

**Eclatement des systèmes de gestion des relations professionnelles et mutations des pratiques managériales dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées. Quant bien-être des salariés et des usagers sont renvoyés dos à dos.**

---

Elvire BORNAND, LAMES, Université, [bornand.elvire@gmail.com](mailto:bornand.elvire@gmail.com)

Laura NIRELLO, LEMNA, Université de Nantes, [laura.nirello@univ-nantes.fr](mailto:laura.nirello@univ-nantes.fr)

## Résumé

Le poids des structures de l'Economie Sociale et Solidaire est très important dans le domaine du médico-social. Cette communication analyse plus particulièrement les mutations salariales et managériales dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées. Comment sont régulées les politiques d'hébergement des personnes âgées ? Comment le Nouveau Management Public s'est imposé comme solution pour légitimer les relations salariales actuelles ? Pour répondre à ces questions, nous concilions l'apport de l'économie et de la sociologie au travers d'une enquête qualitative menée dans les Pays de La Loire et mettons l'accent sur la territorialisation des modes de décisions et de gestion, ainsi que sur un changement de paradigme managérial.

**Mots-clés :** EHPAD, secteur non-lucratif, relations salariales, Nouveau Management Public, Bienveillance

## Abstract

Social economy organisations are major actors of the medico-social industry. This paper focuses on the wage relationships in the field of nursing homes for elderly people. Those organisations have experienced heavy changes, different organization choices had been made and they leave more or less an important role to the non-profit sector. Two questions are raised: how works the nursing homes sector today? Has New Public Management emerge as a solution to legitimate the current wage relationships? To answer our questions, we combine sociology and economics theories through a qualitative survey done at a regional scale (Pays de La Loire). We point new decision-making mode and a current evolution of NPM's principles.

**Keywords:** Nursing homes, non-profit sector, wage relationships, New Public Man-

agement, Care

## INTRODUCTION

Le poids des structures de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) dans le secteur médico-social avec ou sans hébergement est très important. Plus de 750 000 salariés sont concernés.

Les structures de l'ESS sont incitées, sur le papier du moins, à participer à la co-production des politiques publiques, elles endossent une « fonction tribunitienne » (Priou, 2005). Plus globalement, depuis les années 1980 et la place de plus en plus forte donnée au marché (en tant qu'acteur et valeur), un double mouvement s'est opéré. L'Etat a perdu progressivement ses moyens d'interventions sur l'économie (Culpepper, 2006) tout en investissant les structures non lucratives d'une mission de réponse aux besoins des personnes fragilisées.

Les changements des modes d'intervention de l'Etat se traduisent par le passage d'une régulation partenariale généralisée des relations professionnelles à une gestion localisée de la diversité des relations professionnelles (Lallement, 2005). La légitimité de ce mode de gouvernance est portée par le célèbre principe un homme, une voix, qui s'étend progressivement à la prise en compte des usagers (Warin, 1997). Dans le cas de la prise en charge des personnes âgées, les structures de l'économie sociale et solidaire ont joué un rôle importante dans la reconnaissance de l'usager et des modalités de prise en charge des personnes dépendantes (exemple : loi 2002-2 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale). La dynamique des relations entre structures de l'ESS et collectivités publiques tant à se territorialiser. Ce mouvement d'éclatement des relations de pouvoir a pour point d'orgue du point de vue des relations salariales la révocation de la convention de 1951.

Nous nous proposons dans cette communication d'interroger les modes de régulation managériale actuels du secteur de l'hébergement des personnes âgées à l'aune des transformations des relations professionnelles. Qui co-régulent aujourd'hui les politiques d'hébergement des personnes âgées et donnent sens et légitimité aux relations salariales nécessaires à leur mise en oeuvre ? Comment le Nouveau Management Public trouve progressivement ses marques et s'impose dans les pratiques par l'intermédiaire d'une gestion bienveillante ?

Pour explorer ces transformations, nous étudierons dans un premier temps les mutations qui ont marqué le secteur de l'accueil des personnes âgées. Puis dans un second temps, nous verrons comment le NPM s'est imposé dans le cadre d'une territorialisation des politiques d'hébergement et l'évolution tendancielle vers des nouvelles formes d'hébergements transitionnels nécessitant l'articulation entre les secteurs de l'hébergement, de l'aide à domicile et des soins hospitaliers.

Le cadre analytique sera mu par une approche bi-disciplinaire, économique et sociologie. La communication se basera sur une méthodologie qualitative reposant sur des entretiens et des observations participantes réalisées principalement en région Pays de La Loire et en métropole Nantaise. Ces enquêtes sont menées dans le cadre d'une thèse en économie et gestion sur la qualité de l'emploi et les pratiques managériales dans l'ESS ; ainsi que dans le cadre d'un travail de sociologue praticien combinant missions d'expertises et de formations initiales et continues dans les secteurs sanitaire et social.

