



**HAL**  
open science

## La mécanique du Care: Cas d'un EHPAD associatif

Christelle Bruyere, Nelly Massard

► **To cite this version:**

Christelle Bruyere, Nelly Massard. La mécanique du Care: Cas d'un EHPAD associatif. 2eme journée pluridisciplinaire sur le Care Organisationnel K-OR, Université de Rouen - Nimec Laboratoire Normandie Innovation Marché Entreprise Consommation, Dec 2023, Evreux, France. hal-04717718

**HAL Id: hal-04717718**

**<https://hal.science/hal-04717718v1>**

Submitted on 4 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.

# Étude de la mécanique du Care<sup>1</sup> : le cas d'un EHPAD associatif

**Mots clefs** : EHPAD, care organisationnel, processus, vulnérabilité

Management bienveillant (Rodet, Desjacques 2017), management humaniste (Brasseur, Yanat 2010), management alternatif (Barlatier et al. 2017), etc... sont autant d'expressions qui se sont accélérées dans la dernière décennie. Derrière ces appellations variées, c'est une remise en cause des hiérarchies traditionnelles qui est pointé et un besoin de repenser les rapports des acteurs dans les organisations, de développer un « prendre soin » des salariés, des usagers, et de soi, encourageant les entreprises traditionnelles à s'adapter et à se transformer. Dans ce contexte, les « théories » du care (Gilligan 2008 ; Tronto 2008 ; Molinier, Laugier, Paperman 2009 ; Bruyère 2021) posent les fondements d'un care organisationnel qui consisterait certes à organiser le travail pour générer des résultats mais plus encore, à prendre soin du travail (et de ceux qui le produisent) pour atteindre une performance globale et durable (Capron et Quairel, 2006).

Si le care renvoie volontiers aux métiers du soin par ailleurs en tension (perte d'intérêt, manque de reconnaissance, conditions de travail dégradées<sup>2</sup>, etc.), il ne va pas de soi qu'il infuse les pratiques de management des organisations de santé. Autrement dit, les établissements du secteur de la santé (entendu au sens large de sanitaire, médico-social et social) sont tout autant concernés par la question du care organisationnel. Le secteur sanitaire et social n'échappe ni aux contraintes de productivité qui imposent la recherche d'efficacité, de vitesse d'exécution, ou d'optimisation des moyens, ni aux contraintes de qualité, de traçabilité, ou de sécurité qui génèrent une intensification du travail (Bruyère, 2022).

Dans cette perspective, cette communication interroge les pratiques de management d'un EHPAD à l'aune des théories du care. Cette étude de cas a été réalisée en deux temps. La première phase exploratoire de l'étude (2021) nous a permis de démontrer que des pratiques managériales qui s'inscrivent dans un souci constant de prendre soin des collaborateurs et des usagers et de reconnaître l'interdépendance de tous quel que soit le niveau hiérarchique, ont créé les conditions favorables à la gestion de crise COVID-19 (Bruyère, Massard, 2021). La deuxième phase en cours (2023) nous permet d'approfondir la compréhension de la mécanique du care en situation quotidienne (hors période COVID), à partir d'une analyse processuelle du care tel que décrite par Tronto (1993). Comment identifier les attentes de care au niveau de la direction ? des professionnels de santé ? des usagers ? Par quels moyens le management se saisit-il de ces attentes pour tenter d'y apporter une réponse ? Et dans quelle mesure cette réponse est-elle adaptée aux parties prenantes ? et plus largement à l'écosystème du care ?

## 1. UNE APPROCHE PROCESSUELLE DU CARE <sup>3</sup>

Molinier, Paperman et Laugier (2021), par un travail de synthèse des travaux fondateurs nord-américain en philosophie et sciences politiques (Gilligan, 1982 ; Tronto, 1993), clarifie la notion de care. Leur approche pluridisciplinaire permet de délimiter la notion et d'identifier l'usage qui pourrait en être fait dans nos sociétés. Dubost (2019), à partir de ce travail, invite les chercheurs en Management à se saisir de ce concept pour comprendre les dispositifs et pratiques qui permettraient d'inscrire le care dans les actions collectives.

