



EHESP

**DIRECTEUR DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES, SOCIAUX
ET MEDICO-SOCIAUX**

Promotion : **2012-2013**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**Le rôle du directeur dans la prise en
soin et l'accompagnement innovants
des résidents en EHPAD,**

l'exemple de la maison de retraite de Grenade sur Garonne.

PERRIN Thierry

Remerciements

Je tiens à remercier Mme Hoffmann Virginie, directrice de l'EHPAD de Grenade et Cadours jusqu'en décembre 2012, ma première maître de stage, dont je retiendrai l'approche rigoureuse du métier de directeur.

Je remercie particulièrement M Carles Didier, mon second maître de stage, pour sa bienveillance et son écoute attentive tout au long du stage malgré la direction par intérim.

Je salue avec respect l'ensemble des professionnels de l'EHPAD Saint-Jacques de Grenade et Cadours pour leur travail quotidien dans un souci de bien-être des résidents.

Enfin je suis reconnaissant envers Mme Cosson, sociologue et enseignante à l'EHESP, pour l'accompagnement prodigué afin de rédiger au mieux notre mémoire.

Pour Alice et Justine

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le besoin d'innover malgré un contexte budgétaire restreint	7
1.1 La définition d'une prise en soin innovante ou d'un accompagnement innovant..	7
1.1.1 Une terminologie inadéquate à la frontière des champs sanitaires et médico-sociaux	7
1.1.2 Une définition limitant l'aspect innovant des prises en soins et des accompagnements.....	9
1.2 Les atouts de la prise en soin ou d'un accompagnement innovants.....	11
1.2.1 Un directeur a-t-il un devoir d'innovation ?	12
1.2.2 Les autres atouts de l'innovation pour les EHPAD.....	14
1.3 La difficulté de valoriser une prise en soin innovante	16
1.3.1 Le manque de reconnaissance de l'innovation.	16
1.3.2 Le poids des chiffres dans l'évaluation du secteur public	17
2 Un travail collégial souhaité dans la mise en place d'un projet innovant	21
2.1 Un établissement en avance au sein de son territoire.....	21
2.1.1 Un rôle moteur de l'établissement pour les autres structures du GCSMS ..	21
2.1.2 De nombreux projets permettant à l'EHPAD de se démarquer	22
2.2 Les personnalités à l'origine des projets innovants de l'EHPAD.....	24
2.2.1 Une personnalité entreprenante de la directrice.....	24
2.2.2 Une écoute attentive pour déceler le potentiel des acteurs dans leur capacité à innover.....	25
2.3 Un défaut d'évaluation des projets innovants démontrant leurs limites	27
2.3.1 Des projets valorisés auprès des parties prenantes externes	27
2.3.2 Une évaluation des projets innovants insuffisante pour les valoriser	28
3 Une sélection nécessaire parmi les projets pour en assurer un meilleur suivi.....	31
3.1 Un nouvel interlocuteur entre les EHPAD et le GCSMS	31
3.1.1 Un GCSMS insuffisamment exploité	31
3.1.2 La prise de poste du nouveau directeur, une opportunité avant la mise en place de nouveaux projets.....	32

3.2	Les prises en soins et accompagnements innovants à l'aulne d'un changement de direction et de médecin coordonnateur.....	33
3.2.1	La personnalité communicante du nouveau directeur.....	34
3.2.2	Une relation à construire avec le nouveau médecin coordonnateur.....	34
3.3	Une gestion des projets à renforcer	36
3.3.1	Un nouvel élan pour l'EHPAD en vue du nouveau projet d'établissement ..	36
3.3.2	Une proposition synthétique de mode opératoire pour l'EHPAD	38
	Conclusion.....	43
	Sources et Bibliographie	45
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAP	appel à projets
ANAP	Agence Nationale d'appui à la Performance
ANESM	Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
CCAS	Centre communal d'action sociale
CG	Conseil Général
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail
CNG	Centre National de Gestion
CNSA	Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPC	Développement Professionnel Continu
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
GCSMS	Groupement de coopération sanitaire, social et médico-social
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des études Economiques
UVP	Unité de Vie Protégée

Introduction

En septembre et octobre 2012, lors du stage à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Midi-Pyrénées, une des missions était centrée sur les appels à projets (AAP) médico-sociaux. Concernant la rédaction d'un cahier des charges pour ces AAP, le caractère innovant de l'AAP laissait indécis les équipes au regard de la difficulté première de rédaction de ce dossier. En se rapportant à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), le caractère innovant des AAP permet aux institutions en contact avec les problématiques de terrain de proposer des solutions adaptées, voire d'inciter les autres structures à les suivre. Le stage en ARS a précédé le stage professionnel qui s'est déroulé à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Saint-Jacques de Grenade sur Garonne dans le département de la Haute-Garonne.

Confrontées à des mutations profondes, sociales, règlementaires, tarifaires, les structures médico-sociales sont appelées à adapter leurs projets, leurs organisations, leurs réseaux, les compétences de leurs équipes... Devant l'ensemble de ces injonctions, quelques fois contradictoires, le directeur peut être en difficulté pour définir des priorités d'actions au regard des enjeux et des moyens dont il dispose. Même si la préoccupation actuelle est de pouvoir apporter des réponses aux problèmes d'équilibre financier, les structures qui sauront réaliser les positionnements stratégiques pourront retourner à l'équilibre le cas échéant. Dès lors il appartient au directeur d'élaborer ou de renouveler un projet d'établissement en tenant compte des choix stratégiques. Or la difficulté réside dans le caractère innovant de cet accompagnement et principalement dans la définition de l'innovation en EHPAD, dont le temps écoulé demeurera le meilleur critère pour valider une prise en soin innovante. Ainsi l'innovation devra se traduire par le fait qu'elle perdure. De même un projet innovant sera confronté à la réalité du terrain parfois imprévisible lors de l'élaboration du projet. Pour persister, un projet innovant devra s'adapter selon l'évolution des besoins des résidents et des familles de plus en plus exigeantes. Ce problème se pose avec d'autant plus d'acuité que les pathologies rencontrées dans ces établissements sont multiples, souvent chroniques. De surcroît, l'incidence et la prévalence des malades d'Alzheimer ou troubles apparentés augmentent. La proportion de personnes souffrant de démence était estimée à 42% en EHPAD en 2007¹. En outre les choix stratégiques du directeur devront s'opérer en fonction des enjeux territoriaux et des prestations des autres EHPAD environnants. Par ailleurs, il est aujourd'hui nécessaire de rendre lisible les différentes actions menées par les professionnels d'un EHPAD face à des résidents et des familles trop peu nombreux à souligner les bonnes pratiques des

¹DREES, 2011, *Les personnes âgées en institution*, dossier solidarité et santé n°22, p 3.

professionnels. Enfin une prise en soin innovante peut jouer un rôle attractif dans le recrutement des professionnels pour un secteur d'emploi souvent dévalorisé.

De plus les recommandations institutionnelles ou normatives en faveur de l'évolution du secteur des personnes âgées en établissement semblent laisser peu de place pour la prise en soin ou l'accompagnement innovant des résidents en EHPAD. Les approches médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer sont parfois inefficaces au regard de la persistance des troubles du comportement des résidents. Les innovations concernent plutôt le développement de la prise en charge à domicile ou bien les aspects technologiques en lien avec le vieillissement. Dans les EHPAD publics la démarche qualité tend de plus en plus vers une forme de performance reposant sur les tableaux de bords diffusés par l'Agence Nationale d'appui à la Performance (ANAP) en relation avec l'évaluation, la formation PATHOS² et la promotion de la bientraitance. L'évaluation gestionnaire promue par les outils de l'ANAP et consistant à produire des mesures de l'efficacité d'une activité à partir d'une valorisation essentiellement financière ne permet pas de démontrer l'intérêt de dispositifs innovants. De même, l'insuffisance des critères d'évaluation de ces derniers traduit un manque de visibilité des actions innovantes alors que le secteur médico-social est de plus en plus concurrentiel, phénomène exacerbé par les palmarès de maison de retraite. Le défaut de reconnaissance de ces actions est ambivalent, voire paradoxale au regard des exigences des résidents et de leurs familles. D'un côté il traduit une liberté d'action de la part des directeurs dans le choix des accompagnements innovants en même temps qu'il laisse place à une incertitude quant à la crédibilité des concepts ; faute d'une efficacité non démontrée scientifiquement. A défaut d'impulsion nationale par les sociétés savantes ou les institutions étatiques, le directeur d'un EHPAD dispose alors d'une certaine latitude pour valider la mise en place des prises en soin innovantes sous réserve de pouvoir financer son projet et de rassurer ces équipes face aux changements. L'élaboration du projet général de soins d'un EHPAD semble réservée au médecin coordonnateur et au cadre de santé ; tous deux piliers des professionnels de santé. Pour autant, la vision stratégique appartient au directeur de l'établissement. Dans la mesure du possible, il doit pouvoir construire une vision au long cours pour l'établissement dans un contexte de concurrence entre les structures d'hébergement et d'accueil pour les personnes âgées. Cette prise de risque est intrinsèque à sa fonction ; le moins aisé étant de transposer au quotidien les valeurs du projet d'établissement. La mise en place d'un accompagnement innovant peut aussi être perçue par le directeur comme une opportunité à saisir sur le plan managériale.

Sur le plan régional, le taux d'équipement en maison de retraite de Midi-Pyrénées correspond à la moyenne nationale (122 versus 127/1000 personnes de 75 ans ou plus).

² Le modèle PATHOS est un outil pour élaborer le niveau de soins nécessaire à domicile ou en établissement selon les situations cliniques observées.

Avec 99,6 lits médicalisés pour personnes âgées de 75 ans ou plus, le département de la Haute-Garonne se positionne au 46ème rang des départements français³ selon l'Institut National de la Statistique et des études Economique (INSEE). Bien qu'il existe des disparités interdépartementales, on ne peut considérer cette région et ce département comme déficitaire en nombre de maison de retraite par rapport à sa population. L'EHPAD Saint-Jacques est un établissement public autonome, habilité à l'aide sociale, situé au nord ouest de la Haute-Garonne. Il est organisé en deux sites : Grenade et Cadours, distant de 22 km. A l'échelle du territoire, l'établissement se situe à l'extrémité nord-ouest du département de la Haute-Garonne, il est donc limitrophe au département du Gers et du Tarn. Il convient de préciser que l'EHPAD Saint-Jacques est une seule entité juridique, le conseil d'administration de Grenade est donc commun aux deux sites. Le site de Grenade compte 165 places et celui de Cadours 60 places, les deux sites disposent d'une architecture récente suite à une reconstruction en 2006. Il dispose d'une unité de vie protégée (UVP) pour résidents Alzheimer sur chaque site soit 50 places au total, d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places et d'une place en hébergement temporaire. Cet établissement appartient à un groupement de coopération sanitaire, social et médico-social (GCSSMS) dénommée GESPA 31⁴ regroupant quatre EHPAD de la Haute-Garonne.

On note d'emblée l'architecture généreuse des bâtiments avec la présence de patios intérieurs conférant une certaine sérénité à l'ensemble de la structure. Le stage a été marqué dès l'arrivée par le sentiment d'une structure médico-sociale en avance sur son territoire, d'autant plus qu'elle était présentée ainsi lors du stage en ARS. De plus l'EHPAD a déjà réalisé deux évaluations internes et une évaluation externe. Alors que l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) publiait des recommandations, en juillet 2008 pour la bientraitance et en décembre 2008 pour la lutte contre la maltraitance, l'EHPAD Saint-Jacques incluait déjà ces notions dans son projet d'établissement : « La philosophie générale de prise en charge repose sur le principe d'Humanitude® et de gestion du risque maîtrisé et partagé avec le conseil de vie sociale, les résidents et leurs familles. La personnalisation des prises en charge est permanente grâce à des adaptations continues des tâches réalisées par les professionnels de santé au regard des besoins de l'ensemble des résidents, pris individuellement au moment de l'exécution de la tâche. »⁵. L'isolement géographique de l'EHPAD St-Jacques de Grenade et Cadours ne semble alors pas un obstacle dans l'innovation de la prise en charge.

³ INSEE, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_1602R, consulté le 15 novembre 2012.

⁴ GESPA 31 pour **G**roupement des **E**HPAD et **S**ervices **P**ublics **A**utonomie de la Haute-Garonne.

⁵ Extrait du projet d'établissement 2008-2013 de l'EHPAD Saint-Jacques.