## **I. LES MUTATIONS DU SECTEUR DE L'ACCUEIL DES PERSONNES ÂGÉES : ÉVOLUTION DES PUBLICS ET MUTATIONS SALARIALES**

Le secteur de l'hébergement des personnes âgées a connu depuis les années 2000 de profondes mutations. Dans un premier temps, nous allons dresser un

portrait du secteur (A), puis nous montrerons le passage d'une régulation croisée à un système de gestion décentralisée (B) qui a conduit progressivement à l'éclatement des relations professionnelles (C).

## 1. Portrait

Avant même qu'il soit question de chiffres, il est intéressant de noter que les structures et les fédérations d'employeurs (FEHAP<sup>1</sup>, UNIFED<sup>2</sup>) sont fortement attachées à la distinction entre lucratif et non-lucratif. C'est également le cas pour une partie des salariés. Chaque année, l'Observatoire des EHPAD<sup>3</sup> présente un portrait statistique des EHPAD des secteurs public et non lucratif. L'enquête menée par l'Observatoire des EHPAD est conduite auprès de plus de 300 établissements et les résultats sont présentés à N+2<sup>4</sup>.

Les EHPAD sont des structures très hétérogènes, les structures les plus petites peuvent avoir une offre d'une dizaine de lits et les plus grandes disposent de 300 lits et plus. Ces différences concernent également le statut juridique, le niveau de dépendance des publics accueillis, l'offre de services qui leur est proposée et le spectre des métiers représentés parmi les salariés (qui va souvent de pair avec le type de contrat de travail et le nombre d'Equivalent Temps Plein).

Les données recueillies par l'Observatoire des EHPAD montrent un accroissement tendanciel du niveau moyen de dépendance des établissements depuis 2009<sup>5</sup>. Plus le niveau de dépendance augmente, plus le personnel de

1 Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

2 Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social

3 Institut KPMG, direction nationale Economie sociale et solidaire, Observatoire des EHPAD, Paris, janvier 2013. <http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf> lien consulté le 10 mai 2014.

4 Soit 323 établissements questionnés sur l'exercice 2011 pour les résultats publiés en 2013.

5 Le GMP (GIR moyen pondéré) moyen était de 646 en 2009, il s'élève à 670 en 2011. Le GIR (groupe iso-ressources) permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée par rapport à la grille AG-

l'établissement (principalement aides soignants) doit se concentrer sur les soins de base permettant les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ \_ se lever, se mouvoir, se laver, s'habiller, se nourrir). La gestion du GMP<sup>6</sup> est au cœur des préoccupations des structures. Le montant des financements publics en dépend. Il est donc important qu'il ne soit pas trop bas, mais il ne doit pas non plus être trop élevé car cela entraîne des besoins plus importants en personnel soignant qualifié le jour, et surtout la nuit, ainsi que des besoins de formation pour la gestion des poly-pathologies : *« C'est-à-dire que ce GMP est à surveiller de très près. C'est-à-dire que dans la maison, il ne faut pas qu'il y ait un glissement du niveau de dépendance parce que en gros, cela va nécessiter plus de prise en charge mais on n'aura pas de moyens supplémentaires. Inversement, si le niveau de dépendance diminue, on va avoir trop de budget par rapport aux personnes prises en charge et là on peut avoir des petits rappels de l'ARS. »*<sup>7</sup>

Le coût net journalier global par résident est fortement influencé par le nombre de lits et le niveau du GMP, dans les deux cas il n'en faut ni trop, ni trop peu. Cet équilibre délicat se joue sur la gestion des places, ou autrement dit le recrutement des résidents. Les coûts salariaux sont répartis sur deux volets : l'hébergement et les soins. En ETP, c'est le volet hébergement qui est le plus important, mais les coûts en personnel sont plus élevés sur le volet soin (personnel qualifié spécialisé). Les charges de personnels représentent en moyenne 72% du budget des EHPAD.

L'évolution des relations salariales au sein des EHPAD est lié aux choix de gestion permettant de garantir l'équilibre budgétaire des établissements, à l'évolution des flux financiers, articulation et priorités des financeurs publics et

---

GIR. Les niveaux de dépendance vont de 1 à 6, du plus dépendant au moins dépendant.

6

7 Salarié direction des ressources humaines, secteur non-lucratif, Nantes, novembre 2012

aux mutations de l'encadrement des relations salariales sécurisant (ou non) les trajectoires professionnelles des salariés.

## 2. Un faible portage politique au niveau étatique

Le vieillissement ne bénéficie pas d'un portage politique fort. Entre 1979 et 1996, quatre rapports officiels et cinq projets de lois se sont succédés sans déboucher sur une politique publique structurée du vieillissement (Frinault, 2013). Ce processus est qualifié par Thomas Frinault de « *non-décision exemplaire* » (Frinault, 2005) qui conduit à concentrer l'attention sur les dispositifs financiers de gestion de la conséquence problématique du vieillissement : la dépendance. C'est par cette porte que les acteurs associatifs deviennent de véritables acteurs de la négociation, partenaires des acteurs publics, parce que progressivement ils vont s'imposer comme les maîtres d'un terrain qui échappent aux acteurs publics.