---

<sup>1</sup> Le titre fait référence au roman fantastique de Mathias Malzieu, la mécanique du coeur

<sup>2</sup> Cercles vulnérabilités et société, Soutenir et piloter l'attractivité des métiers du care en fluidifiant les trajectoires et les organisations, note de position, décembre 2022.

<sup>3</sup> Dans cette communication, sont cités prioritairement des auteurs proposant une méta analyse sur le care. Un état de l'art approfondi sera proposé dans une communication ultérieure.

Approcher l'organisation par le care offre une perspective innovante en management (Arnaud Clémens, 2023). En effet, le care nécessite de prendre les problèmes et les besoins d'autrui comme le fondement de l'action, alors même que les théories du management ont avant tout été fondées historiquement sur une logique de productivité à moindre coût. Le care invite à déconstruire ou inverser les processus d'exploitation, en mettant en évidence des formes d'émancipation, de délibération et de prise de décision partagée pour une meilleure gestion des besoins.

L'approche processuelle du care développée par Tronto constitue une grille d'analyse intéressante et novatrice pour approcher la mécanique managériale du care. Ce processus repose sur des dispositions morales et des actions concrètes (pratiques) qui s'associent pour répondre à un besoin de soin. « Le care est à la fois pratique et disposition » (Tronto, 2009, p.145).

Plus précisément, le processus se compose de 4 phases (Molinier et al. p 75-76) et chacune de ces phases exige une qualité morale (Molinier et al. p 80) :

- la phase 1, « le caring about », demande de l'attention, de la part des acteurs. Il s'agit, dans un cas donné, de reconnaître la nécessité d'un *care*, d'un besoin auquel on doit répondre.
- la phase 2 est le moment du « taking care » qui consiste à prendre la responsabilité, une fois le besoin et le type de réponse appropriée identifiés. Cette étape détermine en particulier s'il est possible de répondre au besoin.
- la phase 3 est le « care giving » : il s'agit de répondre par un certain travail au besoin identifié avec les moyens mis en place. Cette phase nécessite de la compétence.
- La phase 4 est le « care-receiving » qui exige de la réceptivité. C'est la réception du care qui doit être entendue, si on veut que l'activité de care corresponde au besoin.

Ces 4 phases « peuvent connaître des conflits entre elles. Il est possible que le care se partage à chaque étape entre différents acteurs en désaccord » (Molinier, Paperman, Laugier, p77). Décrire chacune des phases permet de « mettre à jour les perturbations qui ont pu se produire à divers moments, et d'en retirer des enseignements pour la suite. La modélisation du care permet ainsi un apprentissage » (Dubost, 2019, p 75).

Pour comprendre comment le care habite les pratiques de management, **nous proposons de modéliser le processus en nous appuyant sur l'étude de ces 4 phases à partir d'un cas. Nous analyserons les facteurs qui le facilitent (leviers) et les facteurs qui le perturbent (les freins).** Précisons deux éléments essentiels. D'une part, notre focale est managériale, nous n'entendons pas analyser le processus de soin (au sens d'accompagnement de l'utilisateur), mais bien le processus managérial permettant de comprendre la mécanique du care à travers les dispositifs et outils de gestion des managers et managés. D'autre part, le care ne saurait être réduit à un processus prescriptif. Ce n'est pas une injonction de la direction mais bien une combinaison de dispositions et de pratiques propres à chacun que cette recherche vise à rendre visible.

## **2. METHODOLOGIE**

L'EHPAD étudié est l'un des 4 établissements d'une association de bienfaisance à but non lucratif (loi 1901). Dès l'ouverture de l'établissement en 2009, la directrice souhaitait une rupture avec un modèle de management classique. Convaincue, elle s'est inspirée de success story (sécurité sociale Belge) pour mettre en œuvre un modèle de management différent reposant sur le travail collaboratif, le droit à l'erreur, la confiance, la transparence et le principe de subsidiarité.

