de travail oui, mais le rythme de travail aussi* » (AS_01). Le fait de disposer de jours en semaine sans sa famille lui permet également de s'accorder du temps pour elle-même : « *le roulement comme ça c'est d'avoir des jours en semaine sans ma fille quand même ça fait du bien aussi. Non mais c'est vrai elle a 12 ans, j'aime bien me retrouver sans mon copain et sans ma fille en semaine* » (AS_01) ; « *puis j'aime bien aussi ce que je fais* » (AS_01).

Enfin, AS_01 considère que le rythme de travail ne devrait pas être déterminé par des consignes écrites : « Non. Je trouve ça trop contraignant et il y a vraiment que dans l'établissement là que j'ai vu, qu'il fallait vraiment respecter un bout de papier tout le long de la journée. Alors qu'on est avec des personnes et ça ne doit pas être sur un bout de papier » (AS_01). Cette perspective révèle son désir d'accorder de l'importance à l'aspect humain dans son travail, en mettant l'accent sur les besoins et les préférences des résidents plutôt que sur des directives strictes. Sa personnalité déterminée, son désir d'aider les autres, son attachement à la proximité géographique et aux avantages financiers, ainsi que son souhait de privilégier les relations humaines et la prise en charge adaptée des résidents sont autant d'éléments qui contribuent à son implication professionnelle et organisationnelle. AS_01 exprime une certaine ambivalence quant à son avenir professionnel au sein de l'organisation actuelle, déclarant : « je serai heureuse mais quand même je ne pense pas non plus rester » (AS_01). Cette citation suggère qu'AS_01 pourrait envisager de poursuivre d'autres opportunités de carrière à l'avenir, bien qu'elle se montre satisfaite de son poste actuel.

Quant aux relations au travail, AS_01 exprime des inquiétudes quant à la compréhension des responsabilités et des défis quotidiens sur le terrain par la direction de l'établissement : « *oui, après je trouve dommage qu'elle ne connaisse pas sur le terrain quand même. Oui je pense que quand des directrices ou des IDEC ils savent comment ça fonctionne sur le travail sur le temps. Je sais que la directrice, elle n'a pas été infirmière. Je pense quand même que c'est ça qui manque.* » (AS_01). Cette citation révèle un sentiment d'insatisfaction à l'égard de la direction et suggère que AS_01 valorise l'expérience pratique dans la prise de décision managériale. AS_01 souligne également l'importance de se concentrer sur les besoins des résidents plutôt que sur l'image de l'établissement : « *Et c'est ça aussi qui manque pour les personnes ce n'est pas le tout d'avoir une belle image comme je le disais tout à l'heure ce n'est pas grave si quelqu'un est en pyjama à 5h du soir. Parce que des fois y'en a qui sont couchés quand même à 11h du soir nos résidents ça fait tard quand même pour une personne âgée. Ce n'est pas pour nous faciliter le travail, ce n'est pas du tout ça c'est vraiment pour lui.* » (AS_01). Cette citation met en évidence la préoccupation d'AS_01 pour le bien-être des résidents et la volonté de plaider en leur faveur face à la direction. L'analyse des relations au travail d'AS_01 met en évidence les préoccupations concernant le management de l'établissement et l'importance accordée au bien-être des résidents.

En résumé, AS_01 est motivée par le contact humain et l'aide aux autres, et apprécie la taille de la structure, la proximité géographique et les avantages financiers de son poste actuel. Toutefois, elle exprime une ambivalence quant à son avenir professionnel au sein de l'organisation, déclarant : « je serai heureuse mais quand même je ne pense pas non plus

rester » (AS_01). En ce qui concerne les relations au travail, AS_01 est préoccupée par la compréhension des responsabilités et des défis quotidiens sur le terrain par la direction de l'établissement et souligne l'importance de se concentrer sur les besoins des résidents plutôt que sur l'image de l'établissement.

ASH_01:

Pour ce qui est des variables personnelles, ASH_01 attache une grande importance à sa situation familiale, comme en témoigne sa présentation : « *Je suis ASH_01, maman de 3 enfants* » (ASH_01). Ce rôle de mère est un élément central de son identité et pourrait influencer son implication professionnelle et organisationnelle. En ce qui concerne l'éducation et la formation, ASH_01 occupe un poste d'ASH faisant fonction d'aide-soignante, sans avoir le diplôme ni la formation requise : « *Je suis ASH faisant fonction d'AS* » (ASH_01). Ce statut pourrait avoir un impact sur son implication professionnelle, car elle pourrait se sentir moins compétente ou moins reconnue par ses collègues et sa hiérarchie. Concernant l'expérience professionnelle, ASH_01 travaille pour la première fois dans un poste de soignante : « *au niveau du soin, c'est mon premier* » (ASH_01). Cette situation peut engendrer à la fois des défis et des opportunités pour ASH_01 en termes d'implication professionnelle. D'une part, elle pourrait être motivée par l'envie d'apprendre et de progresser dans son nouveau rôle, ce qui favoriserait son implication. D'autre part, son manque d'expérience dans le secteur pourrait entraîner des difficultés à s'adapter et à s'intégrer, ce qui pourrait nuire à son implication envers l'organisation.

Nous allons analyser les caractéristiques psychologique de l'ASH_01 notamment sa personnalité, sa motivation, sa satisfaction professionnelle et son stress. La personnalité d'ASH_01 se reflète dans son opinion sur les changements de fonctionnement au sein de l'organisation : « *il y a un pour et un contre, dans l'ancien on n'avait pas toujours les mêmes personnes, donc forcément il y a peut-être un moment où elles craignent de se laisser peut-être de s'occuper toujours des mêmes personnes c'est compliqué. C'est vrai qu'avant on changeait tout le temps, on ne ressentait pas de lassitude, on ne ressentait pas tout ça. Par contre le pour, c'est pour la résidence c'est très bénéfique pour eux. Et ça y'a pas photo, c'est très bénéfique pour eux.* » (ASH_01). Elle évalue les avantages et les inconvénients des changements, montrant une personnalité équilibrée et capable d'adaptation. Concernant la motivation, ASH_01 semble intrinsèquement motivée par son travail et choisit cette profession par envie : « *oui complètement. Je ne le fais ni pour l'argent ni pour la gloire.* » (ASH_01). Elle explique que sa vocation est née de son expérience personnelle : « *c'était quelque chose qui m'était destiné en fait, j'ai toujours été Je ne vais peut-être pas vous raconter toute ma vie mais j'ai élevé mes petites sœurs.* » (ASH_01) et d'un moment décisif : « *c'était un choix il y a 2 ans je suis sortie d'une grosse dépression à la suite de la perte d'un de mes enfants. Je ne sais 'as pourquoi mais ça a été le moment décisif de ma vie je ne sais pas si c'est parce que ce sont des personnes qui m'ont beaucoup aidée. Je me suis dit que c'était vraiment quelque chose qui avait été fait pour moi.* » (ASH_01). ASH_01 exprime sa satisfaction professionnelle, en soulignant la fierté d'être aide-soignante et l'importance d'aider son prochain : « *c'est une fierté d'être aide-soignante. Quand je serai reconnu à 100 pour 100 c'est vrai que ça sera super* » (ASH_01) et « *je dirai plutôt dans le sens d'aider son prochain ce sont quand même*

des personnes qui ont vécu avant nous, c'est peut-être là ce qui retient mon attention. » (ASH_01). Elle insiste également sur l'importance du soutien moral apporté aux résidents : *« On nous appelle les nettoyeurs de cul. En fait les gens ne se rendent pas compte que ce n'est pas que ça. On ne fait pas que ça, on ne nettoie pas que des fesses toute la journée. On les accompagne dans la vie de tous les jours, c'est un soutien moral il y a des personnes qui n'ont pas de famille donc je ne vais pas dire qu'on les remplace mais y'a quand même une personne qui s'occupe de tous les jours. »* (ASH_01). Enfin, le stress d'ASH_01 est lié à la crainte de la rupture du lien avec les résidents : *« En fait, j'ai peur de la coupure du lien, j'ai peur de ne pas pouvoir créer le lien qu'on a ici avec certaines personnes que ce soit dans cet EHPAD ou un autre. C'est plus ça qui me fait peur. »* (ASH_01). Ce stress est lié à l'importance qu'elle accorde aux relations humaines et à l'accompagnement des résidents, soulignant la profondeur de son implication envers son travail et les personnes dont elle prend soin. Sa personnalité équilibrée, sa motivation intrinsèque, sa satisfaction professionnelle et le stress lié à la relation avec les résidents sont autant de facteurs qui contribuent à façonner son expérience de travail et son implication dans son rôle d'aide-soignante.

En ce qui concerne ses aspirations professionnelles, ASH_01 exprime clairement son désir de passer par une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) pour obtenir le diplôme d'aide-soignante : *« Je vais bientôt passer ma VAE, j'attends les réponses des organismes. C'est compliqué surtout en ce moment, je ne sais pas pourquoi ça coince un petit peu. »* (ASH_01). Cette aspiration professionnelle témoigne d'une implication forte envers sa profession et d'une volonté de s'améliorer, ce qui est en cohérence avec les autres aspects de son profil psychologique et personnel déjà analysés. Le processus de la VAE, bien que complexe et potentiellement retardé en raison de contraintes externes, représente pour ASH_01 une opportunité de reconnaissance de son expérience et de son expertise, ainsi qu'une possibilité d'accroître sa satisfaction professionnelle. L'analyse du profil d'implication d'ASH_01 selon le concept de Meyer et Allen démontre une implication forte et profonde envers sa profession et l'organisation. Ses variables personnelles, caractéristiques psychologiques et aspirations professionnelles convergent pour créer une expérience de travail riche et significative, qui se traduit par une implication envers son rôle d'aide-soignante.

ASH 02

L'ASH_02 est une femme de 27 ans qui n'a pas de formation spécifique et fait fonction d'aide-soignante. Cette absence de formation pourrait affecter son sentiment de compétence et de reconnaissance dans son travail, et par conséquent influencer son implication professionnelle. Néanmoins, ASH_02 mentionne qu'elle a commencé sa Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) : *« Et j'ai commencé ma VAE. »* Cette démarche témoigne d'une implication envers sa profession et d'une volonté d'améliorer ses compétences et de progresser dans sa carrière. Enfin, pour ce qui est de l'expérience professionnelle, ASH_02 indique qu'elle est agent de soin depuis 2 ans et qu'elle travaille dans l'organisation depuis 5 ans : *« je suis agent de soin depuis 2 ans. Je travaille ici depuis 5 ans. »* Son ancienneté dans l'organisation et son expérience professionnelle antérieure pourraient influencer son implication professionnelle et organisationnelle. D'une part, son expérience au sein de l'organisation pourrait contribuer à renforcer son implication envers celle-ci et à développer un sentiment d'appartenance. D'autre

part, son rôle en tant qu'agent de soin depuis 2 ans pourrait lui permettre de mieux comprendre les enjeux et les défis du métier, ce qui pourrait favoriser son implication professionnelle.

Concernant la personnalité, ASH_02 indique que le statut de l'établissement dans lequel elle travaille n'a pas d'importance pour elle : « *non, ça ne dérange pas de travailler dans le privé.* » (ASH_02). Cette déclaration révèle une certaine flexibilité et une ouverture d'esprit, ce qui pourrait avoir un impact sur son implication professionnelle et organisationnelle. En ce qui concerne la motivation, ASH_02 a été encouragée à travailler en maison de retraite par son arrière-grand-mère : « *au début, je suis venu travailler en maison de retraite, j'avais aidé mon arrière-grand-mère chez elle et elle me disait toujours d'en faire mon métier. Donc j'ai essayé ici.* » (ASH_02). Elle mentionne également que le salaire est un facteur de motivation pour certains de ses collègues : « *le climat et comme tout le monde je pense le salaire aussi. Vous avez c'est vrai que quand on entend tout le monde dire on est sous payé c'est un peu chiant.* » (ASH_02). Ces éléments montrent que la motivation d'ASH_02 est influencée par des facteurs intrinsèques, tels que l'expérience personnelle et les conseils de sa famille, ainsi que par des facteurs extrinsèques, tels que le salaire. Quant à la satisfaction professionnelle et au stress, ASH_02 souligne que l'ambiance au travail n'est pas toujours bonne et qu'elle pourrait être liée à la direction ou aux infirmières qui surveillent constamment : « *l'ambiance n'est pas forcément bonne. Je ne sais pas si c'est dû à la directrice aux infirmières qui sont tout le temps entrain de surveiller.* » (ASH_02). Par ailleurs, elle évoque des changements d'horaires qui pourraient avoir une incidence sur sa satisfaction professionnelle et son stress : « *s'il me propose des horaires un peu plus flexibles l'après-midi scolaire revenir à 15h30. Moi j'aime bien faire des animations c'est compliqué de faire des animations à 15h30.* » (ASH_02). Ces facteurs pourraient influencer son implication organisationnelle. ASH_02 exprime clairement son souhait d'obtenir un diplôme d'aide-soignante en passant par une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) : « *C'est pour ça que je fais la VAE* » (ASH_02). Cette aspiration professionnelle témoigne d'une volonté d'améliorer ses compétences et de progresser dans sa carrière, ce qui peut avoir un impact positif sur son implication professionnelle.

Pour ce qui est de ses interactions avec la direction, les collègues et les familles des résidents. ASH_02 exprime un besoin de reconnaissance de la part de la direction, soulignant l'importance des remerciements et de l'appréciation pour son travail : « *Pas besoin que ça soit de l'argent oui. Ce n'est pas grand-chose, mais rien que des remerciements, ce n'est pas grand-chose. Les mercis, quand on remplace, on n'a pas de merci, on n'a rien.* » (ASH_02). Elle précise également que sa quête de reconnaissance concerne principalement la direction et non ses collègues : « *moi je ne viens pas ici pour remplacer ma collègue, je ne suis pas là pour mes collègues pour qu'ils me disent merci. Je veux peut-être plus de reconnaissance de la direction.* » (ASH_02). Cette insatisfaction quant à la reconnaissance de la direction pourrait affecter son implication organisationnelle, car un manque d'appréciation peut nuire à la motivation et au sentiment d'appartenance des employés. ASH_02 souligne l'importance de la reconnaissance des efforts fournis par les employés : « *la reconnaissance ce n'est pas beaucoup, rien que venir nous voir de temps en temps et de nous dire c'est gentil d'avoir fait ça, ce n'est pas grand-chose, mais ça fait tout. On sait dire le mauvais, mais on ne sait pas dire le bien* » (ASH_02). Ce commentaire met en évidence l'impact potentiellement négatif d'un manque de reconnaissance sur l'implication des employés et souligne la nécessité pour la direction de valoriser et d'apprécier le travail accompli. En ce qui concerne les relations avec les familles des résidents, ASH_02 mentionne que certaines d'entre elles créent un lien avec le personnel : « *ça dépend des familles. À force de les voir certaines familles, on crée un lien.* » (ASH_02). Cette connexion avec les familles peut contribuer à renforcer son implication

affective envers l'organisation, car elle témoigne de l'importance du travail de l'ASH_02 pour les résidents et leurs proches.

En résumé, l'analyse du profil d'implication de ASH_02 en tenant compte des variables personnelles, psychologiques et relationnelles, révèle plusieurs facteurs qui peuvent influencer son implication professionnelle et son implication organisationnelle. Tout d'abord l'absence de formation d'ASH_02 affecte potentiellement son sentiment de compétence et de reconnaissance. Cependant, l'engagement dans une VAE montre sa volonté d'améliorer ses compétences et de progresser dans sa carrière. Ensuite, Les facteurs intrinsèques (encouragement de l'arrière-grand-mère) et extrinsèques (salaire) motivent l'ASH_02, ce qui peut renforcer respectivement son implication professionnelle affective et son implication organisationnelle calculée. Les problèmes d'ambiance, de surveillance et d'horaires de travail peuvent nuire à son implication organisationnelle. Pour finir, les liens créés avec certaines familles renforcent l'implication affective d'ASH_02 envers l'organisation.

IDE_01 :

IDE_01 est une femme de 30 ans avec deux enfants, ce qui pourrait influencer sa perception des priorités et des attentes professionnelles en termes de flexibilité et de sécurité d'emploi. Les responsabilités familiales pourraient également avoir un impact sur son implication au travail, car elle pourrait chercher un équilibre entre sa vie professionnel et sa vie personnel. En ce qui concerne l'éducation et la formation, IDE_01 a suivi une formation d'infirmière : « *infirmière ça fait 8 ans que je suis diplômée.* » et « *J'ai juste été en école d'infirmière.* ». IDE_01 a une ancienneté d'un peu plus d'un an dans l'organisation : « *Et ça fait un peu plus d'un an que je travaille ici.* ». Cette durée relativement courte pourrait affecter son implication organisationnelle, car elle est encore en train de développer un sentiment d'appartenance et de loyauté envers l'organisation. Cependant, il est important de noter qu'elle a quitté l'organisation précédemment en raison de problèmes avec la gestion et est revenue après avoir été assurée que les gestionnaires avaient changé : « *C'est pour ça que je suis partie. La première fois que j'ai re postulé ici j'ai demandé vous êtes sûrs au-dessus ce sont plus les mêmes personnes. Sinon moi je ne serai jamais revenue.* » (IDE_01). Cette expérience antérieure pourrait influencer son implication organisationnelle, car elle pourrait être plus prudente et attentive aux relations avec la direction. En ce qui concerne son expérience professionnelle antérieure, IDE_01 a travaillé principalement dans les EHPAD, avec une brève expérience dans un foyer de vie : « *Si j'ai fait un foyer de vie 5 mois pour un remplacement en congé maternité. Sinon je n'ai fait que les EHPAD.* ». Ces expériences pourraient avoir un impact sur son implication professionnelle, car elles lui ont permis de développer des compétences spécifiques et une compréhension des enjeux et défis liés au travail dans les EHPAD. Sa motivation à revenir travailler dans l'organisation actuelle, malgré ses problèmes passés avec la gestion, témoigne également de son implication envers le secteur et son implication professionnelle. La directrice (Direc_01) fait également référence à l'expérience passée de l'IDE_01 et à sa réticence à travailler à nouveau avec les anciens gestionnaires : « *Elle était venue travailler au temps des anciens gestionnaires, elle avait travaillé ici et moi je ne l'avais pas connue c'était avant 2015. Lorsque je l'ai reçue en entretien d'embauche son seul objectif était d'être sûre qu'on n'avait plus rien à voir avec les anciens gestionnaires. Elle*

ne voulait plus avoir affaire à eux. Elle avait postulé parce qu'on avait un contact en commun qui m'avait recommandé qui lui a dit va voir ça a changé. » (Direc_01). Cela souligne l'importance de la culture organisationnelle et des relations avec la direction pour l'implication organisationnelle de l'IDE_01.

En analysant le profil d'implication de l'IDE_01, nous nous concentrons sur les caractéristiques psychologiques. Concernant la personnalité de l'IDE_01, elle manque de confiance en elle, comme en témoignent ses citations : *« je suis loin d'être parfaite. J'ai une estime de moi très basse. »* et *« si moi je trouve que je ne suis pas assez autoritaire. Par contre je trouve qu'il y en a d'autres ou c'est l'inverse. J'ai déjà vu ça aussi. »*. Cette faible estime de soi pourrait influencer son implication, notamment en termes d'implication affective et de contribution personnelle à l'organisation. Les valeurs de l'IDE_01 sont également importantes pour son implication. Elle valorise plus les valeurs humaines que les diplômes, comme en témoignent ses citations : *« je pense que les valeurs c'est même plus important que les diplômes. »* et *« ce sont des valeurs entre guillemets qu'on est censé avoir et on n'a pas besoin d'aller à l'école pour les avoir. »*. Sa conscience professionnelle et son implication envers les résidents renforcent également son implication affective vis-à-vis de sa profession : *« J'ai trop de conscience professionnelle je ne peux pas faire comme elles font et ne pas faire attention. »* (IDEC_01). La motivation de l'IDE_01 est également un facteur clé de son implication. Elle mentionne un arrêt de travail potentiel mais en raison de problèmes financiers elle s'abstient : *« Avec la situation qui y'a pas longtemps si mon conjoint a un travail je pense que je ferai en arrêt de travail. »* (IDE_01). Elle exprime également une certaine frustration face à l'absence de changement : *« moi honnêtement ce n'est pas que je n'ai plus envie de me battre, c'est que je me fatigue moi pour rien. Je ne vois pas de différence. »* (IDE_01). La satisfaction professionnelle de l'IDE_01 est liée à sa relation avec les résidents et son sentiment d'accomplissement : *« Moi y'a des résidents ici auxquels je suis très attachée, c'est différent de l'hôpital où on n'a pas cette relation où quand on arrive le matin, ils disent oh c'est vous. »* (IDE_01). Cependant, elle admet également qu'elle ne fait pas toujours son travail de bon cœur : *« je ne dis pas que je le fais tout le temps de bon cœur, je fais mon travail. »* (IDE_01). Le stress est un autre facteur qui influence l'implication de l'IDE_01. Elle est affectée par les événements passés et les problèmes dans l'établissement : *« Ah moi ici j'ai l'impression d'avoir débarqué dans un autre monde. Je me dis où je suis tombée et honnêtement j'ai honte j'ai honte de ce qui s'est passé à Noël j'en étais malade. Je me demande comment on peut en arriver là. On a beau dire que je ne suis pas responsable, si parce que je fais partie de l'équipe. »* (IDE_01) et *« Ça fait trois mois et je peux vous dire que j'ai été rhabillée. Elles me disent c'est bon c'est du passé. Non ce n'est pas du passé, ça n'aurait jamais dû se passer. »* (IDE_01). Ce niveau de stress pourrait affecter négativement son implication, en particulier son implication affective organisationnelle et sa capacité à s'investir pleinement dans son travail. En résumé, sa faible estime de soi, son accent sur les valeurs humaines et sa conscience professionnelle influencent son implication affective, tandis que sa motivation et sa satisfaction professionnelle sont liées à son implication normative et de continuité. Le stress qu'elle ressent en raison de problèmes passés et actuels dans l'organisation peut affecter négativement son implication globale.

En examinant les aspirations professionnelles de l'IDE_01, il est possible de mieux comprendre comment ses objectifs de carrière et ses attentes en matière de développement

professionnel influencent son implication organisationnelle. IDE_01 exprime son désir de se reconverter professionnellement : « *je pense à me reconverter et je ne sais pas en quoi* ». Cette incertitude concernant sa carrière future peut affecter son implication affective envers son organisation actuelle, car elle peut ne pas se sentir pleinement connectée à son rôle actuel et à l'organisation. En ce qui concerne les attentes en matière de développement professionnel, IDE_01 aspire à assumer son rôle d'encadrement et exprime le besoin d'une formation pour y parvenir: « *On apprend qu'on est le chef hiérarchique. Mais après on ne sait pas en ce qui concerne la manière de faire. Après je sais que ça dépend des tempéraments, je pense que moi j'en aurai besoin. Après y'a des gens pour qui c'est naturel, c'est inné et qu'elles ont le caractère.* » (IDE_01). Ces propos montrent que l'IDE_01 reconnaît la nécessité d'un soutien et d'une formation pour réussir dans son rôle de leadership. L'organisation doit être en mesure de répondre à ces attentes en fournissant des opportunités de développement professionnel pour renforcer l'implication normative de l'IDE_01.

En analysant les relations au travail de l'IDE_01, on peut identifier comment ces relations influencent son implication envers l'organisation. Les citations suivantes offrent un aperçu des différentes relations professionnelles que l'IDE_01 entretient avec ses collègues et supérieurs. IDE_01 aborde ses relations avec l'équipe soignante: « *Ce que je dis souvent à la directrice moi je ne viens pas de travailler ici pour 2h. Moi le week-end je laisse ma famille toute seule, je viens au boulot. Je passe mon week-end, avec elle. Alors forcément on n'est pas là pour se faire des amis, forcément à un moment j'ai envie de parler de ma vie privée, ou de parler d'autre chose que du boulot parce que j'ai 1h30 de pause.* » Cette citation montre que l'IDE_01 recherche un équilibre entre sa vie professionnelle et personnelle, et qu'elle souhaite nouer des relations amicales avec ses collègues. Toutefois, les difficultés rencontrées avec l'équipe soignante affectent son implication affective: « *C'est plus l'équipe, parce que j'aime ce que je fais globalement mais si j'avais une autre équipe honnêtement je pense que ça serait différent.* », « *moi je suis une balance* » (IDE_01). Concernant sa relation avec les supérieurs, IDE_01 exprime un sentiment de soutien et d'accessibilité : « *La semaine ça va quand il y a l'IDEC, le cuisiner et la directrice qui vient des fois jeter un coup d'œil pour voir si ça va. Moi le week-end quand j'ai mes 2 enfants qui pleurent, je me force à coup de pied au *** pour venir.* », « *Honnêtement la directrice est quand même abordable.* » (IDE_01), « *On a ici une directrice ouverte moi quand je viens ici je n'ai pas la boule au ventre d'aller dans son bureau. Quand il faut mettre une charge, elle en met et c'est normal. Elle est quand même accessible abordable. Je trouve ça très agréable* » (IDE_01). Cette relation positive avec la directrice peut contribuer à renforcer l'implication normative et continue de l'IDE_01 envers l'organisation. En intégrant ces citations, il est clair que les relations au travail de l'IDE_01 jouent un rôle crucial dans la compréhension de son implication organisationnelle.

Pour résumer, l'IDE_01 a une expérience professionnelle principalement dans les EHPAD et est diplômée infirmière depuis 8 ans, témoignant de son implication envers sa profession. Ses relations au travail jouent un rôle crucial dans son implication organisationnelle. L'IDE_01 a une faible estime de soi, valorise les valeurs humaines et a une forte conscience professionnelle, ce qui influence son implication affective. Sa motivation et sa satisfaction professionnelle sont liées à son implication normative et de continuité, mais le stress qu'elle ressent en raison de problèmes passés et actuels dans l'organisation peut affecter négativement son implication globale. Les relations au travail de l'IDE_01 avec ses collègues et supérieurs influencent également son implication. Bien qu'elle recherche un équilibre entre sa vie professionnelle et personnelle et souhaite nouer des relations amicales avec ses

collègues, les difficultés rencontrées avec l'équipe soignante affectent son implication affective. Cependant, sa relation positive avec la directrice peut contribuer à renforcer son implication normative et continu envers l'organisation. Dans l'ensemble, il est crucial de prendre en compte ces différents aspects pour comprendre et analyser les profils d'implication de l'IDE_01.

Annexe 7.2. Profil d'implication des personnels de santé (EHPAD 2)

AES_01 :

Pour ce qui est des variables personnelles, AES_01, 56 ans, incarne un exemple d'employée qui s'implique dans son travail en partie pour faire face à des besoins financiers liés à sa situation personnelle : « *Je le fais par besoin mais j'aime ça aussi parce que je suis en plein divorce donc ça va me coûter très cher, l'avocat, prendre un petit appartement ça va me coûter de l'argent.* » (AES_01). Elle mentionne également qu'elle a deux enfants à charge : « *Bah oui, j'ai mes deux garçons à charge, le petit fait des études supérieures et puis le grand, je l'aide.* ». Outre les besoins financiers, la situation familiale, en particulier le processus de divorce, peut jouer un rôle dans l'implication de l'employé au travail. AES_01 E déclare : « *Moi honnêtement j'étais en pleine séparation, mais je ne le faisais pas ressentir ici, là c'est le boulot.* » (AES_01). De plus, elle explique que le travail a été un refuge pour elle pendant cette période difficile : « *Vous pouvez demander aux collègues j'ai 300h par mois pendant 3 mois, j'ai travaillé tout le temps. Le travail a été un refuge pour le divorce, ça m'a fait du bien.* ». Dans le cas de l'AES_01, le travail est à la fois une source de revenus nécessaires pour subvenir à ses besoins et un refuge émotionnel qui l'aide à surmonter les défis de sa vie personnelle. Pour comprendre pleinement les profils d'implication des employés, il est essentiel de prendre en compte ces facteurs.