Les efforts des pouvoirs publics vont se concentrer sur les leviers permettant d'abaisser le coût de la dépendance pour les citoyens (exemple : exonération fiscale des services à domicile pour les personnes âgées de 70 ans et plus). L'action publique est moins incarnée par une stratégie que par un ensemble de dispositifs financiers dont s'emparent les acteurs de champ des services aux personnes âgées. Le secteur non-lucratif a donc eu un rôle de co-construction des politiques. Henry Noguès évoque notamment pour l'aide à domicile, le rôle de la société civile au côté de l'action des familles et des pouvoirs publics (Noguès, 2011, p.56).

A la fin des années 1990, différentes expérimentations ont lieu à l'échelle des départements pour élaborer une prestation de dépendance : « l'arlésienne » de la gérontologie (Noguès, 2011, p.60). Ce mouvement abouti en 1999 à la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Le degré de dépendance s'impose comme critère d'élasticité de l'aide. Il reste aujourd'hui le point focal de la gestion des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.



L'analyse des « enchevêtrement de régulations » dans le secteur de l'aide à domicile réalisée par Laurent Fraisse et Laurent Gardin (Fraisse, Gardin, 2012) montre une certaine similitude avec le secteur de l'hébergement. En effet, l'ESS s'est fortement investi dans l'élaboration et l'analyse des besoins des personnes âgées, en parallèle de l'émergence de l'Etat Providence qui a engagé un processus de régulation tutélaire. Les années 80 ont vu l'émergence d'une régulation concurrentielle quasi-marchande. Le phénomène de territorialisation actuel est alors assimilé à la recherche d'une « régulation conventionné » permettant de lier les principes d'efficacité et de justice sociale.

La réponse organisationnelle territoriale en réseau s'impose comme une évidence théorique mais qui peine dans les faits à se mettre en pratique. Il est tout aussi nécessaire que difficile de coordonner les besoins de soins et d'accompagner. Pour tenter de pallier à ces difficultés les procédures contractuelles se multiplient (comme les schémas gérontologiques à échelle départementale et Schéma régional d'organisation sanitaire à l'échelle régionale). Les résultats sont contrastés selon les territoires. Pour Xabier Itçaina trois dimensions permettent de caractériser la prégnance ou non d'une action locale (Itçaina, 2010). Il s'agit de la construction de relations de confiance entre les acteurs concernés, les formes de régulation et la définition des enjeux de l'action publique. Dans tous les cas, la prise en compte locale des enjeux portés par les structures non-lucratives impliquent des liens étroits entre politique et économie et donc une institutionnalisation progressive du mouvement militant coopératif qui ne va pas sans poser problème et déconcerter une partie des salariés. Des tensions peuvent alors apparaître entre les directions salariés et les conseils d'administration qui peuvent peiner à retrouver leurs valeurs dans ce contexte : *« par exemple, maintenant quand on fait un appel à projet, il faut limite l'anticiper avant donc être dans les réseaux pour qu'il nous dise ce qui va tomber »*<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Membre CA, groupe mutualiste, Nantes, Mars 2014

Ce mouvement de territorialisation a-t-il partie liée avec une recherche d'efficacité ? Nous pouvons à tout le moins remarquer que l'évolution locale des structures est perçue par les salariés comme la recherche d'un équilibre financier. Ce sens donné à l'action de la structure heurte souvent la manière dont ils définissent leur choix de travailler dans une structure publique ou non-lucrative créant un sentiment de mise à la marge d'autant plus fort qu'il s'accompagne au niveau national de la remise en cause de la convention collective majeure.

### **3. Eclatement des relations professionnelles.**

Comme le rappellent Christian Hoarau et Jean-Louis Laville, les structures associatives ont longtemps rejeté les normes gestionnaires au motif qu'elles entravaient une capacité d'action propre à une organisation informelle régulée par des pratiques conventionnelles plus que par des règles formelles (Hoarau, Laville, 2013).

Les relations salariales dans le secteur médico-social sont sous le feu de l'actualité avec la révocation de la convention collective nationale des établissements privés de l'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non-lucratif du 31 octobre 1951. Cette convention regroupe principalement les salariés des EHPAD et concerne environ 200 000 salariés. La question de la remise en cause de la convention collective a émergé dès 2009. La FEHAP (syndicat employeur) a eu la volonté de réviser la convention collective et 3 ans de négociation s'en sont suivis. Les points de conflits entre la FEHAP et les syndicats de salariés concernaient la remise en cause de certains droits du personnel. Au total 15 points ont été révisés<sup>9</sup>. Aujourd'hui, seule une faible part de la CCN 51 qui n'a pas été dénoncée et la recommandation patronale sont en vigueur.