Un des atouts soulevés dans le rapport de l'évaluation externe⁶ concerne la présence d'un chien d'accompagnement social. En plus de la simple présence rassurante pour les résidents, il participe à des ateliers d'animation. Son apport est primordial lorsqu'il s'agit par exemple de faire diversion chez une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer au moment d'un bain, d'autant plus en cas de pathologie articulaire. D'autres projets en cours semblent porteurs de sens pour les résidents et leurs familles, comme la mise en place d'une véritable politique de développement durable, inscrite dès 2008 dans le projet d'établissement. Dans le domaine de la restauration pour les résidents, plusieurs pistes innovantes ont été mises en place dans l'établissement. On peut citer le service à l'assiette, le « finger food », traduisible en français par le « manger main », ou le « cooking food » ou cuisson mobile qui consiste à cuisiner devant les résidents. Pour autant, cela implique des changements de pratiques professionnelles pour les cuisiniers dans le respect des recommandations en vigueur⁷.

Certes l'EHPAD Saint-Jacques apparaît comme un établissement innovant avant le début du stage mais les équipes sembleront déstabilisées par la suite. Après l'évaluation externe en octobre 2012, la vie de l'établissement a été marquée par le départ de la directrice au 31 décembre 2012 après 6 ans de présence et suite à son stage professionnel pendant la formation. Notons que ce changement s'inscrit dans le cadre d'une évolution de carrière. Des élections municipales anticipées se sont déroulées en fin d'année 2012, le nouveau maire a donc remplacé l'ancien président du conseil d'administration. L'intérim a été assuré pendant 6 mois par un des directeurs d'EHPAD membre du GCSMS, avant une prise de poste de direction sur l'établissement Saint-Jacques à partir de juin 2013. Sur le plan des professionnels de la structure, ce semestre a été marqué par la demande de mutation pour raison personnelle du chef cuisinier et du licenciement pour faute du médecin coordonnateur. Par ailleurs, un essoufflement des équipes a été souligné par plusieurs professionnels. Par exemple, trois titulaires de l'unité de vie protégée Alzheimer ont demandé à quitter ce service après plusieurs années de présence, un est toujours en arrêt maladie. Ces éléments ont amené les représentants du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) à solliciter un CHSCT extraordinaire. Enfin lors de la visite de labellisation du PASA en février 2013, la faible file active a été soulignée par les professionnels de l'ARS et du CG. Cette remarque a permis de mettre en évidence un défaut de suivi du dispositif marqué par une prépondérance des résidents de l'unité de vie protégée par rapport aux autres secteurs.

⁶ CRP consulting, 2012, *Rapport d'évaluation externe de l'EHPAD Saint-Jacques de Grenade sur Garonne*, p 23.

⁷ Méthode HACCP « hazard analysis critical control point », principe de gestion de la sécurité sanitaire des aliments.

Au regard de cette succession d'évènements inhabituels on est en droit de se demander si la perturbation des équipes est conjoncturelle ou alors si le caractère innovant de l'EHPAD montre ses limites ?

La première idée serait de penser qu'un changement de direction après six ans de présence participe au vacillement interne notamment dans un contexte d'intérim laissant une incertitude quant au successeur. On peut également envisager une explication propre à la fin d'un cycle de vie de l'organisation annonçant l'arrivée à maturité de l'EHPAD. Enfin la dernière hypothèse penche plutôt en faveur d'une saturation des équipes face à la multitude des projets dans un établissement, qualifié d'innovant, en avance au sein de son territoire.

Un premier temps a consisté à relever des informations caractérisant l'innovation au sein de l'EHPAD à travers la prise de note pendant les réunions de services ou d'instances. Ensuite tous les comptes-rendus de ces réunions ont pu être compulsés depuis 2008 grâce à l'archivage informatique sur un serveur commun. Enfin la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels internes et externes à l'établissement avaient pour objet de comprendre le rôle et le ressenti des acteurs impliqués dans la mise en place de ces projets innovants. La liste des enquêtés figure en annexe, les entretiens d'un peu plus d'une heure se sont déroulés sur site. Ils ont été enregistrés afin de faciliter la prise de note. Il convient de préciser que le médecin coordonnateur n'a pu être interviewé en raison du contexte de licenciement peu propice à l'échange. Le choix des entretiens a semblé plus pertinent puisqu'ils permettent aux professionnels de donner leurs points de vue sur la mise en place de ces prises en soins innovantes dès lors qu'ils en ont été témoins. Il était nécessaire de comprendre grâce aux entretiens comment tous les projets avaient été vécus et comment ils étaient perçus avec le temps. L'échantillon retenu était composé d'anciens professionnels afin de percevoir la genèse et le vécu de la mise en place des projets innovants ainsi que d'une résidente et de la présidente du conseil de la vie sociale (CVS). On peut toutefois regretter que des professionnels de l'ARS n'aient pas eu la possibilité de répondre aux différentes sollicitations au sujet des entretiens. Les rencontres ont été réalisées dans des bureaux et en fin de stage afin de faciliter les échanges suite à la confiance instaurée pendant les huit mois. Les entretiens n'ont pas fait l'objet d'une analyse structurale mais les extraits les plus pertinents pour l'objet du mémoire ont été retenus. Enfin l'enquête par entretien fut la seule méthode utilisée et ils ont toujours été menés avec un guide d'entretien figurant en annexe. Dans un souci de respect d'anonymat, chaque enquêté s'est vu attribuer une lettre alphabétique qui sera mentionnée lors des citations d'extraits. Le fil rouge des entretiens se découpe en plusieurs temps. Tout d'abord, il était proposé aux interviewés de définir l'innovation en EHPAD avant d'énoncer les projets innovants propres à la structure. Dans un contexte de direction par intérim, il était délicat d'évoquer

le malaise des équipes ou le travail de l'ancienne directrice lors des entretiens. Les questions n'ont donc jamais été directes même si l'évocation des problématiques était sous-jacente. Ensuite il était utile de savoir qui était à l'origine des projets et enfin de connaître le degré d'évaluation de ces derniers pour appréhender les difficultés actuelles. L'ensemble des entretiens a été retranscrit sous format Word afin de pouvoir les analyser en thématiques et sous forme de tableau mentionnant les références des enquêtés et les mots clés associés aux discours. Il est à noter que la retranscription des extraits ne tient pas lieu de la syntaxe propre à chaque interviewé. Toutefois certaines expressions ont été retenues afin de ne pas dévoyer le sens des phrases.

Dans un premier temps, il s'est avéré nécessaire de définir les termes de prise en soin ou d'accompagnements innovants (1). Ensuite les éléments innovants ont été exploités grâce à des entretiens afin de comprendre le rôle joué par les professionnels de l'EHPAD (2). Il est alors apparu que la multiplicité des projets a trouvé ses limites en efficacité invitant à proposer un mode opératoire pour les futures prises en soin et accompagnements innovants (3).

1 Le besoin d'innover malgré un contexte budgétaire restreint

Si la définition d'une prise en soin ou d'un accompagnement innovant montre que peu de projets peuvent répondre à celle-ci, on peut néanmoins considérer que l'innovation en EHPAD n'est pas seulement d'ordre technologique ou scientifique. Il semble important de souligner que ce processus d'innovation dans une organisation ne répond pas à un schéma classique dans le sens où il perturbe les équipes soignantes habituées à exercer selon des protocoles. C'est tout le problème de certaines interventions non médicamenteuses ne reposant pas sur des procédures habituelles. Or elles représentent des activités habituellement déployées dans les EHPAD et suscitent des initiatives innovantes, non dépourvues d'intérêts pour les établissements.

1.1 La définition d'une prise en soin innovante ou d'un accompagnement innovant

La difficulté à définir l'innovation d'une prise en soin ou d'un accompagnement réside dans le caractère polymorphe de ces termes. On peut également retrouver la complexité du secteur médico-social à travers ces définitions. Cependant peu de projets pourront être qualifiés d'innovant.

1.1.1 Une terminologie inadéquate à la frontière des champs sanitaires et médico-sociaux

La loi du 30 juin 1975⁸ a donné naissance au secteur social et médico-social en séparant le secteur des personnes âgées de celui des personnes handicapées. Si ce cloisonnement persiste aujourd'hui puisque la suppression de la barrière d'âge de 60 ans prônée par la loi du 11 février 2005⁹ n'est pas encore appliquée, la définition de la prise en soin, terminologie récente, demeure toujours ambiguë. Qu'il s'agisse d'une personne en situation de handicap ou bien d'une personne âgée nécessitant des soins, ce dernier terme appelle toujours une distinction que les anglo-saxons opèrent entre le « cure » et le « care ». Il convient alors de distinguer le soin pur (to cure) qui relève du champ sanitaire, autrement dit le soin pratiqué principalement dans les établissements de santé, et le prendre soin (to care) qui prend en compte plus globalement l'individu, caractérisant plutôt le secteur médico-social. Le propos n'est pas de réduire les deux secteurs à l'une de ces

⁸Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne], [consultée le 26 mars 2013], disponible sur internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>

⁹Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et de la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel, n° 36 du 12 février 2005 page 2353. [consultée le 26 mars 2013], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>.

deux définitions mais la loi rappelle la différence fondamentale entre ces deux champs. Un centre hospitalier est un établissement de santé dont les missions sont définies par le code de santé publique tandis qu'un EHPAD est un établissement médico-social dont les statuts juridiques sont inscrits dans le code de l'action sociale et de la famille. La loi du 2 janvier 2002¹⁰ remplace la loi de 1975, elle réaffirme les droits des usagers et l'obligation des établissements et services d'apporter une offre de qualité et de respecter des règles éthiques. Cette révolution de penser la place de l'utilisateur est toujours à l'œuvre puisqu'il s'agit de s'adapter au résident dans son lieu de vie ou de soin et non l'inverse. Ce qui amène l'enquête C à énoncer au sujet d'un des outils avancés par cette loi : « Ce n'est plus le résident qui se met à disposition du professionnel, mais c'est l'inverse. Donc à la base j'ai presque envie de dire que c'est une petite révolution ».

Fréquemment le terme de prise en charge est délaissé au profit d'une prise en soin conférant ainsi une terminologie plus légère pour le patient ou l'utilisateur, voire d'un résident dans le cas d'un EHPAD. Cette expression témoigne aussi indirectement de l'augmentation des troubles musculo-squelettiques chez les professionnels dans le cas de manutentions répétées des résidents ou des patients. Pourtant la présence du terme de prise en charge dans de nombreux ouvrages et publications laissent penser que l'expression de prise en soin n'est pas complètement acceptée¹¹. Cette prise en soin en maison de retraite diffère de celle d'un établissement de santé dans le sens où il n'y a pas d'hospitalisation, le résident étant hébergé dans un lieu de vie. Cette distinction est essentielle puisque la notion de prise en soin varie selon le lieu où elle est prodiguée.

A côté de cette définition, on peut également souligner une spécificité des personnes vulnérables par le seul fait qu'elles soient accompagnées. Sur le plan étymologique, accompagner est un dérivé de compagnon « qui mange son pain avec quelqu'un »¹². En maison de retraite, il existe des temps d'accompagnement et des temps de soins, au sens médical. Dès lors il s'agit de faire appel à une aide extérieure puisque la personne n'est plus en capacité de réaliser seule certains actes de la vie quotidienne. Pour autant l'accompagnement peut aussi se caractériser par une participation de l'utilisateur lui permettant de maintenir son autonomie, selon le concept de « l'empowerment » en santé publique. Par ailleurs, il apparaît intéressant de se pencher sur les vocables utilisés au quotidien dans le sens où ils témoignent d'une forme d'intrusion dans la vie des individus. La frontière est ténue dès lors qu'il faut accompagner

¹⁰ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, NOR: MESX0000158L, [en ligne]. [consultée le 26 mars 2013], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>.

¹¹ IGAS, 2013, *Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes*, p 6. [consulté le 06.07.2013], disponible sur internet : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_comite_national_pilotage_-_projets_pilotes.pdf

¹² BAUMGARTNER E., MENARD P., 1996, *Dictionnaire étymologique et historique de la langue française*. La Flèche : librairie générale française, 848 pages.

et non pas faire à la place du résident. On parle ainsi de la gestion des malades alors que le terme de soins des malades serait plus approprié. De même on peut s'interroger sur le sens de l'expression projet de vie pour des résidents dont la moyenne d'âge d'admission en EHPAD laisse penser qu'ils ont déjà réfléchi à leurs projets de vie.

Ainsi on peut distinguer une prise en soin d'un accompagnement même si la notion de « care » est commune. Celle-ci caractérise la prise en considération du résident dans sa globalité et dans sa singularité, notamment par la mise en place d'un projet de soin personnalisé. Si la prise en soin et l'accompagnement repose essentiellement sur les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)¹³, il existe des dispositifs innovants.