En ce qui concerne l'éducation et la formation professionnelle, AES_01 souligne leur importance dans son parcours : « *Pour mon diplôme AES, j'avais eu 15,50 de moyenne générale, je fais des fautes quand je fais mes retranscriptions, il faut que je me relise.* ». Bien qu'elle ait obtenu une bonne moyenne générale dans sa formation, elle reconnaît qu'elle aurait aimé poursuivre une autre voie professionnelle, en particulier le droit : « *Mais passer au moins un diplôme, c'est vrai qu'au fond de moi, je vais être honnête avec vous, j'aurai aimé faire du droit, ça me plaît vraiment mais je n'ai pas mon BAC dommage. C'est vrai que ça m'aurait plu, ça me plaît c'est une passion.* ». Selon le concept de Meyer et Allen, le niveau d'éducation et les aspirations professionnelles peuvent influencer l'implication des employés dans leur travail. Dans le cas de AES_01, il est possible de conclure que, bien qu'elle soit impliquée dans son travail actuel, elle éprouve un certain regret de ne pas avoir pu poursuivre la carrière de son choix en raison de son niveau d'éducation. Cette situation pourrait potentiellement affecter son implication affective envers son travail actuel.

A propos des expériences professionnelles de l'AES_01, celle-ci a acquis une expérience diversifiée au sein de l'organisation : « *Et puis j'ai atterri ici parce que je venais de Province et puis je me suis présentée ici, je suis restée 3 ans à l'accueil quelquefois quand ils ont eu besoin j'ai aidé, j'aime bien. Je suis une pipelette, je suis d'origine Italienne.* » Elle travaille avec la directrice depuis 2016 et a été embauchée en tant qu'AES en 2019 : « *Ça fait 1 an et 2 ans*

en décembre que je suis ici en tant qu'AES. » (AES_01). Ses expériences professionnelles antérieures ont également influencé son implication actuelle. Elle a travaillé dans différents établissements Korian et a été témoin de climats sociaux variés : « Moi je suis allée dans une structure, ils ont une personne stable depuis 20 ans, ils n'ont pas besoin de remplaçant, c'est très rare et c'était parce qu'il y avait des Covid, ils n'ont pas besoin. Déjà quand vous avez du personnel pérenne, ça veut dire qu'il y a un bon climat social. Il y en a d'autres, c'est une catastrophe. ». Avant de rejoindre l'organisation, AES_01 avait déjà travaillé dans le secteur en 1993, mais avait arrêté en raison de ses préoccupations concernant la maltraitance : « J'ai fait une reconversion professionnelle parce que j'étais à l'accueil d'un établissement. Mais j'avais déjà fait ce métier en 1993 mais je l'avais arrêté parce que ça ne me convenait pas dans le sens que l'accompagnement ne me plaisait pas, je trouvais qu'il y avait un peu de maltraitance donc j'ai arrêté ce métier et puis après j'ai fait de l'administratif. » En conclusion, l'étude des profils d'implication selon Meyer et Allen souligne l'importance des expériences passées et actuelles des employés pour comprendre leur implication dans une organisation. Le cas d'AES_01 montre que les expériences diversifiées, la collaboration avec la direction et les climats sociaux variés vécus influencent son implication

Pour ce qui est des caractéristiques psychologiques de l'AES_01 et notamment sa personnalité, celle-ci peut influencer son implication envers son travail. AES_01 semble être une personne dévouée et responsable : « Complètement, des 7 enfants, je suis la seule, je m'occupe de tout encore. Il y a une prof qui disait dans une famille il y en a toujours un qui est comme ça et c'est moi. ». Elle est également franche et directe dans ses interactions avec les autres : « Et puis, moi j'ai un caractère franc, parfois je ne mâche pas mes mots. Ça veut dire à côté de ça, je suis quelqu'un sur qui on peut compter et qui est très discrète, c'est normal quand on est à l'accueil, on sait des choses. » (AES_01). Son implication envers le bien-être des résidents est également très claire : « Moi je sais que si je vois une collègue qui fait n'importe quoi, je ne fais pas de cadeau. Moi c'est ce que j'ai dit à la directrice tant qu'elles sont leur pipi, caca popo ça me va, le jour où ça ne va pas avec un résident, je ne les connais plus. » (AES_01). Elle est prête à défendre les résidents et à aider ses collègues lorsqu'ils sont fatigués ou dépassés : « Je ne leur ferai pas de cadeau. Elles le savent, elles en rigolent et disent que j'aurais dû être avocat. On ne touche pas au résident c'est tout. Ou si je vois une de mes collègues fatiguées et qui tient des propos, ça peut arriver, je lui dis va faire un tour je m'en occupe, tu reviendras après. Tu as dit un mot qui me dérange, va faire un tour, c'est une personne très gentille, il y a des moments où on dit des trucs. » (AES_01). Il est possible de conclure que les traits de personnalité d'AES_01, tels que son dévouement, sa franchise et son implication envers les résidents, contribuent à son implication au travail. Nous allons voir les motivations d'AES_01 et de son rapport au travail. Selon AES_01, travailler dans ce domaine est une vocation et un choix délibéré plutôt qu'une simple nécessité financière : « De toute façon, c'est une vocation, sinon il ne faut pas le faire. [...] Non c'est un choix, ce n'est pas dire c'est alimentaire sinon il y a autre chose. » (AES_01). Cette perspective montre que la motivation d'AES_01 est intrinsèque et liée à un sens profond de la mission et de l'accomplissement personnel. Elle défend également l'idée que travailler dans ce domaine requiert un certain niveau de compétence et d'implication psychologique : « De toutes façons, les gens sont filtrés, on est suivi par des psychologues, non ce n'est pas tout le monde qui peut faire ce métier. » En ce qui concerne son rapport au travail, AES_01 révèle un tempérament de battant et une volonté de ne pas dépendre des autres : « c'est marche ou crève donc le problème il est réglé moi j'ai un tempérament de battant. Je ne veux être dépend

de personne et dans la vie on m'a appris, c'est mieux d'avoir son petit chez soi que d'être dépendant chez les autres. » (AES_01). Cette indépendance et fierté sont des sources supplémentaires de motivation pour AES_01, qui valorise son autonomie et son accomplissement professionnel. Nous allons maintenant évoquer les éléments qui contribuent à la satisfaction professionnelle d'AES_01 ainsi que des facteurs qui l'affectent. D'après les déclarations d'AES_01, l'évolution et l'apprentissage semblent être des sources importantes de satisfaction professionnelle : *« Moi, je pense que c'est comme ça qu'on évolue et on apprend plein de choses. On a fait des petites formations, on apprend plein de choses. »* (AES_01). La formation en particulier a été bénéfique pour AES_01, car elle lui a permis de mieux se comprendre : *« C'est pour ça que la formation m'a fait du bien pour moi, parce que ça m'a permis de m'analyser. »* (AES_01). En outre, le travail sur soi est mentionné comme un aspect positif du travail d'AES_01 : *« Les avantages, bonne question, bah déjà le travail sur soi, le travail sur soi c'est important, je trouve que ça m'a rapporté beaucoup. »* (AES_01). Cela suggère que le développement personnel est une source de satisfaction pour AES_01. Cependant, la reconnaissance est un domaine dans lequel AES_01 ressent un manque : *« On donne tout, ce ne sont pas des pions, ce ne sont pas des numéros puis finalement on a aucune reconnaissance »* (AES_01). Cette absence de reconnaissance peut affecter négativement la satisfaction professionnelle d'AES_01 et de ses collègues : *« On attend aussi et je l'entends de la part de mes collègues, c'est d'avoir aussi une reconnaissance de son travail, ça c'est important un mot gentil que ça soit pour moi ou mes collègues, un mot gentil, ça fait plaisir. On n'a pas l'impression d'être des potiches »* (AES_01). On peut conclure que la satisfaction professionnelle d'AES_01 est influencée par des facteurs tels que l'évolution personnelle, l'apprentissage et la reconnaissance. Nous allons discuter de la manière dont l'AES_01 gère les émotions intenses, tel que le stress, liées à la perte de résidents. AES_01 explique l'impact émotionnel de la perte d'un résident en disant : *« L'émotion, c'est ce que je dis à des personnes âgées qui passent, puis il y en a d'autres on ne peut pas, c'est comme ça. Il y a une personne qui est décédée ça n'a ne fait pas longtemps j'ai été très touchée. Ça ne s'explique pas, c'était comme ça, ça m'a fait beaucoup de peine. »* (AES_01). Cette citation montre que certaines pertes sont particulièrement difficiles à gérer, malgré l'expérience et la formation d'AES_01. Toutefois, AES_01 souligne l'importance de prendre du recul et de se connaître pour faire face à ces situations stressantes : *« Maintenant comme je le dis on arrive à un âge, on prend du recul sur des choses et puis on se connaît bien, il le faut parce que la roue tourne. Si à un moment on n'est pas blindé. »* (AES_01). Cette affirmation suggère que l'expérience et la maturité d'AES_01 lui permettent de gérer les émotions liées au stress et de continuer à remplir ses fonctions professionnelles avec succès.

En conclusion, l'analyse des caractéristiques psychologiques d'AES_01 révèle plusieurs éléments clés contribuant à son implication professionnelle. Les traits de personnalité d'AES_01, tels que son dévouement, sa franchise et son implication envers les résidents, sont étroitement liés à son niveau d'implication au travail. De plus, la motivation d'AES_01 est intrinsèque et découle d'un profond sens de la mission et de l'accomplissement personnel. La satisfaction professionnelle d'AES_01 est influencée par des facteurs tels que l'évolution personnelle, l'apprentissage et la reconnaissance. La gestion des émotions liées au stress, notamment dans des situations difficiles telles que la perte de résidents, constitue également un élément important de l'implication d'AES_01 dans son travail.

Nous allons voir les aspirations professionnelles de l'AES_01. L'analyse des profils d'implication d'AES_01 selon le concept de Meyer et Allen, en se concentrant sur les aspirations professionnelles, permet de mieux comprendre les objectifs de carrière et les attentes en matière de développement professionnel de cette personne. Les citations fournies mettent en évidence les ambitions et la motivation d'AES_01 pour continuer à se développer dans son domaine. AES_01 exprime son désir d'acquérir de nouvelles compétences et de poursuivre sa formation malgré son âge avancé : « *Moi je lui avais posé la question quand même parce que pour mon diplôme d'aide-soignante je n'ai plus que 3 modules à passer. Elle m'avait dit l'année prochaine, pourquoi pas mais je lui redemanderai.* » (AES_01). Elle démontre également sa passion pour son travail et son intention de continuer à travailler même après l'âge de la retraite : « *Je crois que je ne prendrai jamais ma retraite, je crois qu'ils vont être obligé de me mettre dehors. Je me vois mal de ne pas travailler.* » (AES_01). En outre, AES_01 souligne l'importance de la dimension psychologique de son métier et son intérêt pour l'accompagnement des familles : « *Pour moi c'est un métier où il y a une partie psychologique, c'est intéressant, il y a quelquefois où j'ai envie de creuser, je regarde sur internet des choses et l'accompagnement des familles.* » (AES_01). Enfin, AES_01 reconnaît que son métier offre de nombreuses opportunités pour les personnes souhaitant s'investir pleinement : « *C'est un métier intéressant, celui qui veut vraiment s'investir complètement, il continue, moi maintenant je ne suis plus toute jeune. Mais un jeune qui voudrait continuer, moi je pense qu'il peut avoir une belle spécialité et faire plein de choses.* » (AES_01). Cette citation suggère que, malgré les défis et les contraintes liés au métier, AES_01 voit un potentiel pour les personnes passionnées et qui ont envies de réussir dans leur domaine. En conclusion, les aspirations professionnelles ont une influence significative sur l'implication des employés. Les citations mettent en évidence le désir de développement, la passion pour le travail, l'importance accordée à la dimension psychologique et les opportunités offertes par le métier. Cette étude souligne l'importance de prendre en compte les aspirations professionnelles afin de favoriser l'implication et l'épanouissement des employés au sein des organisations.

Pour ce qui est des relations au travail, la loyauté d'AES_01 envers la directrice est un aspect clé de son implication au travail. Elle déclare : « *La directrice a confiance en moi donc ça c'est important.* » (AES_01) et « *On a essayé de me débaucher d'ici et j'ai dit non, j'ai dit je resterai jusqu'à ce qu'elle parte, je n'ai qu'une parole.* » (AES_01). Ces citations montrent que la confiance et la loyauté envers la directrice jouent un rôle essentiel dans la motivation d'AES_01 à rester dans l'établissement. En ce qui concerne les relations avec ses collègues, AES_01 souligne l'importance de la confiance : « *La confiance aujourd'hui, je le dis souvent à mes collègues, la confiance c'est très, très important. Quand vous avez quelqu'un en face de vous qui vous dit quelque chose, vous savez que c'est vrai.* » (AES_01). Elle ajoute que l'équipe et la directrice sont les principales raisons pour lesquelles elle a choisi de travailler dans cet établissement : « *L'équipe ici me plaît parce que pendant un moment j'étais à *** ça fait loin. Et là j'ai trouvé un appartement à ***, j'ai pris en fonction d'ici, c'est à côté. Donc c'est surtout l'équipe et la directrice.* » (AES_01). Enfin, AES_01 exprime son appréciation pour l'IDEC, indiquant une relation positive avec cette personne : « *Complètement, je l'ai toujours dit, c'est vraiment une super IDEC.* » (AES_01). En somme, les relations au travail, en particulier avec la directrice et les collègues, jouent un rôle crucial dans l'implication d'AES_01. La confiance, la loyauté et l'appréciation mutuelle contribuent à renforcer son implication envers son travail et son établissement. Une autre relation importante pour l'AES_01 est sa relation avec les familles. AES_01 reconnaît la souffrance des familles et leur besoin de

soutien : « *Les familles ça dépend lesquelles, mais bon elles sont en souffrance, est-ce qu'on peut leur en vouloir, elles sont tellement en souffrance.* » (AES_01). Cette citation montre la compréhension et l'empathie d'AES_01 envers les familles, qui peuvent être confrontées à des situations difficiles et émotionnelles. En outre, AES_01 exprime un sentiment de manque de reconnaissance de la part des familles : « *On donne tout, ce ne sont pas des pions, ce ne sont pas des numéros puis finalement on a aucune reconnaissance.* » (AES_01). Cette citation souligne le désir d'AES_01 d'être reconnue pour les efforts déployés dans son travail auprès des résidents et leurs familles. En somme, les relations avec les familles des résidents représentent un aspect important de l'implication d'AES_01 dans son travail. Les interactions avec les familles peuvent être difficiles en raison de leur souffrance, mais elles offrent également l'opportunité pour AES_01 de faire preuve d'empathie et de soutien. Toutefois, il est important de noter que la reconnaissance de la part des familles semble être un facteur qui influence l'implication d'AES_01 dans son travail.

En conclusion, la loyauté envers la directrice, les relations de confiance avec les collègues et l'appréciation de l'IDEC contribuent significativement à son implication vis-à-vis de son établissement. De plus, la relation d'AES_01 avec les familles des résidents est également un aspect crucial de son implication professionnelle. Sa compréhension et son empathie envers les familles en situation de souffrance démontrent son investissement dans son rôle. Cependant, le manque de reconnaissance de la part des familles semble être un facteur qui influence l'implication d'AES_01 dans son travail.

AMP 01 :

En ce qui concerne les variables personnelles, nous nous intéressons au cas d'une femme de 35 ans, mère d'une fille qui aspire à devenir infirmière. AMP_01 a débuté sa carrière en EHPAD en 2003 et a obtenu son diplôme d'Aide Médico-Psychologique (AMP) en 2007. Comme elle le mentionne : « *Je suis une aide médico-psychologique depuis 2007. Mais j'ai commencé à exercer en EHPAD depuis 2003. J'ai eu mon diplôme en 2007.* » Elle évoque également la nature délibérée de son choix de carrière lorsqu'elle parle de sa formation : « *Ça a été un choix quand je faisais ma formation AMP.* » L'expérience professionnelle d'AMP_01 met en lumière l'évolution de son implication et de sa perception dans le secteur des soins aux personnes âgées. Après avoir travaillé dans différents domaines, AMP_01 a découvert sa vocation auprès des personnes âgées, malgré les défis et les tensions rencontrés au sein des EHPAD. Son parcours a été marqué par des changements de contexte et d'approche qui ont influencé son implication professionnelle. Par exemple, lorsqu'elle a rejoint l'EHPAD 2, AMP_01 a découvert une nouvelle approche de son métier, plus axée sur la communication et la proximité avec les résidents : « *C'est ici que j'ai appris plein de choses que non. Ce n'était pas normal* ». (AMP_01). Elle a dû s'adapter à ce changement de pratique et a suivi une formation en Humanitude pour mieux comprendre cette nouvelle approche : « *J'ai eu la chance de faire cette formation HUMANITUDE.* » (AMP_01). Ainsi, l'expérience d'AMP_01 montre comment un changement de contexte et d'approche peut influencer l'implication des employés dans le secteur des soins aux personnes âgées. L'histoire d'AMP_01 souligne également l'importance du soutien et de l'accompagnement pour les professionnels dans le secteur des soins aux personnes âgées. Face aux difficultés et aux défis rencontrés, AMP_01 a pu compter sur l'aide de ses collègues et de sa hiérarchie pour traverser ces moments difficiles. Elle exprime la valeur du soutien qu'elle a reçu : « *Mes collègues m'ont soutenue, on a formé un*

groupe soudé, et ça m'a beaucoup aidé. » (AMP_01). Malgré les obstacles, AMP_01 reste déterminée à travailler auprès des personnes âgées et considère ce choix comme une véritable vocation : « Je me sens vraiment à ma place auprès des personnes âgées. J'ai appris beaucoup de choses en travaillant avec elles et je suis convaincue que c'est là que je dois être. » (AMP_01). En résumé, le parcours professionnel d'AMP_01 dans le secteur des soins aux personnes âgées mettent en évidence l'importance de l'évolution de l'implication, de l'adaptation, de la formation continue et du soutien au sein des EHPAD. Les défis et les tensions rencontrés dans ce secteur exigent une forte implication, une capacité d'adaptation et un engagement indéfectible pour fournir les meilleurs soins possibles aux personnes âgées.

Pour ce qui est des caractéristiques psychologiques, le cas d'AMP_01 souligne l'importance des aspects psychologiques et des motivations pour comprendre les profils d'implication professionnelle. Initialement attirée par le travail auprès des personnes âgées et handicapées, AMP_01 a découvert l'importance de l'écoute, du respect, de la considération et de la valorisation pour son implication professionnelle en travaillant en EHPAD : « Ce n'est pas une question de salaire... C'est un lieu où je me sens bien. Écoutée, respectée, si je ne l'ai plus, je prends mon sac et je pars, c'est important la considération, le respect. L'écoute, je ne veux pas qu'on aille dans mon sens, mais juste l'écoute. Je n'ai pas toujours raison, je n'ai pas le monopole de la vérité. Le vocabulaire c'est important. » (AMP_01). Au fil du temps, les ambitions professionnelles et les objectifs de carrière d'AMP_01 ont évolué. Elle envisage désormais de devenir infirmière en EHPAD, soulignant son attachement au milieu des personnes âgées : « Parfois, je me dis que si je tente de passer mon diplôme et que j'échoue, au moins j'aurais essayé. Mais si je le fais, ce sera en EHPAD et nulle part ailleurs. Je ne veux pas quitter ce milieu des personnes âgées. Je me dis que si je dois finir ma carrière, pourquoi ne pas être infirmière en EHPAD, mais pas ailleurs. » (AMP_01). La satisfaction professionnelle d'AMP_01 est étroitement liée à la qualité des relations interpersonnelles, à l'attachement à l'institution et à l'image professionnelle : « On a l'impression d'être dans une maison entre guillemets, un peu comme en famille. Il n'y a pas cette barrière que j'avais en libéral. » (AMP_01). Son attachement à son lieu de travail est également marqué : « Il est possible que j'aime cet établissement. Oui, il y a un aspect affectif, EHPAD 2 est important. » (AMP_01). Elle se sent valorisée et reconnue malgré les défis associés au travail en EHPAD : « Les gens me disent que travailler en EHPAD demande du courage. Mon médecin traitant me demande comment je fais pour travailler en EHPAD. Je ne vois pas pourquoi je changerais de métier, parfois je suis fatiguée, mais je me sens bien avec les personnes âgées. » (AMP_01). En résumé, le parcours d'AMP_01 met en lumière l'importance des facteurs psychologiques et des motivations pour comprendre les profils d'implication professionnelle. Son expérience démontre que l'implication des employés dans le secteur des soins aux personnes âgées peut être renforcé en accordant une attention particulière à l'écoute, au respect, à la considération et à la valorisation des employés.

Nous allons nous pencher sur les aspirations professionnelles d'AMP_01 afin de mettre en lumière l'évolution de ses ambitions et objectifs de carrière. Au départ, AMP_01 ne souhaitait pas travailler auprès des personnes âgées, préférant les FAM (foyers d'accueil médicalisé) et les Maisons d'accueil spécialisées : « Dès l'obtention de mon diplôme, je me suis dit que j'irais dans les FAM et les Maisons d'accueil spécialisées, et non auprès des personnes âgées, ce n'est pas pour moi. » (AMP_01). Cependant, avec le temps, AMP_01 a modifié ses objectifs

de carrière et envisage désormais de devenir infirmière, exclusivement en EHPAD : « *J'en ai parlé, c'était effectivement un souhait, et maintenant j'attends. Être infirmière en EHPAD, pas à l'hôpital, ce n'est pas pour moi. C'est impersonnel, c'est rigide, ce n'est pas pour moi.* » (AMP_01). Elle exprime également ses attentes en matière d'évolution professionnelle et de développement, tout en restant attachée au contexte des personnes âgées : « *Parfois, je me dis que si je tente de passer mon diplôme et que j'échoue, au moins j'aurais essayé. Mais si je le fais, ce sera en EHPAD et nulle part ailleurs. Je ne veux pas quitter ce milieu des personnes âgées. Je me dis que si je dois finir ma carrière, pourquoi ne pas être infirmière en EHPAD, mais pas ailleurs.* » (AMP_01). Les témoignages d'AMP_01 illustrent comment les changements de contexte et d'approche peuvent influencer l'implication des employés, faisant évoluer leurs aspirations et leurs attentes professionnelles.

Pour finir nous allons analyser les relations au travail d'AMP_01 et ainsi mettre en lumière l'importance des relations avec les supérieurs, les collègues et les familles dans le travail au sein d'un EHPAD. Pour AMP_01, la reconnaissance, la confiance et le respect sont cruciaux pour soutenir l'implication des employés. Les expériences passées montrent comment les relations avec les familles peuvent influencer l'implication professionnelle : « *Je me rappelle à l'époque quand j'étais dans l'autre maison, quand les familles arrivées, ont appelé l'infirmière, on nous disait vous taisez-vous c'est l'infirmière qui parle. Ici, on ne nous dit pas taisez-vous et qu'il faut appeler l'infirmière.* » (AMP_01) La confiance et le respect mutuels avec la directrice jouent également un rôle clé dans la loyauté d'AMP_01 envers l'établissement : « *Je dirai que c'est la confiance et le respect. Comme j'ai dit elle a fait une chose quand elle s'adresse à vous, elle a une façon de parler de communiquer toujours dans le respect tout en vous remettant sur les rails mais toujours dans le respect, parce qu'elle écoute.* » (AMP_01) Les témoignages d'AMP_01 mettent en lumière l'importance des relations entre collègues pour renforcer l'implication des employés : « *Même si un jour je ne suis plus là, je veux rester parce que quand même j'ai eu de la chance de tomber sur des infirmières qui sont là depuis longtemps qui m'ont appris plein de choses. Quand on arrive, j'ai tant d'années d'expérience, on se sent expérimenté, je sais je connais, je sais tout. Quand on arrive on se dit, j'étais à côté de la plaque. J'ai réappris tout, même les soins. Là-bas où j'étais : aucune info. Ici les infirmières me demandent « est-ce que vous savez pourquoi c'est comme ça ? Pourquoi je mets tel produit ? » Non, l'infirmière t'explique » (AMP_01). Les relations avec les familles des résidents en EHPAD sont également déterminantes pour l'implication des employés. La communication ouverte, la confiance et l'écoute sont essentielles pour renforcer l'implication professionnelle : « *Il faut arrêter de mentir aux familles. Il faut dire la vérité. Et j'ai remarqué ça, à partir du moment où c'est clair et net avec la famille après il n'y a plus de problème. C'est la confiance.* » (AMP_01) Les attentes des familles sont généralement réalistes lorsqu'elles sont écoutées : « *Quand on les écoute bien, ils ne demandent pas la lune.* » (AMP_01).*

En résumé, l'implication d'AMP_01 dans l'EHPAD 02 est fortement influencée par la qualité des relations avec les supérieurs, les collègues et les familles. Les citations d'AMP_01 mettent en évidence l'importance de la confiance, du respect et de la communication ouverte pour renforcer son implication professionnelle. Les témoignages d'AMP_01 soulignent l'importance d'une approche globale et bienveillante pour assurer une implication durable et une satisfaction des employés.

En conclusion, l'implication professionnelle d'AMP_01 au sein de l'EHPAD dépend en grande partie de la qualité des relations avec les supérieurs, les collègues et les familles. La confiance, le respect et la communication ouverte avec la directrice, les collègues expérimentés et les familles contribuent à renforcer son implication. Les témoignages d'AMP_01 mettent en évidence l'importance d'adopter une approche globale et bienveillante pour assurer une implication durable et une satisfaction des employés dans le contexte des EHPAD. Les citations d'AMP_01 soulignent que les échanges avec des collègues plus expérimentés peuvent encourager l'apprentissage et le développement professionnel, ce qui renforce en retour l'implication des employés au travail.

IDE_05 :

En ce qui concerne les variables personnelles, IDE_05, une femme de 26 ans, a obtenu son diplôme en 2019. Étant donné que sa formation est relativement récente, elle pourrait se sentir plus impliquée envers l'organisation qui lui a offert une opportunité de carrière après ses études. Son jeune âge pourrait également signifier qu'elle est en train de construire sa carrière, ce qui peut renforcer son attachement émotionnel à l'organisation (implication affective). En ce qui concerne sa formation professionnelle, IDE_05 a mentionné qu'elle avait échoué au concours de la Croix-Rouge, mais qu'elle avait ensuite intégré l'École normale. Cette expérience montre sa capacité à surmonter les obstacles et à rebondir. Cela peut être un signe de résilience, qui peut renforcer son implication affective envers l'organisation qui lui a offert une chance de réussir. De plus, IDE_05 peut se sentir redevable envers l'organisation qui l'a soutenue après l'échec du concours, ce qui pourrait augmenter son implication normative. Les expériences d'IDE_05, en particulier son parcours éducatif récent et sa capacité à surmonter les obstacles, suggèrent un attachement émotionnel plus fort à l'organisation (implication affective) et un sentiment de responsabilité morale envers celle-ci (implication normative).