Il nous a semblé important de cibler un cas disposant d'une certaine maturité managériale en matière de care organisationnel. Le management exercé dans l'établissement depuis son ouverture incite au travail collaboratif, impulse la mise en œuvre de projet par équipe pluridisciplinaire

favorisant le partage d'expériences et la connaissance inter-métier et encourage la prise d'initiative en acceptant le droit à l'erreur et en respectant le principe de subsidiarité. Cet EHPAD a déjà fait l'objet d'une recherche en période pandémique pour comprendre en quoi le management « bienveillant » (au sens du prendre soin) peut être un levier de gestion de crise et un facteur de développement de la résilience organisationnelle (Bruyère et Massard, 2021).

Cette deuxième phase vise quant à elle à analyser le care en situation « ordinaire et quotidienne ». Nous avons eu recours aux récits de pratiques relatifs à trois expériences vécues au sein de l'EHPAD afin d'approcher la mécanique du care. Ces expériences ont été identifiées lors d'un premier entretien avec la directrice d'établissement.

Première expérience centrée usager : Eliane, résidente de l'EHPAD, a toujours vécu avec des chats. Elle manifeste son besoin d'être au contact d'un chat, mais la résidence n'autorise pas l'hébergement des animaux domestiques. Comment répondre au besoin personnel d'Eliane dans une collectivité ?

Deuxième expérience centrée professionnels de santé : les agents sont en demande permanente d'ajuster les plannings pour permettre une conciliation de la vie personnelle et professionnelle. Comment répondre au besoin de personnalisation des plannings tout en assurant une continuité des soins ?

Troisième expérience centrée direction : l'équipe de direction (directrice, cadre de santé et responsable qualité) a à cœur de célébrer les événements importants de la vie (anniversaire, diplôme, départ, mariage, etc.). Comment répondre au besoin de célébration sans tomber dans la prescription normative ?

Les entretiens ont été déterminés en fonction des acteurs/trices de chaque expérience, chacun(e) étant un élément actif du processus (annexe 1).

A ce jour, sept personnes ont été rencontrées, parfois à plusieurs reprises pour compléter de manière incrémentale les récits de pratiques permettant de reconstituer le processus du care (Barbier, 2007). La collecte des données s'est faite via des entretiens physiques, à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif. En lien avec le processus du care et nos deux questions de recherches (leviers et freins), quatre thèmes structurent ce guide : la notion d'attention (pourquoi se soucie-t-on de cette situation ? et qui s'en préoccupe ?), de responsabilité (qui prend la responsabilité d'intervenir ?), de compétences (qui fait quoi ? quelles actions concrètes sont mises en place ?) et de capacité de réponse (est-ce que ces actions semblent répondre au besoin ? la réponse apportée est-elle adaptée ? pour tous ?). La durée des entretiens est comprise entre 40 minutes et 1 heure 30.

### **3. RESULTATS ET DISCUSSION**

La modélisation du care dans une approche processuelle permet un apprentissage des éléments favorisants et des éléments perturbateurs. Les résultats sont présentés en deux temps.

Dans un premier temps, revenons sur les facteurs facilitants le care. Nous identifions trois leviers managériaux.

- **Encourager le bricolage : faire plus avec moins, leitmotiv dans la santé**

Dans l'expérience centrée usager, une aide-soignante (AS) identifie le besoin pour une résidente d'avoir la compagnie d'un chat (caring about) : « *Eliane me raconte qu'elle récupérait des chats, qu'elles les nourrissaient (...), je vois qu'elle est proche des animaux (...) et il y a beaucoup de posters de chat dans sa chambre* ». La phase du « taking care » débute lorsque l'agent en parle à sa direction qui lui demande d'identifier les avantages et les contraintes d'avoir un chat dans l'établissement. Malgré les avantages bien présents, l'AS est confrontée à plusieurs difficultés : « *qui va nettoyer ? (...) des collègues*