---

<sup>9</sup> Les 15 points sont les suivants : Prime décentralisée, collèges électoraux, procédure disciplinaire, attributions des délégués du personnel, licenciement économique, reprise d'ancienneté, règles de promotion, les règles relatives au remplacement, indemnités de licenciement, allocation de départ à la retraite, majoration spécifique, les jours fériés, heures supplémentaires, prime d'ancienneté

Cette remise en cause des acquis sociaux a renforcée la gestion décentralisée dans les structures. En effet, il appartient donc à chaque établissement de faire ses propres choix ce qui produit des situations salariés éclatées et hétérogènes. Tout d'abord, il y a une différence entre les adhérents à la FEHAP et les non-adhérents. En effet, il convient de rappeler que la convention collective nationale 51 n'est pas soumise au régime d'extension. Cela veut dire que les organismes du domaine ne sont pas obligés d'appliquer la convention, elle n'est obligatoire que pour les adhérents des syndicats patronaux, ici la FEHAP. Les autres structures peuvent choisir de n'en appliquer qu'une petite partie. Souvent, ce sont les grilles de salaires qui sont appliquées. Donc, les établissements non-adhérents choisissent d'appliquer une part de la convention ou la recommandation. Pour les établissements adhérents, les salariés sont sous deux régimes : ceux embauchés avant le 1er septembre 2011 gardent leurs avantages individuels acquis; ceux embauchés après sont sous le régime du droit du travail ou de l'avenant patronal. Les négociations collectives se retrouvent donc réduites aux accords d'entreprise. Les relations salariales sont de plus en plus tendues en particulier du fait de la dépendance aux financements publics : « autrement dit, les salariés du monde associatif, dont les conditions de travail sont régies par ces accords, risquent dans un futur proche de pallier une très probable diminution des financements octroyés par la dite « autorité compétente en matière de tarification » et d'être ainsi réduits au statut de « variable d'ajustement » des politiques publiques. » (Hely, 2012, p.37). Les salariés vont manifester leur mécontentement et pour certains, c'est la première fois qu'ils descendent dans la rue. Hors de ce conflit, les changements sont peu explicités, pour les identifier, il faut alors interroger les modalités d'organisation : processus de recrutement, la modification des tâches ou encore la transformation des métiers. Les salariés traduisent les modifications qui affectent leurs tâches par un moindre temps accordé aux résidents et un plus grand temps consacré aux tâches administratives. La réalité est complexe et la plus grande attention accordée aux résidents se traduit par une multiplication des processus de contrôle. Le suivi des personnes hébergées entraîne une informatisation des

dossiers et l'augmentation pour les cadres et pour les infirmières des tâches gestionnaires et administratives. Les salariés se retrouvent pris à la fois dans des demandes de plus en plus fortes de la part des usagers et des pressions en ce qui concernent les financements pour aller toujours plus vite <sup>10</sup>

Les salariés ont parfois l'impression de ne pas pouvoir réaliser correctement leur travail, c'est-à-dire de privilégier des tâches ou des modes de faire qui les éloignent de l'utilité dans laquelle ils inscrivent leur métier. *« Il y a trop de travail à faire. C'est une sorte de mal-traitance. On lave les personnes à une vitesse pas possible. C'est un peu du travail à la chaîne<sup>11</sup> »*.

Les dirigeants associatifs vont alors essayer de résoudre ces tensions latentes par un nouveau type de management où se mêlent autonomie des organisations et diffusion des bonnes pratiques via le Nouveau Management Public.

## **II. LE NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC (NPM) : LA RECHERCHE DE LA PERFORMANCE SOCIALE COMME NOUVEAU CRITÈRE DE JUSTICE LOCALE.**

Deux grands mouvements concomitants ont contribué à transformer le mode de production des services, objets d'une action publique directe ou par financement d'un ensemble de prestations (les EHPAD sont dans ce second cas). Le premier mouvement est caractérisé par l'introduction de principes du management des entreprises dans la gestion de l'action publique et de l'offre publique de services. Le second mouvement est marqué par l'accent mis de plus en plus fortement sur la prise en compte de l'utilisateur dans la production et l'évaluation de l'ac-

---

<sup>10</sup> CIDES-CHORUM, novembre 2012, « La prévention des risques professionnels dans les EHPAD : un état des lieux ».

<sup>11</sup> Stagiaire, secteur non lucratif, juin 2013

tion publique (Weller, 1998).

Dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées, ce double mouvement caractérise la première décennie des années 2000, qui s'ouvre sur l'affirmation des droits des personnes hébergées<sup>12</sup> et se conclue par la création de nouvelles structures de financement et de régulation, les Agences Régionales de santé<sup>13</sup>. Le Nouveau Management public a alors introduit des outils standardisés encadrant l'adaptation de l'offre à la demande et mesurant la satisfaction des usagers. (A) Les démarches qualité en sont l'exemple phare au travers de la notion de « bienveillance » (B). Les vives tensions se sont alors résolues via de nouveaux modes de management passant par des arrangements locaux.(C)

## 1. Le NMP, entre prophétie auto-réalisatrice et adaptation des organisations à un nouveau mode de régulation.

Le NPM fait une entrée brutale dans le secteur public (LOLF) et gagne progressivement les acteurs du secteur non-lucratif financés par des fonds publics. Ce nouveau mode de gestion se centre avant tout sur une finalité : les résultats que l'on devrait attendre d'une production d'un service public. Ce simple mouvement percute des services qui jusqu'ici se définissaient par le fait qu'ils avaient une obligation de moyens. Un outil apparaît : le tableau de bord, outil de recensement et de quantification. Sont comptés les personnes et les biens (qui a été concerné par quoi), ces quantités sont progressivement mises au regard des sommes dépensées. Si aujourd'hui, l'attention portée au coût semble une évidence, il est important de se rappeler que ce qui est d'abord compté ce sont les personnes. L'action publique

---

12 Loid janvier 2002

13 Les ARS sont créées le 1er avril 2010 (code de la santé publique).

s'intéresse à l'usager, à la manière dont le secteur privé, mobilisé pour l'exemple de son efficacité (Bezes, 2000), s'intéresse aux clients. L'action publique interroge l'effectivité du droit commun et met en place les premières mesures de lutte contre le non-recours aux droits et services.

L'idée motrice est que l'action publique peine à atteindre les personnes visées car elle est conçue et mise en œuvre dans une uniformité qui ne correspond pas à la diversité de la population<sup>14</sup>. Or le management privé est perçu comme un mouvement pragmatique d'adaptation permanente à l'hétérogénéité des demandes. Les nouveaux procédés sont vantés pour la «réduction des circuits décisionnels, meilleure connaissance des problèmes traités, socialisation au milieu » (Berthet, 2007, p.47)

Le management s'impose comme « l'art de la pratique » (Crozier, 1994) dont les fonctionnaires auraient été jusqu'alors dépourvus. Il s'impose avant même que ne soit posée et résolue la question des qualifications, du recrutement et de la place dans les organigrammes des « managers ». Autrement dit la principale difficulté est que le métier de « manager public n'a pas forcément été inventé mais plutôt attribué à des fonctionnaires au vue de leur place sur l'organigramme.

Tout cela s'applique-t-il au secteur des EHPAD ? Oui, pour le secteur public. Tendanciellement, les EHPAD du secteur non lucratif ont tendu à modifier non seulement les fiches de postes mais également les modes de recrutement donnant la priorité à de nouveaux profils formés au management. Ce, le plus souvent pour les cadres supérieurs. Pour les cadres intermédiaires et plus particulièrement pour les infirmiers cadres le management s'est ajouté à leur poste, la logique écono-

---

14 Deux mouvements accompagnent cette prise de conscience : la territorialisation des politiques publiques et la catégorisation de nouvelles formes de précarité, à l'exemple des travailleurs pauvres.

mique se superposant à celle du soin. Côté employeurs, l'importance accordée au poste de direction s'est accrue entraînant une détérioration des liens avec le bureau élu pour les structures associatives. Cela se traduit par de nouveaux modes de recrutement des directeurs par exemple. Les compétences attendues relèvent plutôt de la gestion. Certains association utilisent des cabinets de recrutement et recrutent « d'anciens » du secteur lucratif : « il y a une technicisation et certaines associations font cooptation, vont chercher quelqu'un qui a travaillé chez Airbus par exemple »<sup>15</sup>.

Concernant la légitimité de ce nouveau mode de faire, ce sont principalement les exigences des acteurs publics financeurs et du cadre législatif qui y ont présidé. L'attention accordée à la demande des résidents est au cœur du Nouveau Management Public (Bezes, 2003). Elle s'est traduite par la mise en place obligatoire d'outils assurant que la personne a consenti au service (entrée en EHPAD). Chaque établissement doit désormais construire et mettre en œuvre une offre spécifique (projet d'établissement) et les bonnes pratiques sont encouragées et publicisées dans les fédérations d'employeurs du secteur. Enfin concernant les modes de prise de décision, une importance nouvelle a été accordée à l'expertise d'usage (représentants des usagers et représentants des familles).

Le NPM a été introduit par des outils standardisés encadrant l'adaptation de l'offre à la demande et mesurant la satisfaction des usagers. Les démarches qualité en sont l'exemple phare. L'absence ou l'insuffisance du métier « le manager » par rapport au mode de faire « le management » a entraîné de vives tensions jusqu'à ce qu'émerge un début d'acculturation dont nous pensons qu'il se caractérise aujourd'hui par le consensus autour d'une notion phare « la bienveillance ».