Pour ce qui est des expériences professionnelles de l'IDE_05, celle-ci mentionne « *Je suis infirmière, depuis 2 ans et j'ai signé ici depuis 2 ans.* » Cette simultanéité suggère que son implication affective envers l'organisation pourrait être forte, car elle a pu construire son attachement émotionnel dès le début de sa carrière. De plus, travailler dans le même EHPAD depuis le début de sa carrière peut renforcer son implication normative, car elle peut se sentir redevable envers l'organisation qui lui a offert sa première opportunité professionnelle en tant qu'infirmière diplômée. En ce qui concerne ses expériences professionnelles antérieures et ses stages, IDE_05 a déclaré : « *C'est vraiment durant mes deux stages en EHPAD. J'ai fait en première année le premier stage et mon deuxième stage en 3ème années et ça m'a conforté sur mon choix* », « *J'ai été dans un autre EHPAD avant de venir ici, en vacation et j'ai fait des vacation Aide-soignante avant d'être diplômée.* » Ces expériences ont probablement contribué à renforcer son implication affective envers l'organisation actuelle, car elles lui ont permis de confirmer son choix de carrière et de développer des compétences spécifiques liées au secteur des EHPAD. En outre, IDE_05 a mentionné ses expériences de stage en déclarant : « *J'ai fait deux fois EHPAD, j'ai fait psy, j'ai SSR oncologie et soins palliatif, j'ai fait 2 fois urgence, j'ai fait chirurgie orthopédique, j'ai fait un peu de tout.* » Cette diversité d'expériences peut renforcer son implication affective, car elle peut se sentir plus confiante et compétente dans son rôle d'infirmière au sein de son organisation actuelle. De plus, cela peut également

renforcer son implication normative, car elle peut se sentir plus attachée à l'organisation qui lui permet de mettre en pratique et d'appliquer ces compétences diverses acquises lors de ses stages. Les expériences d'IDE_05, en particulier le fait de travailler dans le même EHPAD depuis le début de sa carrière, ses expériences antérieures en tant qu'aide-soignante et ses stages diversifiés, contribuent probablement à renforcer son implication affective et normative envers son organisation actuelle.

L'analyse des caractéristiques psychologiques d'IDE_05, notamment sa personnalité, son lien avec la profession, sa motivation et sa satisfaction professionnelle, offrent un aperçu de son profil d'implication. IDE_05 a déclaré : « *Franchement ici il n'y a pas de soucis même dans l'ancien établissement, non je n'ai rien à dire là-dessus. Pour une personne assez timide de base, ça a été très, très bien* ». Cette citation révèle que son adaptation à l'environnement professionnel a été positive, malgré sa timidité naturelle. Cela peut indiquer un niveau élevé d'implication affective, car elle se sent à l'aise et soutenue dans son environnement de travail. En ce qui concerne son lien avec la profession, IDE_05 a mentionné : « *Depuis que j'ai pu prendre soin des autres, même autour de moi je pense aux autres avant de penser à moi. Et quand j'ai vu la fiche de ce métier, c'est aider les personnes avant de m'aider moi de penser à moi, je me suis dit c'est ce métier qu'il faut que je fasse.* ». Cette citation montre que son choix de carrière est profondément enraciné dans son désir d'aider les autres, ce qui peut renforcer son implication affective et normative envers l'organisation qui lui permet de réaliser cet objectif. Nous allons voir ce qui motive IDE_05 à faire ce travail. L'intérêt d'IDE_05 pour la médecine est exprimé dans cette citation : « *Parce que j'aimais beaucoup tout ce qui était médecine, depuis que je suis toute petite j'aime bien regarder ce qui est un peu dans le soin. Et puis un jour je suis allée à l'hôpital pour voir une personne de ma famille et j'ai vu ce que les infirmiers faisaient et ça m'a plu parce que médecine ce n'était pas forcément pour moi. J'ai fait des recherches et ça me plaisait énormément donc j'ai décidé de faire ce métier-là, pour le social, le relationnel avec le patient et le côté médecine que j'aimais à côté.* » Cette citation montre l'attrait d'IDE_05 pour le domaine médical et l'implication qui en découle dans son métier. IDE_05 exprime également une préoccupation sincère pour le bien-être des résidents en EHPAD et refuse de les considérer simplement comme des personnes en fin de vie : « *Oui, de toute façon, ils sont là pour mourir et c'est tout ; non, c'est leur maison, ils ont encore des années à vivre, on a beaucoup de centenaires ici, ça veut dire que c'est possible.* » (IDE_05). Cette déclaration révèle l'implication affective d'IDE_05 dans son travail et sa volonté de promouvoir la qualité de vie des résidents. Enfin, IDE_05 insiste sur l'importance de considérer les résidents comme des personnes à part entière et de répondre à leurs besoins : « *Qu'on les considère comme des personnes et pas des personnes âgées. Et qu'il y ait tout pour eux on n'a pas forcément, parfois on ne met pas des choses en place parce que pour eux ce n'est pas nécessaire alors que si, ils ont besoin de tout que ce soit d'attention, de l'aide, des soins. Et parfois je ne suis pas médecin je ne peux pas dire mais c'est comme il y a certains médecins ont leur dit une personne n'est pas bien, ils nous répondent vous savez à leur âge. Donc ils ne mettent rien en place alors que si. Ça ne donne pas envie de vieillir quoi.* » (IDE_05). Cette citation montre la motivation d'IDE_05 à plaider pour une meilleure prise en compte des besoins des résidents, ce qui renforce son implication professionnelle. En ce qui concerne la satisfaction professionnelle, IDE_05 a évoqué les avantages du travail en EHPAD : « *Pour moi, parce que le relationnel avec les personnes âgées ce n'est pas la même chose qu'avec les autres, ils sont là, ils racontent leur histoire ce n'est pas la même chose. Et puis, je préfère avoir des résidents les suivre et les aider jusqu'au bout que de voir un patient*

pendant une heure ou deux et puis ne plus le voir et ne pas savoir ce qu'il lui est arrivé et si ça va mieux, c'est le suivi surtout. ». Cette satisfaction est un indicateur de l'implication affective d'IDE_05, car elle apprécie le lien étroit qu'elle établit avec les résidents. Par ailleurs, la proximité du lieu de travail est également un facteur clé de satisfaction pour IDE_05 : « *Oui et ça aide. J'avais au moins 15 à 20 minutes de plus le matin dans une autre maison de retraite. Et faire je ne sais pas combien d'heures de bouchon le matin, c'est fatiguant. On a une collègue qui est partie parce que justement ça lui faisait une heure de route le matin et une heure de route le soir en plus du travail et donc ce qui fait que sa vie de famille était un peu compliquée.* » Cette citation souligne l'importance de la localisation de l'EHPAD pour la satisfaction professionnelle et, par conséquent, pour l'implication des employés. Cependant, IDE_05 a également évoqué des défis, tels que les horaires, le manque de temps pour soi et sa famille, le stress et la fatigue : « *Inconvénient, le temps pour soit, les horaires. Même si on peut être en 7h, le roulement ne sera pas le pareil ce ne sera pas du lundi au vendredi comme tout le monde fait. Le temps pour soi pour sa famille, le stress, la fatigue et on n'est pas valorisé.* ». Ces difficultés pourraient limiter son implication affective et normative, car elles affectent son bien-être général. Par ailleurs, IDE_05 exprime des préoccupations concernant la manière dont les personnes âgées sont traitées et considérées par certains professionnels de la santé : « *Qu'on les considère comme des personnes et pas des personnes âgées. Et qu'il y ait tout pour eux on n'a pas forcément, parfois on ne met pas des choses en place parce que pour eux ce n'est pas nécessaire alors que si, ils ont besoin de tout, que ce soit d'attention, de l'aide, des soins. Et parfois je ne suis pas médecin je ne peux pas dire mais c'est comme il y a certains médecins ont leur dit une personne n'est pas bien, ils nous répondent vous savez à leur âge. Donc ils ne mettent rien en place alors que si. Ça ne donne pas envie de vieillir quoi.* » (IDE_05). Ces préoccupations pourraient affecter son implication normative, en suscitant un sentiment de frustration face à l'incapacité de l'organisation à répondre aux besoins des résidents de manière adéquate. Enfin, IDE_05 évoque les défis spécifiques liés à la vie en Île-de-France, tels que les problèmes de transport et le coût élevé de la vie : « *Les bouchons dès qu'on est en voiture et les transports, on ne peut pas rentrer dans ce train-là parce qu'il y a trop de monde, donc c'est horrible.* » et « *Parce que c'est sûr que si on vit ici, ce n'est pas la même chose que si on vivait dans le sud ou dans un petit village où tout est donné parce que ce n'est pas chère la vie là bah tout est cher.* » (IDE_05). Ces problèmes pourraient également influencer son implication affective et normative, en augmentant les contraintes et les frustrations liées à son environnement de travail. En somme, l'analyse des caractéristiques psychologiques d'IDE_05 met en évidence un profil d'implication complexe et nuancé, dans lequel les éléments positifs et négatifs se conjuguent pour influencer son implication envers l'organisation. Les citations montrent l'importance de tenir compte des expériences et des perspectives individuelles pour mieux comprendre les profils d'implication. .

L'analyse des aspirations professionnelles de l'IDE_05 met en lumière ses préférences de carrière, ses attentes en matière de développement professionnel et son souhait de continuer à travailler en EHPAD. Concernant ses objectifs de carrière, IDE_05 exprime clairement qu'elle ne souhaite pas devenir cadre : « *Oh non, non pas cadre ce n'est pas pour moi.* » / « *Je ne sais pas, ce n'est pas la même responsabilité. On est plus dans les soins, on gère une équipe. Je n'aime pas être trop en arrière.* » (IDE_05). Ces citations illustrent la préférence d'IDE_05 pour un rôle centré sur les soins directs aux résidents plutôt que sur la gestion d'équipe, ce qui reflète un niveau d'implication normative et affective élevé envers les résidents et les soins prodigués. En ce qui concerne ses aspirations professionnelles, IDE_05 envisage de rester

en EHPAD : « *Non peut être changer de service mais pas de suite, pour l'instant je suis bien en EHPAD, ça me plaît.* » Cette déclaration suggère une satisfaction forte envers son lieu de travail actuel, qui sont des indicateurs d'un niveau élevé d'implication organisationnelle. Quant à ses attentes en matière de développement professionnel, IDE_05 se montre préoccupée par la prise en charge des personnes âgées dans le secteur médical : « *Oui, on a des formations, on peut se former plus sur ce qui est vraiment important la cardio et il y a vraiment des trucs en plus, mais je trouve que je ne sais pas les personnes âgées on les oublie. Je trouve même à l'hôpital, on voit qu'on peut envoyer une personne âgée, on va voir et on va lui dire vous voulez qu'on fasse quoi, on le renvoie et puis voilà. Malheureusement cette personne peut peut-être vivre plus longtemps si on fait quelque chose. Je trouve que les personnes âgées sont laissées de côté, parce qu'elles sont âgées et qu'elles vont mourir, il faut les laisser.* » (IDE_05). Cette citation souligne la volonté d'IDE_05 de se former davantage pour améliorer la prise en charge des personnes âgées et son implication dans le bien-être de cette population. En conclusion, l'analyse des aspirations professionnelles d'IDE_05 révèle un niveau élevé d'implication normative et affective envers les résidents et les soins prodigués, ainsi qu'une satisfaction envers son lieu de travail actuel. Pour soutenir et renforcer ces niveaux d'implication, il est essentiel de reconnaître et de répondre aux aspirations professionnelles et aux attentes en matière de développement des employés comme IDE_05.

L'analyse des relations au travail d'IDE_05 met en lumière l'importance de la qualité des relations avec les supérieurs et les collègues pour favoriser une implication professionnelle soutenue. Concernant les relations avec les supérieurs, IDE_05 souligne l'importance du soutien de l'IDEC : « *Même dans l'autre EHPAD où j'étais, l'IDEC était toujours là, s'il y avait besoin d'aide vu qu'il est infirmier il aidait comme celle qu'on a en ce moment c'est pareil s'il y a besoin et que nous on ne sait pas faire, elle peut toujours nous aider mais il y en a dès qu'elles sont dans le rôle IDEC, elles oublient qu'elles ont été infirmière.* », « *franchement ça va, il n'y a pas de soucis avec l'IDEC qu'on a.* » (IDE_05). Ces citations montrent que le soutien et l'accessibilité des supérieurs sont des facteurs clés pour favoriser une implication normative et affective envers l'organisation. De plus, l'atmosphère et l'accueil lors de son intégration dans l'EHPAD ont joué un rôle crucial dans le sentiment de confort d'IDE_05 : « *J'ai cherché plusieurs EHPAD près de chez moi. Le cadre a joué quand je suis arrivée ici je me suis sentie un peu plus à l'aise, j'en ai eu une autre où j'étais moins à l'aise. La cadre m'a mise à l'aise tout de suite* », « *J'ai vu la collègue avec qui j'allais travailler et puis elles m'ont mise à l'aise directement. L'accueil des nouveaux peut tout changer* » (IDE_05). En ce qui concerne les relations avec les collègues, IDE_05 valorise l'honnêteté et la communication ouverte : « *Pour l'instant ça va, ce n'est pas que je copine. On s'entend bien mais quand il y a quelque chose à dire on le dit, s'il y a quelque de mal il faut le dire.* » (IDE_05). Cette approche favorise un climat de travail sain et un niveau élevé d'implication au sein de l'équipe.

En conclusion, les relations au travail d'IDE_05 reflètent une implication normative et affective envers l'organisation, renforcé par le soutien des supérieurs et la qualité des relations avec les collègues. Il est essentiel pour les organisations de soutenir et d'encourager des relations professionnelles positives.

IDE_06 :

En ce qui concerne les variables démographiques, IDE_06 déclare : « *j'ai 35 ans* », « *je suis une fille de militaire.* » L'âge d'IDE_06 indique qu'elle a probablement acquis une certaine expérience et maturité professionnelle, ce qui peut influencer son implication envers son travail. En outre, en tant que fille de militaire, IDE_06 a peut-être été exposée à des valeurs telles que la discipline, le travail d'équipe et le sens des responsabilités, qui peuvent renforcer son implication envers son rôle d'infirmière. Concernant la situation familiale, IDE_06 mentionne : « *je suis divorcée, j'ai 2 enfants des grands ados* ». La situation familiale d'IDE_06 montre qu'elle doit gérer à la fois les responsabilités professionnelles et les engagements personnels. Le fait d'être parent et d'avoir des adolescents peut l'amener à être plus impliquée dans son travail pour assurer la stabilité financière et émotionnelle de sa famille, tout en équilibrant les exigences de son emploi. En ce qui concerne l'éducation et la formation, IDE_06 précise : « *je suis infirmière depuis 2016.* ». Cette information indique qu'IDE_06 a plusieurs années d'expérience dans son domaine, ce qui peut renforcer son implication envers l'organisation et la profession. L'expérience professionnelle acquise au fil des années peut contribuer au développement de compétences et de connaissances, renforçant ainsi la confiance en soi et la satisfaction professionnelle, éléments essentiels à l'implication au travail. En conclusion, l'analyse des variables personnelles d'IDE_06 montre que des facteurs tels que l'âge, les antécédents familiaux, la situation familiale et l'expérience professionnelle peuvent influencer les profils d'implication de cette infirmière. Ces facteurs peuvent jouer un rôle important dans la manière dont IDE_06 s'implique dans son travail et contribue à son organisation et à sa profession.

Nous allons nous concentrer sur l'évolution de la carrière d'IDE_06, ses aspirations et sa formation professionnelle, qui ont influencé son implication envers la profession d'infirmière. IDE_06 a d'abord commencé par des études scientifiques et s'est intéressée aux langues, avec l'ambition de voyager. Cependant, après s'être retrouvée seule avec ses enfants, elle a décidé de se tourner vers le domaine des soins : « *Et après quand je me suis retrouvée seule avec mes enfants, je me suis dit vau mieux que je fasse ce que j'aime faire et c'était les soins, m'occuper de la personne.* ». Cette situation personnelle a été un facteur déterminant dans la décision d'IDE_06 de s'orienter vers les soins et de s'occuper des personnes. Le parcours d'IDE_06 en tant qu'aide-soignante a été un élément clé pour sa décision de devenir infirmière : « *J'ai commencé en tant qu'aide-soignante pour voir si c'était vraiment ce que je voulais. Donc j'ai commencé en tant qu'aide-soignante et au bout de 3 ans, mes chefs de service m'ont dit pourquoi vous ne voulez pas vous orienter vers une formation d'infirmière, vous avez les capacités, vous êtes toujours partante, je faisais beaucoup de formation à Canne avec les hôpitaux quand j'étais aide-soignante. Du coup, j'ai passé le concours, j'ai été admise parmi les premiers je me suis dit c'est bon je me lance.* ». Cette citation montre que les encouragements de ses supérieurs et la reconnaissance de ses compétences ont été cruciaux pour renforcer l'implication d'IDE_06 à poursuivre une carrière en tant qu'infirmière. Enfin, IDE_06 souligne l'importance de la proximité géographique de son école de formation : « *Moi, j'ai été formée dans le 92, pas loin de la maison, parce que je voulais intégrer la section de janvier, je ne voulais pas attendre le mois de septembre. J'avais une proposition de CDI en tant qu'aide-soignante ou intégrer l'école. Donc j'avais choisi cette école par rapport à ça.* ». Cette citation révèle que l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle a été un

facteur important dans la prise de décisions concernant la formation d'IDE_06. En conclusion, en se concentrant sur IDE_06, l'analyse des variables personnelles, notamment en ce qui concerne sa formation professionnelle, permet de mieux comprendre les facteurs qui ont influencé son implication envers la profession d'infirmière. Cette analyse met en lumière l'importance des expériences personnelles et professionnelles dans la construction du profil d'implication de l'IDE_06.

En se concentrant sur l'expérience professionnelle d'IDE_06, nous pouvons mieux comprendre les éléments clés de son implication. IDE_06 a rejoint l'établissement où elle travaille actuellement en juillet 2019 et a été embauchée en septembre 2019 : « *Dans cet établissement, j'y suis depuis juillet 2019, j'ai été embauchée en septembre 2019. Ça va faire 2 ans bientôt.* ». Son ancienneté dans l'organisation témoigne d'une certaine stabilité et d'une implication envers son poste et l'EHPAD en question. Avant de travailler dans cet EHPAD, IDE_06 a exploré différents services et structures, acquérant une expérience variée dans le secteur médical : « *Après l'appel médical, je suis partie dans tous les services, j'ai de SSR, de l'EHPAD, j'ai fait de l'urgence, de la médecine, de la nuit, du jour, des 7 h des 12h.* ». Cette expérience diversifiée lui a permis de déterminer ce qui lui convient le mieux et a renforcé son implication envers son poste actuel. Toutefois, IDE_06 a également rencontré des défis et des expériences négatives au cours de sa carrière, qui ont influencé sa décision de se concentrer sur un poste stable : « *Et après je me suis dit que j'arrivais à un certain âge, j'ai 35 ans. Je me suis dit, il faut me poser, j'arrête de papillonner partout, je vais laisser les jeunes courir.* ». Cette prise de conscience a joué un rôle clé dans la consolidation de son implication envers son travail dans un EHPAD. En résumé, l'analyse du profil d'implication d'IDE_06, en se concentrant sur son expérience professionnelle, montre que son implication envers son rôle d'infirmière au sein d'un EHPAD est principalement influencée par la recherche de stabilité et l'expérience acquise dans différents domaines. Ces éléments, sont cruciaux pour comprendre l'implication d'IDE_06 et peuvent être utiles pour les futurs efforts visant à améliorer l'implication des employés dans des contextes similaires.

L'analyse des caractéristiques psychologiques d'IDE_06 permet de mieux comprendre son profil d'implication. En examinant ses traits de personnalité, ses motivations et son niveau de satisfaction professionnelle, nous pouvons identifier les facteurs qui influencent son implication envers son rôle d'infirmière au sein d'un EHPAD. IDE_06 se décrit comme ayant une personnalité sociable et directe, ce qui peut être à la fois une qualité et un défaut : « *j'étais aide-soignante et puis j'ai cette qualité qui peut être un défaut, je suis très sociable donc je vais beaucoup vers la personne, je m'intègre facilement, je suis dans le groupe, je suis un petit peu directive* ». Cette caractéristique la rend plus encline à interagir avec les patients et les collègues, ce qui pourrait renforcer son implication envers son travail et son équipe. Cependant, IDE_06 note également qu'elle peut être directive, un trait de caractère qui s'est manifesté lorsqu'elle était aide-soignante et encadrait des élèves : « *je suis un petit peu directive. En tant qu'aide-soignante, je l'étais déjà parce que j'encadrais les élèves, j'avais cette responsabilité d'encadrer les élèves aides-soignantes* » (IDE_06). Cette attitude directive a pu causer des complications dans son rôle d'élève infirmière, car on lui rappelait de « *garder sa place* » en tant qu'élève. Cela montre que certains traits de caractère peuvent à la fois faciliter et entraver l'implication professionnelle. IDE_06 souligne également l'importance de la loyauté et de l'implication dans son travail, en donnant l'exemple de ne s'être arrêtée qu'une

seule fois en deux ans : « *Moi en 2 ans je me suis arrêtée une fois, je peux me donner comme exemple, j'aime tellement ce que je fais et j'aime bien être au côté de la personne et je suis impliquée et loyale ça se ressent* » (IDE_06). Cette détermination à assumer ses responsabilités professionnelles, même en cas de problèmes de santé, témoigne d'une implication forte envers son rôle d'infirmière. Sa motivation principale pour travailler avec des personnes âgées réside dans son expérience personnelle : « *Je ne sais pas, je pense que depuis l'enfance j'aime bien m'occuper de la personne, de l'autre et son bien-être. J'ai grandi avec ma mamie et deux voisines à elle, en Algérie. C'était une grande maison, je les aidais souvent à s'habiller, à m'occuper d'elles à faire leur course. J'ai toujours voulu être infirmière depuis que je suis petite.* ». Cette motivation intrinsèque peut contribuer à renforcer son implication et sa satisfaction professionnelle. En termes de satisfaction professionnelle, IDE_06 a choisi de travailler dans un EHPAD, car elle s'est rendu compte qu'elle appréciait les personnes âgées : « *Et je me suis rendue compte que je suis aide-soignante et que j'ai toujours travaillé avec la personne âgée, j'ai travaillé en psychologie et je me suis rendue compte que j'étais mieux avec la personne âgée.* ». IDE_06 décrit comment elle a choisi de travailler en EHPAD après avoir évalué divers domaines de la santé : « *Exactement, au début je voulais travailler dans la chirurgie orthopédique [...] j'ai travaillé en psychologie et je me suis rendu compte que j'étais mieux avec la personne âgée. Après j'ai fait beaucoup de remplacement dans des EHPAD, dans des SSR et j'ai eu une proposition d'emploi pour venir ici.* » (IDE_06). Cette réflexion montre l'importance pour IDE_06 de trouver un environnement professionnel qui correspond à ses aspirations et compétences, renforçant ainsi son implication envers son travail en EHPAD. De plus, elle apprécie son salaire actuel et préfère travailler dans le secteur privé plutôt que dans le secteur public : « *j'ai un bon salaire ici, je ne dirai pas la somme, j'ai eu une proposition de salaire dans le public avec 100 euros de moins, j'ai préféré rester ici.* ». Cependant, elle reconnaît également les avantages du travail dans le secteur public, tels que la retraite et les points d'ancienneté : « *Par rapport à la retraite, par rapport aux points.* » (IDE_06). Malgré sa satisfaction globale, IDE_06 exprime certaines préoccupations quant à son rôle d'infirmière. Elle ressent une absence d'autonomie et de valorisation du métier : « *Être infirmière, c'est une grande responsabilité [...] je trouve que [ce métier] n'est pas du tout valorisant [...] En tant qu'infirmière je suis un petit peu observateur et surtout exécutrice. J'exécute beaucoup ce que disent les médecins.* » (IDE_06). Elle mentionne également la hiérarchie et la dépendance vis-à-vis des médecins : « *Les médecins, ils ont un certain trait de caractère, il faut savoir les prendre [...] on attend beaucoup d'eux.* » (IDE_06). Enfin, IDE_06 mentionne des facteurs externes, tels que la distance et le stress lié au transport, qui pourraient influencer son implication : « *Faut être bien desservie, faut être véhiculé. Ici c'est mal desservi et les gares sont loin. Moi j'habite à un quart d'heure en voiture et je mets 1h30 en transport.* » (IDE_06). Cette question peut influencer son implication professionnelle en termes de bien-être et d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. En conclusion, l'analyse du profil d'implication d'IDE_06 révèle que ses caractéristiques psychologiques et ses expériences personnelles et professionnelles jouent un rôle important dans son implication envers son travail en tant qu'infirmière. Sa personnalité sociable et directe, sa motivation à prendre soin des personnes âgées et son niveau de satisfaction professionnelle contribuent à renforcer son implication envers son rôle et son organisation. Toutefois, les défis liés au manque d'autonomie, à la hiérarchie médicale et aux facteurs externes tels que la distance et le stress lié au transport pourraient influencer négativement son implication. Il serait important pour les organisations de prendre en compte ces facteurs lorsqu'elles cherchent à améliorer l'implication et la satisfaction de leurs employés.

Nous allons analyser comment les aspirations professionnelles et les attentes en matière de développement professionnel de l'IDE_6 influencent son implication dans le secteur des soins aux personnes âgées. Pour IDE_06, l'objectif de carrière initial était la chirurgie, inspiré par la série télévisée *Grey's Anatomy* : « *Ah non, non pourtant j'ai fait une formation de travailleur en chirurgie pour moi Grey's anatomy en chirurgie ouah, c'était mon rêve.* » Cela suggère que les aspirations professionnelles d'IDE_06 ont été initialement guidées par une représentation médiatique idéalisée de la chirurgie. Cependant, en travaillant avec les personnes âgées et en ayant des expériences variées, IDE_06 a découvert une satisfaction professionnelle et une implication plus profonde dans ce secteur. En matière de développement professionnel, IDE_06 exprime le souhait de renforcer ses compétences en management, en particulier pour gérer les conflits : « *Moi personnellement j'aurais aimé faire une formation dans le management d'ailleurs c'est mon objectif parce que je ne sais pas faire face à un conflit et c'est compliqué.* » Cela montre qu'IDE_06 est conscient de ses limites et cherche activement à se développer pour mieux s'adapter à son rôle professionnel. La mauvaise gestion des conflits par IDE_06 peut avoir un impact significatif sur son implication organisationnelle, en particulier affective. Si IDE_06 ne parvient pas à résoudre efficacement les conflits au travail, cela pourrait entraîner une détérioration de l'environnement de travail et des relations entre collègues. En conséquence, IDE_06 pourrait se sentir moins connecté émotionnellement à l'organisation, ce qui pourrait réduire son implication affective et, à long terme, sa satisfaction professionnelle.

Nous allons nous concentrer sur les relations au travail de l'IDE_06 et leurs impacts sur son profil d'implication. Pour IDE_06, le soutien de la cadre joue un rôle crucial dans son implication envers l'organisation : « *La cadre m'a donné envie de rester [...] se sentir utile et faire quelque chose c'est bien. [...] Depuis, ça va je ne me plains pas.* » Cette affirmation illustre comment le soutien managérial peut renforcer l'implication affective des employés. En ce qui concerne les relations entre collègues, IDE_06 évoque la solidarité et le devoir envers l'équipe : « *Je trouve qu'on s'est bien serré les coudes entre l'équipe [...] Je me suis dit c'est mon devoir d'être là j'ai été un bon soldat.* » Cet exemple met en lumière l'influence de l'implication normative, où les employés se sentent responsables envers leurs collègues et l'organisation. Toutefois, IDE_06 souligne aussi des disparités dans l'implication des membres de l'équipe : « *Il y en a certains qui sont juste là pour toucher leur paye et rentrer chez elle, elles ne sont pas impliquées du tout.* » Cette observation met en exergue les différences individuelles en matière d'implication organisationnelle et l'effet de la motivation extrinsèque sur l'implication de continuité. Enfin, IDE_06 mentionne l'importance des relations avec les familles des clients : « *Facilement, je dirai facilement, l'intégration s'est faite facilement moi ce sont juste les familles.* », « *Il y a une certaine exigence. Ils veulent de la qualité et ils sont exigeants.* » Ces déclarations suggèrent que les attentes des usagers et de leurs familles peuvent avoir un impact sur l'implication affective des employés.

Pour conclure, les résultats de l'analyse indiquent que le soutien des supérieurs, la coopération entre collègues et les attentes des clients et de leurs familles influencent les différentes dimensions de l'implication organisationnelle chez IDE_06.