sont pour ; d'autres sont contre » (AS), « C'est bien car un soignant s'est questionné sur le besoin d'un résident (...), je comprends le besoin individuel mais je dois voir l'impact sur le collectif » (Cadre de Santé). Les phases du « care giving » et « care receiving » vont se produire lorsqu'un soignant profite de l'occasion de donner un chaton à un autre professionnel, pour amener l'animal à l'EHPAD et le confier le temps d'une journée à la résidente : « *Eliane est restée la journée accrochée au petit chat* » (AS).

Dans l'expérience centrée direction, « le besoin de célébrer, malgré un contexte économique difficile » (la direction) se produit grâce au réseau et talent de chacun : « *un thé dansant a été organisé et le mari d'une soignante, qui est barman a animé et préparé des cocktails, (...) tout le monde participe, les soignants, les résidents* » (animatrice). Chaque année, l'anniversaire de la résidence est fêté, « *je trouve toujours une idée, c'est un moment important pour tous* » (responsable cuisine).

Dans l'expérience centrée agent, les professionnels de santé veulent des plannings « à la carte » (caring about) : « *On s'adapte à l'évolution de la famille (...) les agents disent de choses : je ne peux pas travailler ce week-end, j'ai mes enfants (...), certains préfèrent travailler le matin, d'autres le soir* » (Cadre de santé – CS). La CS, responsable des plannings, préfère ajuster plutôt qu'imposer (le taking care). Elle propose un planning et les agents font des ajustements, « *tant que j'ai l'effectif équilibré matin/soir* ». Elle peut solliciter des agents flexibles mais veille à ce que ce ne soit pas toujours les mêmes : « *On fait en sorte que le travail s'adapte à la vie privée* » (care receiving).

Dans les 3 expériences, le processus du care connaît des perturbations (la responsabilité de l'animal, les contraintes économiques, les modifications permanentes du planning) et les acteurs vont « bricoler », faire preuve d'inventivité, d'astuces en s'appuyant sur leur talent, pour aller jusqu'au bout du processus du care. Le bricolage est ici envisagé non pas comme une voie de recours pour faire face à une situation subie faute de disposer de chemins d'action plus solides, mais comme un espace d'innovations managériales reconnaissant aux acteurs la capacité d'élaborer des arrangements intellectuels, créatifs et ingénieux (Levi Strauss, 1962 ; Brémond et al., 1997 ; Clément, 2002 ; Gueret-Talon et Lebraty, 2007).

#### ● Un secteur d'activité centré sur l'humain

L'intérêt pour l'autre, l'empathie, l'engagement dans ses missions sont autant de dispositions que nous avons relevés, bien que tous les interviewés ne relèvent pas des métiers du soin (animation, cuisine, gestion).

Dans l'expérience centrée usager, la direction exprime de l'intérêt : « *il faut être ouvert à la situation proposée, je ne dois pas rester figée sur mon propre avis (...) je m'interroge aussi sur le bien-être animal* » ; l'AS est engagée dans sa mission « *l'animal est très bon pour le malade, pour le résident Alzheimer il doit se rappeler qu'il y a un chat, qu'il faut s'en occuper, le caresser, c'est bien aussi pour la motricité* » (une AS).

Dans l'expérience centrée agent, la souplesse dans le planning est nécessaire pour s'adapter à la vie des résidents. Par exemple, des agents n'hésitent pas à prendre leur poste plus tôt si une animation le nécessite : « *quand on prépare une animation, comme la visite de la foire avec un départ à 8h, on a besoin des agents, on a donc besoin d'un planning un peu plus flexible* » (animatrice).