1.1.2 Une définition limitant l'aspect innovant des prises en soins et des accompagnements

La définition de l'innovation dans le secteur médico-social est confrontée aux mêmes difficultés que pour le champ des entreprises. En effet, il convient de préciser que l'innovation n'est pas le changement. Le sociologue des organisations Norbert ALTER rappelle que l'innovation est le résultat d'une trajectoire qui débute avec l'invention¹⁴. De plus il considère que l'innovation crée de l'instabilité dans les équipes, préférant un certain mode d'organisation qui rassure à certains égards. Il nomme « appropriation » le passage de l'invention à l'innovation. Toute proportion gardée entre le champ de l'entreprise et celui du médico-social on peut penser qu'un directeur d'EHPAD verra une invention vouée à l'échec si les équipes n'ont pas pu prendre le temps d'intégrer cette nouvelle pratique. Le sociologue schématise ce processus à l'aide d'une courbe sigmoïde puisque le départ repose sur quelques promoteurs qui seront parfois suivis par une majorité. La fin de la courbe en S témoigne de la présence d'une part d'irréductibles qui n'adhéreront jamais à l'innovation¹⁵.

Le corollaire est alors de percevoir que les personnalités innovantes devront se confronter aux règles et normes établies. Cela est d'autant plus présent chez des professionnels soignants qui exercent souvent en se référant à des protocoles avec une logique de réflexion en logigramme. Par exemple, un syndrome, qui est un ensemble de symptômes, oriente le professionnel vers des actes, le plus souvent médicamenteux. Des modifications dans ce mode de pensée viennent alors perturber les pratiques et nécessitent un temps d'adaptation. Or Norbert ALTER montre que l'innovation se caractérise par une faible rationalité et met en exergue cette « tension centrale entre

¹³ On peut citer les recommandations sur la qualité de vie en EHPAD dont les quatre volets ont été publiés de février 2011 à novembre 2012 cf bibliographie.

¹⁴ Norbert A. 2013, *l'innovation ordinaire*, 4^{ème} édition « Quadrige », PUF sociologie, p 17.

¹⁵ Ibidem p 23.

innovation et organisation ». Par ailleurs il précise que l'appropriation de l'innovation repose sur un travail collectif basé sur l'échange. Au sein d'une équipe il existe alors des partages selon la volonté des individus. En vertu de la logique de « don contre don » de Marcel MAUSS, rappelée par Norbert ALTER, on retrouve des échanges par intérêts réciproques mais certains préféreront conserver une information plutôt que de la véhiculer, représentant un frein à la diffusion de l'innovation. En somme toute invention n'aboutit pas à l'innovation dans le sens où elle peut se révéler ambiguë en sollicitant les équipes pour qu'elles innovent tandis que l'on assiste à la prolifération des méthodes de contrôles et de traçabilité. Les soignants évoquent aisément cette contrainte de traçabilité au détriment de la présence auprès des résidents. Dans les entretiens, l'interviewé C précise : « aujourd'hui les soignants sont confrontés à un nombre d'actes vertigineux à mettre en place, l'informatisation impose aussi cet activisme. Parfois le soignant est frustré de ne pas pouvoir être dans le savoir-être et le relationnel avec le soigné. ». De plus le rôle du directeur peut être perçu comme un frein à une bonne prise en soin. En effet, devant toute problématique, il convient de la rendre factuelle à l'aide de preuves tangibles reposant le plus souvent sur une traçabilité. Or elle est souvent ressentie par les professionnels comme une perte de temps au détriment des résidents. L'idéal est alors de trouver un juste milieu défini par le directeur, en évitant de nourrir la frustration des agents.

Pour le sociologue Jean-Philippe TOUTUT le changement serait plutôt la « transformation d'un paradigme existant » tandis que l'innovation résulte « d'une création d'un nouveau paradigme »¹⁶. La principale différence entre les deux idées réside dans la notion de continuité ou de rupture. Le changement s'opère dans la continuité puisqu'il apporte des modifications alors que l'innovation est un processus qui apporte une réponse nouvelle face à de nouveaux besoins peu ou pas satisfaits. De surcroît l'innovation est une démarche impactant l'ensemble des équipes de l'institution avec un retentissement à l'extérieur de la structure. Il voit dans l'innovation une réponse aux contraintes résultant des champs politiques, juridiques, du règlement ou budgétaire. Norbert ALTER considère qu'il s'agit d'une réponse à l'inefficacité des règles en place face aux multiples problèmes rencontrés au sein d'une organisation. Jean-Philippe TOUTUT précise que le premier risque est la mise en disposition à innover puisqu'elle suppose une affectation de ressources pour assurer une veille interne et externe, observer et étudier les besoins dans son environnement. Un autre risque réside dans la nécessité de mettre en place une fonction de communication en interne pour le suivi de l'innovation. Il décrit ensuite quatre circonstances générant de l'innovation.

¹⁶ TOUTUT JP., « L'innovation dans les établissements sociaux et médico-sociaux » in UNIVERSITE DE PAU, *Innovation et changement dans le secteur sanitaire et médico-social*, 28 juin 2013. [consulté le 20 juillet 2013], disponible sur Internet : <http://pau.droitpublic.univ-pau.fr/live/actualites>

L'établissement peut créer son propre univers (terme retenu par le chercheur) avec un nouveau service ou une nouvelle offre. Il peut également étendre son propre univers à d'autres dimensions en obtenant un agrément pour l'accueil d'enfants handicapés pour des places inoccupées en EHPAD. Ensuite l'établissement peut confronter son univers avec un autre univers, par exemple lors de l'ouverture d'un atelier d'un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) dans une entreprise. Enfin l'établissement peut créer des ponts entre deux autres univers avec un rapprochement de deux structures.

On comprend aisément qu'il est plus facile d'évoquer l'innovation technologique en EHPAD comme les appareillages de manutention, les systèmes informatisés ou les nouvelles architectures d'établissement. La véritable innovation fait suite à une invention or les inventions dans la prise en soin ou dans l'accompagnement sont rares. Les traitements médicamenteux proposés dans la maladie d'Alzheimer sont peu satisfaisants au regard de la difficulté à contrôler les troubles du comportement. Pendant que les recherches se poursuivent d'autres formes de prises en charge émergent mais souvent sans réel consensus scientifique.

Selon l'article L. 116-1 du Code de l'action sociale et des familles: « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. » Ce texte de loi amène deux remarques au sujet de la prise en soin ou l'accompagnement innovant. Premièrement il faut apporter une réponse personnalisée tout en étant complémentaire et différent des autres structures dans un souci d'équité territoriale. En outre, on assiste à une forme d'injonction paradoxale. D'un côté il existe une multitude de normes qui encadrent l'activité des professionnels en EHPAD et de l'autre on leur demande de s'adapter face à des résidents présentant des troubles du comportement dont les traitements médicamenteux apporte des réponses limitées. Pourtant les approches non médicamenteuses connaissent de plus en plus de succès auprès des professionnels et des aidants familiaux. Les enquêtés définissent l'innovation avec leurs regards et principalement à l'échelle de leur établissement mais peu d'entre eux saisissent l'impact de l'innovation sur l'organisation. Peut-on alors véritablement parler d'innovation ?

1.2 Les atouts de la prise en soin ou d'un accompagnement innovants

Innover pourrait sembler incongrue dans un EHPAD. Néanmoins, la logique concurrentielle de plus en plus prégnante, dans un contexte budgétaire restreint, invite les structures à se positionner sur un territoire. Dans l'immédiat, les futurs résidents s'inscrivent souvent sur des listes d'attentes en vue d'une admission en maison de

retraite. La volonté de maintenir la personne âgée à son domicile pourrait diminuer le taux d'occupation des établissements et partant inciter ces derniers à innover pour se démarquer des autres institutions.

1.2.1 Un directeur a-t-il un devoir d'innovation ?

Selon le référentiel métier D3S¹⁷ : « la dimension stratégique et managériale du métier de directeur se renforce (...). Il favorise l'intégration de l'établissement dans un tissu social, médico-social et sanitaire (...). Il encadre des équipes pluridisciplinaires en favorisant le développement des compétences et savoir-faire des personnels (...). Il assure l'adaptation de son établissement et des compétences du personnel aux types particuliers de dépendance : niveau d'autonomie, maladie d'Alzheimer...» On constate que la connaissance du territoire de santé et la prise en charge globale du résident sont prégnants dans le métier de directeur. Si l'innovation n'est pas clairement énoncée dans le référentiel, on peut néanmoins accepter qu'elle est vivement conseillée eu égard aux besoins des résidents. Toutefois ce principe n'est pas l'apanage des directeurs d'établissements dans le champ des personnes âgées.

L'innovation interroge le projet d'établissement car on évoque souvent les EHPAD avec des résidents de plus en plus affectés sur le plan des pathologies or il s'agit bien d'un ESMS donc la logique de soin ne peut prédominer. La vue d'ensemble de l'organisation et des valeurs de l'établissement sont inscrit dans le PE qui peut être garant des transformations s'inscrivant dans un processus d'innovation. De surcroît, le PE est l'occasion de questionner une majorité des agents et d'obtenir une pluralité des regards. En ce sens les projets innovants doivent s'inscrire dans les valeurs du PE.

Les injonctions multiples auxquelles le directeur d'un EHPAD doit répondre semblent laisser peu de place à l'innovation. Pour autant un devoir d'innovation apparaît comme une réponse à ces injonctions. On ne peut occulter les restrictions budgétaires des pouvoirs publics, régulièrement décriées par les associations de directeurs, pour atteindre des objectifs de qualité prônés par les recommandations nationales de bonnes pratiques ou encore les nouvelles normes. L'évolution des politiques publiques avec la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), la Révision générale des politiques publiques (RGPP), la démarche d'évaluation interne et externe, les nouvelles agences autour de l'efficience et de la performance (ANESM et ANAP) et la prégnance des ARS dans les politiques de santé et les politiques médico-sociales, impose une adaptation régulière des établissements sociaux et médico-sociaux. Dans ce contexte il reste peu de place pour la capacité à innover. De même, le stage professionnel aura permis de saisir la

¹⁷ DGOS-CNG. Référentiel métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social [en ligne], [consulté le 13 juin 2013], disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_D3S_Mission_DGOS-CNG.pdf

réurrence des griefs de certaines familles prompts à solliciter des prestations de service répondant à une logique hôtelière bien plus qu'à la recherche du bien-être de leurs aînés. Le contexte de crise économique pourrait renforcer le besoin d'innovation d'autant plus que la mise en place de la procédure d'appel à projet instaure ouvertement une logique concurrentielle entre les établissements. Néanmoins on peut également considérer cette procédure comme une incitation à mieux s'organiser pour répondre aux besoins d'un territoire, voire à mieux coopérer entre les établissements. Cet aspect semble faire défaut dans le secteur public qui peine à s'organiser malgré des expériences positives en termes de coopération probablement en raison d'un besoin de clarification des modes de coopération¹⁸. Or Norbert ALTER insiste sur le caractère collectif et la nécessité de co-produire pour innover¹⁹. Il appartient donc au directeur d'associer le personnel et les usagers dans la réflexion collégiale, voire d'autres structures, dans la réalisation des projets innovants.

Dans le registre des ressources humaines, une dynamique pour les équipes peut permettre d'éviter la routine voire de fidéliser les professionnels. Richard VERCAUTEREN, sociologue de la santé et psychologue du travail insiste sur la valorisation personnelle de l'individu innovant et partant qui véhiculerait une image positive voire enviable des établissements où l'innovation est présente²⁰.

Innover c'est aussi lutter contre l'isolement du directeur, notamment dans le cas d'EHPAD publics souvent situés en zone rurale. Même si cet aspect demeure corrélé avec la personnalité du manager, l'innovation est un moyen pour faire connaître l'établissement, à commencer par les articles dans la presse locale. A nouveau, on pointe l'importance pour le directeur d'inscrire l'établissement au sein d'un territoire. Un projet innovant ne peut s'envisager comme concurrent d'un autre établissement. Un directeur aura tout intérêt à proposer une forme de complémentarité entre les autres EHPAD environnants.

Enfin, on peut penser que le point de vue des usagers n'est pas assez entendu. Or pour recueillir leurs avis, il convient au préalable de les informer de l'existant. Il n'est pas certains que les résidents connaissent tous les projets en cours de l'établissement. Deuxièmement, on peut également remettre en question leur participation effective au sein des instances. Pendant le stage, les représentants des usagers étaient bien présents pendant les instances, néanmoins ils sont très rarement intervenus. Si l'on considère que les usagers résident dans un lieu de vie dont leur chambre représente un espace privé, on pourrait alors les définir comme des colocataires dans un sens où ils devraient participer à la concertation bien plus que d'être présents aux instances. Ces échanges

¹⁸ ANAP, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales, formes juridiques*, 109 pages

¹⁹ ALTER N., 2013, *L'innovation ordinaire*, 6^{ème} édition. Lonray : PUF, 388 pages, p115

²⁰ VERCAUTEREN R, *Innover dans l'animation et l'accompagnement de la personne âgée, pratiques gérontologiques*, Toulouse : Erès, p 26.

s'apparenteraient à une sorte de co-responsabilité entre le directeur prenant le risque d'innover et les résidents acceptant les conséquences néfastes potentielles. L'épisode récent de l'œuf à la coque en est un exemple cuisant²¹. Dans cet exemple, on peut imaginer que la résidente aurait accepté le risque peu probable de salmonellose en raison de sa santé précaire qui motivait un simple dernier souhait.