Annexe 7.3. Profil d'implication des personnels de santé (EHPAD 3)

AS_02 :

Pour ce qui est de ses variables personnelles, AS_02 est une femme de 30 ans qui a obtenu son diplôme en 2015. En ce qui concerne l'éducation et la formation, AS_02 a suivi un BEPA (brevet d'études professionnelles agricoles, option " service aux personnes ») et a passé uniquement l'oral pour valider sa formation : « *Moi j'ai fait mon BEPA et du coup je n'ai eu que l'oral à passer voilà. Et puis ce n'est sur 11 mois même pas 12 je crois.* » Au cours de sa formation, elle a acquis de nombreuses connaissances sur les besoins fondamentaux des personnes prises en charge, notamment en matière de communication et d'hygiène : « *beaucoup de connaissances sur les besoins de la personne donc tout ce qui est les besoins fondamentaux après il y a eu à faire une toilette forcément. La communication les différents modes de communication, plein de choses.* »

Au niveau de ses expérience professionnelles, AS_02 a été embauchée en CDI récemment et travaille dans l'organisation depuis 2019 : « *je suis aide-soignante, j'ai été embauchée la semaine dernière en CDI et je suis ici depuis 2019.* » Avant de rejoindre l'EHPAD actuel, AS_02 a travaillé dans deux autres établissements. Elle a également connu des EHPAD plus grands, avec 110 résidents pour seulement 4 soignants, mais elle préfère travailler dans son EHPAD actuel en raison de meilleures conditions : « *J'ai connu d'autre EHPAD avec 110 résidents pour 4 soignants. Je préfère ici. Je préfère celle-là parce que pour commencer les locaux n'étaient pas adaptés à ce type de personnes. Le soir c'était un chantier pas possible. Les résidents sortaient de la salle à manger, ils attendaient devant l'ascenseur, il y avait un ascenseur pour 110 résidents et il y avait 90% en fauteuils. Ils étaient montés dans les étages et puis attendaient tout ça à la queuelele c'était vraiment ça.* » (AS_02). AS_02 a également travaillé dans le domaine des services à la personne et dans des cliniques avant de choisir de devenir aide-soignante : « *Par choix, parce que ce qui s'est passé j'ai fait mon service à la personne, j'ai travaillé dans les cliniques tout ça. Après il y a eu cette histoire emplois d'avenir à ***, j'avais fait la fonction aide-soignant et c'est vrai que depuis j'avais vraiment apprécié de travailler là-dedans.* »

En ce qui concerne ses caractéristique psychologique, sa motivation pour travailler auprès des personnes âgées est principalement due à son affection pour cette population et son désir d'aider et de soulager leur souffrance : « *je ne sais pas toujours, ça a toujours. Gamine, c'est ce feeling, je ne sais pas j'aime bien.* », « *je me sens utile être proche de l'être humain plus de la personne âgée. Soulager les souffrances et tout ça.* » (AS_02). Et « *C'est un métier qui est proche de la personne. On est là pour aider tout ça. Qu'on est là pour valoriser l'être humain aider dans les gestes de la vie quotidienne tout ça. Le soutien.* » (AS_02). La satisfaction professionnelle d'AS_02 provient de plusieurs aspects, dont la taille de l'EHPAD, la zone géographique, et la possibilité de changements de management ou de fonctionnement. Elle apprécie de travailler en équipe et d'être proche des personnes âgées : « *être auprès de la personne, travailler en équipe tout ce qui est relationnel, la paye moi c'est mon cas* ». Elle préfère les EHPAD de taille modeste : « *Oui je pense que les grands. Ça fait vraiment trop*

usine ». (AS_02). La rémunération et la stabilité financière sont également importantes pour AS_02, notamment en raison de son projet de construction d'une maison : « *évidemment, oui parce que j'ai une maison à payer y'a pas longtemps qu'on a fait construire donc il y a ça aussi qui me rapproche* ». Malgré les défis rencontrés, elle reste motivée et ne se considère pas comme une simple "lave cul" : « *Pour l'instant je m'accroche après peut-être que d'ici 20 ans comme ces filles, je suis une lave cul et que voilà, on ne fait que ça. Mais pour l'instant non je reste motivée. Personnellement je ne me considère pas comme ça. Après ce n'est pas évident de parler avec des gens comme ça qui sont toujours des pessimistes.* » (AS_02). AS_02 ressent du stress lié au manque de temps pour s'occuper des résidents et au manque de personnel : « *Rien que pour une toilette on ne peut pas faire une grande toilette de la tête au pied, enfin ce n'est pas possible. On a trop de résident on n'a pas assez de temps.* » (AS_02) et « *Tu veux un métier humain ça c'est sûr que c'est un métier humain. Il faut prendre le temps avec les résidents tout ça mais on n'a pas forcément le temps.* » (AS_02). Elle déplore également la dévalorisation de son métier par certains collègues : « *une dévalorisation peut être du métier sachant que moi je sais qu'il y a des filles des fois je les ai entendu dire oh là, là on n'est que des laves cul, excusez-moi. Ben il y'a des filles qui se considèrent que comme ça. Et moi je leur dis mais non enfin on n'est pas que ça et voilà il y a une autre approche quand même. C'est vrai que l'après-midi c'est beaucoup d'échanges.* » (AS_02). En résumé, les caractéristiques psychologiques d'AS_02 influencent son profil d'implication. Sa motivation provient principalement de son affection pour les personnes âgées et de son désir de les aider. Elle valorise également la rémunération, la taille de l'EHPAD, la zone géographique et la possibilité de changements de management ou de fonctionnement. Malgré le stress lié au manque de temps et de personnel, elle reste impliquée dans son métier et ne se laisse pas abattre par la dévalorisation de son travail par certains collègues.

Concernant son développement professionnel, elle exprime un intérêt pour les formations internes qui pourraient renforcer ses compétences et sa connaissance dans des domaines spécifiques tels que « *la fin de vie* » et les « *maladies apparentées Alzheimer* » (AS_02). Cela montre que AS_02 souhaite continuer à apprendre et à se développer dans son métier, ce qui peut contribuer à renforcer son implication envers son travail et son organisation.

Concernant la qualité des relations avec les supérieurs, elle reconnaît la présence d'une hiérarchie à respecter (AS_02). Par ailleurs, elle perçoit l'IDEC comme un soutien, affirmant qu'elle « *pense qu'elle est prête à [la] défendre en cas de soucis* » (AS_02). En ce qui concerne les relations avec les collègues, AS_02 décrit des expériences variées. Elle mentionne des situations où les gens étaient « *exécrables* » et « *sur les nerfs* » (AS_02), tout en reconnaissant que cela peut dépendre des personnes et qu'il peut y avoir des clans (AS_02). Néanmoins, elle rapporte également des expériences positives, où les collègues ont été « *sympa* » et l'accueil a été « *nickel* » (AS_02). Ainsi, il semble que les relations au travail, tant avec les supérieurs qu'avec les collègues, jouent un rôle significatif dans l'implication d'AS_02 et peuvent influencer son implication envers son organisation.

AS_03 :

En ce qui concerne les variables démographiques, AS_03 est une femme de 59 ans. Du point de vue de l'éducation et de la formation, elle est aide-soignante depuis 1985, ce qui témoigne d'une longue expérience dans le secteur. AS_03 a été embauchée pour la première fois dans son organisation actuelle en 1986, remplaçant une collègue partie en formation d'aide-soignante. Elle déclare : « *la première année où j'ai été embauchée, je suis rentrée le premier janvier je remplaçais une fille qui est partie faire son école d'aide-soignante. Donc après elle a repris un mois en 1987, je suis restée un mois sans travailler après elle est partie, et hop j'ai intégré, j'ai pris sa place* » (AS_03). Son embauche s'est faite de manière simple et rapide, sans un processus de candidature comme aujourd'hui. Avant de travailler dans son organisation actuelle, AS_03 a acquis de l'expérience dans d'autres services, notamment en chirurgie et en réanimation. Elle évoque son expérience antérieure en disant : « *j'ai tourné dans d'autres services j'ai fait un peu de chirurgie. Après j'ai eu de la chance avant de faire ma formation j'avais travaillé un petit peu au square j'étais en réanimation ça m'avait vachement plu ça part contre, ça bougeait beaucoup. Donc je me suis dit tu ne resteras pas trop là-dedans et j'ai trouvé ma place là* » (AS_03). Ces expériences passées ont probablement contribué à façonner l'implication d'AS_03 envers son organisation actuelle et sa carrière dans les EHPAD. Ayant travaillé exclusivement dans ce secteur depuis 1986, elle prévoit de terminer sa carrière en EHPAD, ce qui montre un fort degré d'implication et de dévouement envers ce type d'établissement et sa mission.

Concernant sa personnalité, AS_03 admet que certains problèmes au travail peuvent avoir un impact sur sa vie personnelle, et qu'elle peut être touchée émotionnellement par certaines situations : « *je dirai que certains problèmes impactent sur ma vie personnelle, ce n'est pas la même chose. c'est vrai quand ça va mal et quand il y a trop de trucs ça impactent un peu trop. On n'arrive pas à couper* » (AS_03). AS_03 a été initialement attirée par le secteur hospitalier et a choisi de rester dans son organisation en raison de sa vie personnelle et de sa difficulté à s'intégrer dans une nouvelle équipe : « *Et maintenant je n'ai pas envie de partir parce que je ne pourrai pas me faire à une autre équipe moi j'aurai dû mal à m'intégrer. Oui, je pense que pour moi ça serait compliqué, j'ai beaucoup de mal* » (AS_03). La satisfaction professionnelle d'AS_03 est influencée par différents facteurs, tels que son statut public au niveau de la paie, la zone géographique et son lien affectif avec les EHPAD : « *Peut-être en tant que soignant ailleurs peut être oui c'est particulier avec les EHPAD. Je me reconnais dans l'affectif, des fois je me dis j'en ai marre ils me fatiguent et puis finalement, il y a des gens je les prends un par un toute seule je suis capable* » (AS_03). Enfin, le stress est un facteur important à considérer dans le profil d'implication d'AS_03. Elle reconnaît que les soignants doivent gérer de nombreuses tâches et s'adapter à différentes situations : « *Moi je ne sais pas comment tu les ressens AS_04 mais je trouve qu'on demande beaucoup aux soignants quand même, il faut qu'on s'adapte a plein de choses et c'est vrai on le vit* » (AS_03). Cette gestion du stress et des défis quotidiens peut influencer l'implication d'AS_02 dans son travail.

Nous allons examiner les caractéristiques psychologiques de l'AS_03. Pour comprendre l'implication de l'AS_03, nous devons examiner sa personnalité. AS_03 reconnaît que certains problèmes impactent sa vie personnelle : « *je dirai que certains problèmes impactent sur ma*

vie personnelle, ce n'est pas la même chose. c'est vrai quand ça va mal et quand il y a trop de trucs ça impactent un peu trop. On n'arrive pas à couper ». Ce témoignage révèle une sensibilité émotionnelle qui peut jouer un rôle dans son implication au travail. De plus, AS_03 avoue qu'elle peut être touchée émotionnellement par certaines situations : « *je ne suis pas fleur bleue à ce point, si quelque chose m'a touché je peux partir et pleurer dans la voiture parce que ça m'a vachement touché* ». Cette tendance à l'émotivité peut influencer son niveau d'implication affective. Ensuite, nous examinons la motivation d'AS_03 à travailler dans le milieu hospitalier. AS_03 mentionne que son intérêt pour les soins et le milieu hospitalier vient d'expériences personnelles : « *À l'époque, je ne connaissais pas du tout ce métier. Les soins, tout ce qui était milieu hospitalier ça m'attirait. J'ai malheureusement eu l'occasion d'avoir plein de malade à la maison quand j'avais 15-16 ans. Je ne sais pas pourquoi, je voulais m'occuper des gens.* ». Cette citation montre que la motivation d'AS_03 provient d'un désir d'aider les autres, ce qui pourrait renforcer son implication normative. Concernant les raisons de rester dans son travail actuel, AS_03 évoque des facteurs personnels et contextuels, tels que la familiarité avec l'équipe et les difficultés potentielles d'intégration dans un nouvel environnement : « *Et puis ma vie a fait que j'ai eu mes enfants petits la scolarité et puis je suis restée là finalement. Et maintenant je n'ai pas envie de partir parce que je ne pourrai pas me faire à une autre équipe moi j'aurai dû mal à m'intégrer. Oui, je pense que pour moi ça serait compliqué, j'ai beaucoup de mal.* ». Cela suggère un fort attachement à l'équipe. La satisfaction professionnelle d'AS_03 est influencée par divers facteurs, tels que le statut public au niveau de la paie, la zone géographique et le lien avec les EHPAD. En ce qui concerne le statut public au niveau de la paie, AS_03 mentionne : « *Alors après, ici si on n'avait pas les primes ce serait équivalent* » (AS_03). Cette citation suggère que les primes offertes par l'établissement contribuent à la satisfaction financière d'AS_03 et peuvent avoir un impact positif sur son implication affective et normative. En ce qui concerne la zone géographique, AS_03 déclare : « *Oh de toute façon déjà au départ ça me plaisait ici ensuite ma vie a fait que je n'habitais pas loin. Je reconnais que je n'ai pas cherché à aller ailleurs ça me convenait.* » Cette citation montre que la proximité géographique de l'établissement est un facteur important de satisfaction professionnelle pour AS_03. La proximité peut faciliter l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ce qui peut renforcer l'implication affective et de continuité d'AS_03. Le lien avec les EHPAD est également mentionné comme un facteur de satisfaction professionnelle : « *Peut-être en tant que soignant ailleurs peut être oui c'est particulier avec les EHPAD. Je me reconnais dans l'affectif, des fois je me dis j'en ai marre ils me fatiguent et puis finalement, il y a des gens je les prends un par un toute seule je suis capable* » (AS_03). Cette citation souligne l'importance des relations affectives avec les résidents dans les EHPAD pour la satisfaction professionnelle d'AS_03, ce qui peut également renforcer son implication affective. Enfin, AS_03 reconnaît l'importance de l'établissement dans sa vie personnelle : « *je ne vois pas pourquoi je serai restée aussi longtemps ici. Je me suis fait par moi-même, c'est moi qui me suis trouvé ma place par rapport à mon parcours.* ». Cette déclaration indique que l'établissement a une signification personnelle pour AS_03, ce qui peut contribuer à son implication de continuité et affective. Nous abordons la question du stress dans le travail d'AS_03. Le stress est un facteur important dans le travail des soignants, et AS_03 témoigne de cette réalité en déclarant : « *Moi je ne sais pas comment tu les ressens AS_04 mais je trouve qu'on demande beaucoup aux soignants quand même, il faut qu'on s'adapte à plein de choses et c'est vrai on le vit.* » (AS_03). Cette citation montre que les soignants sont confrontés à de multiples exigences et doivent s'adapter à diverses situations, ce qui peut être source de stress et affecter leur implication affective et normative. AS_03 aborde également le sujet des GIR, qui représentent le niveau de dépendance des patients : « *les GIR sont plus lourds, ça*

c'est clair. De toutes façons, on ne fait que du nursing, que des toilettes. Moi il y a des jours ça ne m'intéresse même pas ce que je fais l'après-midi. On nous talonne pour faire de l'animation ok mais comment on fait ? Effectivement quand ils sont occupés ils sont moins demandant. Mais ceux qui sont demandant, ils le seront tous les jours occupés ou pas, ils veulent aller faire pipi et caca. Et c'est vrai que l'après-midi, on le passe, la main dans la couche » (AS_03). Ici, AS_03 exprime sa frustration face à la charge de travail et aux attentes élevées qui peuvent engendrer du stress et affecter son implication dans son travail, en particulier l'implication affective. Enfin, AS_03 évoque la répétitivité des tâches et les attentes constantes des patients : « Vous faites ça un matin vous le refaites le lendemain il va vous dire la même chose, vous avez l'impression que vous écoutez la même chose et toujours sur le même ton, c'est en boucle, tout le temps » (AS_03). Cette citation montre que la répétitivité des tâches et les demandes incessantes des patients peuvent être sources de stress et avoir un impact négatif sur l'implication affective et normative d'AS_03. En résumé, les témoignages d'AS_03 révèlent des aspects importants de son implication au travail selon le concept de Meyer et Allen (1991). Sa personnalité émotionnelle, sa motivation à aider les autres, son attachement à l'équipe et aux circonstances personnelles, ainsi que son niveau de satisfaction professionnelle et de stress sont autant de facteurs qui influencent son implication affective, normative et de continuité. Il est essentiel de prendre en compte ces facteurs pour mieux comprendre les profils d'implication des soignants et, en fin de compte, pour améliorer la qualité des soins et le bien-être des travailleurs dans le secteur de la santé.

Pour ce qui est de ses aspirations professionnelles, AS_03 exprime son désir de terminer sa carrière dans son établissement actuel : « Moi j'ai envie de finir là. », « Oui moi ça me va, je serai contente de finir ici. On est bien là, vivement qu'on se barre des fois on est fatigué. Mais je suis certaine que le jour où ça va arriver, il y a quelque chose qui va manquer, tout le monde veut partir à la retraite et je pense que cette coupure, le jour où ça va arrêter il faudra un petit moment avant d'accepter » (AS_03). Cette déclaration reflète une implication normative, car AS_03 semble se sentir loyale envers son établissement et est prête à y rester jusqu'à la fin de sa carrière. AS_03 exprime également des inquiétudes quant à la possibilité de se réintégrer dans une nouvelle équipe, ce qui renforce son choix de rester dans son établissement actuel : « Oui mais bon ce n'est pas grave, je terminerai là » (AS_03). Cette citation souligne l'importance des relations interpersonnelles pour l'implication de AS_03. En ce qui concerne les attentes en matière de développement professionnel, AS_03 reconnaît qu'elle aurait aimé explorer d'autres services : « Ce qui m'a manqué à un moment donné moi c'est de ne pas avoir vu d'autres services. Il faut quelqu'un pour faire la toilette c'est très bien mais ça m'a manqué quand même un petit peu. Tout ce qu'on a appris à l'école, on l'a vite oublié quoi. Je regrette de ne pas être avoir été dans les services où ça tournait un petit peu soit sur l'hôpital ou en clinique peu importe. » (AS_03). Ce sentiment de manque pourrait affecter l'implication affective de AS_03, car elle peut se sentir moins impliquée émotionnellement dans son travail actuel. AS_03 partage également un regret de ne pas avoir saisi l'opportunité de devenir infirmière : « Quand j'avais 40 ans la directrice m'a proposé de faire votre école d'infirmière, j'avais dit si ça me plairait beaucoup mais les enfants étaient encore petits, j'avais peur de ne pas réussir à tout gérer. Puis après c'est passé maintenant je ne m'y vois pas du tout. Je ne me concentrerai pas du tout mais je pense que j'aurai toujours ce regret. Je ne sais pas si j'y serai arrivée, je n'en sais absolument rien. » (AS_03). Ce regret peut également influencer l'implication affective de AS_03. Enfin, AS_03 évoque ses expériences passées dans l'EHPAD, lorsqu'elle appréciait son autonomie en l'absence de l'infirmière : « A l'époque, on avait qu'une infirmière qui n'était qu'à mi-temps, on faisait des

pansements aussi un petit peu on aidait, ça me plaisait j'aimais bien même encore quand on peut gratouiller, ça me manque. » (AS_03). Cette expérience passée révèle que l'AS_03 apprécie les responsabilités et l'autonomie dans son travail, ce qui peut augmenter son implication affective. Par ailleurs, AS_03 mentionne les formations internes : « *Quand on fait des formations justes comme ça, des fois je dis qu'on nous laisse au moins faire notre boulot. On apprend toujours mais j'ai plus besoin de travailler, je veux juste travailler tranquillement.* » (AS_03). Cette déclaration suggère que AS_03 est peut-être moins intéressée par le développement professionnel à ce stade de sa carrière, ce qui peut également avoir un impact sur son implication. En résumé, l'analyse des aspirations professionnelles de AS_03 selon le concept de Meyer et Allen montre que son implication est influencée par des facteurs tels que la loyauté envers son établissement, les relations interpersonnelles, les expériences passées et les attentes en matière de développement professionnel.

L'analyse des relations de travail de AS_03 révèle plusieurs facteurs qui influencent les profils d'implication. Les relations avec les supérieurs, les collègues et les usagers sont des éléments clés pour comprendre l'implication de l'AS_03. La qualité des relations avec les supérieurs, notamment avec la cadre de santé, est importante pour AS_03. Le soutien organisationnel et le partage des valeurs sont des éléments essentiels dans la relation entre AS_03 et la cadre de santé. AS_03 explique : « *Je ne suis pas toujours d'accord avec elle mais on a ça. Je pense qu'on a aussi par rapport à notre âge. On a le même âge toutes les deux moi je suis début 62 et elle 61 donc on a le même âge et je pense qu'on les mêmes valeurs. On a travaillé avec un esprit.* » (AS_03). Ce soutien et ce partage des valeurs contribuent à une implication normative, où l'employé se sent lié à l'organisation par un sens du devoir et des responsabilités partagées. En outre, AS_03 souligne l'importance du respect de la hiérarchie, une valeur qui, selon elle, n'est pas toujours défendue par les autres salariés : « *Ça toujours été comme ça depuis que j'ai travaillé, on m'a toujours appris à respecter la hiérarchie. Maintenant ils n'en ont plus rien à faire.* » (AS_03). Cette valeur peut renforcer l'implication normative de AS_03, en lui donnant un cadre de référence et en guidant son comportement au travail. Il est également important de noter que la cadre de santé est perçue par AS_03 comme étant à l'écoute et ouverte au dialogue, même en cas de désaccord : « *Moi je ne suis pas toujours d'accord avec elle non plus mais on peut parler. Mais je ne vais pas me plaindre, jamais je n'ai eu de soucis. Je pense qu'elle est capable de nous entendre même si elle nous a peut-être blessé, on va aller lui dire écoutez voilà il faut qu'on parle.* » (AS_03). Cette posture d'écoute de la part de la cadre de santé contribue à l'implication affective de AS_03, en lui offrant un environnement de travail où elle se sent soutenue et respectée. Dans le cas de AS_03, l'équipe semble être un facteur essentiel de son implication au travail. AS_03 exprime l'importance des relations avec ses collègues en disant : « *moi oui, oui et parce que là je connais mes collègues, des nouvelles arrivent mais j'ai envie de dire, on est déjà une équipe on se connaît. Moi, arriver toute seule dans une nouvelle équipe, je ne serai pas à l'aise, ça serait compliqué.* » (AS_03). Ce sentiment d'appartenance à une équipe et la familiarité avec les collègues renforcent l'implication affective de AS_03, car elle se sent soutenue, valorisée et intégrée dans son environnement de travail.

Les interactions avec les autres services, telles que la cuisine et le service ASH, peuvent également influencer l'implication de AS_03, notamment lorsqu'il y a un manque de soutien et de solidarité entre les différents secteurs. AS_03 souligne que la charge de travail peut être plus importante en cas de problèmes avec d'autres services, comme en témoigne l'exemple de la cuisine : « *C'est usant, c'est prenant. On est épuisé par le boulot et c'est normal mais ça*

en revanche c'est usant. On est plus agacé par ça. » (AS_03). Cette situation montre que le manque de soutien et de coopération entre les services peut nuire à l'implication affective des employés, car ils se sentent moins soutenus et appréciés. AS_03 exprime également son insatisfaction quant au manque de réciprocité et d'entraide entre les différents secteurs : « nous aussi ça nous est arrivé de déborder sur nos trucs. Normalement ils sont là pour faire les goûters, des fois ça nous arrive d'aller les aider au goûter moi je trouve que c'est sympa aussi parce qu'on les voit et les résidents aussi autrement. On déborde sur plein de choses, nous les pansements quand ce sont des petits pansements des fois ils nous disent on vous le met là sur le charriot si vous voulez vous le mettez, ce n'est pas grand-chose. » (AS_03). Cette attente de réciprocité peut être liée à l'implication normative, car elle reflète un désir de loyauté et de responsabilité envers l'organisation et les collègues. Cependant, AS_03 mentionne des exemples positifs de coopération, comme avec la secrétaire : « Vous savez on a une secrétaire qui part tous les soirs vers 9 heures parce qu'elle débauche tard et ça lui arrive des fois de nous en ramener 2-3 résidents parce qu'elle aime bien, elle est comme ça. C'est vachement agréable. N'empêche qu'on a toujours des bonnes relations. » (AS_03). Ces exemples de coopération et d'entraide renforcent l'implication affective et normative de AS_03. Enfin, les relations avec les usagers influencent également l'implication de AS_03 : « Peut-être en tant que soignant ailleurs peut être oui c'est particulier avec les EHPAD. Je me reconnais dans l'affectif, des fois je me dis j'en ai marre ils me fatiguent et puis finalement, il y a des gens je les prends un par un toute seule je suis capable ». Cette citation montre l'importance de l'affectivité dans le travail de AS_03 et l'impact des relations avec les usagers sur son implication.

En conclusion, les relations de travail sont des éléments clés pour comprendre l'implication de AS_03. Les interactions avec les supérieurs, les collègues et les usagers contribuent à façonner les profils d'implication de AS_03, soulignant l'importance de considérer les relations de travail dans l'évaluation de l'implication des employés.

AS 04 :

En ce qui concerne les variables démographiques, AS_04 est une femme de 59 ans. Concernant l'éducation et la formation, AS_04 a suivi un BEP carrière sanitaire et social : « C'est pareil moi j'ai fait un BEP carrière sanitaire et social, ça m'a beaucoup plut voilà. » L'éducation formelle et le niveau d'expérience, 40 ans en tant qu'aide-soignante, peuvent renforcer l'implication normative de AS_04, car ils ont contribué à développer un sentiment d'obligation envers la profession et l'organisation. Cependant, il semble que AS_03 n'ait pas eu la possibilité de suivre des formations professionnelles en raison du manque de temps. Ce facteur peut affecter l'implication calculée de AS_03, car le manque de développement professionnel et de formation continue peut réduire les opportunités de croissance et d'avancement de carrière.

Au niveau de ses expériences professionnelles, AS_04 a une ancienneté d'un an dans l'organisation, comme elle l'indique : « Je suis arrivée dans cet EHPAD là ça fait 1 an donc récemment fin mai. Avant j'ai un peu bourlingué » (AS_04). Cependant, ses expériences

professionnelles antérieures sont riches et variées, avec notamment des postes dans le sud de la France et des expériences en soins à domicile. AS_04 mentionne : « *La vie m'a mené dans le Sud à Marseille donc j'y suis restée 4 ans et demi et c'est là que j'ai commencé à connaître la structure parce que je n'avais pas encore évolué en structure.* », « *Et après je suis rentrée pour un remplacement dans la structure où j'ai évolué pendant plus de 30 ans dans santé service Limousin ici.* » (AS_04). En ce qui concerne l'embauche, AS_04 a signé un CDI après avoir négocié un contrat fiable en raison des contrats précaires précédents : « *Moi j'ai signé un CDI parce qu'on me faisait normalement des petits contrats alors au début de 2-3 mois après de 6 mois etcetera. J'ai un peu parlementé, ils ne voulaient pas que je m'en aille, moi non plus, donc ça a été un petit peu la condition que j'ai un contrat fiable.* » (AS_04). Cette sécurité d'emploi peut renforcer son implication calculée, car elle bénéficie des avantages associés à un contrat à long terme. De plus, la relation positive avec la cadre de santé, qui a soutenu l'embauche de AS_04, peut également renforcer son implication affective envers l'organisation : « *La cadre était en rapport avec moi, elle m'a proposé des remplacements etcetera. Je crois que c'est moi qui ai rappelé ici, pour dire, écoutez, là, je suis en standby etcetera si vous avez besoin je suis là. Ils ont sauté sur l'occasion. J'ai été re reçue et puis voilà donc en fait je suis restée là.* » (AS_04). L'expérience professionnelle antérieure de AS_04 en soins à domicile et sa préférence pour un métier dynamique montrent une forte implication envers la profession et une volonté de s'adapter aux différentes situations. AS_04 déclare : « *Moi, déjà, je voulais quelque chose qui bouge, donc le soin à domicile. Au fur et à mesure, je me suis dit que ça, c'était pour moi. Et ça s'est bien goupillé, j'ai été prise et je suis restée. Bon, après, au fil des ans, c'était aussi fatigant, mais bon, on est polyvalent, on voit énormément de choses : des jeunes, des moins jeunes, de tout âge.* » (AS_04). Cette polyvalence et cette adaptabilité témoignent d'une implication affective élevée envers le métier d'aide-soignant, puisque AS_04 trouve satisfaction et épanouissement dans son travail malgré les défis et la fatigue qu'il peut engendrer.