Dans l'expérience centrée direction, le souhait de célébrer les moments importants est partagé par tous les acteurs interrogés : « *c'est fédérateur* » (AS), « *c'est positif* » (Animatrice). La direction exprime aussi qu'il faut positiver les mobilités professionnelles dans un contexte pénurique, « *les gens qui partent sont nourris de ce qu'ils peuvent prendre ici, il faut formaliser le départ pour le rendre positif* » (direction). « *Nous prenons un temps en relève pour célébrer un départ* » (cadre de santé).

#### ● Une direction animée par le care

La direction s'oppose fermement au travail en 12h des professionnels de santé alors que c'est une organisation du temps de travail attractive et globalement plébiscitée par les soignants. Pour la direction, ce rythme n'est pas adapté à la vie de la résidence : « *il y a des pics d'activité dans une journée en EHPAD* » ; cela pose aussi des problèmes d'organisation « *on ne peut pas avoir le même agent dans*

*le même service en permanence avec les mêmes résidents* ». Enfin c'est épuisant pour les agents « *c'est un rythme insupportable, les professionnels rentrent épuisés chez eux* » (directrice) ; « *il y a des impacts sur la vie familiale, on rentre épuisé, énérvé du travail, et cela peut être difficile avec des enfants* » (cadre de santé). La direction a conscience de l'interdépendance de chacun : un rythme de travail en 12h a des impacts sur les résidents, sur la vie familiale des professionnels et leur santé. La fatigue des agents a également des impacts sur la prise en charge des résidents. La vulnérabilité de tous est dans les consciences de chacun.

Dans un second temps, nous analysons les éléments perturbateurs qui freinent voire bloquent la mécanique du care. Nous relevons notamment cinq freins.

- **L'interdépendance des relations**

Dans l'expérience centrée usager, le processus est freiné car la présence d'un chat dans l'établissement exige un partage des responsabilités (tout ne peut pas reposer sur un(e) professionnel(le) du fait des temps de présence variable). Si des soignants sont d'accord pour s'en occuper, d'autres le sont moins. Des résidents peuvent apprécier sa présence, d'autres moins. L'absence de consensus gèle le processus.

Dans l'expérience centrée agents, des personnes sont plus souples pour modifier leur planning, là où d'autres ne le sont pas. La cadre de santé exprime pour autant que « *ces personnes ont d'autres qualités* ». Elle tente de contrôler ce déséquilibre : « *j'identifie dans l'équipe qui est flexible mais je ne sollicite pas toujours les mêmes. Par exemple, il manque un poste du soir aujourd'hui, je n'ai pas voulu solliciter une personne car je sais qu'elle serait venue* ».

- **Le recours à la hiérarchie**

Dans l'expérience centrée usager, les agents interrogés attendent une prise de décision de la hiérarchie pour l'adoption d'un chat alors même que la direction est soutenante et laisse la possibilité aux agents de réfléchir à la faisabilité pour décider ensemble : « *L'équipe fait un état, ils verront ce qui est possible ou pas. Et s'il y a des contraintes : nous prendrons une décision ensemble* » (directrice). Le réflexe du recours hiérarchique freine le processus, certains salariés attendent que la direction décide pour eux.

- **L'acceptation du risque**

L'expérience centrée usager montre que le risque perturbe le processus du care : « *le chat pourrait faire tomber un autre résident* » (AS) ; « *les autres résidents pourraient être maltraitants avec l'animal* » (directrice). Le risque est aussi un frein dans l'expérience centrée agent. Le risque d'épuisement de la cadre de santé qui réajuste en permanence les plannings ; ou des agents à qui on demande souvent de revenir. L'anticipation des risques humains et juridiques (responsabilité en cas d'accident) impacte la mécanique du care. Précisons que cet établissement est dans une forte culture du risque. En effet, l'établissement a été pilote pour la mise en place d'un projet innovant : « *Le projet 4M : Manger mieux, mixons moins* » (Bruyère, Massard, 2021).