---

15 Membre ADF (Assemblée des départements de France), Paris, Mars 2013

## 2. Du management par la qualité au management par la bienveillance

Dans les années 2000, les prémisses françaises de l'implémentation du NPM dans les organisations se traduisent, le plus souvent, par la mise en place de démarches qualité<sup>16</sup>. L'objectif global des démarches qualité est de garantir la maîtrise des résultats par la maîtrise du procès conduisant aux résultats. Elles sont au cœur des organisations : « Qualité, c'est facile d'utiliser ce mot là... Pour nous, c'est vraiment d'avoir une photographie de ce qu'on fait aujourd'hui... A partir de ces objectifs que l'on s'est fixé, c'est qu'est-ce qu'on va mettre en place. Nous, c'est ce qu'on appelle le PACQ : le plan d'amélioration continue de la qualité. C'est vraiment ce qui porte toute la journée, tous les jours.<sup>17</sup> »

La recherche d'optimisation se traduit le plus souvent par la recherche d'une maîtrise voire d'une baisse des coûts tout en préservant voir en amplifiant la satisfaction du client. Le paradoxe des démarches qualité est qu'elles sont avant tout des démarches de quantité. C'est d'ailleurs ainsi qu'elles sont perçues par les salariés, entraînant une faible adhésion voire des mesures de contournement, comme remplir une fiche incident au moindre problème pour forcer l'organisation à reconnaître des manques concernant la qualité de vie au travail des équipes. Les démarches qualité percutent les représentations professionnelles portées par les salariés. Ce que chacun compte (employeur d'un côté, salariés de l'autre) n'est pas ce qui compte vraiment pour l'autre. Un exemple dans un établissement du secteur non lucratif enquêté : la question de la sieste. L'objectif partagé est de garantir à chaque résident la possibilité de s'assoupir dans de bonnes conditions après le dé-

---

16 Il s'agit d'un référentiel attaché à l'attribution d'une norme qui détermine des exigences organisationnelles devant permettre à l'organisation qui les applique d'obtenir la meilleure satisfaction possible de son client au moindre coût possible (humain et financier).

17 Directrice de la Direction Hébergement Personnes âgées, municipalité de Loire Atlantique, avril 2013.



jeuner. La direction souhaite que les résidents soient accompagnés jusqu'à un siège incliné car le nombre de manipulation nécessaire est moins important que pour un couchage et permet d'offrir le service à l'ensemble des résidents avec un temps agent moins important que ne nécessiterait le fait de coucher au lit les seules personnes âgées les plus fatiguées. Le personnel répond à la lecture : coût/bénéfice au temps t par un argumentaire fondé sur la qualité de soins à moyen terme, les risques d'escarres étant plus importants dans un fauteuil que dans un lit. Ces deux interprétations de la qualité ne peuvent concorder si ce n'est à faire du cœur du conflit le dénominateur commun entre la direction et les salariés. C'est le tour de force auquel parvient la notion de bienveillance. Le management intérieurise la critique et poussent ce faisant les salariés à intérioriser la contrainte.

Le mot bienveillance est de plus en plus utilisé pour manifester l'importance du souci d'autrui dans la gestion des tâches. Nous pensons qu'il s'agit d'une mutation du NPM, une forme d'adaptation à l'environnement désarmant les critiques d'un gouvernement froid par les tableaux de bord par la mobilisation d'un principe qui ne peut que susciter le consensus : on ne fait pas que compter les gens, les gens comptent, tout simplement. A ce titre, la formation du mot bienveillance a toute son importance. La bienveillance indique une inclination au Bien, la majuscule se référant au fondement religieux de cette notion<sup>18</sup>.

C'est une notion morale qualifiant un savoir-être et un savoir-faire, le premier présidant au second. Cela signifie que le métier est orienté par une posture « prendre soin » avant de se définir par l'exercice d'un ensemble de techniques « soigner ». La bienveillance renvoie à un idéal de justice, c'est en ce sens qu'elle est appropriée par les professionnels, par les familles et les résidents. Second élément, la bienveillance est une notion relationnelle, elle ne peut s'appliquer que s'il y a soi et autrui et dans cette relation la priorité est donnée à l'autre.

La bienveillance caractérise et symbolise un mouvement organisationnel

---

<sup>18</sup> Cette dimension religieuse fait de la bienveillance un principe d'autant plus facile à ancrer dans le champ de l'aide aux personnes âgées, longtemps domaine réservé des religieuses.

d'intériorisation de la contrainte, d'autocontrainte. Les salariés se mettent eux-mêmes à la marge en faisant passer le bien-être des patients avant leur bien-être au travail, et ce sacrifice devient une qualité professionnelle servant un management orienté vers la reproduction de l'institution, garantir la survie de l'organisation dans un cadre financier très contraint.

Elle ne se cantonne pas à la qualification des métiers et des formations, elle pénètre aussi le management. En 2011 lors de la conférence « Bienveillance et entreprises » à Science po était présenté l'appel à la bienveillance au travail signé par 300 entreprises. Cette approche managériale de la bienveillance insiste sur le sens du travail et l'importance de la motivation des équipes dont le manager doit « prendre soin ».

Direction et salariés se retrouvent autour d'une figure, celle de l'utilisateur puisqu'au final, c'est de lui dont il s'agit de prendre soin.