Avec l'analyse du profil d'implication de l'AS_04, il est possible d'identifier plusieurs facteurs et caractéristiques psychologiques qui influencent son implication. En termes de personnalité, AS_04 semble avoir une capacité à établir des limites claires entre sa vie professionnelle et personnelle, comme le montre la citation: « *Autrement moi je fais la coupure ça ne m'a jamais posé de problème, j'estime que j'ai fait mon boulot, moi je suis différente. Je suis différente moi ça ne n'impacte pas sur ma vie. Ça fait très longtemps que je fais le distinguo de ma vie personnelle* ». Cette capacité à compartimenter les deux sphères de sa vie pourrait contribuer à une implication affective stable envers son travail, permettant à AS_04 de gérer les émotions liées à son travail et de préserver son bien-être personnel. De plus, la citation « *Au contraire d'un peu, il y a quand même des choses qui me touchent, qui continuent à me toucher et qui m'ont touché mais comme j'ai beaucoup évolué, notamment en soin palliatif. Heureusement, ce n'est pas une carapace, mais que je me suis formé le caractère parce que j'aurais pleuré tous les jours.* » révèle que, malgré sa capacité à établir des limites entre sa vie professionnelle et personnelle, AS_04 n'est pas insensible aux situations émotionnelles auxquelles elle est confrontée dans son travail. Cette citation suggère que AS_04 a développé un certain niveau de résilience émotionnelle pour faire face aux défis émotionnels de son travail, ce qui pourrait également contribuer à une implication affective stable.

La motivation de AS_04 semble être liée à son désir d'aider les autres et de prendre soin d'eux, comme en témoigne la citation: "*Moi depuis petite je suis quelqu'un d'assez maternant j'aime bien m'occuper des autres j'étais la grande sœur dans une fratrie de 3 et en fait quelquefois je jouais c'étaient toujours mes bébés. J'ai un petit peu cette fibre-là. Quand j'étais adolescente, je disais à mes parents, si vous êtes malades, moi je m'occuperai de vous. Donc j'avais déjà ce truc là et c'est vrai que j'aime bien m'occuper des autres. Après je voulais être puéricultrice à la base, m'occuper des enfants. Lors d'un petit stage, j'avais été dans une crèche. Après je me suis dit oh non je ne veux plus m'occuper des enfants parce que c'était bruyant parce que c'était trop, trop, trop. Je vais m'occuper quand même de personnes adultes.* » met en évidence la motivation intrinsèque de AS_04 pour prendre soin des autres et son désir de travailler dans le secteur de la santé. Cette motivation intrinsèque pourrait renforcer l'implication affective de AS_04 envers son travail. Ensuite, la citation « *Moi je me dis ce métier-là, il faut vraiment l'aimer. Parce que si vous ne l'aimez pas vous n'allez pas le faire longtemps ou alors à un moment donné, au bout de quelques années 10-15 ans vous allez vous fichier un peu vous allez passer par-dessus de plein pied. Et nous (AS_03), il me semble, on est encore dans des valeurs bien présentes* » souligne l'importance d'avoir un intérêt fort pour la profession et d'être en accord avec les valeurs de l'organisation pour maintenir une implication à long terme. Enfin, les choix de zone géographique et de famille de AS_04 est important pour elle : « *Et pareil pour me rapprocher de mes enfants, je suis revenue ici. J'ai été à la clinique Chenieux, j'ai fait un petit remplacement de ci de là et je suis arrivée ici et puis là on me garde et ça me va bien* » et « *je ne suis pas loin moi donc ça me va aussi. L'avantage qu'on n'ait pas trop de trajet à faire pour se rendre au travail.* » Ces choix montrent l'importance de la proximité géographique pour équilibrer vie professionnelle et vie personnelle, ce qui peut également contribuer à une implication affective et à une satisfaction professionnelle. En ce qui concerne la satisfaction professionnelle, « *moi je me claque sur mon âge, je suis contente d'avoir été aide-soignante, j'ai vu pas mal de chose, ça me servira certainement quand je serai encore plus vieille.* » et « *Déjà ce qui me plaît un peu ici, c'est un petit peu de mélange parce qu'ici il y a des jeunes, des moins jeunes on n'a pas beaucoup de garçons, on en a que 2 des soignants mais ça fait un mouvement.* » révèle que AS_04 est satisfaite de sa carrière d'aide-soignante et apprécie la diversité des collègues. Cette satisfaction professionnelle pourrait renforcer l'implication affective de AS_04 envers son travail. AS_04 semble apprécier les avantages du travail dans le secteur public, tels que les primes et la sécurité de l'emploi « *C'est le public, il y a des avantages* », « *Moi j'ai travaillé dans les deux, j'ai travaillé dans le soin à domicile, j'ai fait du privé. Il y a une différence d'argent oui évidemment les avantages etcetera. Moi j'avais beaucoup moins d'avantages que je n'ai ici, des primes dans le privé vous n'en avez pas beaucoup. Dans le public c'est un petit peu plus étalé. C'est pour ça qu'on disait qu'on connaît des gens qui sont ici pour les avantages.* » (AS_04). Ces avantages contribuent à la satisfaction professionnelle de AS_04. Enfin, les inconvénients du secteur public sont évoqués : « *Le privé par exemple je ne sais pas, si ça ne convient pas, si l'élément ne convient pas de toute façon il ne va pas rester très longtemps. Alors qu'ici c'est différent.* » et « *Exactement et c'est dommage il y a des éléments qui ne sont pas au top* ». Ces inconvénients suggèrent que certains aspects du travail dans le secteur public peuvent nuire à l'implication et à la satisfaction professionnelle. En conclusion, l'analyse du profil d'implication de AS_04 révèle que la satisfaction professionnelle, le statut public et les avantages du secteur public sont des facteurs importants pour l'implication de AS_04. Cependant, il est également nécessaire de prendre en compte les inconvénients du secteur public pour comprendre pleinement les facteurs qui influencent l'implication et la satisfaction professionnelle de AS_04. AS_04 fait également état de stress lié à la charge de travail et à

l'adaptation aux nouvelles conditions de travail, notamment l'introduction de la traçabilité et des outils numériques: « *Parce qu'on n'a quasiment pas le temps, le matin on embauche on commence nos soins, nos toilettes tout ça on gère ça jusqu'à 12h30. Mais là après on a juste le temps de se laver les mains pour attaquer les aides alimentaires, on passe d'une tâche à l'autre.* » (AS_04). Cette citation met en évidence la pression exercée sur AS_04 pour accomplir de nombreuses tâches dans un temps limité, ce qui peut entraîner un stress accru et potentiellement nuire à l'implication et à la satisfaction professionnelle. En outre, AS_04 évoque la routine et la monotonie : « *Pour résumer un petit peu, le travail en EHPAD c'est très routinier en fait. Il y a cette partie très routinière qui peut être un peu lassante parce que les gens qui sont là, ça va être les mêmes questionnements au même moment* » (AS_04). La nature routinière du travail en EHPAD peut également contribuer au stress et à la lassitude, ce qui peut influencer l'implication au travail de AS_04. L'adaptation aux nouvelles conditions de travail est également un défi pour AS_04 : « *moi j'ai du mal, l'ordinateur je ne suis pas trop, d'abord à domicile on n'en avait pas. J'ai fait principalement ma carrière, il n'y avait pas ça, donc après la traçabilité et tout ça donc compliqué pour moi.* » (AS_04) et « *Des fois c'est vrai on nous dit "5 minutes ça prend 5 minutes", moi personnellement ce n'est pas 5 minutes, moi je ne manipule pas trop bien la souris et tout ça. Je ne peux pas, si je me mets à l'ordinateur pour faire mes tâches comme il le faut, il me faudrait une demi-heure et je n'ai pas cette demi-heure. Là, il se peut que ça va changer parce qu'on devrait avoir des petites tablettes de travail et par exemple on sort de la chambre d'un résident, on va noter ce qui va lui correspondre et ce qui à noter ; Ça, ça peut être très bien par contre.* » (AS_04). Ces difficultés d'adaptation aux technologies et aux changements organisationnels peuvent également affecter l'implication de AS_04 et sa satisfaction professionnelle. En conclusion, l'analyse du profil d'implication de AS_04 montre que le stress, la charge de travail et les défis liés à l'adaptation aux nouvelles conditions de travail sont des facteurs cruciaux qui influencent l'implication et la satisfaction professionnelle de AS_04.

Pour ce qui est de ses aspirations professionnelles, AS_04 énonce quelques regrets « *Moi j'aime ce que je fais mais à un moment donné X ou Y si on m'avait donné la possibilité peut être d'être formée à un autre boulot qui me plaisait. Alors toujours en relation avec l'aide aux autres mais plus le côté social et ben je l'aurais fait. Parce qu'au long de la carrière je me suis rendue compte que pareil physiquement, alors le moral après on se le fait voilà, mais physiquement parlant quand on avance dans l'âge ça devient compliqué. C'est vrai, c'est une réalité aussi de terrain. Alors après, j'aurai eu l'opportunité peut être 10-15 ans en arrière qu'on me propose d'être autre chose je l'aurais fait, oui je l'aurais fait.* » Cette citation montre que AS_04 aurait été intéressée par une formation ou une opportunité de carrière plus axée sur le côté social, ce qui témoigne d'une volonté de se développer professionnellement tout en restant dans le domaine de l'aide aux autres. En ce qui concerne la volonté de rester dans l'EHPAD, AS_04 déclare : « *Je m'en irai, il ne me reste pas longtemps, j'ai 59 ans normalement je m'arrête à 60 ans et 7 mois donc je finirai ici moi aussi.* » et « *Moi aussi j'ai envie de finir ici, il faut bien finir quelque part. Ah notre âge moi qui ai plus burlingué que toi, j'aime bien ce petit côté stabilisant.* » Ces citations montrent que malgré des aspirations professionnelles différentes, AS_04 apprécie la stabilité offerte par l'EHPAD et souhaite y terminer sa carrière. Enfin, les attentes en matière de développement professionnel sont évoquées : « *Moi, je suis allée à une formation, et je ferai encore bien d'autres petites formations jusqu'au bout. Moi, je fais comme Madame (la cadre de santé) j'aime bien apprendre.* » Cette citation témoigne de l'ouverture de l'AS_04 à la formation continue et de son désir d'apprendre de nouvelles

compétences jusqu'à la fin de sa carrière. En conclusion, l'analyse des aspirations professionnelles révèle des objectifs de carrière, une volonté de rester dans l'EHPAD et des attentes en matière de développement professionnel.

L'analyse du profil d'implication de AS_04 en tenant compte des relations au travail met en lumière la qualité des relations avec les supérieurs, les relations avec les collègues et les liens avec d'autres secteurs. Concernant la qualité des relations avec les supérieurs, AS_04 mentionne : « *On avait ce truc là en commun, moi je suis plutôt avenante abordable je vois qu'elle aussi moi je ne me gêne pas, je respecte mais quand on a quelque chose à lui dire on lui dit en face. Elle est ouverte.* » (AS_04). Cette citation montre que AS_04 apprécie l'ouverture et la communication directe avec sa hiérarchie, ce qui favorise un climat de travail positif et une implication accrue envers l'organisation. En ce qui concerne les relations avec les collègues, AS_04 souligne l'importance des relations et de l'ambiance au travail : « *J'en ressors de cette formation, j'en ai fait d'autres. On était un groupe vraiment sympa, ça s'est bien passé. La formatrice était sympa, on a fait des petites choses ludiques. Moi, ça, c'est un esprit qui me va bien, travailler en étant sérieux tout en ne se prenant pas au sérieux. Et ça, ça me plaît. C'est aussi la raison pour laquelle je suis restée ici, parce qu'il y avait cet esprit, une bonne ambiance d'équipe, etc. Ça me convient bien. Au niveau de la hiérarchie, que ça ne soit pas tac, tac comme ça. Même avec la cadre de santé, on le ressent, c'est pareil.* ». Les relations interpersonnelles et l'ambiance de travail sont des éléments clés pour favoriser l'implication et la satisfaction professionnelle de AS_04. Quant aux liens avec d'autres secteurs, AS_04 exprime quelques difficultés, notamment en termes de soutien des autres services : « *Moi, je vois et c'est une constatation. Par exemple, quand on est aux tables aux aides alimentaires, on en a quand même pas mal. Et c'est toujours la même chose. Les cuisines, normalement, depuis le temps, elles devraient connaître nos besoins, et bien, c'est courant, presque tous les jours, presque journalier où on est obligé d'aller en cuisine leur dire qu'il nous manque des couverts, qu'il nous manque deux desserts. Elles savent, ça s'est figé, il nous manque des eaux gélifiées.* » (AS_04), « *Non, mais c'est surtout pour répondre déjà à la sonnette, tout le monde peut le faire. Vous voyez là, il y a quelqu'un qui sonne (téléphone sonne depuis 2 minutes), ça n'arrête pas, on n'a pas répliqué dans la chambre. Ça veut dire que la personne sonne là, c'est la même, mais personne n'y est allé.* » (AS_04) et « *Pareil, si nous, on disait, par exemple, ah bah non, on n'est qu'aide-soignante, on n'est pas habilité à faire un pansement, bah non, on ne réagit pas comme ça.* » (AS_04). Ces difficultés rencontrées par AS_04 dans les interactions avec d'autres secteurs au sein de l'établissement peuvent impacter négativement son niveau d'implication et de satisfaction professionnelle. En effet, le manque de soutien et de coordination entre les différents services peut générer du stress et un sentiment d'isolement, ce qui peut entraver l'implication envers l'organisation. En conclusion, l'analyse du profil d'implication de AS_04 montre que les relations au travail jouent un rôle important dans la manière dont AS_04 s'implique et se sent satisfaite dans son travail. Il est donc crucial pour les gestionnaires et les décideurs de prendre en compte ces éléments relationnels afin de favoriser une implication accrue et une meilleure satisfaction professionnelle des employés.

ASH 03 :

ASH_03 est une femme de 36 ans qui a suivi une formation d'auxiliaire de vie. Cette formation lui a permis d'acquérir des compétences spécifiques liées à son métier, ce qui peut influencer son niveau d'implication et de satisfaction professionnelle. En effet, le fait d'avoir reçu une formation spécialisée peut renforcer le sentiment de compétence et d'efficacité personnelle, contribuant ainsi à une implication accrue envers l'organisation et le métier. Concernant l'expérience professionnelle, ASH_03 a rejoint l'organisation en 2018 en tant qu'agent de service hospitalier (ASH) avec un contrat PEC (Parcours Emploi Compétences). Avant cela, elle avait déjà effectué des remplacements dans la même structure entre 2002 et 2004, puis travaillé en tant qu'auxiliaire de vie à domicile. Cette expérience antérieure a joué un rôle dans sa décision de retourner travailler en structure après une diminution de salaire dans le secteur du domicile. Le parcours professionnel d'ASH_03 montre qu'elle a une expérience variée et une connaissance approfondie du secteur des soins. Cette expérience peut avoir un impact positif sur son implication, car elle est susceptible de mieux comprendre les exigences et les attentes du métier, ainsi que les défis et les opportunités liés à son poste. De plus, l'expérience antérieure dans l'établissement pourrait renforcer son sentiment d'appartenance et son implication envers l'organisation.

Les caractéristiques psychologiques des employés, telles que les attitudes, les perceptions et les motivations, peuvent avoir un impact considérable sur leur implication au travail. Dans le cas d'ASH_03, plusieurs facteurs influencent sa motivation à travailler dans l'établissement. ASH_03 explique que les raisons d'avoir choisi cette profession sont liées à la fois aux options de carrière et à la situation financière : « *Il y a le choix aussi donc voilà et puis financier aussi, on va être honnête* ». En outre, la zone géographique semble également être un facteur important pour ASH_03. Elle mentionne que la proximité de l'établissement à son domicile est un avantage : « *non mais quoi 8 minutes je ne suis pas très loin oui c'est ça aussi* » (ASH_03). Cependant, cette proximité présente également des inconvénients, comme le fait d'être rappelée au travail en cas de problème : « *dès qu'il y a un souci bon ils appellent et oui si ça vous rappelle* » (ASH_03). Ces citations montrent que la motivation d'ASH_03 est influencée par des facteurs tels que les opportunités de carrière, la situation financière et la proximité géographique. Pour ce qui est de la satisfaction professionnelle, ASH_03 souligne l'importance d'aider les personnes dans leur vie quotidienne : « *les avantages, qu'est-ce qu'il y a ? C'est d'être auprès de la personne, voilà, les aider dans leur vie quotidienne.* » (ASH_03). Elle apprécie également la communication et l'écoute entre les collègues, ce qui renforce son implication envers son travail. La citation « *Il n'y a pas ça, on ne s'investit pas on n'a pas envie. Sinon le boulot on a les factures en fin du mois et puis voilà. Moi j'aime bien venir je ne viens pas avec la boule au ventre voilà et puis voilà l'entente avec les collègues et tout ça oui* » montre que les relations entre collègues jouent un rôle clé dans la satisfaction professionnelle d'ASH_03. En ce qui concerne les conditions de travail, ASH_03 note que le fonctionnement de l'unité protégée est différent : « *Agent de service hospitalier donc. Nous, on fait ça. On distribue les petits déjeuners, voilà, on débarrasse et après on fait aussi les chambres le matin. Et c'est vrai qu'on n'est pas trop proche du résident. Par exemple, là j'étais à la maisonnée, on avait plus ce temps parce que c'était plus familial, voilà. Il y avait 15 résidents et c'est vrai que c'était plus familial, on était plus près, on prenait le temps parce qu'on allait à leur rythme, on n'imposait pas notre rythme, voilà. S'ils se levaient à 9h, ils se levaient à 9h. S'ils voulaient se lever plus tard, voilà, s'ils voulaient s'habiller, ils s'habillaient, s'ils ne voulaient pas s'habiller, voilà. Ici, c'est un peu plus, on va dire, un peu plus rapide, on a des horaires à respecter.* » (ASH_03). Les horaires sont également un facteur important pour ASH_03 : « *Les horaires,*

oui, là on a changé par contre, il n'y a pas longtemps. Actuellement, on fait de 7h à 14h30. Donc, les horaires là, pour le moment, nous conviennent, parce qu'on avait déjà fait ces horaires pendant le Covid. » (ASH_03). En somme, cette analyse montre que plusieurs facteurs, tels que la satisfaction professionnelle, les relations entre collègues, le fonctionnement des unités et les horaires de travail, influencent l'implication d'ASH_03 au travail.

ASH_03 exprime un sentiment de stress dû aux horaires stricts imposés par l'établissement : *« Oui, voilà comme les chariots petit-déjeuner il faut qu'ils arrivent en cuisine à 10h ou plus tard. »* (ASH_03). De plus, elle souligne que le rythme soutenu et les exigences de respect des horaires rendent le travail plus compliqué : *« Voilà, ici c'est plus qu'on travaille dans la précipitation. Il y a des horaires à respecter, c'est vrai que c'est un peu plus compliqué, entre parenthèses. Ce n'est pas le même fonctionnement »*. (ASH_03). En outre, ASH_03 mentionne l'impact du confinement sur l'établissement et la manière dont cela a affecté l'atmosphère de travail : *« Il y a eu un changement parce que les résidents ont été totalement confinés, donc une nouvelle organisation a été mise en place. Tout ce qui concerne les déjeuners, les repas de midi et les repas du soir se font désormais en chambre. Pour ma part, cela m'a fait un peu mal aussi, car on ne voit plus de vie, il n'y a plus d'animation dans l'établissement. Récemment, ils ont été reconfinés pendant une semaine, et c'est vrai que voir l'établissement vide, ça fait bizarre, il n'y a plus de vie, il n'y a plus rien. »* (ASH_03). Cette situation a ajouté un sentiment de tristesse et de perte de dynamisme dans l'établissement, ce qui peut également influencer l'implication d'ASH_03 au travail. En somme, cette analyse montre que le stress lié aux horaires stricts, au rythme de travail soutenu et à l'impact du confinement sur l'établissement peut potentiellement nuire à l'implication d'ASH_03 dans son travail.

L'analyse des profils d'implication d'ASH_03, en se concentrant sur les aspirations professionnelles, permet de comprendre les objectifs de carrière et les attentes en matière de développement professionnel d'ASH_03. ASH_03 exprime sa satisfaction quant à sa position actuelle et ne semble pas aspirer à une évolution de carrière : *« Non, je suis très bien ici. Je suis contente d'être là où je suis. Déjà, c'est déjà pas mal. »* Elle envisage même de terminer sa carrière dans ce rôle, en continuant à aider les résidents : *« Je me vois bien finir ma carrière ici, voilà, et continuer à aider les résidents. »* et finir dans cet établissement. Concernant les attentes en matière de développement professionnel, ASH_03 reconnaît l'importance des formations et apprécie les opportunités de formation offertes par l'établissement : *« On a des formations régulières, et on peut également demander des formations spécifiques, comme celle sur l'utilisation du logiciel Osiris. Personnellement, je ne sais pas trop comment l'utiliser. On avait demandé une formation sur les soins en fin de vie, et nous l'avons obtenue. Cependant, avec la situation liée au Covid, les formations ont été quelque peu suspendues. Maintenant, on reprend un peu et l'établissement propose également des formations auxquelles on peut s'inscrire »*. (ASH_03). En somme, ASH_03 est satisfaite de sa position actuelle et ne cherche pas nécessairement à évoluer dans sa carrière ou à changer de structure. Toutefois, elle accorde de l'importance à la formation continue et aux opportunités d'apprentissage offertes par l'établissement.

L'analyse des profils d'implication d'ASH_03 met en évidence l'importance des relations au travail pour ASH_03. En ce qui concerne les relations avec les supérieurs, ASH_03 mentionne

la qualité des interactions, en déclarant : « *Après moi, si j'ai un problème, voilà, je vais voir si le responsable des ressources humaines (RH) est disponible, ou bien si Madame la cadre de santé (CS) est disponible aussi. Il n'y a pas de souci.* » (ASH_03). Cette citation montre que ASH_03 se sent à l'aise pour aborder les supérieurs en cas de problème et perçoit qu'ils sont disponibles pour l'aider. De plus, ASH_03 exprime sa confiance envers ses supérieurs : « *On peut compter sur eux.* » (ASH_03). En ce qui concerne les relations avec les collègues, ASH_03 souligne l'intégration et la collaboration entre les différents postes : « *On est vraiment intégrés, on n'est pas les AS d'un côté et les ASH de l'autre.* » (ASH_03). ASH_03 reconnaît également l'importance de la communication et de l'écoute entre collègues : « *à l'écoute, et après il y a beaucoup de communication avec les collègues* » (ASH_03). Cependant, ASH_03 admet que les relations peuvent varier entre les collègues : « *Bon après ça dépend avec certaines filles c'est pareil c'est un milieu de femme* » (ASH_03). Enfin, en ce qui concerne le comportement, ASH_03 se montre déterminée et impliquée dans son travail, même en cas de problèmes de santé : « *je me suis fait un lumbago en me levant d'une chaise, le médecin m'a arrêtée mais une semaine sur voilà sur les 2 ans et demi ça va faire 3 ans au mois de juin je me suis arrêtée une semaine et encore je ne voulais pas qu'il m'arrête. Moi je ne suis pas du genre à m'arrêter* » (ASH_03). En conclusion, ASH_03 présente un profil d'implication positif en ce qui concerne les relations au travail, avec une bonne interaction avec les supérieurs et les collègues et une implication forte envers son travail.

CS 01 :

Tout d'abord, en ce qui concerne les variables démographiques, CS_01 est une femme de 60 ans. En matière d'éducation et de formation, CS_01 a obtenu un diplôme de cadre en 2010. Elle souligne l'importance de la formation pour exercer son métier et se réfère aux compétences requises : « *Clairement et heureusement j'ai envie de dire que la fonction de manager de cadre c'est une vraie fonction avec des vraies compétences. Elle nécessite d'avoir une formation clairement* » (CS_01). CS_01 reconnaît également les évolutions de son rôle au fil des années, avec une pression politique et économique accrue : « *Actuellement vous ne pouvez pas, j'ai vu mon rôle évoluer aussi, on n'est pas entre 2010 et maintenant. Je peux vous assurer qu'il y a un delta : la pression politique et la pression économique elle est immense.* » (CS_01). CS_01 insiste sur la nécessité d'une formation pour être crédible et efficace dans son rôle : « *Vous ne pouvez pas vous positionner, si vous n'avez pas eu la formation. Ça j'en suis convaincue* » (CS_01). Elle a bénéficié d'une formation au management et à la communication inter-équipes, qui lui a donné envie de devenir cadre de santé : « *Quand je faisais fonction, le directeur de l'EHPAD où je travaillais m'a formée au management. J'ai eu l'opportunité de participer à une formation de 3 fois 5 jours à Paris. Cette formation était axée sur la communication inter-équipes et les différents types de management. Elle comprenait des mises en situation et des jeux de rôle. C'est peut-être ce qui a motivé mon envie d'aller à l'école des cadres pour continuer à me former et développer mes compétences en management.* » En conclusion, l'analyse du profil d'implication de l'CS_01 montre que la formation et l'éducation jouent un rôle clé dans le développement des compétences nécessaires pour exercer efficacement et avec crédibilité le rôle de cadre de santé. Les expériences de formation de CS_01 ont contribué à façonner sa carrière et à renforcer son implication envers son travail.

Pour ce qui est de l'expérience professionnelle de CS_01, celle-ci est cadre de santé dans l'EHPAD_03 depuis 2013 : « *Je suis cadre de santé à EHPAD 3 depuis 2013* ». Son ancienneté dans l'organisation peut renforcer son implication affective, car elle a pu développer des liens émotionnels avec l'organisation et ses collègues au fil du temps. De plus, ayant travaillé dans différents secteurs de la santé avant d'intégrer l'EHPAD 3, CS_01 a acquis une expérience professionnelle antérieure diversifiée : « *Au début de ma carrière quand j'étais aide-soignante, j'étais à domicile et ensuite j'ai intégré un EHPAD. [...] J'ai travaillé en ehpad ensuite j'ai eu la possibilité d'intégrer l'école d'infirmière. Et suite à l'école d'infirmière, j'ai travaillé auprès des prématurés. Puis j'ai travaillé en chirurgie [...]* » (CS_01). Cette expérience variée peut influencer son implication normative, en lui donnant un sens des responsabilités et des attentes envers l'organisation. En outre, CS_01 exprime sa frustration face à la rapidité du travail à l'hôpital, qui l'empêche de prendre le temps avec les personnes et de mettre en place des projets d'accompagnement : « *J'étais frustrée de ne pas pouvoir prendre le temps avec les personnes et de mettre en place des projets d'accompagnement.* » (CS_01). Ce sentiment peut renforcer son implication affective et normative envers l'EHPAD, car elle peut percevoir ce contexte professionnel comme plus propice à l'établissement de relations durables et à la réalisation de projets à long terme. Enfin, CS_01 mentionne également son expérience en tant que cadre de santé dans un autre EHPAD et sa formation d'infirmière : « *Et auparavant, je faisais fonction de cadre de santé dans un autre EHPAD et je l'ai fait pendant 2 ans avant d'intégrer l'école des cadres de Poitiers. J'ai une formation d'infirmière et avant j'étais aide-soignante. Et je travaille depuis 1980, 41 ans de travail.* ». Cette longue expérience professionnelle peut renforcer son implication en termes de continuité, car CS_01 peut percevoir un coût élevé associé au fait de quitter l'organisation en raison de son investissement en temps et en formation.