- **La situation économique**

Le care est-il un luxe que l'on peut se permettre uniquement quand tout va bien ? Dans l'expérience centrée direction, le budget a été revu à la baisse pour célébrer l'anniversaire de l'établissement ou les autres événements de l'année, ce qui a contribué à limiter les actions engagées. Pour autant, le bricolage est un moyen pour répondre à ce besoin de célébration : « *on veut célébrer les évènements (...), on trouve toujours un moyen autour du repas* » (cuisinier).

- **Des dispositions variables**

Dans les expériences centrée usager et agent, nous constatons que certains acteurs n'ont pas la même perception du souci de l'autre. Si les valeurs soignantes favorisent les dispositions du care

(empathie, intérêt pour l'autre, etc.), elles n'en sont pas moins acquises pour tous. Exercer dans le secteur de la santé n'implique pas nécessairement de disposer des attentions du care.

Nous résumons en annexe 2 les facteurs facilitants et empêchants le processus du care dans le cas étudié.

En conclusion, la question de plus en plus prégnante du care management nous a amené à interroger le care en train de se faire. Nous avons mobilisé la théorie de Tronto, avec une approche processuelle qui conduit à modéliser en 4 étapes la construction du care. Notre question initiale « comment le care habite-t-il les pratiques de management ? » a ainsi été déclinée en deux sous-questions de recherche : quels sont les facteurs facilitants le care ? quels sont les facteurs empêchants le care ? tout en maintenant une focale sur les pratiques de management (et non les pratiques soignantes). A ce stade, plusieurs enseignements peuvent être tirés.

Sur le plan théorique, l'approche processuelle de Tronto offre une perspective novatrice à la mise en œuvre du care, séquençant les étapes d'une mécanique associant des dispositions et des pratiques ancrées dans la vie ordinaire. Cette approche questionne le caractère authentique ou opportuniste du care : est-ce un outil transitoire pour faire face à la désaffection des métiers du soin ? Ou est-ce une conviction que porte les managers ?

Sur le plan managérial, les premiers résultats invitent à questionner la posture de la direction en allant encore plus loin dans la décentralisation de la prise de décision. Les entretiens ont également ouvert des questionnements sur la capacité à oser se montrer au travail tel que l'on est dans la vie ordinaire, et à oser manifester ses talents en dehors de la fiche de poste requise.

Enfin, plusieurs limites viennent nuancer la portée de ces propositions. Notre étude se limite à un cas, sans avoir à ce stade échangé avec toutes les parties prenantes internes et externes. Il manque des acteurs essentiels du processus comme le conseil d'administration. Ajoutons que les interviewés identifiés autour des expériences prédéfinies avec la direction d'établissement ont un parti pris pour le care. D'autre part, bien que le care ne soit pas directement abordé avec les acteurs interrogés, le biais de désirabilité sociale persiste, induisant des réponses socialement désirables.

Il serait intéressant de poursuivre ces travaux en élargissant le spectre des interviewés pour approfondir la compréhension des mécanismes du care. Une approche comparative permettrait également de consolider les enseignements tirés (approche comparative dans le domaine de la santé mais aussi en dehors du secteur afin d'identifier les spécificités sectorielles).

### Annexe 1 : liste des personnes interviewées

	Expérience centrée usager (chat)	Expérience centrée agents (planning)	Expérience centrée direction (célébration)
Directrice d'établissement	X	X	X
Cadre de santé	X	X	X
Coordinatrice de vie sociale		X	X
Soignante 1	X	X	
Soignante 2	X		X
Responsable cuisinier			X
Résidente	X		
Responsable qualité	En cours		
Membres du conseil d'administration	En cours		