Au-delà des aspects managériaux, on peut souligner d'autres intérêts des projets innovants.

1.2.2 Les autres atouts de l'innovation pour les EHPAD

Dans ce mémoire, l'innovation concerne la dimension humaine de l'accompagnement des résidents. On ne peut toutefois occulter que l'innovation rime souvent avec les avancées technologiques or le directeur ne doit pas se laisser séduire par le multimédia facile à mettre en place. La relation humaine établie par les professionnels avec les résidents ne saurait être remplacée par la technologie. En effet la mise place de système d'informatique permettant la communication en wifi ou l'acquisition de console de jeux (la Wii ou des tablettes) dans un EHPAD n'est peut-être pas pour l'instant la priorité d'investissement. Il importe de mesurer l'impact bénéfique pour les résidents car le nouveau matériel ou la programmation d'une nouvelle activité informatique engendre un coût financier et humain par la formation ou la disponibilité requise des agents pour accompagner les résidents. Ce choix revient au directeur tant l'enjeu financier est important. Or investir dans du matériel pour des activités remet en question les objectifs à atteindre en terme de bien-être du résident. En somme, le directeur aurait intérêt à mener une étude coût-efficacité, voire bénéfice-risque puisqu'une mauvaise utilisation de la Wii peut entraîner des complications musculo-tendineuses.

On est en droit de se questionner sur l'intérêt d'innover selon un principe concurrentiel entre les maisons de retraite dès lors que les études prouvent que le choix d'un EHPAD repose essentiellement sur un critère géographique²² et financier. Pour autant le périmètre de recherche est souvent départemental, l'image de l'établissement permet donc de jouer un rôle attractif pour les familles et les résidents²³. Les enquêtés soulignent que l'image de l'établissement est positive dans le sens où ils le considèrent en avance par rapport aux autres structures. Même si cela reste difficile à prouver, un retentissement financier est envisageable pour un établissement souvent cité comme précurseur. Il aurait alors pu être utile d'interroger des résidents ou des familles afin de connaître les motivations complémentaires dans le choix de l'établissement, en plus de la

²¹ DAGUIN A., 2013, « un dernier œuf à la coque », *Libération daté du 6 juin 2013*. [consulté le 07.06.2013], disponible sur Internet : http://www.liberation.fr/vous/2013/06/06/un-dernier-oeuf-a-la-coque_908897

²² A l'EHPAD Saint-Jacques, le rapport annuel de gestion montre que 83% des résidents présents en 2012 sont originaire du département de la Haute-Garonne.

²³ Le taux d'occupation depuis 2010 oscille autour de 99%.

proximité géographique et des tarifs d'hébergement. On peut envisager une attractivité pour le recrutement des soignants tel que les entretiens en témoignent. De même l'ancienne directrice a souligné l'importance de valoriser l'EHPAD auprès des autorités de contrôle et de tarification (ARS et CG) grâce aux actions innovantes mises en place. De surcroît, l'EHPAD participe à plusieurs études en cours, dont certaines à l'initiative du CHU de Toulouse. Ces inclusions participent à la valorisation de l'établissement sur le plan régional. Par ailleurs, la reconnaissance de la structure passe également par la participation d'association. La présence des deux chiens d'accompagnement social n'aurait pu être effective sans l'accompagnement par le Rotary Club.

Toutefois il conviendrait de pouvoir mesurer l'impact financier des projets innovants. En effet, on peut chiffrer les dépenses engendrées par la formation des agents au concept de l'Humanitude® mais sans pour autant vérifier les retombées en termes d'admissions de résidents par exemple.

Sur le plan des AAP évoqués plus haut, on peut distinguer des AAP à caractère innovant ou expérimentaux. La différence repose sur l'inscription ou non des modalités du projet dans le cadre réglementaire des ESMS ; les AAP expérimentaux sortant du cadre. On pointe alors l'importance d'inscrire son établissement au sein d'un territoire afin de connaître les prestations proposées par les EHPAD avoisinants. On retrouve souvent la notion d'hébergement dans les AAP innovant notamment pour les personnes handicapés vieillissantes ou encore des espaces d'accueil pour les aidant-familiaux. Sans répondre à un AAP innovant, l'EHPAD de Grenade sur Garonne va proposer aux familles éloignées de pouvoir disposer du PASA (ancien logement de fonction) sur la période du week-end afin de reconstituer le noyau familial avec des résidents en perte d'autonomie. On peut alors se demander si la mise en place d'un accueil innovant pour les familles n'aurait pas mérité d'attendre qu'un appel à projet soit programmé. En effet, pour prétendre répondre efficacement à ce type de procédure, une anticipation s'avère nécessaire faute de moyens ou de ressources humaines suffisantes. En outre un AAP est corrélé à des aides financières qui feront défaut dans le cas présent. Ce nouveau mode d'accueil pour des familles éloignées aurait pu être envisagé dans le cadre du GCSMS, dans le sens où les autres PASA ne disposent pas de plusieurs chambres.

Enfin il est possible de répondre à des projets d'aide au financement, le plus souvent à l'échelle nationale ou européenne. Ainsi il existe des propositions pour participer à des programmes européens et obtenir un financement²⁴. Ici encore, démontrer l'avance de l'EHPAD peut constituer un gage de réussite pour lever ces fonds.

²⁴ European Award on Social Innovation for Ageing An initiative by the King Baudouin Foundation in association with La Caixa Foundation & Unicredit Foundation 19.000 € for social innovations in the field of Active and Healthy Ageing Application open until 15 July, 2013

En somme l'innovation rayonne dans la structure en interne mais aussi à l'extérieur. Pour autant toute la difficulté réside dans la reconnaissance de l'innovation à l'aulne des nouveaux modes d'évaluation.

1.3 La difficulté de valoriser une prise en soin innovante

Les différentes raisons d'apporter de l'innovation en EHPAD ne doivent pas occulter la nécessité de les évaluer. Or tous les projets ne sont pas perçus comme innovants. En outre deux écueils persistent dans l'évaluation de ce type de projet. Par essence différents, ils souffrent d'un manque de pertinence des indicateurs de suivi. Ensuite, évaluer l'accompagnement ou la prise en soin souligne la difficulté à mesurer le bien-être des résidents.

1.3.1 Le manque de reconnaissance de l'innovation.

L'innovation peut déranger dans le sens où elle ne répond pas à une tâche clairement définie, pire elle n'est pas considérée comme une compétence. La première mission des soignants n'est pas d'innover mais de prendre soin selon les recommandations en vigueur. Or les RBP sont peu bavardes sur la nécessité d'adopter une capacité à se distancier de son quotidien pour créer d'autres prises en soin. Souvent, l'accumulation des actes paramédicaux auprès des résidents ne le permet pas. Il appartient alors au directeur d'être à l'écoute des équipes. Le manque de validité scientifique du concept de l'Humanitude® demeure la pierre d'achoppement et peut expliquer pourquoi il n'est jamais mentionné par l'ANESM. On peut penser que le problème du manque de cohorte pour les études épidémiologiques explique en partie ce défaut de reconnaissance parmi les scientifiques. De plus le problème de l'expérimentation chez les personnes âgées reste entier. Ensuite il est difficile de trouver les indicateurs adéquats à propos d'un projet innovant comme la prise en soin ou l'accompagnement. En effet ils doivent être objectifs afin de limiter la subjectivité de l'équipe de direction, puis cohérents pour respecter les missions des professionnels,

Par ailleurs on peut craindre que la croissance des soins en EHPAD occulte l'animation et que les projets innovants manquent de valorisation. Les métiers d'animatrice et d'AMP sont des emplois difficiles à valoriser. De plus il semble que les fonctions de l'AMP ne soient pas clairement définies au sein de l'EHPAD Saint-Jacques. Or dans l'accompagnement des résidents auprès des professionnels de santé, on voit apparaître des contradictions entre l'acte du soignant le plus souvent quantitatif et le temps de l'accompagnement des AMP volontairement qualitatif. Ainsi des soignants peuvent d'emblée sembler réfractaires à un projet innovant proposé par une AMP. Le manque de reconnaissance est alors tributaire du porteur du projet.

Enfin, on innove plus que l'on ne le pense, puisque les professionnels regorgent d'idée pour faire différemment des protocoles qui explique le contournement des règles. Or ces nouveautés parfois utiles ne sont pas valorisées, à tout le moins elles ne sont pas formaliser donc elles passent inaperçues. Ce constat est en faveur d'une écoute plus attentive des acteurs de terrain proches des résidents²⁵. En effet leur proximité avec les usagers constitue le meilleur poste d'observation pour appréhender les difficultés du quotidien, voire pour modérer les doléances de certains résidents. Néanmoins reconnaître une forme d'innovation sous-entend de pouvoir la suggérer et ensuite lui donner du sens. Or certains agents peuvent parfois être à la recherche constante de l'innovation, ou tout du moins de créativité. On abouti à l'effet inverse dès lors qu'il convient de contenir cette volonté de changement. Un exemple précis a été vécu pendant le stage. Lors d'une réunion de présentation, un professionnel a proposé un projet de vestiaire solidaire consistant à échanger des vêtements entre résidents. Au-delà de divers aspects pratiques à surmonter, il est apparu que ce projet reposait seulement sur la volonté de deux résidents de l'unité Alzheimer. Ces éléments ne suffisent pas pour impulser un projet à l'échelle de l'établissement. Certes on ne peut brider l'expression des agents motivés mais un directeur doit prendre en considération l'ensemble des projets afin de percevoir du sens à tout projet. Ensuite, un projet peut aussi être reporté dans le temps et non pas retoqué, au risque de véhiculer une frustration pour les porteurs de projet. On ne peut s'exonérer d'une étude préalable, même modeste, reposant sur des faits avérés en soulignant l'émergence d'un nouveau besoin afin de renforcer l'intérêt du projet proposé.

1.3.2 Le poids des chiffres dans l'évaluation du secteur public

Aujourd'hui, il semble difficile de ne pas proposer des indicateurs chiffrés lorsque l'on souhaite évaluer un dispositif. On peut noter une émergence d'un vocable tel que efficacité, productivité, compétitivité, concurrence, transparence, responsabilité, permettant de décrire l'action publique. Le sociologue Albert OGIEN dénonce « la quantification de l'action publique »²⁶ dans le sens où elle véhicule l'idée que la production d'indicateurs chiffrés suffit pour valider les choix opérés. Ce phénomène est exacerbé par la place croissante que prennent les nombreuses statistiques pour rendre crédible toutes les décisions retenues. Issue de la LOLF en 2006, l'évaluation est depuis le leitmotiv des administrations. Le sociologue reproche alors aux décideurs de sous-estimer les objectifs initiaux et les moyens pour y parvenir en se focalisant sur les seuls indicateurs²⁷. L'exemple des arrêts de travail cité plus haut est assez éloquent à ce sujet ; une première lecture laisse penser qu'il s'agit d'une augmentation quantitative. Or après examen des

²⁵ GRENIER C dans VERCAUTEREN R, *Innover dans l'animation et l'accompagnement de la personne âgée, pratiques gérontologiques*, Toulouse : Erès, p 15.

²⁶ OGIEN A., 2013, *Désacraliser le chiffre dans l'évaluation du secteur public*. Mayenne : Quae p 18

²⁷ p 55, ibidem

statistiques en détail il apparaît que l'augmentation est qualitative ; en effet les arrêts sont plus longs donc plus graves et non pas plus fréquents. Par ailleurs il questionne le lecteur sur le sens attribué à la valeur du travail effectué, voire le sens d'un travail bien fait. Pour autant il ne remet pas en cause la nécessité de l'évaluation mais il pointe une forme de fascination du chiffre qui le rend sacré par sa valeur absolue et qui engendre des classements et des palmarès²⁸. En effet, on voit apparaître dans les médias des classements de maison de retraite à l'instar de ceux des hôpitaux. Or les critères retenus sont souvent discutables tant les spécificités de chaque établissement empêchent des comparaisons tangibles. Ainsi la différence entre plusieurs structures quant aux nombres de lit, d'équivalent temps plein, de la présence d'une unité de vie protégée, d'un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), de la file active selon un territoire, ne permet pas d'offrir une information éclairée aux lecteurs d'un palmarès d'EHPAD. On voit également apparaître des travers de la politique des chiffres qui efface les bons résultats, voire pénalise les établissements. Ainsi une amélioration du groupe iso-ressource (GIR), qui évalue le degré d'autonomie avec le modèle AGGIR depuis l'admission du résident traduit une meilleure autonomie mais occasionne également une diminution des ressources pour l'établissement. En effet la tarification de la section dépendance repose en partie sur le GIR moyen pondéré (GMP). D'un point de vue plus général on regrette souvent que le facteur humain soit difficilement quantifiable.