Nous allons nous concentrer sur les caractéristiques psychologique de AS_04. La motivation de CS_01 à travailler dans le secteur médico-social et plus particulièrement dans les EHPAD provient de ses expériences passées en tant qu'aide-soignante, infirmière et cadre de santé : « *J'ai eu la chance de travailler dans un EHPAD avant même d'être infirmière et cadre de santé. J'ai eu la chance d'être infirmière dans un EHPAD, d'avoir cette expérience : de connaître l'environnement, de connaître les enjeux.* » (CS_01). Cette connaissance préalable de l'environnement et des enjeux peut renforcer son implication affective et normative envers l'organisation. La satisfaction professionnelle de CS_01 réside dans la possibilité d'accompagner les personnes âgées et leur famille et de mettre en place des projets d'accompagnement : « *Je vais m'occuper de personnes âgées dans des EHPAD pour leur permettre d'avoir un vrai projet d'accompagnement. [...] L'hôpital ça va trop vite puis moi je ne suis pas et je n'étais pas une infirmière technicienne voilà ce n'était pas du tout ce que j'avais envie de faire je suis plutôt dans la relation.* » (CS_01). Cette satisfaction peut renforcer l'implication affective et normative envers l'organisation. Cependant, CS_01 perd du sens en raison de l'évolution de la population et de la sanitarisé des EHPAD : « *On ne trouve plus de sens dans ce que l'on fait. [...] On n'est pas là-dedans* » (CS_01). Cette perte de sens peut entraîner une diminution de l'implication affective envers l'organisation. De plus, CS_01 souligne que la mission des EHPAD a changé, passant de l'accompagnement des personnes âgées dans un mode de vie presque naturel à un profil plus médicalisé : « *C'est pas du tout le bon indicateur. C'est ce qui traduit notre nouveau profil du médico-social vers le sanitaire. [...] Et là c'est difficile.* » (CS_01). CS_01 exprime également que la satisfaction professionnelle

ne repose pas uniquement sur le salaire, mais aussi sur la notion de projet d'équipe et le retour au sens : « *Je ne crois pas que c'est qu'une question de salaire sincèrement, je pense que ça en fait partie. C'est cette notion de projet d'équipe qui me semble fondamentale et le retour au sens.* » (CS_01). Cette approche holistique de la satisfaction professionnelle souligne l'importance de prendre en compte les différents aspects de l'expérience professionnelle pour favoriser l'implication des employés. Pour ce qui est du stress, CS_01 souligne la difficulté de gérer le stress lié à la communication d'informations parfois négatives aux employés, tout en tenant compte de leur rôle et de leur état d'esprit : « *Il y'a des moments où je me dis je vais aller au charbon. Je sais que je ne vais pas annoncer une bonne nouvelle donc c'est à moi de faire comprendre les choses tout en tout en comprenant leur rôle. J'ai cet avantage, elles savent que j'ai été aide-soignante. J'ai cette légitimité, j'ai cette chance-là. Et du coup je sais dans quel état d'esprit elles peuvent être quand elles vont recevoir l'information. Donc j'anticipe les réflexions* » (CS_01). De plus, CS_01 mentionne que la notion de stress n'est pas abordée à l'école des Cadres, bien qu'elle soit essentielle dans le contexte actuel, en particulier depuis la crise de la Covid : « *En globalité, la seule notion qui n'apparaît pas à l'école des Cadres, c'est la notion de stress. Cette notion est extrêmement importante, elle s'est accentuée depuis un an avec la crise de la Covid* » (CS_01). Cela souligne l'importance de la formation et du soutien en matière de gestion du stress pour les cadres des EHPAD. Enfin, CS_01 souligne que la disponibilité peut être à la fois un avantage et un inconvénient pour la gestion du stress : « *C'est la disponibilité qui compte pour moi. Cela peut être un inconvénient dans la mesure où l'on peut être submergé et, étant quelqu'un d'un peu désorganisé dans ma tête par moments, cela peut m'impacter. Cependant, la disponibilité signifie être la personne vers qui le personnel se tourne en raison de cette disponibilité, et c'est extrêmement enrichissant. J'apprécie énormément cela.* » (CS_01). La disponibilité peut renforcer l'implication affective et normative envers l'organisation, mais elle peut également augmenter le stress et potentiellement affecter négativement l'implication des employés.

En ce qui concerne ses aspirations professionnelles, CS_01 exprime une certaine satisfaction à l'égard de sa carrière en décrivant l'évolution qu'elle a connue et les attentes qu'elle a pour la fin de sa carrière : « *je suis à 2 ans de la retraite, je trouve que j'ai fait une carrière dont je suis fière : passer d'aide-soignante à infirmière et enfin cadre de santé. Je me suis formée a beaucoup de choses. Ma perspective pour la suite de ma carrière, c'est de mettre en place ce que j'ai appris.* ». Cette citation reflète l'implication affective de l'CS_01 envers l'organisation, car elle montre une connexion émotionnelle avec son travail et une satisfaction des objectifs de carrière atteints. En ce qui concerne les attentes de CS_01 en matière de développement professionnel, il est important de noter que, bien qu'elle se rapproche de la retraite, elle souhaite continuer à contribuer à l'organisation en mettant en œuvre les compétences et les connaissances acquises au cours de sa carrière. Cette attitude témoigne d'une implication continue envers l'organisation, ce qui est conforme à l'implication normative, où les employés se sentent obligés de rester et de contribuer en raison d'un sentiment de loyauté et d'obligation morale envers leur employeur.

Dans cette analyse, nous nous concentrons sur les relations au travail de l'CS_01, en particulier la qualité des relations avec les supérieurs et les collègues. La qualité des relations avec les supérieurs joue un rôle crucial dans l'implication des employés. CS_01 souligne l'importance du soutien organisationnel et d'être sur la même longueur d'onde que les

supérieurs: « *Quand on nous a dit que nous avions des responsabilités que nous sommes un peu la plaque tournante dans un EHPAD, on est loin du compte. Il y a beaucoup, beaucoup de responsabilités et de stress. C'est compliqué quelques fois après j'ai eu de la chance d'avoir des directeurs toujours à l'écoute. On a toujours été sur la même longueur d'onde et ça je trouve que c'est vraiment une chance. Où que j'aie été en tant que cadre, j'ai toujours fonctionné avec eux sur le même longue d'onde, on était toujours d'accord en fait. J'ai toujours eu l'impression d'être entendu ça c'est important* » (CS_01). Cette citation illustre l'importance de l'implication affective, où les employés éprouvent un lien émotionnel avec l'organisation en raison du soutien et de la compréhension de leurs supérieurs. En ce qui concerne les relations hiérarchiques, AS_04 partage son expérience positive avec des directeurs non autoritaires et attentifs aux besoins des soignants : « *ça fait très longtemps que je travaille en EHPAD, je n'ai jamais eu de directeur médecin ou faisant partie du médical jamais. Une fois j'ai eu un directeur qui avait été psychomotricien. Je trouve que ça a été une sacrée approche, c'était vraiment une force aussi. C'est la seule expérience que j'ai eue sinon c'étaient toujours des gens administratifs capables d'entendre les demandes de soignantes, les conseils de soignants, j'ai eu cette chance-là. Peut-être que c'est une chance mais je n'ai jamais eu de directeur très autocratique, très directif, très administratif.* » (CS_01). Enfin, CS_01 souligne l'importance de la qualité des relations pour impliquer affectivement le personnel à l'EHPAD : « *Comment développer le côté affectif ? Percevoir l'établissement d'un point de vue affectif C'est ça que vous voulez dire ? Je crois que c'est d'être bien dans l'équipe, c'est de créer des liens dans l'équipe et avoir des projets communs. Quand vous avez des projets et qu'on est dans une équipe, on se sont bien intégrés. C'est ça qui fait rester ce sont les projets.* » En conclusion, les relations au travail, notamment la qualité des relations avec les supérieurs et les collègues, jouent un rôle crucial dans l'implication des employés

IDE 02 :

IDE_02 est un homme de 27 ans ayant suivi une formation d'infirmier à l'école du CHU entre 2009 et 2012. Il fait partie de la promotion appelée "crash test", qui a connu une réforme dans la formation des infirmières : « *Moi je fais partie de la promotion qu'ils ont appelé le crash test, celle de 2009 était la première promotion avec la nouvelle réforme avec le nouveau référentiel sur le modèle universitaire. Ma formation a été très entre les 2. J'ai fait une grosse partie de l'ancienne réforme et une petite partie de la nouvelle réforme.* » (IDE_02). IDE_02 souligne les différences entre les deux réformes, et estime que la nouvelle réforme a mis davantage l'accent sur la théorie, ce qui a eu un impact sur la capacité des étudiants à faire des liens entre les différentes connaissances : « *Maintenant c'est sur le mode universitaire et du coup il y a beaucoup, beaucoup de théories. Et ça, ça n'apprend pas forcément à faire les liens sur toutes ces connaissances-là.* » (IDE_02). Il mentionne également que le contenu de la formation a été influencé par la nouvelle réforme : « *On avait un petit peu de cours de la nouvelle réforme dans la partie universitaire et l'intitulé qui se trouvait en bas des pages, c'était 2ème- 3e année de médecine, de pharmacologie. C'était carrément du copié-collé des premières années de médecine et de pharmacologie.* » (IDE_02). Quant à la formation pratique, IDE_02 souligne l'importance des stages pour apprendre le métier d'infirmière et reconnaît que certains formateurs étaient déconnectés de la réalité : « *Après, lors des stages, on apprend toute la technicité du métier. C'est un métier qui exige beaucoup d'actes à apprendre. On étudie aussi la théorie pendant les stages, mais c'est là où on apprend vraiment*

le métier. Les premières années du diplôme à l'école sont consacrées à cette formation. En ce qui concerne le décalage, j'ai remarqué que certains formateurs n'avaient pas mis les pieds dans un service depuis environ 20 ans. Lorsque nous leur expliquions nos stages et les comptes-rendus de stage à réaliser, ils semblaient surpris. Ils nous disaient : "Ah bon, c'est comme ça ?" Ils étaient déconnectés de la réalité. » (IDE_02). Pour ce qui est des expériences professionnelles, IDE_02 a une expérience professionnelle variée et riche, ayant travaillé dans de nombreux domaines et lieux : « j'ai fait 5 ans d'intérim avant de venir ici, beaucoup de remplacements à droite à gauche. », « oui j'ai fait beaucoup de service via l'intérim. dans beaucoup de service et géographiquement dans beaucoup d'endroits, l'hôpital les foyers de vie les MAS les IME les ehpad, un petit peu de tout du domicile aussi. ». Cette expérience professionnelle antérieure a probablement contribué à façonner ses préférences professionnelles, ses compétences et ses attentes en matière de travail, ce qui influence son implication envers l'EHPAD où il travaille actuellement. L'appréciation d'IDE_02 pour le travail en EHPAD est en partie due à sa préférence pour le public gériatrique et à l'ambiance plus familiale offerte par ces structures par rapport aux grands hôpitaux : « L'EHPAD c'est que j'aime bien le public voilà j'apprécie beaucoup la gériatrie. j'aime aussi l'ambiance de l'EHPAD c'est souvent une petite structure contrairement aux gros hôpitaux je pense au CHU et où là on est cantonné à son service c'est gigantesque et là on garde un petit peu l'aspect familial tout le monde se connaît déjà dans le personnel. on connaît notre contre équipe on connaît la pharmacie nos médecins la relation n'est pas du tout la même. » (IDE_02). IDE_02 a également souligné l'importance d'avoir des relations de travail positives avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques. La qualité de ces relations peut avoir un impact significatif sur l'implication affective et la satisfaction professionnelle. Dans le cas d'IDE_02, il semble avoir établi des relations de travail solides et apprécie l'environnement de travail, ce qui renforce son implication envers l'EHPAD. En conclusion, l'expérience professionnelle d'IDE_02, y compris ses expériences professionnelles antérieures et ses préférences en matière de travail, joue un rôle important dans son implication dans l'EHPAD.

L'analyse des profils d'implication de l'IDE_02, en se concentrant sur les caractéristiques psychologiques, met en évidence l'importance de la motivation, de la satisfaction professionnelle et du choix professionnel. Tout d'abord, la motivation géographique joue un rôle crucial dans le choix d'IDE_02 de travailler dans cet EHPAD : « c'est aussi pour ça que je suis venu là j'ai acheté une maison pas très loin d'ici. » Cette proximité géographique peut renforcer l'attachement à l'établissement. Ensuite, la taille de l'EHPAD et le nombre d'effectifs sont des facteurs clés pour IDE_02, qui considère qu'ils permettent un bon fonctionnement et des relations de proximité : « La petitesse de l'établissement, déjà je pense là on a 14 aides-soignantes, si on en avait 3 fois plus ça serait peut-être plus compliqué de garder de la proximité avec tout le monde. Oui la taille de l'établissement, les effectifs, après peut être le fait qu'on soit tous du coin. » (IDE_02). Ce contexte favorise ainsi une implication affective, même si IDE_02 affirme ne pas être trop dans l'affectif. Concernant les dimensions de l'implication, IDE_02 déclare : « je ne pense pas être trop dans l'affectif par rapport à mon métier, je ne pense pas être trop dans la loyauté non et dans le besoin, non je ne fais pas les choses par besoin mais fatalement par la force des choses oui. » Cette citation montre que la motivation d'IDE_02 ne provient pas uniquement de l'attachement affectif, de la loyauté ou du besoin, mais plutôt d'un ensemble de facteurs contextuels et psychologiques. La satisfaction professionnelle d'IDE_02 est principalement liée à l'appréciation du public gériatrique et à l'ambiance familiale de l'EHPAD : « L'EHPAD c'est que j'aime bien le public voilà j'apprécie beaucoup la gériatrie. j'aime aussi l'ambiance de l'EHPAD c'est souvent une petite structure

contrairement aux gros hôpitaux je pense au CHU et où là on est cantonné à son service c'est gigantesque et là on garde un petit peu l'aspect familial tout le monde se connaît déjà dans le personnel. on connaît notre contre équipe on connaît la pharmacie nos médecins la relation n'est pas du tout la même. » (IDE_02). Cette citation souligne l'importance des relations interpersonnelles et de la proximité avec les collègues et les patients pour IDE_02, contribuant à son implication affective dans l'établissement. Cette déclaration suggère que le choix de devenir infirmière était en partie influencé par des facteurs externes, mais que le métier correspond finalement bien à la personnalité et aux aspirations d'IDE_02. IDE_02 évoque le stress engendré par la crise du Covid-19 et le rôle de l'ARS dans la gestion de cette situation : « Dans l'EHPAD ? Ça s'est passé comment le Covid ? Pour revenir sur l'ARS, au début très mal. L'ARS nous a bien menti, (...) plutôt que de nous expliquer qu'il n'y avait pas assez de masque et on les gardera pour les cas positifs, on aurait compris. L'ARS pour moi de mon point de vue, la confiance elle est partie totalement, on nous a menti on s'en est rendu compte. » Cette citation montre que la gestion de la crise par l'ARS a eu un impact négatif sur la confiance et la satisfaction professionnelle d'IDE_02. IDE_02 décrit également le stress subi par le personnel de l'EHPAD_03 durant la crise du Covid-19 : « Après le reste de la crise comme la population générale on a été soumis au stress parce que on était devant le poste de radio, la télévision, on a vécu des périodes très stressantes. » Toutefois, IDE_02 reconnaît la chance qu'a eu l'EHPAD_03 de bien gérer la situation : « On a eu de la chance dans l'EHPAD de gérer la situation pas trop mal ou alors c'est la facteur chance on a eu un seul cas Covid qui ne s'est pas contaminé dans l'EHPAD. » En outre, IDE_02 mentionne les défis liés aux recommandations de l'ARS et l'incertitude quant à leur application : « L'ARS aussi tout cette petite armée de bureaucrate qui nous faisait des pavés comme ça (geste pour montrer un volume important) par jour de recommandation qui fallait lire, qu'il fallait s'organiser, il fallait s'adapter ça restait des recommandations et pas des obligations donc du coup on ne savait pas comment les recevoir non plus. Comment les appliquer s'il fallait vraiment les appliquer ? L'ARS n'a pas du tout joué son rôle. » Dans le cas d'IDE_02, la gestion de la crise du Covid-19 par l'ARS et les défis liés à l'adaptation aux recommandations ont eu un impact sur sa satisfaction professionnelle et son niveau de stress. Pour améliorer l'implication des employés, il est important de prendre en compte ces facteurs psychologiques et d'assurer une gestion adéquate des situations de crise et une communication claire avec le personnel.

Concernant ses aspirations professionnelles, IDE_02 exprime clairement que sa position actuelle d'infirmière lui convient et qu'elle n'a pas de perspectives d'évolution professionnelle à court terme : « pour l'instant ma position me convient tout à fait. J'ai assez de choses dans ma vie privée pour ne pas avoir à m'investir professionnellement, donc non, infirmier me va très bien. je ne me vois pas évoluer en cadre ou en quoi que ce soit. je pense que le jour où infirmier ne me va plus du tout je changerai de secteur. je ne serai plus dans le sanitaire voilà. » Cette citation révèle que l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle est un facteur clé pour IDE_02 et que son implication envers son poste actuel est en partie lié à sa satisfaction dans d'autres domaines de sa vie. De plus, le changement de statut d'IDE_02, passant d'un CDD à un CDI, témoigne d'une certaine stabilité dans sa vie personnelle : « comme je voyage beaucoup le CDD m'allait bien, je pouvais partir 2 mois par an. et maintenant je demande un CDI. » Ces déclarations montrent que les changements dans la vie personnelle d'IDE_02, tels que devenir parent, ont une influence sur ses aspirations professionnelles et son implication envers son organisation. Dans le cas d'IDE_02, la satisfaction dans sa vie privée et les changements dans sa vie personnelle jouent un rôle clé dans son implication

envers son poste actuel et son organisation. L'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle apparaît donc comme un facteur déterminant dans l'implication d'IDE_02 et dans sa volonté de rester dans son poste actuel. Pour ce qui est de ses objectifs de carrière, IDE_02 exprime sa satisfaction quant à sa position actuelle, mettant en avant l'importance de l'équilibre entre sa vie privée et sa vie professionnelle : « *pour l'instant ma position me convient tout à fait. J'ai assez de choses dans ma vie privée pour ne pas avoir à m'investir professionnellement, donc non- infirmier me va très bien.* » Cette citation montre que la prise en compte des priorités personnelles et des attentes professionnelles est cruciale pour l'implication des employés. Par ailleurs, IDE_02 ne voit pas de perspectives d'évolution dans sa carrière actuelle : « *je ne me vois pas évoluer en cadre ou en quoi que ce soit. je pense que le jour où infirmier ne me va plus du tout je changerai de secteur. je ne serai plus dans le sanitaire voilà.* » Cette déclaration souligne que la stagnation dans un poste peut influencer l'implication des employés, les incitant à envisager de changer de secteur si leur poste actuel ne leur convient plus. De plus, IDE_02 exprime les difficultés à envisager un changement de métier en raison de sa situation personnelle : « *Changer de métier maintenant serait compliqué pour moi, je viens juste d'être papa, changé de métier serait un peu compliqué.* » Cela montre que les circonstances personnelles peuvent également affecter les choix professionnels et l'implication envers une organisation. Enfin, IDE_02 partage ses préférences contractuelles en mentionnant son passage d'un CDD à un CDI. Cette évolution dans les préférences contractuelles démontre que les changements dans les priorités personnelles et professionnelles peuvent influencer l'implication des employés.

Au niveau des relations au travail, IDE_02 souligne l'importance de la relation avec le cadre de santé plutôt qu'avec le directeur, déclarant que « *Nous dans les soins, disons qu'on a beaucoup plus à faire à notre cadre de santé qu'au directeur donc un changement de directeur ne nous impacte pas forcément, notre organisation elle dépend, je pense, plus de la cadre de la santé qui va organiser les soins plutôt que le directeur qui va gérer certainement d'autres dossiers. Ça va nous impacter, non, pas tellement non.* » (IDE_02). Cette citation illustre que, pour les employés du secteur des soins, la relation avec les supérieurs hiérarchiques directs, tels que le cadre de santé, est perçue comme ayant une influence plus significative sur leur implication que la relation avec les cadres supérieurs, tels que le directeur. En conclusion, l'analyse des profils d'implication d'IDE_02 montre que la qualité des relations avec les supérieurs hiérarchiques, en particulier avec les supérieurs directs, est un facteur clé pour comprendre l'implication des employés envers leur organisation. Les employeurs doivent prêter attention à ces relations et mettre en place des stratégies pour les améliorer, afin de favoriser un environnement de travail propice à l'implication des employés.

IDE 03 :

IDE_03 est une femme de 58 ans qui travaille en tant qu'infirmière depuis 28 ans. Concernant son parcours éducatif et professionnel, elle mentionne : « *je suis infirmière depuis 28 ans.* ». Son expérience de longue date en tant qu'infirmière et son désir initial de travailler dans ce domaine montrent qu'elle a une forte motivation intrinsèque pour son métier, ce qui peut renforcer son implication envers son organisation. Pour ce qui est de sa formation professionnelle : « *j'ai toujours voulu faire ça. Au début je voulais faire sage-femme en région*

parisienne j'ai fait le concours de sage-femme et d'infirmière qui m'intéresse énormément et donc voilà j'ai eu le concours d'infirmière. » Cette déclaration montre que sa vocation pour le métier d'infirmière a été déterminante dans son choix de carrière et peut contribuer à son implication envers son travail. IDE_03 a choisi de suivre une formation d'infirmière après avoir passé les concours de sage-femme et d'infirmière, ce qui suggère que sa formation correspond à ses intérêts personnels et à ses aspirations professionnelles. Cela peut avoir un impact positif sur son implication envers son travail et son organisation. Pour ses expériences professionnelles, IDE_03 a une longue ancienneté dans son organisation, comme elle le mentionne : « *Je suis ici depuis 1996 ans.* » Son choix initial de rejoindre l'EHPAD était motivé par la proximité géographique et les encouragements de son mari : « *ils sont venus à moi, ma réponse a été non. Et mon mari m'a dit pourquoi tu n'y va pas c'est à côté. Non mais je vais m'ennuyer et en fait que je ne me suis jamais ennuyée.* » Cette citation révèle que, malgré ses réticences initiales, IDE_03 a finalement trouvé un épanouissement professionnel au sein de l'organisation. Son expérience professionnelle antérieure inclut divers postes dans le secteur de la santé : « *J'ai fait mes études dans la région donc j'ai travaillé en maternité, puis en maladie infection au CHU et je ne sais plus où. Après c'est les EHPAD qui m'a téléphoné pour que je vienne chez eux en fait.* » Cette diversité d'expériences lui a permis d'acquérir des compétences variées et de se familiariser avec différents environnements de travail, ce qui peut avoir renforcé son implication envers l'EHPAD. La longue ancienneté d'IDE_03 dans l'organisation et son expérience professionnelle antérieure dans divers secteurs de la santé suggèrent qu'elle est impliquée envers son travail et son organisation actuelle. L'ancienneté peut être un indicateur d'implication organisationnelle, car elle témoigne de la volonté de l'employé de rester dans l'organisation sur le long terme et de contribuer à son succès.

Nous allons évoquer les caractéristiques psychologique d'IDE_03. IDE_03 souligne l'importance de l'expression personnelle et de la communication ouverte dans son travail. Elle insiste sur le fait qu'elle a besoin de s'exprimer et de comprendre les raisons derrière les actions demandées avant de les accomplir: « *Vous me dites Carole vous faites ça demain si je ne suis pas d'accord je ne vais pas le faire du moment où je n'ai pas compris. Si j'ai compris et que je suis Okay et qu'il y'a un intérêt pour le résident et tout ça donc là je vais le faire.* » (IDE_03). Cette citation montre que l'implication d'IDE_03 dépend de sa capacité à exprimer ses opinions et à s'assurer que les tâches qu'elle effectue sont en accord avec ses convictions. IDE_03 mentionne également sa manière de fonctionner et de réagir face aux situations qui lui plaisent ou non: « *moi je fonctionne, quelque chose qui ne me plaît pas ou me plaît, je dis tout devant après ça me plaît, ça ne me plaît pas mais moins on sait où on en est. Ça fonctionne aussi avec le calendrier aussi. On sait où on est et puis on peut réagir tout de suite.* » (IDE_03). Cette déclaration suggère que la transparence et la capacité à réagir rapidement aux situations sont des éléments clés de l'implication d'IDE_03 dans son travail. En ce qui concerne les valeurs, IDE_03 met l'accent sur l'empathie et l'importance de créer un environnement chaleureux pour les résidents et les collègues : « *Enfin je pense qu'ici il faut quand même une joie de vie, les résidents ne sont pas bien. Ils ont besoin.* », « *Oh oui j'aime mes collègues, j'aime les élèves. Moi je suis assez empathique.* » (IDE_03). Ces citations montrent que les valeurs d'IDE_03, notamment l'empathie et la joie de vivre, influencent son implication dans son travail et sa relation avec les résidents et les collègues. En somme, l'analyse des profils d'implication d'IDE_03 met en évidence l'importance de la personnalité et des valeurs dans son implication professionnelle. Son besoin de s'exprimer et de comprendre les tâches à accomplir, sa transparence et sa réactivité, ainsi que ses valeurs d'empathie et

de joie de vivre sont des éléments clés de son implication au travail. Pour ce qui est de sa motivation, IDE_03 évoque son histoire personnelle et son expérience précoce des hôpitaux comme source de sa vocation professionnelle : « *je pense que c'est ma vie, ma vie d'enfant. J'ai connu les hôpitaux très tôt à l'âge de 2 ans* » (IDE_03). Cette citation montre que les expériences personnelles d'IDE_03 ont influencé son choix de carrière et son implication dans son travail. En ce qui concerne la motivation financière, IDE_03 reconnaît que les facteurs économiques jouent un rôle dans le choix de travailler : « *Il y a quand même des raisons financières autrement, on ne travaillerait pas* » (IDE_03). Cependant, elle souligne également que le salaire n'était pas sa principale préoccupation lorsqu'elle est devenue infirmière et qu'elle a même participé à des grèves pour améliorer les conditions salariales : « *Je n'ai pas regardé le salaire pour être infirmière. En plus moi j'ai fait la grève pour la réforme, on était payé au SMIC quand on a commencé.* » (IDE_03). Cette déclaration montre que, bien que les considérations financières soient présentes, la motivation d'IDE_03 ne repose pas uniquement sur les récompenses monétaires. IDE_03 aborde également les inégalités salariales entre infirmières et aides-soignants dans les EHPADs : « *Une infirmière qui commence peut faire autre chose, parce qu'on est moins bien payée que les aides-soignants. Les infirmières en EHPAD sont moins payées que les Aides-soignants qui commencent en EHPAD. Avec les nouvelles réformes, la prime grand âge qu'on n'a pas. Ils ont ça en plus.* » (IDE_03). Cette citation montre que les disparités salariales peuvent également influencer l'implication d'IDE_03 dans son travail. Enfin, IDE_03 mentionne son choix de travailler dans le secteur public et les valeurs qui sous-tendent ce choix : « *J'ai toujours travaillé dans le public.* », « *Oui parce rapport au droit à l'accès aux soins.* » (IDE_03). Ces déclarations révèlent que les valeurs d'IDE_03, en particulier l'égalité d'accès aux soins, sont des facteurs importants qui influencent son implication professionnelle. En somme, l'analyse des profils d'implication d'IDE_03 met en évidence l'importance de l'ancienneté dans l'organisation, de la motivation et de la vocation dans son implication professionnelle. Les expériences personnelles, les motivations financières et non financières, ainsi que les valeurs d'IDE_03 contribuent à façonner son implication dans son travail. La satisfaction professionnelle d'IDE_03 est exprimée par son désir de prendre soin des autres et de rendre leur vie plus agréable : « *Déjà c'est de prendre soin de l'autre. C'est aimer prendre soin de l'autre. Et puis trouver des solutions pour rendre son hospitalisation, la vie des résidents plus agréable. Faire ça tous les jours.* » (IDE_03). Ce sentiment de satisfaction découle de l'accomplissement personnel et de l'impact positif sur la vie des résidents. IDE_03 souligne l'importance de la taille de l'EHPAD dans son implication professionnelle : « *déjà la grandeur de la résidence 130 résidents c'est trop pour moi, 82 ça suffit. Après il y a moins d'infirmière. Et l'entente.* » (IDE_03). Elle préfère les structures plus petites qui favorisent le bien-être et le vécu du personnel et des résidents. Elle évoque également la relation entre son implication et son établissement, reconnaissant que l'établissement a de la chance de l'avoir ainsi que ses collègues : « *Je dirais plutôt que cet établissement a de la chance de nous avoir, ce serait beaucoup plus ça.* » (IDE_03). En termes de rémunération, IDE_03 mentionne les inégalités salariales entre infirmières et aides-soignants en EHPAD : « *Une infirmière qui commence peut faire autre chose, parce qu'on est moins bien payées que les aides-soignants. Les infirmières en EHPAD sont moins payées que les Aides-soignants qui commencent en EHPAD. Avec les nouvelles réformes, la prime grand âge qu'on n'a pas. Ils ont ça en plus.* » (IDE_03). Malgré cela, la liberté de prise en charge est ce qui l'incite à rester dans son EHPAD : « *Après vous avez d'autres structures à mon avis ça ne le permet pas. C'est pour ça que je reste là, je pense que je ne trouverai pas mieux.* » La proximité géographique de l'administration est perçue comme un avantage et un inconvénient par IDE_03. D'une part, cela permet un contact direct et familial, mais d'autre part, cela peut

entraîner des problèmes liés à la connaissance des affaires personnelles : « *C'est un avantage comme un désavantage, c'est que familial. Ça peut être un désavantage aussi.* » (IDE_03). Enfin, IDE_03 aborde le stress et son expérience personnelle du burnout, en reconnaissant qu'elle a dû prendre du temps pour se remettre et trouver un équilibre entre sa vie personnelle et professionnelle : « *On n'a pas peur. Après moi je suis le bon cas. Parce que moi je suis au Burnout dû à la pression entre la vie personnelle et le travail forcément, je ne suis pas restait longtemps, le temps de me booster.* » (IDE_03) ». En résumé, l'analyse du profil d'implication d'IDE_03 met en évidence plusieurs facteurs qui influencent son implication et sa satisfaction professionnelle. Ces facteurs incluent la taille de l'EHPAD, le lien avec son établissement, la rémunération, la proximité géographique de l'administration et le stress. Chacun de ces éléments contribue à façonner l'expérience d'IDE_03 en tant qu'infirmière en EHPAD et à déterminer son niveau d'implication et de satisfaction au travail.