### Annexe 2 : typologie des facteurs facilitants et empêchants le processus du care dans le cas étudié

Type de facteurs	Facteurs facilitants (leviers)	Facteurs empêchants (freins)
<b>Culturel</b> (lié à la culture professionnelle)	Valeurs soignantes	Recours à la hiérarchie
<b>Organisationnel</b> (lié au mode opératoire)	Encouragement au bricolage	Charge de travail
<b>Individuel</b> (lié à l'individu)	Empathie, écoute active, intérêt pour la relation humaine	Approche technicienne du métier
<b>Structurel</b> (lié à l'évolution de la valeur travail et des métiers du soin)	Pénurie de soignants (encourage les établissements à considérer le care comme un levier d'attractivité)	Situation économique tendue qui donne la priorité à la baisse des coûts (ex : volonté du conseil d'administration de l'EHPAD de passer en 12h)
<b>Juridique</b> (lié à la responsabilité juridique)		Risque (responsabilité engagée)
<b>Stratégique</b> (lié au mode de gouvernance)	Direction d'établissement animée par le care au quotidien, le care est ancré dans la stratégie globale d'établissement (de l'entrée à la sortie) sans pour autant être prescriptive	Le conseil d'administration a des préoccupations avant tout économique qui ne sont pas toujours en cohérence avec le care

## **Bibliographie**

Arnaud Clémens. (2023), « L'Enquête Démocratique Caring, une approche pragmatiste pour un organizing alternatif qui prend en compte les vulnérabilités. Expériences de la phase d'émergence d'une Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale », *thèse de doctorat en Sciences de Gestion*, soutenue le 12 avril 2023, Université de Lyon.

Barbier J.M. (2007), « Le vocabulaire des rapports entre sujets et activités », Dans Avenier M.J. et Schmitt C. (s/d), *La construction de savoirs pour l'action*, Paris, L'Harmattan.

Barlatier P.J., Chauvet, V., Morales, J. (2017). « Management alternatif, déplacer les frontières du management », *Revue française de gestion*, 3, 264, pp. 11-22.

Brasseur M. ; Yanat, Z. (2010). « humanisme et management », *Revue humanisme et entreprise*, 3, 298, pp. 1-4.

Brugère F. (2021). *L'éthique du care, Que Sais-je ?* Presse Universitaire de France, 4<sup>ème</sup> édition.

Bruyère C. (2022). *Le management bienveillant dans les établissements de santé, un levier de gestion de crise*. ISTE Editions.

Bruyère C, Massard N. (2021). Le management bienveillant peut-il être un levier de gestion de la crise Covid-19 ? Le cas d'un EHPAD associatif. *Gestion et management public*, 9(N4), 133-138.

Cintas C., Eve A., Zouaghi, S. (2023). Émergence du Care Organisationnel : Quand le management s'empare de l'éthique du Care et de la Doulia (hal-03977302)

Capron, M. et Quairel, F. (2006). Évaluer les stratégies de développement durable des entreprises : l'utopie mobilisatrice de la performance globale. *Revue de l'organisation responsable*, 1, 5-17.

Dubost N. (2019). Que peut apporter l'éthique du care aux recherches en management ? L'exemple des salariés aidants. *Gestion 2000*, 36(4), 69-85.

Gilligan C. (1982). In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development, *Harvard University Press* (trad.fr. Paris), Flammarion, 1986.

Gilligan C. (2008). *Une voix différente, Pour une éthique du care*, Traduction revue par Vanessa Nurock, Champs Flammarion, Paris.

Meyronin B. (2019). *Replacer vraiment l'humain au cœur de l'entreprise : le management par le care*, Vuibert.

Molinier P., Laugier S., Paperman P. (2009) *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Editions Payot et Rivages. 2<sup>ème</sup> édition.

Rodet JP., Desjacques Y. (2017). *Le management bienveillant, la bienveillance est l'indicateur d'un monde encore plus humain*, Broché.

Tronto J. (1993). Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care, *Psychology Press*.

Tronto J, (2008), Du care, *Revue du MAUSS*, 4 novembre 2008, n°32, n°2, 243-265.

Tronto J. (2009), Un monde vulnérable, Pour une politique du « care », *La Découverte*, Paris.

## **Auteurs :**

Christelle Bruyère et Nelly Massard

Maître de conférences, IAE de Saint-Etienne

COACTIS

Mail de contact : [nelly.massard@univ-st-etienne.fr](mailto:nelly.massard@univ-st-etienne.fr)