L'attention accordée au prendre soin, au Bien, conduit progressivement à interroger la place des EHPAD dans l'offre de services aux personnes âgées. Est-ce finalement le service attendu par l'utilisateur ? Des arrangements locaux se font jour autour de nouvelles offres d'habitations.

### **3.« J'ai payé donc j'ai droit » : l'importance de se rassurer sur le sort des personnes âgées**

Les EHPAD sont soumises à un paradoxe. Le taux d'occupation des EHPAD est de 96 %<sup>19</sup>. 90% des personnes âgées préfèrent le maintien à domicile<sup>20</sup>.

19 Ibid.

20 Sondage Opinion way auprès de 1006 individus représentatifs de la population, mars 2012.

La valeur de l'argent (d'un point de vue sociologique) est le nœud des crispations et l'on en revient à la notion de bienveillance. La bienveillance est un rapport positif à autrui, c'est une vertu. Or les vertus se qualifient mais ne se quantifient pas. La bienveillance a un sens pour chacune des parties impliquées et c'est en cela qu'elle apparaît comme un outil managérial performant (auto contrainte).

En terme d'évaluation de la valeur sociale de l'argent, c'est-à-dire pour nous de ce que qu'une quantité d'argent permet d'obtenir en qualité d'un bien, cela donne les évaluations suivantes :

- Les familles sont attentives à des éléments visibles qu'ils associent à la manière dont leur proche vivait dans son propre logement : qualité et variété de la nourriture, propreté des lieux, équipement de la chambre et propreté et variation de l'habillement. Ce qu'ils appellent prendre soin ne constitue pas la plus grande partie de ce qu'ils paient, ce qui cause des incompréhensions et souffrances qui s'expriment directement en direction du personnel : « j'ai payé donc j'ai droit ».
- Les soignants accordant une place prépondérante au « prendre soin » vont interpréter l'ensemble des décisions de leur employeur comme des décisions économiques prises en faveur ou au détriment du bien-être de la personne. Cela est particulièrement le cas du petit matériel qui doit être compté (pour la toilette par exemple) ou des pratiques orientées vers la rationalisation des ressources plus que vers la demande du résident (utiliser une couche pour uriner plutôt que de mobiliser un membre du personnel pour se déplacer jusqu'au WC).
- Les employeurs ont le souci de l'image de leur établissement et plus largement de celle des EHPAD. Les fédérations d'employeurs déploient des moyens financiers importants en ce sens et les supports photographiques qui en découlent montrent généralement un professionnel en blouse blanche (le soin spécialisé, la partie la plus coûteuse) en face-à-face avec une personne âgée (en moyenne un taux d'encadrement global de 0,59) dans une situation qui relève plus de l'animation que du soin (discussion autour d'une table, promenade dans un couloir). Pour garantir la pérennité de l'équilibre économique de leur établissement, ils évoluent sur un fil qui consiste à promouvoir une représentation bienveillante de l'EHPAD suscitant l'adhésion des soignants et des familles, qui au vu de la situation réelle actuelle entrera nécessairement dans la pratique en confrontation

avec les postures professionnelles des salariés (turn over, arrêts de travail) et les attentes des familles et des résidents (plaintes, détresse psychique).

\_\_\_\_\_ Il semble intéressant de ne pas rester sur ce constat mais d'observer les évolutions du marché de l'offre publique et non-lucrative de services qui semble tenter de dépasser ces paradoxes pour aller vers ce que les études de marché ne cessent de promettre la silver economy mais qu'au concret chacun peine à réaliser, la solvabilisation des demandes.

Ces tentatives, qui peinent à se traduire en actes au niveau national (cinquième risque) sont de plus en plus vivaces au niveau local. On y retrouve l'importance phare de la bienveillance, appelé Bien vieillir dans le cadre du maintien à domicile ou des offres de logements intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD. Certaines structures d'aides à la personne construisent leur slogan sur l'opposition entre domicile et EHPAD, « liberté de rester chez soi » (ADMR). Dans la plupart des cas, et ce notamment du fait que les employeurs peuvent posséder plusieurs types d'offres, c'est la notion de maillage ou celle de parcours qui est mobilisée. L'idée générale est de proposer des services ou des travaux d'adaptation du logement qui coûteront moins chers au domicile que ce que ne coûterait une place en établissement, tout en respectant le souhait de la personne de rester chez elle. Argument social et argument économique sont conjugués. Ce mouvement est soutenu par une part importante des professionnels : « il faut trouver la bonne formule entre les grosses grosses maisons de retraite qui fonctionnent comme des usines et leur domicile qui n'est pas adapté à leur besoin et où ils sont tous seuls, il faudrait un intermédiaire, quoi »<sup>21</sup>

---

21 Auxiliaire de vie sociale, structure aide à domicile non lucrative, Nantes,

Le Bien de la personne motive le choix financier, non seulement des personnes concernées mais également des acteurs publics locaux qui font de plus en plus le choix d'animer ou de financer des dispositifs ou des aides permettant le maintien à domicile. Dans certaines communes, ces services peuvent se substituer à une offre d'EHPAD publics.