En ce qui concerne ses aspirations personnelles, IDE_03 est ouverte à la possibilité de changer de poste, à condition que cela reste dans le domaine des soins : « *Si on me proposait un autre poste, ça m'intéresse pourquoi pas.* », « *Si c'est dans mes cordes oui, infirmière coordinatrice.* ». Cette ouverture d'esprit suggère une volonté de s'adapter et d'évoluer dans sa carrière, tout en restant fidèle à sa vocation de soignante. Elle reconnaît également que son expérience et son ancienneté pourraient limiter certaines opportunités : « *Peut-être parce que moi, on ne va pas me chercher parce que je coûte trop cher maintenant ils ne me veulent plus.* ». IDE_03 souligne également l'importance de la profession de soignant dans sa vie, indiquant que cela dépasse la simple notion de métier : « *Quand vous sortez vous êtes encore soignant. Vous êtes considéré par tout le monde comme soignant. On vient vers vous Carole j'ai ma prise de sang tu ne peux vous voyez ?* », « *on est toujours soignant* » et « *Donc la nuit je suis encore soignant. On a l'impression qu'on est que ça. C'est plus qu'un métier, c'est qu'une profession. C'est toute votre vie.* » (IDE_03). Cette perspective souligne la profondeur de son implication envers sa profession et son désir de rester dans le domaine des soins. En ce qui concerne les attentes d'IDE_03 en matière de développement professionnel, l'accès à des formations est mentionné comme un élément essentiel : « *on a demandé les formations quand il y a eu la réforme on est allé dans les écoles pour se reformer et surtout pour les nouvelles démarches de soins* ». Cette citation montre qu'IDE_03 est proactive dans sa quête de développement professionnel et reconnaît l'importance de se tenir informée des nouvelles pratiques et réformes dans le secteur de la santé. En conclusion, l'analyse des aspirations professionnelles d'IDE_03 révèle une infirmière impliquée et déterminée à rester dans le domaine des soins, tout en étant ouverte à de nouvelles opportunités et à la croissance professionnelle.

En ce qui concerne les relations au travail, en commençant par celle avec ses supérieurs hiérarchiques, notamment le cadre de santé et le nouveau directeur, IDE_03 exprime un certain soulagement d'avoir un cadre de santé qui gère le budget, lui permettant ainsi de se concentrer sur d'autres aspects de son travail : « *La seule qui est contente d'avoir un cadre parce que ça décharge.* » (IDE_03). En revanche, avec l'arrivée du nouveau directeur, IDE_03 fait part de ses inquiétudes quant à la nécessité de faire ses preuves à nouveau et de s'adapter aux nouvelles personnalités : « *la seule chose qu'on se dit, ola ola il va falloir encore faire nos preuves. Dire qui on est, sur nos caractères, vous voyez. Vous pouvez être pris en grippe par certains, après quand ils vous connaissent, c'est fini. Arriver à se connaître ça c'est un temps d'adaptation.* » (IDE_03). En ce qui concerne les relations entre collègues, IDE_03 souligne l'importance de la solidarité au sein de l'équipe, notamment lorsqu'il y a des difficultés : « *J'ai*

toujours vu dès qu'il y a un gros coup, il y a de la solidarité. ». Elle évoque également la qualité de ses relations avec les autres infirmières, appréciant la bonne entente et la camaraderie qui règne au sein de l'équipe : « *Au niveau de l'équipe infirmier moi je suis bien quoi.* » et « *moi comme j'ai des bons collègues. Parce qu'à chaque fois qu'on recrée une autre équipe on se sent un peu pote tous.* » (IDE_03). En conclusion, l'analyse des relations au travail de l'IDE_03 montre qu'elle attache une grande importance à la qualité des interactions et à la solidarité entre les membres de l'équipe.

Annexe 7.4. Profil d'implication des personnels de santé (EHPAD 4)

AS_05 :

Les variables démographiques et les antécédents professionnels d'AS_05 sont des éléments importants à prendre en compte pour comprendre son profil d'implication. AS_05 est une jeune femme de 25 ans, pacsée, sans enfant. Concernant son éducation et sa formation, AS_05 a changé de carrière, passant de coiffeuse à aide-soignante depuis deux ans. Ce changement de profession et le niveau d'éducation d'AS_05 peuvent avoir un impact sur son implication dans son rôle actuel au sein de l'EHPAD. Pour ce qui est de ses expériences professionnelles, AS_05 a commencé à travailler dans l'organisation actuelle dès l'obtention de son diplôme il y a deux ans, mais elle ne sait pas encore si elle y fera toute sa carrière « *J'ai été diplômé, il y a deux ans. Dès que je suis sortie de l'école, je suis venue travailler ici donc je ne sais pas si je ferais toute ma carrière ici.* ». Avant de rejoindre l'EHPAD, elle a acquis de l'expérience dans divers domaines, notamment en rhumatologie, en rééducation, en foyer pour personnes polyhandicapées et en réanimation « *pendant l'école, j'ai fait le handicap [...] L'EHPAD, un service de rééducation aussi, ASSR et puis j'ai fait le handicap au foyer en SAS [...] et après j'ai fait la réanimation [...]* ». Elle a également idéalisé le travail à domicile, mais a réalisé qu'elle préférerait un environnement plus dynamique « *Autant au départ je l'avais idéalisé le domicile [...] mais moi il faut que ça bouge, il faut que ce soit dynamique* ».

L'étude explore les différentes facettes de l'implication d'AS_05, en mettant en lumière les aspects psychologiques liés à sa personnalité, ses valeurs, sa motivation, sa satisfaction professionnelle, son autonomie, le besoin de revalorisation du métier, la fierté et le stress.

AS_05 souligne l'importance d'équilibrer la vie professionnelle et personnelle, en mentionnant sa passion pour le travail et l'impact de celui-ci sur sa vie privée : « *C'est prenant et surtout si on est passionnés. J'ai tendance à ramener beaucoup de choses avec moi. J'ai du mal à laisser au vestiaire alors cependant à l'inverse ma vie personnelle reste au vestiaire mais par contre quand je débauche mon travail vient avec moi.* » (AS_05). Les valeurs d'AS_05 incluent l'empathie, la discrétion professionnelle, la ponctualité et l'assiduité : « *empathie, la discrétion professionnelle, le secret professionnel, c'est super important, ne pas divulguer quelconque information sur une personne qu'on a en charge.* » (AS_05). Sa motivation est principalement liée à la passion pour son travail, les valeurs qu'il incarne et son intérêt pour la communication et les relations humaines : « *sans mon boulot, je ne ferais rien et que mon boulot, je ne le fais pas par dépit, je le fais vraiment par passion et par valeurs et cetera.* » (AS_05).

AS_05 exprime sa satisfaction professionnelle à travers la richesse des communications et la diversité des âges parmi les collègues et les résidents : « *Pour moi les avantages de mon métier c'est vraiment la communication, la richesse de la communication, le fait de travailler avec des personnes d'âge varié surtout entre collègues parce qu'on a toutes des âges complètement différents, complètement où y a vraiment des personnes qui sont proches de la retraite et puis des toutes jeunes qui sont toutes juste aptes à travailler* ». (AS_05). Il apprécie également l'autonomie qu'il a dans la gestion de son travail, en particulier concernant les tâches quotidiennes : « *On nous laisse de l'autonomie et de pouvoir tout gérer. Après on est tout dans l'optique on est là pour les résidents le repas est servi au plus tard à midi 15 donc il faut que les toilettes soit bouclé.* » (AS_05). AS_05 ressent le besoin de revalorisation de son métier, surtout pendant la crise sanitaire, où il a été en première ligne pour prendre soin des personnes âgées et handicapées : « *Être bien clair avec tout ça et ils ont commencé à le faire et Dieu merci et la revalorisation du métier parce que c'est vrai que jusque-là, ont été un peu les oubliés d'un établissement de santé ou du médico-social.* » (AS_05). Il éprouve également une certaine fierté face à la gestion réussie de la pandémie au sein de son établissement : « *Je pense que déjà il y a une certaine culpabilité qui s'enlève et puis après je pense qu'il y a des choses qui ont été mises en place, au début ça fait râler, et puis on se dit finalement on est un des rares établissements accueillant des personnes âgées ou en situation de handicap qui n'a pas été du tout été touché par la Covid depuis le début de la crise.* » (AS_05).

Cependant, le stress est un élément inévitable dans le travail d'AS_05, exacerbé par l'impact du Covid-19. AS_05 témoigne de la détresse émotionnelle de ses résidents, qui ont souffert de l'isolement et du manque de contact avec leurs proches : « *Ça blesse parce qu'on se dit, on a beau faire tout notre possible, on a beau être là tous les jours quand ils ont besoin, on n'est pas leur famille, leurs proches. Et ça leur manque.* » (AS_05). Les restrictions imposées aux funérailles ont également été difficiles à accepter pour AS_05, un professionnel empathique : « *Et même des personnes, des résidents qui ne sont pas décédés des suites de la crise et à qui on ne peut pas rendre un bel hommage à cause des restrictions appliquées aux enterrements. Les restrictions avec 20 personnes maximal durant les obsèques et de ne pas avoir les personnes qu'ils auraient voulues même pour la famille la plus proche et se dire on est obligé de faire un tri pour dire au revoir à la personne qui est partie.* » (AS_05). Pour faire face à ces défis, AS_05 a ressenti le besoin d'une écoute plus active auprès des résidents, qui étaient inquiets et privés d'informations sur la situation extérieure : « *au départ oui parce que c'étaient beaucoup les hôpitaux en tensions, c'était beaucoup la réanimation et on ne parlait pas forcément de tout ce qui avait été mis en place dans les EHPADs ou dans les autres structures médico-sociales et du travail qu'on a fourni. Il a fallu une écoute plus active auprès des résidents parce qu'ils étaient tous inquiets ils n'avaient aucune information de l'extérieur et parce que nous on venait de l'extérieur.* » (AS_05).

Concernant les objectifs de carrière d'AS_05, il est mentionné que ses perspectives sont actuellement davantage axées sur sa vie personnelle plutôt que sur son évolution professionnelle : « *Pour le moment non parce que mes perspectives sont beaucoup plus personnelles pour le moment, après je ne sais pas si je me vois aide-soignante toute ma vie. Alors souvent on me demande est-ce que tu comptes évoluer et devenir infirmière ? Pour le moment pas du tout mais pas du tout si je dois changer ce serait vraiment soit du social, soit*

carrément autre chose. » (AS_05). Cette citation souligne l'incertitude d'AS_05 quant à son avenir professionnel et sa réticence à envisager une évolution vers le métier d'infirmière. En ce qui concerne les attentes d'AS_05 en matière de développement professionnel, il exprime le désir de se découvrir en tant que professionnel avant de s'impliquer dans un milieu sanitaire nécessitant davantage de compétences spécifiques liées au métier d'aide-soignant : « *Je voulais quand même me découvrir moi en tant que professionnel avant de pouvoir exercer dans un milieu sanitaire ou c'est carrément toutes les connaissances proprement dite d'une aide-soignante.* » (AS_05). Cette citation met en lumière l'importance pour AS_05 d'acquérir une compréhension approfondie de son rôle et de ses compétences avant de s'impliquer dans des environnements professionnels plus exigeants.

Nous allons voir les relations au travail de l'AS_05, tels que la qualité des relations avec les supérieurs, la proximité de la direction et de l'encadrement, les relations avec les collègues et les interactions avec la famille des résidents. AS_05 décrit la hiérarchie comme étant protectrice, avec une attention particulière portée aux salariés et aux résidents : « *Je pense que déjà la hiérarchie et d'elle-même protectrice. Pour ma part, c'est vraiment un ressenti personnel que ce soit envers les salariés ou envers les résidents et je pense que c'est un point fort. On veille à faire attention à nos pensionnaires.* » (AS_05). De plus, AS_05 souligne la compréhension et l'empathie de l'IDEC envers les défis rencontrés par les aides-soignants : « *C'est vrai que bon l'IDEC a beau connaître le métier, elle a beau savoir que c'est dur, que les journées sont tellement condensées que quand on sort du travail concrètement la vie perso il y en a plus [...] Je trouve que c'est mieux pour se rendre compte et puis l'approche la rend différente.* ». L'encadrement est décrit comme étant proche et familial, offrant un environnement de travail convivial : « *Voilà aussi. Et puis bon sur mon lieu de travail je trouve que c'est assez familial dans le sens où on a une direction qui sait prendre la pause de 10h avec nous, les pauses repas aussi. [...] Je trouve que c'est chouette parce que y'a pas seulement des échanges professionnels et on ne se sent pas comme « la petite main du coin.* » (AS_05). Les relations entre les collègues sont également perçues comme égalitaires et collaboratives : « *Non pour moi, elles se mettent au même niveau que nous. Ce n'est pas parce qu'on est infirmière qu'on ne va pas aider notre collègue, aide-soignante, à faire une toilette ou à faire manger les résidents quand il y a besoin. . Non sur ça il n'y a pas hiérarchie* » (AS_05). La citation met également en évidence que cette collaboration et cette égalité ne sont pas observées partout : « *Et ça c'est bien, on ne le voit pas partout non plus.* » (AS_05). AS_05 apprécie l'interdisciplinarité et le partage professionnel et personnel au sein de l'établissement : « *Le partage que ce soit un partage professionnel ou personnel au sein de l'établissement quand je disais tout à l'heure les pauses avec une interdisciplinarité c'est ce que je trouve riche.* ». Enfin, AS_05 souligne l'importance de la reconnaissance de la part des familles et des résidents : « *Ils ont bien su nous dire qu'il était reconnaissant du travail qu'on faisait et du retour des résidents. C'est quand même, pour moi, la plus grosse reconnaissance celle des familles et des résidents après nos supérieurs. ils ne sont pas aveugles, ils ont des yeux, des oreilles et savent comment on travaille, ils ne sont pas à côté de nous dans les chambres.* » (AS_05).

AS_06 :

AS_06 est une femme âgée de 30 ans qui a obtenu un diplôme d'aide-soignante. En ce qui concerne ses Expériences professionnelle, AS_06 a une ancienneté de 6 ans dans son organisation actuelle, ayant commencé par un stage : « *j'ai fait un stage ici, j'avais déjà mis un pied dans l'établissement et après bah moi j'ai très très bien très, très bien accueilli* ». Elle est aide-soignante depuis 6 ans et travaille dans cet établissement depuis le début de sa carrière : « *Je suis aide-soignante depuis 6 ans, et je travaille dans cet établissement depuis 6 ans aussi* ». Auparavant, AS_06 a travaillé dans un autre EHPAD public en tant qu'agent, avant de suivre une formation et de rejoindre son poste actuel : « *Avant j'étais dans un EHPAD à Chalut mais en tant qu'agent après je suis allée en formation et après je suis arrivée ici.* » C'était aussi un EHPAD public. « *fin parce que moi l'hospitalier, j'ai pas du tout accroché, j'ai pas du tout été bien encadré déjà. Ça a un peu cassé et l'EHPAD j'ai toujours aimé.* » L'expérience à l'hôpital d'AS_06 n'était pas positive en raison d'un mauvais encadrement et d'une équipe désunie : « *l'équipe n'était pas très soudée, ça s'engueulait tout le temps. Quand on est stagiaire on essaye de se faire toute petite et puis on avance dans le stage comme on peut* ». Dans son travail actuel, AS_06 apprécie l'absence de routine : « *après y'a des établissements faut savoir elles font les toilettes à la suite nous aussi on ne travaille pas comme ça et chaque jour est différent et il n'y a pas de de routine qui s'installe.* » (AS_06). Elle note que ce n'était pas toujours le cas dans ses emplois précédents : « *Oui on les réveille et on les levait et voilà, réveillés ou pas voilà.* » (AS_06), « *C'est une valeur de l'établissement pour moi.* » (AS_06).

Au niveau de ses caractéristiques psychologique telles que la personnalité, la motivation et la satisfaction professionnelle. Concernant la personnalité, AS_06 met l'accent sur la bienveillance et le respect de l'intimité des résidents : « *Déjà prendre soin de la personne, le bien-être le confort et respecter son intimité et sa vie et on est là aussi pour les protéger. On a toujours un œil enfin quand on a une nouvelle collègue on a toujours un œil sur eux, enfin, si je peux me permettre. Ce n'est pas un manque de confiance, on voit tellement de choses que on est obligé voilà, on est bienveillance je dirais.* » (AS_06). Elle ajoute également qu'elle n'adhère pas à une routine stricte : « *Il n'y a pas de routine, la personne dors aujourd'hui, je ne vais pas la réveiller je vais la laisser dormir même en coût de me faire engueuler parce qu'il va me dire « je ne dormais pas » ce n'est pas grave. Voilà enfin pour moi* » (AS_06). La motivation d'AS_06 repose sur son désir de prendre soin des résidents et de défendre les EHPAD : « *Ça se ressent et puis moi personnellement ça m'épuise, nous on veut tellement prendre soin du résident qu'il soit eu mieux possible parce que déjà quand on quitte le domicile c'est un deuil à faire pour la personne et si c'est pour les habiller n'importe comment ou qu'ils n'aient pas les soins que nous on veut leur apporter au maximum* » « *Moi je pense qu'il faut aimer enfin, la place dans un EHPAD ce n'est pas que pour le salaire.* »/ « *Moi j'aime beaucoup défendre les EHPAD.* » (AS_06). En termes de satisfaction professionnelle, AS_06 exprime sa fierté d'avoir réussi à éviter des cas de Covid dans son établissement : « *C'est une fierté de ne pas avoir eu de cas, devant le travail qu'on a accompli malgré enfin ça nous a demandé des efforts physiques et psychologiques après on a eu des pleurs comme dans beaucoup parce qu'on avait peur aussi. Puis on ne savait pas trop où on allait puis on ne sait toujours pas, où est ce qu'on va. C'est difficile je trouve.* » (AS_06). Elle apprécie également les moments de convivialité et les interactions sociales avec les résidents : « *moi je pense que*

oui parce que on les voit déjà qu'il ne nous voit pas en tant que soignant et des fois c'est là où ils vont nous parler d'autre chose de voilà moi avant le Covid je m'occupe de la boutique au 3e étage voilà et on allait faire les courses avec les résidents d'aller boire un jus de fruits crêpes et c'est dans ces moment-là que j'étais contente » (AS_06).

Concernant les aspirations professionnelles et l'évolution de carrière, AS_06 semble satisfaite de son poste actuel d'aide-soignante et ne manifeste pas le désir de progresser davantage dans sa carrière. Elle déclare : « *Aide-soignante me va.* ». Cette citation met en évidence la satisfaction d'AS_06 avec son rôle actuel et son absence d'ambition pour des postes de responsabilité ou des opportunités de développement professionnel.

Pour ce qui est des relations au travail, AS_06 souligne l'importance de l'accessibilité du directeur, tout en reconnaissant la complexité de son rôle en raison des responsabilités et des attentes liées à sa position. Elle explique : « *des fois il y a des jours avec et des jours sans. Mais après avec le Covid, c'est pareil je ne vais pas lui pardonner de tout mais moi je ne voudrais pas sa place.* » (AS_06). Cette citation montre une certaine compréhension de la situation du directeur, tout en reconnaissant que la relation avec lui peut varier en fonction des circonstances. En outre, AS_06 souligne les responsabilités du directeur et les attentes des personnes qui supervisent son travail : « *quand on est directeur, on a des responsabilités et puis aussi dessus du directeur il y a des gens et il faut donner les comptes à ces personnes-là.* » (AS_06). Cette observation met en évidence la complexité des relations hiérarchiques et l'impact qu'elles peuvent avoir sur la qualité des relations au travail.

AS 07 :

AS_07, âgé de 48 ans, discute de la situation familiale en mentionnant l'importance de sa maternité dans sa décision de carrière : « *Ah non les enfants je n'aurais pas pu faire. Étant maman je n'aurais pas pu. Enfin voilà pour moi c'était venir en aide aux personnes qui avaient besoin les stimuler voilà. Et puis c'est varié la personne âgée.* ». En ce qui concerne l'éducation et la formation, AS_07 a étudié à l'IFAS de *** et a passé plusieurs fois le concours d'aide-soignante avant de le réussir : « *Les bases, je ne me voyais pas travailler dans les soins sans avoir une formation concrète moi je voulais absolument passer le concours d'aide-soignante. Je l'ai passé plusieurs fois et je ne l'ai pas eu à **** mais je l'ai eu à ****.* ». Elle explique également l'importance de la formation professionnelle pour acquérir des compétences pratiques en soins infirmiers et en manutention : « *De toute façon on ne peut pas pendant la phase théorique, on fait la toilette sur un mannequin mais après on découvre ça sur le terrain avec mon maître de stage voilà comment se fait une toilette et la manutention. Non mais la manutention c'est différent parce qu'il y avait du matériel à l'IFAS donc là on était oui on a été formé, plus que sur les lieux de stage c'est sûr. C'est 4 semaines mais c'est là où on apprend ce qui se passe.* » (AS_07).

Pour ce qui est de ses expérience professionnelle, AS_07 a commencé à travailler en tant qu'aide-soignante en 2015 après une reconversion professionnelle : « *Je suis aide-soignante ici depuis 2015 c'est une reconversion professionnelle.* ». Avant cela, elle a travaillé comme

déléguée médicale pendant une vingtaine d'années et comme aide à domicile dans une association pendant un an : « *avant j'étais délégué médical pendant une vingtaine d'année et je suis à un changement. Les métiers du soin m'ont toujours attiré. Donc avant de faire ça j'ai fait aide à domicile dans une association donc j'ai fait ça pendant un an, le métier me plaisait.* » (AS_07). Son parcours professionnel atypique l'a conduite à passer le concours d'aide-soignante à Brive et à trouver un poste dans sa région actuelle : « *du coup j'ai décidé de passer le métier d'aide-soignante que j'ai eu à Brive. Et après en quittant la région j'ai trouvé ici. J'ai un parcours atypique* ».

Au niveau de ses caractéristique psychologique, AS_07 est une aide-soignante qui apprécie la diversité de ses journées de travail et l'interaction avec les patients : « *Non chaque journée est différente. Faut en prendre compte de ça, ce n'est pas faire des toilettes pour faire des toilettes ou voilà. On a en face des êtres humains qui ont besoin qu'on prenne le temps.* » (AS_07). Elle est motivée par la possibilité d'obtenir un statut de fonctionnaire et se plaît dans son travail : « *Privé je ne sais pas. Public je voulais moi je voulais parce que donc quand on arrive on signe un contrat d'un an on a arrêté parce qu'on est contractuel territoire fonction publique [...] C'était une opportunité parce que je n'habite pas trop loin.* » (AS_07). AS_07 se sent reconnue par ses supérieurs et apprécie les encouragements qu'ils lui adressent : « *Je pense qu'ils sont au courant de comment ça se passe Monsieur le directeur et IDEC aussi. Ils savent que c'est dur, il y a des mails qui sont envoyés. C'est vrai que ça fait plaisir, merci, on compte sur vous, jusque-là ce n'est pas rentré, continuons tous ensemble c'est vrai que c'est motivant.* » (AS_07). Elle éprouve une grande satisfaction professionnelle et valorise l'aspect humain de son métier : « *j'aime mon métier, si je me suis reconvertie en Aide-soignante. Oui je me retrouve dans ce métier.* », « *Et les avantages on n'est pas face à une machine, on travaille avec les humains. Ce n'est pas routinier moi j'aime le travail en équipe j'aime aussi être autonome avec mes résidents, on ne s'occupe de personne, je trouve que c'est valorisant et enrichissant. On apprend beaucoup* » (AS_07). AS_07 s'est bien intégrée dans son environnement professionnel : « *ça s'est bien passé moi je suis arrivé en plein été* », « *j'ai bien été accueillie [...] On m'a bien expliqué, les habitudes de vie on m'a donné un truc et ça s'est bien passé.* » et « *Oui, j'étais bien encadrée, c'était bien encadré, au départ je ne connaissais rien maintenant il essaye de former au moins sur 15 jours de faire 5 jours du matin 5 matinée, 5 soirs pour bien voire un peu toutes les étapes et des fois* » (AS_07). Cependant, AS_07 éprouve du stress en raison du manque de temps, des horaires décalés et de la présence de collègues non formés : « *Ce qui manque c'est le temps de prise en charge avec les résidents [...] C'est vrai c'est le manque de temps* » (AS_07). Les horaires décalés et les week-ends de travail sont également source de stress : « *Un week-end sur 2 les jours fériés enfin voilà faut tenir compte aussi des horaires décalé je ne fais pas les nuits mais ça c'est le matin 6h30 15h ou 13h 21 heures ouais y'a les couper les week-ends voilà faut c'est vrai le week-end y'a beaucoup les horaires qui changent* » (AS_07). En outre, AS_07 éprouve du stress à cause de la présence de collègues non formés : « *Qui n'ont pas le profil, qui n'ont aucune formation. ça se ressent sur le travail et sur les résidents si on ne s'occupe pas bien si on ne peut pas les effleurer si on ne fait pas enfin voilà pour faire correctement les choses. moi des fois ça me stresse.* » (AS_07) et « *Après on est là pour tous s'entraider mais bon dans une équipe il y en a avec qui ça ne va bien passer et d'autre voilà faut essayer. Moi j'essaye de m'adapter à tout le monde.* » (AS_07).

En somme, le profil d'implication professionnelle d'AS_07, se caractérise par une forte satisfaction professionnelle, une motivation liée au statut de fonctionnaire et à l'aspect humain du travail, une reconnaissance de la part des supérieurs, une bonne intégration dans l'équipe et un stress lié au manque de temps, aux horaires décalés et aux collègues non formés. Ces éléments permettent de mieux comprendre les facteurs qui influencent l'implication d'AS_07 dans son travail et les défis auxquels elle est confrontée.