Ainsi dans le cas de l'innovation il n'existe pas par définition d'indicateurs appropriés puisqu'ils sont à inventer, l'innovation étant le résultat d'une invention. De la sorte, valoriser une innovation revient à vouloir justifier une procédure qui n'a pas été expérimentée. En outre le problème reste entier pour mesurer la qualité de vie des résidents en dehors des questionnaires de satisfaction. Or le résultat est biaisé puisque tous ne pourront pas se prononcer en raison d'altération de leurs facultés cognitives. Un dispositif innovant dans le champ médico-social de la prise en soin ou de l'accompagnement des personnes âgées souffre donc d'un manque de validité scientifique et de la difficulté à être valoriser initialement. Il représente alors une prise de risque pour le directeur de l'établissement.

L'innovation en EHPAD serait-elle contre-productive ? Cette question reste d'actualité en raison de sa difficulté à être valorisée et l'absence de critères permettant de mesurer la performance engendrée par l'innovation. Dans un premier temps il conviendrait de pouvoir définir un établissement performant ; le seule critère budgétaire ne pouvant être retenu. La réalisation des évaluations internes et externes pourraient être un gage de performance, toutefois elles ne suffisent pas pour démontrer entre autres que l'établissement est efficient pour les marchés publics. Ainsi, un diagnostic de la fonction achat effectué pendant le stage a montré la limite des indicateurs quantifiables. Des

²⁸ p 77 ibidem

opportunités cachées peuvent apparaître suite à une réflexion collégiale fondée sur les valeurs qui animent les professionnels dans la prise en charge des résidents. Dans le cas des changes, la volonté de maintenir l'autonomie des résidents a eu pour effet de sélectionner des changes moins absorbants afin de préserver un réflexe naturel, primordial pour la dignité du résident. En effet, des changes plus absorbant, et plus onéreux, permettent de libérer plus de temps de travail pour les aides-soignants mais cela rend le résident plus dépendant car s'installe alors une habitude de ne plus se diriger vers les toilettes. Au total, ce procédé a permis de diminuer de 5% le budget des changes. Une augmentation du nombre de change apparaît alors comme une meilleure prise en soins. Néanmoins, on peut concevoir l'élaboration d'indicateurs assurant une comparaison entre des établissements de même catégorie, dans le secteur des EHPAD par exemple, puisque le secteur médico-social est relativement complexe. A cet égard, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et l'ANAP viennent de publier un guide du secteur médico-social²⁹ ; justifiant le besoin de clarifier l'ensemble du champ d'action. Pour cibler l'utilisation du guide, il est sous-titré : « comprendre pour agir mieux ». En effet, il semble difficile de vouloir comparer les besoins des usagers d'un service de l'aide sociale à l'enfance et d'un EHPAD. De même les différents modes de financement ne facilitent pas une analogie précise. Une comparaison entre EHPAD devra donc reposer sur un faisceau d'indicateurs tels qu'ils sont proposés par l'ANAP. Ainsi on pourrait définir un EHPAD performant au regard des résultats financiers, de la politique en faveur des ressources humaines ou encore de l'accompagnement des résidents. Ici encore la quasi-totalité des indicateurs sont chiffrés et laissent peu de place aux aspects plus subjectifs de la prise en soin ou de l'accompagnement³⁰. On peut alors regretter qu'une prise en soin dans un établissement, différente des EHPAD avoisinants, ne soit pas perçue comme une plus-value dans une dimension territoriale. On constate que l'innovation en EHPAD devra être quantifiable si l'on veut la valoriser.

La prégnance des indicateurs chiffrés pour les ESMS est d'autant plus préjudiciable qu'ils pourraient devenir les seules critères retenus pour l'évaluation des directeurs. Bien que l'évaluation ne porte pas sur l'établissement mais sur la gestion du directeur, il n'en reste pas moins que les objectifs à atteindre doivent être mesurables. Ce dispositif ne favorise en rien l'innovation dans les établissements autrement que par la seule volonté du directeur et des équipes. Un autre écueil serait de ne plus tenir compte de l'avis des résidents, le taux de satisfaction des usagers n'étant pas retenu dans le tableau de bord proposé par l'ANAP. Pourtant, il fait partie intégrante du processus qualité

²⁹ ANAP, 2013, *Le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir*, 126 pages.

³⁰ ANAP, *Piloter la performance dans le secteur médico-social, expérimentation d'un tableau de bord de pilotage*, [en ligne]. p 63. 2012, [consulté le 02.02.2013], disponible sur internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_TBMS_Parcours_sante.pdf

et les membres du CVS n'hésiteront pas à souligner une diminution de ce taux, quand bien même sa valeur demeure honorable.

Force est de constater qu'il est rare de parler d'innovation en EHPAD au regard de la définition. On préfère parler de changement ou de créativité dans le sens où il n'y a pas de révolution au sein des organisations. Toutefois on ne peut occulter le fait que l'innovation peut aussi passer inaperçue.

2 Un travail collégial souhaité dans la mise en place d'un projet innovant

L'établissement est doté de multiples projets dont certains peuvent être qualifiés d'innovants. Ils représentent un réel moteur pour les professionnels et pour les autres EHPAD du GCSMS. Cette avance reconnue par les organismes de tutelle (ARS et conseil général) est possible en raison de la taille de la structure (budget d'investissement et d'exploitation, nombre de personnel) mais surtout par la volonté de l'ancienne directrice. Les entretiens sont unanimes quant à son rôle clé mais ils démontrent également que les projets sont plus valorisés en externe qu'en interne. De plus, le nombre de projet nuit à l'efficacité d'un processus qualité.

2.1 Un établissement en avance au sein de son territoire

L'EHPAD Saint-Jacques de Grenade présente l'avantage de disposer d'un qualicien. Sa présence est contemporaine à la réalisation des évaluations internes et externes. Cependant l'arrivée du responsable qualité depuis 2010 ne suffit pas à expliquer ce dynamisme interne. L'ensemble des entretiens témoigne du rôle joué par la directrice. Néanmoins la procédure qualité dans l'établissement n'est pas aboutie en raison principalement d'un défaut d'évaluation et de valorisation de l'ensemble des projets.

2.1.1 Un rôle moteur de l'établissement pour les autres structures du GCSMS

L'établissement Saint-Jacques de Grenade appartient à un GCSMS depuis décembre 2011. La présence du qualicien à 40% a permis de lancer les évaluations internes et externes. Une première évaluation interne a eu lieu en 2007 suivie d'une seconde en avril 2012. L'évaluation externe s'est déroulée en octobre 2012. Il convient de rappeler que le deuxième projet d'établissement est en cours puisqu'il prend fin en 2013, comme la deuxième convention tripartite signée en janvier 2009, la première datant de mars 2003. Désormais le responsable qualité peut se consacrer aux évaluations des autres établissements du groupement. Sur le plan institutionnel, l'EHPAD de Grenade est clairement en avance sur les autres structures et joue ainsi un rôle moteur. Par exemple, les évaluations internes et externes sont postérieures à celles de l'EHPAD Saint-Jacques de Grenade et Cadours. Plus anecdotique mais néanmoins révélateur, la majorité des réunions inter-établissements se déroulent à Grenade.

Un autre aspect de la mutualisation des professionnels est de pouvoir comparer les établissements autrement que d'un point de vue institutionnel. Ces éléments de comparaison sont corroborés par les deux professionnels qui exercent au sein du GCSMS (qualicien et diététicienne) : « en fait il y a beaucoup moins de projets qu'on

peut qualifier d'innovants dans les autres EHPAD » ou encore « mettre en place un protocole sur un établissement permet de le tester, et je vais essayer de faire la même chose sur les quatre établissements ». Toutefois les deux professionnels sont présents depuis respectivement 2010 et 2013, le manque d'ancienneté représente alors une limite pour établir une comparaison fiable entre les établissements. Enfin depuis l'été 2013, on peut souligner la mise en place de réunion inter-établissements du GCSMS notamment pour les professionnels de la cuisine et des services techniques. L'objet est de pouvoir partager des pratiques professionnelles, voire de regrouper les achats.

Le départ de la directrice ne semble pas un frein dans la poursuite de la collaboration car ce point n'a pas été souligné lors des entretiens tant pour les directeurs que pour les autres professionnels. Ce constat peut sembler anodin mais il est pourtant essentiel dans le fonctionnement du groupement. La bonne entente entre les directeurs des établissements du GCSMS semble en être le fondement. Cependant l'intérêt juridique du groupement trouve ses limites puisque le qualicien et la diététicienne sont recrutés par l'EHPAD de Grenade puis mis à disposition des autres structures. Ils ne sont donc pas recrutés par le GCSMS.

On constate alors que le groupement est en phase de maturité. Tout d'abord parce que son instauration est récente (2012), officiellement en décembre 2011. Initialement il a permis de mutualiser des professionnels puis d'instaurer des projets communs mais différés dans le temps, il permet enfin un partage des cultures d'établissements voire des économies lors d'achats collégiaux. L'intégration de l'EHPAD de Grenade et Cadours au sein du GCSMS n'entrave en rien son identité.

2.1.2 De nombreux projets permettant à l'EHPAD de se démarquer

De nombreux projets ont vu le jour au sein de l'EHPAD pendant la présence de la directrice entre 2006 et 2012. D'un point de vue chronologique, il convient de rappeler que le premier PE date de 2008-2013. Le concept de l'Humanitude® constitue le fil rouge du volumineux document de 242 pages. Il représente un véritable projet innovant puisqu'il a apporté un nouveau regard des soignants envers les résidents, il a également nécessité une réorganisation du travail. En ce sens il répond à la définition de N ALTER citée dans la première partie dès lors que ce projet apporte un changement de l'organisation, ici principalement dans le travail des soignants.

La première des difficultés est d'appréhender le document papier du PE dans son ensemble. On peut alors regretter qu'il n'existe pas une version résumée du projet qui faciliterait sa lecture pour l'ensemble des professionnels et des résidents de l'établissement. Ensuite il n'est pas aisé d'être exhaustif pour l'ensemble des projets car certains sont toujours en cours mais peu valorisés et donc peu visibles tandis que d'autres sont latents. Plusieurs interviewés expriment cette difficulté : « je ne mesure pas

l'exhaustivité des projets et de plus je n'en connais pas l'étendue en terme de qualité, et je dirais même que je ne sais pas qui est concerné par quels projets ». Certes la définition de l'innovation en EHPAD n'est pas partagée par tous les enquêtés, le point commun repose sur la rareté du projet et sur son aspect novateur.

On peut citer les projets qualifiés d'innovants lors des entretiens : le concept de l'Humanitude®, le chien d'accompagnement social, le poulailler, le finger-food. Selon les professionnels rencontrés on constate inévitablement une propension à citer des projets en lien direct avec leur champ d'action. Ainsi la présence d'une console Wii est rarement évoquée en dehors de l'animation, l'atelier jardinage ou potager est cité par ceux qui y participent. Le projet le plus cité demeure le chien d'accompagnement social car il est considéré comme rare en EHPAD. Les interviewés reconnaissent qu'il existe d'autres chiens dans les maisons de retraite mais ils précisent souvent le dressage spécifique prodigué à l'animal. La golden retriever peut ainsi répondre à une centaine de commande alors qu'un chien classique en connaît une dizaine. Cette spécificité du chien permet de bien différencier un animal faisant office de mascotte dans l'établissement d'un « professionnel » animalier dans l'EHPAD. Toutefois peu d'enquêtés ont cité les deux chiens (un sur chaque site) mais principalement la chienne « DAYA » à Grenade. Probablement en raison de son arrivée récente sur le site secondaire, il semble que la présence du deuxième chien « ELEIS » soit passée plus inaperçue. D'autres projets semblent oubliés comme la troupe de théâtre alors que plusieurs professionnels ont eu à cœur de la mettre en place afin de réaliser un spectacle pour les résidents. Cet exemple n'a jamais été cité hormis par la direction ; le projet actuellement en suspend peut expliquer cette omission.

Au total aucun interviewé n'a été en capacité de lister l'ensemble des projets en cours dans l'établissement, à tout le moins les projets qualifiés d'innovants. Le nombre de projet nuit donc à la clarté de l'ensemble des actions et amène l'interviewé F à dire : « A la limite, s'il fallait être juste, il vaudrait mieux que les activités proposées soient moins connues mais mieux structurées. » Bien que multiples, les mêmes projets sont souvent cités au détriment d'autres moins actuels. On ne peut occulter le coût budgétaire des heures dues pour l'ensemble de ces projets dès lors que les multiples référents (Humanitude®, manutention, hygiène) sont amenés à se détacher afin de prodiguer leurs conseils, voire d'effectuer des micro-formations ou dans le cadre de réunions des groupes de travail. Les enquêtés D et G ont souligné cet écueil avec le retentissement sur la gestion des plannings.