## CONCLUSION

La bienveillance, combinant efficacité économique et bien-être de la personne, serait-elle la panacée qui permettrait de résoudre l'équation des capacités financières des ménages par rapport aux besoins du grand âge ? Il est sur ce point éclairant de conclure sur nos résultats de recherche les plus récents. Nous avons entrepris de conduire des focus group auprès de corps de métier intervenant auprès des publics âgés, au domicile d'un côté, en EHPAD de l'autre. Il en ressort que chacun estime ne pas avoir les moyens de prendre autant soin que nécessaire des personnes mais que pour autant les personnes sont mieux là qu'elles ne seraient ailleurs. Autrement dit, pour les salariés de l'aide à domicile, l'EHPAD est un repoussoir et pour les salariés des EHPAD, le domicile peut devenir un danger pour la personne. Ces argumentaires ne se construisent pas sur le dénigrement des autres professionnels (qualifié par leur courage, la difficulté de leur métier) mais sur le Bien apporté à la personne âgée quitte pour le salarié à se sacrifier (temps supplémentaire non déclaré par exemple).

## BIBLIOGRAPHIE

BERTHET T. (2007) «L'Etat social à l'épreuve de la question territoriale », in Faure A., Négrier E., *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale. Critiques de la territorialisation*, Presses universitaires de Grenoble, Grenoble, p. 47.

BEZES P. (2000) « Les hauts fonctionnaires croient-ils à leurs mythes ? L'apport des approches cognitives à l'analyse des engagements dans les politiques de réforme de l'Etat. Quelques exemples français (1988-1997)", *Revue française de science politique*, vol. 50, n°2, 2000, p. 307-332

BEZES P. (2003) « Aux origines des politiques de réforme administrative sous la Vème République : la construction du « souci de soi de l'Etat » », *Revue française d'administration publique*, n°102, p. 306-325.

CROZIER M. (1994) *L'entreprise à l'écoute*, Paris, Seuil, seconde édition.

CULPEPPER PEPPER D.et al. (2006) *La France en mutation 1980-2005*, Paris, Presses de science po.

FRAISSE. L., GARDIN L. (2012) « les associations au cœur d'un enchevêtrement de régulations ? » in Petrella F. (dir.), *aide à domicile et services à la personne : les associations dans la tourmente*, Rennes : presses universitaires de Rennes, coll : économie et société, p.23-44.

FRINAULT T. (2013), « Réforme française de l'allocation dépendance et gestion départementale » Un jeu d'influences réciproques, *Gouvernement et action publique*, 2013/1 n° 1, p. 39-62.

FRINAULT T. (2005) « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue française de science politique*, 2005/4 Vol. 55, p. 607-632. DOI : 10.3917/rfsp.554.0607

HELY M. (2012) « Le travail salarié associatif est-il une variable d'ajustement des politiques publiques ? », *Informations sociales*, n° 172, p. 34-42

- HOARAU C., LAVILLE J-L. (2013) *La gouvernance des associations*, Eres, Villematier.
- ITCAINA X. (2010) « Les régimes territoriaux de l'économie sociale et solidaire : le cas du Pays Basque français », *Géographie, économie et société*, p.71-87.
- LALLEMENT M. (2006), « Transformations des relations du travail et nouvelles formes d'action politique », in Culpepper P. et al., *La France en mutation 1980-2005*, Paris, Presses de science po.
- NOGUÈS H. (2011) « Régulation publique et accompagnement du vieillissement : la chronique des « barres parallèles », in Batifoulier Ph., Buttard A., Domin (dir.), *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gaudreau*, Paris, Éditions Eska, p.56-69.
- PRIOU J. (2005) *Liberté d'accomplir un projet de vie et participation sociale : le nécessaire dépassement de l'économie du bien-être. Analyse des politiques d'action sociale et du rôle des organisations privées à but non lucratif*, Université de Paris 1.
- TIXIER J. (2010) « Quand l'innovation sociale est portée par l'entrepreneuriat du travail. La bienveillance au coeur du business model ou le social business en action », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2012/45 Vol. XVIII, p. 161-183.
- TROUVE H. et al. (2010), « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? », *Géographie, économie, société*, 2010/1 Vol. 12, p. 31-52.
- VANDERSCHULDEN M. (2011) « La place du secteur associatif et de l'action sociale dans l'économie », *INSEE Première*, n°1356, juin 2011.
- WARIN Ph. (1997), *Quelle modernisation des services publics ? Les usagers au coeur des réformes*, La Découverte, Paris.
- WELLER, J-M. (1998) « La modernisation des services publics par l'utilisateur: une revue



de la littérature (1986-1996)", *Sociologie du travail*, n°3, 1998, p. 365-392.