En ce qui concerne ses aspirations professionnelles, elle mentionne que son objectif de carrière est de continuer à exercer son métier, car elle s'y retrouve et l'apprécie : « *j'aime mon métier, si je me suis reconvertie en Aide-soignante. Oui je me retrouve dans ce métier* » (AS_07). En ce qui concerne ses attentes en matière de développement professionnel, AS_07 aspire à devenir tuteur pour accompagner les stagiaires : « *parce qu'en plus je suis j'ai passé le tutorat pour suivre les élèves stagiaires* » (AS_07). De plus, elle exprime son intérêt pour la formation continue et son désir de continuer à apprendre tout au long de sa carrière : « *continuer à me former moi j'aime bien avoir des formations c'est possible voilà* » (AS_07). Ainsi, AS_07 montre son implication dans son métier et sa volonté de progresser professionnellement en assumant de nouvelles responsabilités et en renforçant ses compétences à travers la formation continue.

Nous analysons les relations au travail de AS_07, notamment avec ses collègues. AS_07 souligne l'importance des compétences et des valeurs personnelles dans les relations professionnelles, indépendamment des diplômes ou des qualifications : « *Après il y a des filles qui n'ont pas de diplôme qui sont auxiliaire de vie. Elles valent 10 AS.* » (AS_07). Elle met également en avant la diversité des profils et la nécessité d'une certaine cohésion pour maintenir de bonnes relations entre collègues : « *On va dire qu'on est tous différent il faut qu'il y ait quelque chose, des valeurs, le savoir-être comme vous le disiez* » (AS_07). Ces éléments suggèrent que pour AS_07, l'implication au travail passe par la reconnaissance des compétences et des qualités de chacun, ainsi que par la promotion d'un environnement de travail respectueux et collaboratif, où les valeurs et le savoir-être sont des éléments clés pour des relations professionnelles harmonieuses.

IDEC 01 :

IDEC_01 est une femme de 30 ans, ayant une formation en soins infirmiers et ayant travaillé dans la restauration pendant ses études. Elle a ensuite passé le concours infirmier et a complété ses trois années d'études : « *Je suis infirmière coordinatrice. En ce qui concerne mon parcours, j'ai travaillé durant mes études dans la restauration. J'ai passé mon concours infirmier, j'ai fait mes 3 années d'étude.* ». IDEC_01 a suivi une formation en tant qu'infirmière coordinatrice (IDEC), qui diffère du statut et de la formation de cadre de santé : « *il y a déjà le statut qui diffère, je n'ai pas le statut de cadre, je suis infirmière avant tout. Il y a aussi la formation qui n'est vraiment pas la même puisqu'on ne peut pas compiler 2 ans en quelques semaines. La formation n'est pas tout à fait la même effectivement et je pense que les IDEC ne sont pas formés à tout, les cadres sont mieux formés.* ». Ainsi, les variables personnelles de IDEC_01, telles que son âge, son genre, son niveau d'éducation et sa formation professionnelle, ont un

impact sur son implication au travail et dans l'organisation, et peuvent contribuer à sa perception du rôle, de la formation et du statut professionnel.

Pour ce qui est de ses expériences professionnelles, IDEC_01 a débuté sa carrière en tant qu'infirmière, travaillant d'abord en intérim avant de trouver un poste à temps plein grâce à une agence : « *J'ai fait de l'intérim pendant quelque temps et grâce à l'agence d'intérim, j'ai trouvé un poste IDE ici à temps plein. Je suis restée infirmière ici de 2012 à 2016.* » En 2016, IDEC_01 a été proposée pour un poste d'infirmière coordinatrice et a commencé sa formation : « *Au début de l'année 2016, monsieur le directeur et le docteur, qui était chef du conseil d'administration à ce moment-là, m'ont proposé le poste IDEC. J'ai commencé ma formation d'infirmière coordinatrice et je suis devenue IDEC en septembre 2016 dans le même établissement* ». La transition entre les deux postes s'est faite progressivement : « *ça s'est fait assez progressivement parce que j'ai commencé à faire des missions qui dépassaient le cadre de l'infirmier en 2015.* » IDEC_01 souligne que sa vocation en tant qu'infirmière s'est orientée vers la gériatrie par choix, suite à une mauvaise expérience lors d'un stage à l'hôpital : « *La gériatrie m'a attirée depuis le départ de toute façon sachant que j'ai eu un stage avec une mauvaise expérience à l'hôpital, alors ça m'a confortée dans mon choix de ne pas mettre les pieds professionnels dans un hôpital.* » Cependant, le poste d'IDEC est apparu comme une opportunité plutôt qu'un choix délibéré : « *La gériatrie c'est vraiment par choix et IDEC c'est plus par opportunité parce qu'on est venu me chercher pas prévu dans mon parcours professionnel.* » Ainsi, l'expérience professionnelle de IDEC_01, y compris sa transition entre les postes d'infirmière et d'infirmière coordinatrice et son choix de se spécialiser dans la gériatrie, influence son profil d'implication au travail et dans l'organisation.

Nous examinons les caractéristiques psychologiques de IDEC_01. IDEC_01 souhaite changer l'image des EHPAD perçues comme des "mouroirs" et mettre en valeur la vie et l'expérience intergénérationnelle qui y existent : « *Il faut montrer qu'il y a de la vie dans les EHPADs.* » (IDEC_01). Pour rendre les EHPAD plus attractifs, IDEC_01 souligne l'importance de donner aux agents le temps de s'occuper des personnes à leur manière : « *Pour le rendre suffisamment attractif, il faudrait aussi laisser le temps aux agents de s'occuper comme il l'entend des personnes.* » (IDEC_01). IDEC_01 trouve sa profession enrichissante, malgré des semaines parfois compliquées, et apprécie le contact avec ses collègues : « *Je ne suis pas malheureuse, il y a des semaines où s'est plus compliqué, je ne sais jamais en avance ce que je ferai, c'est extrêmement enrichissant comme profession notamment par le contact avec les collègues.* » Elle a accepté et maintenu son poste d'infirmière coordinatrice en raison de son attachement à l'équipe : « *J'ai choisi et j'ai accepté cette proposition et je reste infirmière coordinatrice pour l'équipe que j'ai. Je ne suis pas sûre de le faire pour une autre équipe.* » et « *J'ai dit oui à ce poste par rapport à l'équipe.* » Ainsi, la motivation de IDEC_01 est étroitement liée à son implication envers son équipe et son désir de contribuer à une amélioration des EHPAD. En ce qui concerne la satisfaction professionnelle, IDEC_01 trouve une grande satisfaction dans son travail en raison des liens et des valeurs partagées avec son équipe : « *Parce que j'ai des liens et qu'on partage certaines valeurs. Je ne retrouverai pas forcément ailleurs, je le sais, j'ai fait de l'intérim dans beaucoup d'EHPAD, j'ai rencontré beaucoup d'aides-soignants, beaucoup d'infirmières. On ne voit pas tous le métier de la même façon. Je vous le garantis, je sais pourquoi je fais 40 kilomètres en voiture je sais pourquoi.* » (IDEC_01). IDEC_01 souligne également l'importance de l'accueil chaleureux et des sourires des agents,

qui contribuent à sa satisfaction professionnelle : « *Je vous disais que je fais 40 kilomètres, je sais pourquoi.* » (IDEC_01). En devenant infirmière coordinatrice (IDEC), IDEC_01 a assumé de nouvelles responsabilités, mais a également ressenti le manque de soins directs aux patients pendant l'année 2020 : « *Une surprise, ça fait beaucoup de responsabilité aussi. Après j'ai accepté, j'assume mon choix à ce moment-là, j'ai accepté mais par exemple pendant l'année 2020, le soin m'a manqué énormément. J'en ai fait moins que d'habitude et ça m'a manqué énormément.* » (IDEC_01). En somme, la satisfaction professionnelle de IDEC_01 est étroitement liée à l'équipe et aux valeurs partagées, ainsi qu'à la possibilité de dispenser des soins aux patients. La transition vers un rôle d'infirmière coordinatrice a apporté de nouvelles responsabilités, mais a également révélé le besoin de rester impliquée dans les soins directs aux patients. IDEC_01 exprime son inquiétude face à la proposition de mutualisation des IDEC : « *Ils ont même parlé de mutualiser les IDEC. Alors moi je ne sais pas comment ils veulent qu'on fasse.* » (IDEC_01). Elle considère cette idée infaisable et craint qu'elle n'entraîne une baisse de qualité dans le travail accompli : « *Pour plusieurs établissements, une seule IDEC. Je ne sais pas. C'est infaisable ça ou alors on ne fait que la moitié du boulot.* » (IDEC_01). IDEC_01 admet qu'elle a ses limites et qu'elle pourrait être amenée à démissionner si la charge de travail devenait trop importante : « *Aujourd'hui on me dit demain vous allez gérer 2 établissements, je démissionne parce que ce sera impossible de faire les choses correctement.* » (IDEC_01). Elle souligne également l'importance de prendre des pauses pour éviter l'épuisement professionnel : « *Après quand je suis fatiguée comme en 2020 mon directeur là-dessus c'est assez facile d'aller voir pour lui là j'ai besoin d'un week-end à rallonge, d'une semaine sinon je ne vais pas y arriver.* » (IDEC_01). Enfin, IDEC_01 mentionne que la charge de travail a augmenté en raison de l'ajout de responsabilités supplémentaires, notamment en l'absence d'un médecin Co et d'une infirmière référente : « *D'un poste de qualicien, je gère tout ce qui est protocole, tout ce qui est suivi. C'est beaucoup de tapage l'ordinateur qui ne devait pas être fait par moi donc c'est du temps que je passe à faire aussi je n'ai pas médecin Comme je n'ai plus mon infirmière référente donc effectivement ça m'a rajouté des missions que je n'avais plus et que j'ai récupéré en 2020 et 2021 là pour un temps j'espère déterminer à voir. Ça j'en ai conscience après je sais que mes agents le voient.* » (IDEC_01). En somme, IDEC_01 fait face à des défis en termes de stress et de charge de travail en tant qu'IDEC, notamment en raison de la proposition de mutualisation des IDEC et de l'ajout de responsabilités supplémentaires. Les limites personnelles et la nécessité de préserver sa santé mentale sont également abordées.

Nous abordons les aspirations professionnelles d'IDEC_01 et examinons ses objectifs de carrière et ses attentes en matière de développement professionnel, ainsi que la qualité des relations avec les supérieurs. IDEC_01 exprime un certain désir d'évolution professionnelle et envisage la possibilité de devenir cadre : « *Je pense, mais je ne dirais pas non à cadre, j'ai encore la possibilité d'évoluer. Je suis devenu IDEC quand j'avais 25 ans j'ai le temps.* ». Cependant, elle n'envisage pas de démissionner dans l'immédiat : « *là tout de suite je n'ai pas envie de démissionner* ». Sa décision de rester dans son poste semble être influencée par ses liens avec ses collègues : « *Je pense que je resterai tant qu'il restera le noyau dur auquel je suis liée.* ». En termes d'attentes en matière de développement professionnel, IDEC_01 semble se voir continuer en tant qu'infirmière si elle ne trouve pas d'opportunités d'évolution : « *ah non je ne me retrouverai pas, je pense que je serais infirmière.* ». Concernant la qualité des relations avec les supérieurs, IDEC_01 affirme avoir une bonne relation avec son directeur : « *ça se passe bien avec mon directeur, je n'ai pas de soucis particuliers c'est comme d'autre*

équipe, on n'est pas toujours d'accord non plus, bien sûr que non. Il prend en compte ce que je dis ma part d'expérience soignante en tout cas. Et il y a une grande disponibilité des deux côtés, ça facilite les échanges » (IDEC_01).

IDEC_01 reconnaît les défis liés aux relations avec les collègues et l'absence de soutien dans son rôle de manager de proximité : *« je suis très contente de faire 40 kilomètres et de ne pas me lier avec personne finalement. Ça me facilite le travail, mais voilà, il y a ça et donc du coup ce sont des tâches que j'ai dû reprendre. Mes infirmières ne veulent pas de ce rôle de manager de proximité alors que ça fait partie du rôle de l'infirmière au quotidien mais je n'ai pas ce relais. »*. Elle souligne également les problèmes de relations interpersonnelles entre les salariés. Concernant la loyauté, IDEC_01 estime que celle-ci dépend davantage des personnes qui composent l'équipe que de l'établissement en lui-même : *« Moi loyauté je ne pense pas qu'il revient à l'établissement en lui-même. L'établissement va dépendre des gens qui le composent. Si j'emmène mon équipe avec moi dans un autre établissement. Cet établissement n'aura plus d'intérêt pour moi. C'est l'équipe qui a monté les projets, c'est l'équipe qui pratique les techniques. »* et *« je ne retrouverai je ne pense pas ailleurs. Il y a des gens que je ne retrouverai pas ailleurs. Il y a des choses qui sont faites dans cet établissement que je ne retrouverai pas ailleurs. »*. En ce qui concerne la transition d'IDE à IDEC, IDEC_01 mentionne ses craintes initiales et la manière dont elle a réussi à construire des relations de confiance avec certaines collègues : *« j'en avais beaucoup peur j'ai accepté le poste après avoir longuement réfléchi. J'avais beaucoup peur de ça et en fait non ; Je pense que les plus anciennes entre lui et moi on a gardé une relation de confiance qui a mis plus de temps à être construite avec les autres. Parce que ce sont des filles avec qui je travaille bien, les plus anciennes qui m'ont connue infirmière, ce sont des agents avec qui on a vécu des expériences de soin qui resserrent les équipes : décès compliqués, des familles compliquées, des choses ponctuelles qui peuvent arriver en EHPAD, la vie quotidienne des soignants fait aussi qu'on ressent ou non les liens de l'équipe s'il y a ou non de l'entraide qui se passe. Ces agents là il y a une confiance et c'est ceux que je suis en train de récupérer plus facilement finalement »* (IDEC_01).

En somme, les relations au travail d' IDEC_01 sont marquées par des défis relationnels avec les collègues et des problèmes de relations interpersonnelles. Néanmoins, elle valorise la loyauté envers son équipe et a réussi à tisser des liens de solides relations de confiance avec certaines collègues, en particulier celles avec qui elle a travaillé en tant qu'infirmière. IDEC_01 apprécie les valeurs partagées et les expériences vécues au sein de son équipe, ce qui renforce son implication envers ses collègues et les projets qu'ils mènent ensemble.

Dans l'ensemble, cette étude met en lumière l'importance des relations interpersonnelles et de la loyauté envers l'équipe pour le profil d'implication d' IDEC_01. La qualité des relations au travail, tant avec les collègues qu'avec les supérieurs, peut avoir un impact significatif sur la satisfaction professionnelle, la motivation et l'implication des employés. Il est donc essentiel pour les organisations de créer un environnement de travail favorable et d'encourager des relations de confiance entre les membres de l'équipe afin de favoriser l'implication des employés et d'assurer leur épanouissement professionnel.

IDE_07 :

IDE_07 est une femme de 26 ans, diplômée infirmière en juin 2013. Son parcours éducatif et de formation a été marqué par une réforme qui a modifié la répartition entre la théorie et la pratique dans la formation infirmière. En effet, elle mentionne : « *en pratique, moi c'est la nouvelle réforme avec très peu de pratique à l'école on a plus de stage en longueur de semaines très, très peu de pratique à l'école donc en fait moi je n'ai quasiment rien appris à l'école j'ai tout appris sur le lieu de travail* » (IDE_07). De plus, IDE_07 souligne que la majorité de ses cours étaient dispensés via des visioconférences, ce qui rendait l'acquisition de compétences pratiques encore plus difficile : « *On a beaucoup d' cours, on a les cours d' la fac de médecine c'est beaucoup de visioconférences en plus. Du coup c'est compliqué on a beaucoup, beaucoup de théorie et très, très peu de pratique* » (IDE_07). Cette analyse met en évidence l'importance des variables personnelles, telles que l'âge, le sexe et l'éducation, pour comprendre l'implication professionnelle d'un individu. En outre, elle souligne également la nécessité d'un équilibre approprié entre la formation théorique et pratique dans les programmes éducatifs afin de mieux préparer les futurs professionnels à leurs responsabilités sur le lieu de travail et d'assurer une implication professionnelle plus solide. En ce qui concerne les expériences professionnelles, IDE_07 travaille depuis 7 ans au sein de l'organisation, comme elle le précise : « *Et je suis arrivé en juillet 2014. Cela fait 7 ans que je suis ici* ». Avant cela, elle avait envisagé de devenir puéricultrice, mais a changé d'orientation après une expérience négative lors d'un stage avec des enfants. Son parcours professionnel l'a amenée à travailler dans différents contextes, du milieu scolaire à l'EHPAD, en passant par l'hôpital. IDE_07 explique que le milieu rural lui convient mieux : « *le CHU, ça ne m'a plus du tout la mentalité des soignants* » (IDE_07). Elle évoque des expériences éprouvantes, notamment en raison de la maltraitance envers les résidents et du manque de soutien de la part de la hiérarchie : « *il avait de la maltraitance vis-à-vis des résidents et puis j'étais en stage, je suis allée voir le cadre en disant que ça ne me plaisait pas ce que je faisais il m'a clairement dit qu'il fallait que je me taise sinon je ne validais pas mon stage. Donc ça ne m'a pas plu du tout en fait* ». Ces expériences ont influencé sa perception du travail en tant qu'infirmière et renforcé son implication envers son organisation actuelle, où elle trouve un environnement plus humain : « *On est plus humain je trouve* ». Ainsi, l'analyse de l'implication d'IDE_07 met en lumière l'importance des expériences professionnelles antérieures et du contexte de travail pour comprendre l'implication et la satisfaction professionnelle d'un individu.

Au niveau des caractéristiques psychologiques, sa motivation est fortement liée à son histoire personnelle, notamment à sa relation avec ses grands-parents : « *j'ai toujours vécu avec mes grands-parents* ». Le statut de l'établissement importe peu pour elle, tant qu'elle apprécie son travail : « *tant que j'ai un travail, déjà il faut que ça me plaise* » (IDE_07). La zone géographique est également un facteur déterminant dans ses choix professionnels : « *J'ai travaillé dans le privé, c'était super intéressant, c'était la route si j'avais habité par trop loin je serais restée là-bas* » (IDE-07). IDE_07 privilégie les structures de petite taille, craignant les grandes institutions hospitalières : « *je n'ai jamais voulu aller, même étant diplômée, dans un hôpital parce que j'ai peur de la grosse structure et je voulais quelque chose de plus petit* ». Cette préférence est également liée à son attachement aux personnes âgées, influencé par sa

propre expérience familiale : « *la personne âgée ça m'a toujours attiré, j'étais toujours attachée à la personne âgée, j'ai toujours vécu avec mes grands-parents donc voilà* ». Le choix de la structure est également influencé par des considérations personnelles, telles que la proximité de son compagnon : « *Et puis il faut dire aussi que mon compagnon il habite à *** (ville où se situe EHPAD) je savais qu'il y avait des postes donc j'ai postulé* » et la connaissance de son environnement local : « *Après c'est vrai que j'habite à côté donc je connais pas mal de monde* ». Le profil d'implication d'IDE_07 révèle également des éléments clés en matière de satisfaction professionnelle, conditions de travail, autonomie et reconnaissance. IDE_07 souligne l'importance des relations humaines et de l'aspect social dans son travail : « *je suis beaucoup dans la relation* » et « *on s'occupe des gens, moi j'aime ça m'occuper des gens leur faire plaisir* ». Elle mentionne également l'importance de l'autonomie dans son rôle : « *c'est ça qui me plaît ici. À l'hôpital je n'aurais pas eu cette opportunité mais ici si j'ai un problème avec un résident je n'ai pas de médecin alors il faut que je me débrouille ça j'aime bien* » (IDE_07). Les conditions de travail et la gestion du temps sont également cruciales pour IDE_07, qui apprécie notamment la possibilité de prendre des congés avec son enfant : « *on travaille 8 heures par jours je réussis à avoir au moins une semaine de vacances scolaire à chaque fois, j'ai un jeune enfant* ». De plus, elle apprécie ne pas être souvent rappelée sur ses jours de repos : « *Après on est rarement rappelé sur nos jours de repos déjà ça c'est bien* » (IDE_07). Les conditions de travail sont également importantes pour elle, notamment l'autonomie dont elle dispose dans son travail : « *c'est souvent qu'avec le médecin qu'on fasse des ordonnances par téléphone ce n'est pas très règlementaire mais bon. Enfin il faut s'adapter on prend des initiatives c'est ça qui me plaît ici* ». IDE_07 ressent également de la reconnaissance de la part des patients et de leurs familles : « *et puis aussi voir les gens te remercier, c'est vraiment bien parce que on a l'impression de faire du bon travail, je suis contente* » (IDE_07). Toutefois, elle éprouve un certain stress lié à l'évolution du profil des patients et à l'augmentation des tâches administratives : « *Ah ici oui et de plus en plus. Là les dernières entrées qu'on, il arrive vraiment grabataire, ils ne peuvent vraiment plus rester au domicile, ils viennent ici pour 2-3 mois pas plus. C'est aussi dur pour nous là* » (IDE_07) et « *On fait beaucoup de papier aussi* » (IDE_07). En somme, le profil d'implication d'IDE_07 met en évidence l'importance des caractéristiques psychologiques, des préférences personnelles et des conditions de travail pour comprendre l'implication et la satisfaction professionnelle d'un individu. Pour ce qui est du stress, IDE_07 mentionne la difficulté croissante de son travail, notamment en raison de l'état de santé précaire des nouveaux résidents : « *Ah ici oui et de plus en plus. Là les dernières entrées qu'on a, ils arrivent vraiment grabataires, ils ne peuvent vraiment plus rester au domicile, ils viennent ici pour 2-3 mois pas plus. C'est aussi dur pour nous là. Les nouvelles entrées qu'on a il ne reste pas très longtemps, ils ne sont pas bien du tout.* » (IDE_07). Le stress est également lié à la charge administrative et la nécessité de documenter minutieusement son travail : « *On fait beaucoup de papier aussi.* », « *Moi je trace tout, c'est ce qu'on m'a dit : protège-toi. Je retrace tout ce que je fais.* » (IDE_07) et « *du coup c'est très, très long, Oui forcément on passe de temps à taper, des comptes rendus à l'ordinateur.* » (IDE_07). Enfin, le stress peut être lié à la fréquence des week-ends travaillés, qui est passée de 1 sur 4 à 1 sur 2 : « *Au début je faisais 1 week-end sur 4 et maintenant 2. Oui bah après je sais que je suis là pour le résident donc voilà* » (IDE_07). Malgré cela, IDE_07 souligne son implication envers les résidents comme une motivation pour faire face au stress. En résumé, le stress est un facteur important à considérer dans le profil d'implication d'IDE_07. Les défis liés à l'état de santé des résidents, la charge administrative et la fréquence des week-ends travaillés contribuent au stress, mais l'implication envers les résidents semble être un élément clé pour faire face à ces défis.

Au niveau de ses aspirations professionnelles, IDE_07 envisage la possibilité de travailler dans le secteur libéral, tout en exprimant son attachement au lien social et à l'EHPAD : « *alors moi l'EHPAD c'est vrai que ça me plaît et j'aimerais bien faire de l'EPHAD et du libéral aussi. Ça me plairait beaucoup de travailler vraiment auprès des gens dans leur lieu de vie, ça me plairait beaucoup.* » (IDE_07). IDE_07 démontre également son implication dans son développement professionnel en continuant à se former et à développer ses compétences, notamment en soins palliatifs : « *Si j'ai fait un DU en soin palliatif et j'ai validé l'année dernière du coup* ». Cependant, elle exprime une réticence à l'idée de suivre une formation en management, préférant se concentrer sur les soins et le travail auprès des résidents : « *moi ça ne me plaira pas du tout. Je préfère rester dans les soins et auprès du résident plutôt que ... Je préfère rester auprès des résidents et des collègues.* » (IDE_07). En résumé, le profil d'implication d'IDE_07 montre des aspirations professionnelles orientées vers le secteur libéral et le maintien du lien social, tout en mettant l'accent sur le développement continu des compétences en soins palliatifs. IDE_07 privilégie la proximité avec les résidents et les collègues plutôt que de s'orienter vers des postes de management.

L'analyse du profil d'implication de l'IDE_07 souligne l'importance des relations de travail pour cette personne. IDE_07 évoque ses relations avec sa supérieure, IDEC, en mettant en avant la durée de leur collaboration : « *Ça fait 7 ans que je suis là, avec l'IDEC on était infirmières ensemble au tout début.* » (IDE_07). IDE_07 décrit une relation de travail basée sur la collégialité et le respect mutuel, plutôt que sur la hiérarchie : « *On a des relations euh ... Pour moi ce n'est pas ma chef enfin si c'est ma chef mais pour moi je ne la vois pas comme ça, je la vois comme une collègue.* » (IDE_07). Ce témoignage met en lumière l'importance des relations interpersonnelles au travail et de la coopération entre collègues pour IDE_07, éléments qui peuvent contribuer à renforcer son implication au sein de l'établissement. En résumé, le profil d'implication d'IDE_07 met en évidence la valeur accordée aux relations de travail, notamment à la collaboration et au respect mutuel entre collègues, plutôt qu'à la stricte hiérarchie. Les relations interpersonnelles jouent un rôle essentiel dans l'implication d'IDE_07 au sein de l'établissement.

L'implication organisationnelle et l'implication professionnelle des personnels de santé en EHPAD

La crise COVID-19 a révélé les faiblesses des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), soulignant les tensions entre les impératifs de gestion et le bien-être des soignants. Le turnover élevé, l'absentéisme croissant et le sentiment de dépersonnalisation témoignent de l'impact des réformes managériales sur le personnel de santé. L'adoption de pratiques procédurales, associée à des contraintes budgétaires, a réduit la flexibilité et la convivialité dans ces établissements.

Cette étude s'intéresse à l'implication organisationnelle et l'implication professionnelle des soignants au sein de ces établissements, en mettant l'accent sur les facteurs qui influencent cette implication. Les défis posés par la pandémie ont accentué le mal-être institutionnel, le turnover élevé, et l'absentéisme parmi le personnel soignant, soulevant des questions sur l'efficacité des pratiques managériales actuelles.

L'objectif principal de cette recherche est d'explorer les liens entre les conditions de travail, l'implication des soignants et leurs comportements de retrait. S'appuyant sur la théorie de Meyer et Allen, l'étude examine comment l'implication organisationnelle et professionnelle affecte la rétention du personnel, le bien-être au travail et la qualité des soins dans les EHPAD. À travers une approche multidisciplinaire, la recherche vise à identifier des stratégies managériales qui favorisent une implication durable et significative des personnels de santé.

Mots-clés : Implication organisationnelle, implication professionnelle, EHPAD

Organizational commitment and professional commitment of assisted living healthcare staff

The COVID-19 crisis revealed the weaknesses assisted living, highlighting the tensions between management imperatives and caregivers' well-being. High staff turnover, increasing absenteeism and a feeling of depersonalization bear witness to the impact of managerial reforms on healthcare personnel. The adoption of procedural practices, combined with budgetary constraints, has reduced flexibility and user-friendliness in these establishments.

This study looks at the organizational commitment and occupational commitment of caregivers in these establishments, focusing on the factors that influence this involvement. The challenges posed by the pandemic have accentuated institutional malaise, high turnover and absenteeism among healthcare staff, raising questions about the effectiveness of current managerial practices.

The main objective of this research is to explore the links between working conditions, caregivers' commitment and their withdrawal behaviours. Drawing on Meyer and Allen's theory, the study examines how organizational and occupational commitment affect staff retention, well-being at work and quality of care in assisted living. Through a multi-disciplinary approach, the research aims to identify managerial strategies that promote sustainable and meaningful involvement of healthcare staff.

Keywords: Organizational commitment, occupational commitment, Assisted living