On peut se demander si la dynamique instaurée au sein de l'EHPAD de Grenade va perdurer avec le départ de la directrice et partant cet établissement continuera-t-il à jouer un rôle moteur ?

2.2 Les personnalités à l'origine des projets innovants de l'EHPAD

Le potentiel d'innovation ou du moins la capacité novatrice au sein d'une institution médico-sociale est corrélé aux individus présents dans la structure. Les idées nouvelles peuvent émaner de l'équipe de direction ou des professionnels exerçant au contact des résidents. Il est intéressant de constater que l'ensemble des projets cités ont été mis en place durant la période où la directrice a été présente. Cependant d'autres personnalités ont participé à l'émergence de nouveaux projets dont les témoignages relatent des discordances dans la reconnaissance de l'instigateur des projets.

2.2.1 Une personnalité entrepreneuriale de la directrice

L'étude du champ lexical soulignant la personnalisation des projets n'a pas été utilisée en raison d'un manque de pratique de cet outil. En revanche on peut noter que l'emploi de la première personne du singulier varie selon les enquêtés. La médiane est de 87 pour le nombre de fois où le « je » est verbalisé. Les deux interviewés A et E l'utilisent plus souvent avec respectivement 127 et 128 fois. Pour A il s'agit plus d'évoquer les projets futurs tandis que E s'approprie des projets qui ne lui sont pas attribués selon deux autres interviewés D et G. Cette contradiction permet de souligner que la véracité des propos est alors à confronter avec les documents écrits relatant la genèse d'un projet. Il existe effectivement pour les projets visés un bilan annuel précisant que E n'est pas à l'origine du projet.

Tous les enquêtés ont souligné l'importance du rôle de la directrice dans la mise en place des projets innovants. Les termes revenant le plus souvent correspondent à une idée de mouvement de la part du directeur dans le sens ou « il impulse », « il soutient », « il porte les projets ». A ce propos, cette terminologie est étroitement liée à l'étymologie du mot projet qui signifie littéralement « idée qu'on met en avant » avant de prendre le sens de « premier état d'un travail »³¹. Ensuite la deuxième notion rapportée concerne la validation des projets par le directeur avec nécessairement une décision collégiale ; un projet porté seul n'étant pas viable. L'aspect pluridisciplinaire revient souvent dans les entretiens et le directeur est parfois perçu comme « un tiers qui va permettre la mise en place des projets ». Ensuite dans une moindre mesure il apparaît une nécessité pour le directeur d'être formé à la maladie d'Alzheimer ou la bientraitance pour comprendre et décider avec le médecin coordonnateur et le cadre de santé. Cet aspect est clairement souligné par les deux directeurs dans les entretiens.

Enfin, la directrice en poste pendant six ans depuis 2006 est étroitement associée à l'ensemble des projets quand elle n'est pas ouvertement identifiée comme à leur initiative : « quand je parle de projets innovants, la plupart c'était l'ancienne directrice qui

³¹ BAUMGARTNER E., MENARD P., 1996, *Dictionnaire étymologique et historique de la langue française*. La Flèche : librairie générale française, p 638.

les a mis en place ». Pour les deux concepts que l'on peut qualifier d'innovants et qui résultent de projets institutionnels, à savoir l'Humanitude® et le chien d'accompagnement social, la directrice est toujours citée par les enquêtés quelle que soit leurs anciennetés. On est alors tenté de remonter à la source afin de comprendre l'objet principal motivant la mise en place du concept de l'Humanitude®. Selon la directrice ce dernier avait un objectif double : les résidents certes mais également les professionnels car au-delà de la philosophie de l'Humanitude® il s'agissait de permettre aux agents de changer leurs regards et leurs perceptions des résidents. La directrice avait été choquée de constater avant sa prise de poste, alors qu'elle était en stage de professionnalisation dans l'EHPAD Saint-Jacques, que des soignants effectuaient des toilettes avec le poste de télévision des résidents allumé sur une chaîne souvent choisie par les professionnels. Pire ils changeaient de chaîne en changeant de chambre pour suivre l'émission ou le téléfilm. Ces éléments ont incité la directrice à modifier ces pratiques grâce à une formation qui invite à considérer le résident lors des prises en soins, quel que soit son état de veille cognitive. Le trait caractéristique de l'ancienne directrice repose sur l'accès à la formation des professionnels. Toutefois, elle aussi précise l'importance du travail en équipe et donc de savoir s'entourer de personnes ressources.

2.2.2 Une écoute attentive pour déceler le potentiel des acteurs dans leur capacité à innover

Une équipe de professionnels est composée de plusieurs profils de personnalités et la directrice ne pouvait porter à elle seule l'ensemble des projets. Lors d'une prise de poste, le directeur intègre une équipe déjà présente, il n'a donc pas le choix de ses collaborateurs à son arrivée. La directrice a donc dû s'entourer d'autres professionnels en capacité de proposer des projets innovants. L'enquêté F énonce d'ailleurs : « la personnalité du directeur est déterminante, il est à la fois force de proposition mais aussi facilitateur par le fait de susciter des projets de la part des agents ». La capacité à proposer des projets n'est donc pas l'apanage des directeurs. On peut alors distinguer trois profils. Le directeur peut avoir une personnalité entreprenante ; il est alors force de proposition pour des nouveaux projets. A l'opposé un directeur peut se positionner à l'écoute des professionnels porteurs de projets, à défaut de les proposer lui-même. Enfin il peut également combiner ses deux aspects selon la conjoncture de l'établissement. Un profil entreprenant du directeur est alors plus à risque puisqu'il devra défendre régulièrement ses projets face aux professionnels réfractaires, voire faire preuve de ténacité tout en étant perspicace.

Le paragraphe 2.2.1 montre que deux personnalités interviewées se détachent par leur capacité à proposer des nouveaux projets. Il est alors intéressant de constater que ces deux professionnels ont été recrutés par l'ancienne directrice. Bien qu'ils

reconnaissent son rôle dans la dynamique de l'établissement ils ont évoqué lors des entretiens de nouvelles pistes à explorer. L'enquêté A est très attaché à la posture du résident et de façon plus globale à l'approche corporelle de celui-ci aussi bien pour son positionnement statique dans la prévention des escarres que pour la danse au sein du PASA. Néanmoins si ces pistes sont nouvelles dans l'établissement, elles ne sont en rien innovantes. L'enquêté E propose un « café des aidants », en partenariat avec le centre communal d'action sociale (CCAS), permettant d'apporter des informations aux aidants familiaux. Ensuite il propose un « relais des mémoires » pour permettre aux familles d'accueillir le résident au sein du PASA le samedi et le dimanche, notamment pour les familles habitant loin et lorsque le résident n'est plus en capacité de se déplacer. L'objet vise alors à recréer le noyau familial le temps d'un week-end. Ici également on peut parler d'aspect novateur mais pas innovant dans le sens où ce nouveau projet n'a pas de retentissement sur l'organisation institutionnelle. Ainsi ces personnalités confirment leurs profils entrepreneurs puisque la directrice est absente depuis plus de six mois et qu'ils souhaitent impulser de nouveaux projets.

Les entretiens révèlent également des désaccords à l'origine des projets. La personnalité entrepreneuriale de la directrice a donc dû faire face aux critiques. Ce fut le cas pour le poulailler qui a suscité de nombreuses remarques durant le stage. Les entretiens ont alors été l'occasion pour certains de rappeler qu'ils n'étaient pas en faveur de ce projet et de préciser que le médecin coordonnateur ne l'était pas non plus. Ces éléments ont été soulevés lors de l'entretien avec la directrice et les précisions apportées permettent de comprendre que le problème est avant tout architectural. L'objet initial était de permettre aux résidents de l'UVP de pouvoir observer les poules pendant les moments de restauration dans la salle à manger. Or le poulailler n'a pu être placé à son emplacement initialement prévu. Donc les poules n'ont plus été parquées et on constate aujourd'hui quelques désagréments (nids de poules dans la pelouse, fientes sur la terrasse, volatiles dans la salle à manger). Ces différents aspects ont même été soulignés en CHSCT extraordinaire. L'enquêté H évoque à ce propos : « il y a souvent un risque lors d'un départ de directeur car certains profiteront de ce changement pour exprimer leur lassitude ». En effet, selon le nouveau directeur, il semble objectivement que les inconvénients cités ne représentent pas un risque pour les résidents ou les professionnels.

Les entretiens ont enfin montré que certains professionnels sont plus enclins à se projeter sur des aspects plus fondamentaux de l'accompagnement des résidents, avant de s'engager vers d'autres champs d'action. Pour ces professionnels les nouveaux projets sont plutôt perçus comme des prises de risque de la part du directeur alors que les principes de base sont en cours d'exploration. Ainsi l'enquêté C définit l'innovation en EHPAD par la présence des projets personnalisés, l'interviewé G évoque « la primauté de

la qualité des soins auprès des résidents ». L'enquête A pose avec acuité le problème de l'accueil du résident en proposant de photographier la salle de bain du futur résident à son domicile afin de reproduire l'organisation des objets dans la salle de bain de sa chambre et de lui apporter quelques repères et conserver le rituel de sa toilette. Tous ces éléments sont pourtant connus et notamment le consentement des personnes âgées à l'entrée en établissement qui pose des problèmes d'ordre éthique³².

Ainsi, au-delà de la capacité d'innovation du directeur, les autres profils de personnalité s'avèrent nécessaire tant pour porter les projets que pour poursuivre les actions inachevées ; ces derniers jouant un rôle de rempart face à la course aux projets sans pour autant les freiner.

2.3 Un défaut d'évaluation des projets innovants démontrant leurs limites

Face aux multiples projets de l'EHPAD, certains professionnels préfèrent poursuivre les actions en cours tandis que d'autres se projettent déjà dans de nouvelles idées. Avant de pouvoir se prononcer il convient néanmoins d'être en capacité de suivre l'évolution de l'existant. Le compromis à trouver entre la lutte contre la chronicité des habitudes de travail et l'innovation est certes difficile à établir mais il n'exonère pas l'évaluation des projets par leurs promoteurs. Paradoxalement, l'EHPAD Saint-Jacques est bien valorisé pour les parties prenantes extérieures mais souffre d'une insuffisante évaluation des projets élaborés en interne.

2.3.1 Des projets valorisés auprès des parties prenantes externes

Les professionnels de l'ARS rencontrés pendant le stage sont unanimes pour plébisciter l'EHPAD de Grenade. Le constat est d'autant plus flatteur qu'il s'agit autant de professionnels du siège que de la délégation territoriale de la Haute-Garonne. Les faits parlent d'eux-mêmes lorsque l'on évoque les évaluations internes et externes, la mise en place du GCSMS ou le budget excédentaire de l'établissement, auparavant déficitaire. Force est de constater que l'image de l'établissement n'a jamais été écornée pendant la présence de la directrice. Cette situation est de bon augure pour le renouvellement de la convention tripartite. Toutefois on peut noter que le CG est peu sensible à la dynamique de l'établissement car aucun crédit n'a été apporté en raison du surcoût de l'évaluation externe alors que l'EHPAD est le premier établissement public du département à la réaliser. Les bons élèves ne perçoivent plus de bons points.

³² TACNET AUZZINO D., 2009, *Gérontologie et société, la place du consentement de la personne âgée lors de son entrée en EHPAD n°131*, Chartrusse : FNG, pp 99-120.

Les administrateurs ont été élogieux avec la directrice lors du dernier conseil d'administration en sa présence, à l'instar de la présidente du conseil de la vie sociale (CVS). Au-delà des remerciements les propos portaient sur les résultats et le travail de la directrice et de son équipe.

Les questionnaires de satisfaction des familles et des résidents affichent un taux de satisfaction supérieur à 88%, demeurant un bon indicateur qui mériterait d'être valorisé tant en interne qu'en externe. Le taux d'occupation reste proche de 99% et le nombre constant de demande de dossier d'admission reste le meilleur témoin à l'heure des réseaux sociaux et bien que le site internet de l'EHPAD mérite une rénovation.

Des projets sont mis en avant à l'extérieur de l'établissement par l'enquête G : « je valorise les prestations lors des recrutements professionnels. C'est-à-dire que lorsque je vais recevoir des agents, je leur parle en général du chien d'accompagnement, du poulailler, des chambres individuelles avec vue sur un jardinet, je parle de l'Humanitude®. Je joue aussi sur le fait que c'est le plus gros EHPAD de Haute-Garonne ». Ces propos viennent contredire le discours de l'enquête F (non soignant) précisant que ce concept a parfois une image négative dans certains séminaires et que les professionnels préfèrent alors parler de bienveillance. Mettre en avant un concept innovant présente un risque puisqu'il se rapportera à l'image qu'il véhiculera par la suite.

Au total, les projets sont bien valorisés auprès des autorités de contrôle et de tarifications, des administrateurs, des familles et des professionnels soignants en cours de recrutement. Il manque encore la commission de coordination gérontologique pour les mettre en valeur auprès des professions libérales de santé.

D'autres projets institutionnels ouverts vers l'extérieur sont en cours. Ainsi une étude réalisée au cours du stage s'intéresse au sein de l'EHPAD à la mise en place d'un service de mandataire judiciaire en vertu de la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Par ailleurs une politique de développement durable a été amorcée pendant le stage. Néanmoins, il semble qu'une pause dans la dynamique de projet soit nécessaire afin d'évaluer et de valoriser l'existant auprès des professionnels de l'EHPAD.

2.3.2 Une évaluation des projets innovants insuffisante pour les valoriser

En retenant comme projet innovant pour l'EHPAD Saint-Jacques le concept de l'Humanitude® et le chien d'accompagnement social, il est inconcevable de les suspendre quel que soit le résultat d'une éventuelle évaluation ; ils sont spécifiques de l'établissement. A tout le moins, on peut envisager des ajustements ; en rapport avec l'investissement humain et budgétaire. A ce propos, l'enquête D relate que l'arrivée du chien d'accompagnement social fut mal perçue par des agents qui auraient préféré un

recrutement de personnel. Il convient alors de préciser que le coût a été entièrement supporté par des dons d'associations.

Aucun interviewé n'aborde l'Humanitude® sur le plan de son évaluation. Il est par ailleurs intéressant de constater que plusieurs professionnels préfèrent parler de ce concept comme un outil au même titre que la méthode de Validation de Naomie Fail. L'Humanitude® étant intégrée au projet d'établissement, on est en droit de penser qu'une évaluation serait nécessaire, d'autant plus que le site de Cadours va probablement recevoir une forme de labellisation de ce concept. La principale difficulté pour les soignants est de pouvoir appliquer au quotidien des principes posés dans un contexte de ratios suffisant de personnels. Lors des entretiens les soignants s'accordent à dire que le concept est bon, hormis pour la verticalisation systématique, mais les tensions persistantes dans l'équipe des unités de vie Alzheimer s'expliquent probablement par des désaccords au sujet de la prise en soin des résidents. On peut noter plusieurs critères explicatifs. Il convient de préciser que les dimensions des unités sont déséquilibrées entre Grenade et Cadours. Ainsi on compte 40 lits pour l'unité de vie Alzheimer à Grenade contre 10 lits à Cadours. Il semble que des unités de vie Alzheimer d'environ 15 lits soient plus propices à un accompagnement adapté pour chaque résident. Ensuite, tous les agents n'ont pas été formés à l'Humanitude® et ce concept n'est pas enseigné dans les instituts de formation. Par le truchement des contractuels remplaçant les absences des titulaires, les équipes sont confrontées à des prises en soins différentes ; la répartition des tâches est alors mal organisée. De plus, en début d'année 2013 on a assisté à un turnover d'une partie des équipes entre les unités de vie de l'EHPAD, le plus souvent par binôme. Ces éléments ont conduit la cadre de santé à effectuer une supervision sur le terrain afin de clarifier l'organisation des soins dans les unités de vie protégée à Grenade. Cette action participe de l'évaluation et démontre une nécessité de clarifier les rôles des différents professionnels exerçant dans les UVP.

Au sujet du chien d'accompagnement social, cinq interviewés reconnaissent ne pas disposer d'évaluation justifiant et valorisant le travail effectué même s'il existe un consensus tacite en faveur de retours positifs. Les professionnels ont été en mesure de citer des exemples soulignant le rôle important de médiateur que peut jouer le chien lors de soins par exemple. On note également un paradoxe concernant le chien d'accompagnement social. En effet, plusieurs professionnels évoquent sa présence mais ils précisent que le travail effectué n'est pas visible. L'interviewé C propose même : « il serait utile de pouvoir organiser un planning avec l'intervention de ce chien sur les différentes unités ».

Ces constats peuvent également se décliner sur d'autres projets en cours, comme les toilettes thérapeutiques par exemple ou la mise en place des projets de vie personnalisés. On note une discordance entre enquêtés pour le projet coiffure esthétique

évalué selon certains alors que d'autres précisent qu'il ne l'est pas. Des professionnels évoquent l'évaluation du bien-être du résident comme principal indicateur. Toutefois l'aspect qualitatif est parfois le plus difficile à appréhender, comme nous l'avons montré dans la première partie.

En revanche, la mise en place du PASA a bénéficié d'une évaluation, partie intégrante du projet élaboré initialement. Il apparaît que ce type de projet, plus institutionnel et nécessitant un contrôle des autorités, est le plus souvent accompagné d'une réflexion collégiale en amont et d'un meilleur suivi lors de la mise en place.

Il existe également un enjeu financier sous-estimé puisque les nombreux projets engendrent des recrutements nécessaires pour remplacer les titulaires devenus référents ou pilotes de leur projet. Au sein de l'EHPAD, avec l'augmentation de la durée des congés maladies et la nécessité de recruter des agents contractuels, le directeur est dans l'obligation de suspendre certains projets pour diminuer les mensualités de remplacement.

En somme, le manque d'évaluation n'est pas corrélé avec le départ de la directrice puisque chaque projet aurait dû être évalué selon un plan d'action défini en amont. Le sentiment de malaise évoqué pendant les entretiens en raison de la multiplicité des projets ne peut donc être associé à un changement de direction. On ne peut pas non plus conclure que la mise en place des projets perturbe les équipes, notamment ceux qualifiés d'innovants. Le trouble résulte d'un défaut d'évaluation se traduisant par un manque d'information et de valorisation des projets en cours. Ces éléments permettraient dans un premier temps de fixer des repères simples au sujet des promoteurs et des acteurs des projets tout en mesurant des objectifs visés à l'aide d'indicateurs. L'évaluation de la mise en place du concept de l'Humanitude® offre une opportunité managériale pour revoir l'organisation des soins.

3 Une sélection nécessaire parmi les projets pour en assurer un meilleur suivi

Le manque de visibilité de l'ensemble des projets nuit à leur efficacité puisque certains prédominent. Une simple liste exhaustive de l'ensemble des projets montre que certains ont disparu sans événement final. Par ailleurs, le décalage institutionnel entre les EHPAD du GCSMS ne leur permet pas d'œuvrer de concert. Ces constats amènent deux réflexions pour les décisions prises dans les mois à venir. La première incite à assurer un meilleur suivi de l'ensemble des projets. Ensuite, l'arrivée d'un nouveau directeur et d'un médecin coordonnateur est l'occasion de proposer un temps d'observation sans toutefois couper l'élan de la dynamique des projets.

3.1 Un nouvel interlocuteur entre les EHPAD et le GCSMS

Les directeurs des EHPAD à l'origine du GCSMS « GESPA 31 » ont cherché à privilégier la coopération et la complémentarité. La première opportunité a été de favoriser l'attractivité en recrutant un qualitatif et une diététicienne à temps plein pour l'ensemble des EHPAD. Toutefois sur les objets de la coopération le groupement pourrait répondre à d'autres enjeux à l'échelle du territoire. Le parcours antérieur du nouveau directeur représente un atout dans la finalisation du GCSMS.

3.1.1 Un GCSMS insuffisamment exploité

Sur le plan juridique, le GCSMS n'est pas encore officiellement reconnu car il existe un imbroglio entre l'ARS et la Préfecture. En effet, il existe un doute juridique résultant de deux décrets distincts car l'article R.312-194-18 du CASF donne compétence au Préfet et l'article L.312-7 du même code reconnaît la compétence au DG de l'ARS³³. Un résumé de la situation permet de préciser que l'ARS instruit le dossier alors que la Préfecture assure la publication du groupement au recueil des actes administratifs. La procédure en cours est au stade de l'instruction du dossier, depuis décembre 2011. Cet acte administratif pourrait renforcer la fonction du GCSMS.

On a pu constater dans la deuxième partie au paragraphe 2.1 que GESPA 31 était plus une réponse aux injonctions nationales qu'une réelle entité fonctionnelle. En effet, pour l'instant ce qui caractérise le groupement réside dans la mutualisation de deux professionnels. Néanmoins ils ont été recrutés par un des EHPAD et non pas par le GCSMS. Il existe également des formations inter-établissements et des réunions de partage d'expériences qui ont débuté au deuxième trimestre 2013. Ce groupement

³³ ANAP, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales, formes juridiques*, p 97.

répond alors initialement à un besoin de « coopération-isolement »³⁴ qui vise à faire face à une pénurie de personnels qualifiés.

Le décalage institutionnel entre les EHPAD explique probablement pourquoi le groupement est en phase de maturité. Si le statut du GCSMS est public en raison du statut public des autres EHPAD, la gouvernance est formalisée sans réellement être opérationnelle. Ainsi l'administrateur n'a pas été désigné lors de la signature de la convention constitutive, la prochaine assemblée générale se réunira probablement en fin d'année en raison des différents changements de direction. On peut noter qu'il n'existe pas de rapport annuel d'activité du groupement. Enfin l'éloignement géographique d'un des EHPAD (distant de 35 km) représente une limite dans le développement d'actions de formations collégiales ou de partage de professionnels. Pour autant, il existe une réelle volonté de partager des expériences et des protocoles communs sont déjà en place. Le nouveau projet d'établissement pourrait être valorisé avec la nouvelle convention tripartite et permettre de solliciter des financements pour le GCSMS, permettant le partage d'autres professionnels (assistante sociale, préposé d'établissement).

Le nouveau directeur de l'EHPAD est également président d'une association régionale de directeur d'établissement et de services publics ou privé non lucratif pour personnes âgées dénommée ADESPA. Il convient alors de clarifier ses fonctions aux yeux des professionnels des établissements afin qu'il n'y ait pas de confusion entre le groupement et l'association, d'autant plus qu'il existe des sessions de formation dans l'EHPAD au titre de l'association. Ensuite un administrateur devra être désigné sans attendre que le GCSMS acquière sa personnalité morale. Un règlement intérieur à vocation opérationnelle pourrait être rédigé en vue d'une diffusion sous forme de livret ou par voie numérique à l'attention des professionnels et des administrateurs. L'objet visé étant de renforcer le sentiment d'appartenance propre au groupement qui pourrait faciliter les échanges de professionnels par la suite. Néanmoins au regard des différents projets à venir au sein des différentes structures il ne semble pas opportun d'aller plus avant pour GESPA 31.

3.1.2 La prise de poste du nouveau directeur, une opportunité avant la mise en place de nouveaux projets

Si la personnalité de la directrice est à l'origine de nombreux projets, le nouveau directeur envisage d'effectuer une pause dans la dynamique institutionnelle. Les différents enquêtés n'ont pas envisagé que l'ancienne équipe de direction soit en partie responsable de la lassitude des acteurs. Cette hypothèse peut pourtant expliquer la nécessité de temporiser les multiples projets. Toutefois, l'identité de l'EHPAD Saint-Jacques, marquée

³⁴ ANAP, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, p 21.

par le concept de l'Humanitude® et la présence de chiens d'accompagnement social doit être maintenue, voire renforcée.

Cependant un temps d'observation pour le directeur semble nécessaire afin de maîtriser l'ensemble des projets en cours et latents. Cette vision globale est inhérente à la vision stratégique du directeur. La première étape est donc de poser un diagnostic de l'existant avec ses forces et ses faiblesses. Cela revient à dire qu'un état des lieux de ce qui existe en tant que projet innovant s'impose et surtout en tant que projets personnalisés car ils répondent à la question des attentes du public accueilli d'autant plus qu'il est hétérogène et nécessite une personnalisation des réponses. La difficulté réside dans le temps consacré à l'écoute des différents porteurs de projets afin de bien saisir les tenants et les aboutissants. Le temps de la direction par intérim n'a pas permis de réaliser ce travail. Ensuite il conviendrait de formaliser l'ensemble de ces observations dans un document présentant la genèse des projets, les protagonistes concernés et les objectifs attendus, voire les indicateurs de suivi envisagés.

Bien qu'une situation de tension puisse être une opportunité pour impulser de nouveaux projets, le message est alors de rassurer les équipes tout en informant les professionnels des différents projets en cours et surtout de pouvoir valoriser les actions menées en interne. En somme la prise de poste du nouveau directeur, suite à son intérim, donne l'occasion de conclure le premier PE en vue de la rédaction du second. Or rédiger un projet d'établissement requiert une réflexion collégiale reposant sur un état des lieux avec l'idée de consolider les acquis. Au-delà d'un bilan des projets en cours il s'agit bien plus d'une transition pour l'institution avec deux temps forts, un changement de direction et un nouveau projet d'établissement.

3.2 Les prises en soins et accompagnements innovants à l'aulne d'un changement de direction et de médecin coordonnateur

Le directeur n'étant pas médecin et réciproquement, le projet général de soin pour les résidents est le fruit d'un travail étroit entre ces deux protagonistes selon des aspects budgétaires, de ressources humaines ainsi que les données médicales propre à la structure. On peut saisir le changement de direction et l'arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur pour dresser un bilan du travail des soignants notamment pour valoriser leurs travaux respectueux des résidents. La personnalité communicante du nouveau directeur devrait permettre d'instaurer un dialogue de confiance avec l'ensemble des professionnels, à commencer par le médecin coordonnateur.

3.2.1 La personnalité communicante du nouveau directeur

Le nouveau directeur reconnaît ne pas avoir la capacité d'innovation de l'ancienne directrice, il se qualifie plutôt avec un profil de communicant. Ainsi il dispose de tous les atouts pour poursuivre l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur au travers des rencontres avec les parties prenantes externes à la structure. En outre l'innovation au sein de l'EHPAD sera permise par sa capacité à créer un réseau professionnel associant d'autres directeurs et d'autres professionnels du champ de la personne âgée, afin de repérer les actions innovantes des autres établissements et mieux se positionner sur le territoire. Ainsi il a tout intérêt à participer à des commissions au sein des autorités de contrôle et de tarification. Cet aspect est déjà bien avancé puisque que le nouveau directeur est président régional d'une association de directeurs.

On peut mettre à profit le projet d'établissement pour échanger sur l'ensemble de ces projets et fixer des nouvelles priorités tout en renforçant le travail collaboratif entre divers professionnels quels que soient leurs profils puisque tous les agents sont des acteurs ou des observateurs des résidents. La personnalité communicante du directeur permettra l'expression de chacun en laissant libre cours aux intuitions. Ensuite le directeur doit être en capacité de penser différemment ou selon l'expression anglo-saxonne à penser en dehors de la boîte, « thinking outside the box », pour ne pas rester enfermé dans des certitudes ou pour libérer celles des autres professionnels. Une capacité de communication permet cet état d'esprit d'ouverture.

L'expérience antérieure du nouveau directeur confère une plus-value pour l'établissement et le GCSMS. Il a exercé depuis une vingtaine d'année dans différents établissements mais essentiellement dans le secteur des personnes âgées. Il a été sollicité à plusieurs reprises par l'ARS pour gérer des missions de direction par intérim dans le cas d'établissements en difficulté, hormis l'exemple de l'EHPAD Saint-Jacques. Il possède une connaissance accrue du territoire sanitaire et médico-social à l'échelle de la région grâce à l'association de directeur qu'il préside. Il va se retrouver en position de leader au sein du GCSMS car il a déjà exercé dans un autre établissement du groupement. En outre la structure qu'il vient de quitter sera probablement dirigée par une collègue stagiaire qu'il a encadrée ; la relation de confiance est alors déjà établie. Ensuite le directeur des deux autres EHPAD cherche à se rapprocher de ses attaches familiales ; il devrait donc quitter la direction des deux structures dès qu'il en aura l'opportunité. Il resterait alors à construire une nouvelle collaboration afin de poursuivre le partage entre les établissements.

3.2.2 Une relation à construire avec le nouveau médecin coordonnateur

L'absence prolongée du médecin coordonnateur représente à la fois une force et une faiblesse. Tout d'abord, il peut sembler audacieux de procéder à un licenciement d'un

professionnel pendant un intérim. Le trépied de l'EHPAD composé du directeur, du médecin coordonnateur et du cadre de santé s'est alors retrouvé bancal. De plus en considérant la fonction de médecin coordonnateur comme le maillon essentiel avec les professions libérales de santé intervenant dans l'EHPAD, cet élément n'est pas en faveur d'une mise en place de la commission de coordination gériatrique. Sur le plan administratif l'étude des dossiers d'admission était dévolue à la cadre de santé et le rapport d'activité médicale lui a échoué. Précisément, la participation pleine et entière du médecin coordonnateur pendant une période de transition s'avère essentielle. Les missions dédiées à l'ancien médecin étant partiellement remplies cela justifiait le recrutement d'un nouveau médecin.

Si cet évènement confirme le rôle important du binôme directeur et médecin coordonnateur l'absence de ce dernier représente un critère supplémentaire pour prendre le temps de se distancier du projet général de soins. L'évaluation de la mise en place du concept de l'Humanitude® offre une opportunité managériale pour revoir, si besoin, l'organisation de la prise en soins des résidents. Bien que le site de Cadours reçoive probablement une appellation établissement pilote pour l'Humanitude®, il ne semble pas opportun de conseiller le même parcours pour le site de Grenade en raison de la taille de l'établissement et du nombre de résident en unité de vie protégée. Ainsi Cadours confortera l'image de l'EHPAD Saint-Jacques au travers de ce concept mais le site annexe ne pourrait constituer un modèle à suivre pour le site principal. Cependant des connaissances préalables sur le concept de l'Humanitude® semblent nécessaires. Le directeur et le médecin coordonnateur pourraient participer à une formation commune afin de renforcer leurs échanges.

Le travail utile pour revoir l'organisation des soins et préparer le projet d'établissement pour sa partie médicale pourrait aussi faciliter la prise de fonction du médecin coordonnateur, dont l'arrivée est programmée en septembre 2013. En effet, Il sera nécessaire de recalculer le GMP et le PATHOS en vue de la prochaine convention tripartite.

Enfin la confiance dans le travail des professionnels de santé de l'établissement n'exonère pas le directeur de maintenir un niveau de connaissances suffisant pour échanger avec eux sur des aspects techniques. En outre, une lecture de la presse spécialisée anglo-saxonne peut constituer une porte d'entrée pour innover dans l'accompagnement des personnes âgées en institution.

Les différents aspects évoqués doivent s'inscrire dans une feuille de route plus globale permettant de jalonner le parcours jusqu'au début des travaux sur le nouveau projet d'établissement.

3.3 Une gestion des projets à renforcer

L'EHPAD Saint-Jacques vit actuellement une transition entre plusieurs phases porteuses de sens pour l'établissement. Les deux premières parties du mémoire ont permis de poser un diagnostic de la situation après une analyse des documents institutionnels et de plusieurs entretiens. L'objet de cette transition n'est pas de casser la dynamique de l'établissement mais plutôt d'anticiper un nouvel élan pour l'institution. Le principal écueil à éviter serait de s'abstenir d'élaborer une trame permettant de jalonner le parcours jusqu'à l'élaboration du futur projet d'établissement.

3.3.1 Un nouvel élan pour l'EHPAD en vue du nouveau projet d'établissement

La dynamique institutionnelle de l'EHPAD a suivi un rythme soutenu pendant plusieurs années. Si les équipes éprouvent le besoin d'une pause, l'idée n'est pas de stopper le mouvement amorcé. Néanmoins Il semble que les professionnels de la structure oublient parfois la qualité de travail dont il dispose. Fort de l'avance de l'établissement, deux éléments permettraient d'apporter aux agents un autre regard sur leur établissement.

Le GCSMS pourrait jouer un rôle de miroir pour les équipes par simple comparaison avec les professionnels des autres établissements du groupement. Les groupes de travail en commun sont utiles mais ils consacrent un temps non négligeable en dehors de chaque établissement. On pourrait envisager par exemple, la mise en place d'un comité éthique commun dans un premier temps qui présente l'avantage de monopoliser moins de temps que des groupes de travail. Au-delà de l'aspect novateur pour un groupement et pour les EHPAD, cette instance consultative aurait l'avantage de montrer aux équipes que les problématiques sont partagées. Les discussions seraient l'occasion d'évoquer les difficultés de prises en soins selon les principes de l'Humanitude® et la réalité quotidienne des différents soins à prodiguer. Cette instance permet de renforcer les relations de confiance au sein des équipes notamment en valorisant le travail effectué lorsque des situations problématiques sont rencontrées. Ce moment d'échange est propice pour rappeler aux équipes qu'une situation de soins compliqué peut ne pas avoir de solution et qu'il convient alors de choisir la moins pire de toute. Sur le plan organisationnel on doit toutefois noter d'emblée la difficulté pour recruter l'ensemble des membres extérieurs appelés à y siéger. Par ailleurs, on peut solliciter l'association ADESPA pour mettre en place une plateforme collaborative de partage pour les animateurs dans la plus grande région française où il est difficile d'abolir les distances ; on sait à quel point la problématique de l'animation en EHPAD est prégnante. L'objet est de pouvoir partager des pratiques et de créer de nouvelles animations. Rappelons que des réunions de ce type ont déjà eu lieu mais qu'elles restent cantonner aux intervenants à proximité du lieu de réunion. Ces idées au stade embryonnaire

mériteraient d'être exploitées et réfléchies collégalement mais elles insistent sur l'ouverture de l'établissement vers les autres professionnels.

En interne, il conviendrait de poursuivre la mise en place d'une politique de développement durable. Il semble que cette politique n'ait pas pu être initiée avant 2013 par rapport aux multiples projets en cours et par la définition réductrice qui en a été proposée. Dans son acception globale le développement durable recouvre trois aspects : écologique, économique et social. Si l'intérêt du volet économique n'est plus à démontrer, la mise en place progressive de ce projet va permettre d'impliquer l'ensemble des professionnels et de ne pas se restreindre au champ des soignants comme pour l'Humanitude®. Ce projet s'inscrit dans une démarche collégiale et partagée sur le long terme conférant une spécificité à ce concept puisque les actions à mener ne pourront se restreindre à la mise en place de protocoles comme dans le soin. De plus l'établissement devra établir des échanges avec l'ensemble des parties prenantes de la structure. Dans un premier temps, un diagnostic s'avère indispensable dans un contexte où le projet d'établissement avait proposé des axes sans réellement reposer sur un état des lieux en matière de développement durable. Ensuite un plan d'action déclinera les pistes à mettre en œuvre à l'aide d'indicateurs de suivi. L'objectif est également de fédérer les équipes autour d'un projet commun afin de renforcer la cohésion d'équipe en communiquant sur les résultats obtenus. Il peut en effet se dégager un sentiment de fierté d'appartenir à un EHPAD aussi grand que celui de Saint-Jacques dès lors qu'il s'inscrit dans un projet plus global. Les études d'opinion confirment que le concept de développement durable devient de plus en plus prégnant pour les citoyens. L'idée est alors de conforter l'établissement dans une démarche du « penser local pour agir global ». Les résultats attendus sont donc ambitieux et chacun peut se retrouver dans les différentes actions du projet ; le volet social étant un levier participant au bien-être au travail. Enfin la mise en place d'une politique de DD dans un EHPAD sera pleinement satisfaite si les résidents sont impliqués dans une telle démarche ; constituant ainsi un point de convergence intergénérationnel. La première contrainte est de fédérer un groupe d'agents de l'établissement pour qu'ils œuvrent de concert vers une véritable politique de développement durable. Il est nécessaire de créer un groupe pluridisciplinaire qui devra travailler en équipe malgré la différence des profils professionnels. Il s'agit de mener un management par projet à commencer par un diagnostic reposant sur le travail d'agents non expert dans ce domaine. La deuxième contrainte réside dans l'implication de l'ensemble des acteurs de l'établissement au projet de développement durable qui nécessite une prise de conscience collégiale, voire un changement de paradigme en levant des freins au changement des habitudes de travail. Enfin ce projet s'inscrit dans la durée de vie de l'institution, sa réussite résidera dans la qualité du suivi du plan d'action³⁵.

³⁵ La note de cadrage élaborée pendant le stage figure en annexe.

Toutes les nouvelles idées paraissent séduisantes mais elles resteront vaines sans un canevas approprié.

3.3.2 Une proposition synthétique de mode opératoire pour l'EHPAD

On a pu constater que la principale lacune de la multitude des projets au sein de l'EHPAD Saint-Jacques était de ne pas avoir eu le temps d'être évalués pour la plupart. Une proposition de mode opératoire peut-être proposée au regard des remarques des interviewés. Ces propositions seraient vouées à l'échec sans un calendrier respectant la vie institutionnelle, sans toutefois perturber l'organisation du travail des professionnels.

La stratégie proposée repose sur quatre axes. Le premier consiste à renforcer l'appartenance au GCSMS. Le second vise à maintenir un esprit de cohésion pour l'ensemble des équipes de l'EHPAD autour de la mise en place d'une politique de DD. Le troisième invite à valoriser le travail des équipes en interne. Le quatrième axe ne sera pas abordé dans ce mémoire puisqu'il consiste à engager une réflexion sur le nouveau PE qui débutera en fin d'année.

Bien que la reconnaissance juridique du GCSMS soit en cours, on pourrait poursuivre la réalisation de ce projet. Tout d'abord, il conviendrait de désigner le directeur de l'EHPAD Saint-Jacques comme l'administrateur du GCSMS afin de gérer un budget propre au groupement. Il permettrait de recruter des professionnels au titre du groupement, notamment dans le cadre de la création d'un service de mandataire judiciaire pour les résidents des EHPAD de GESPA 31 ou encore d'une infirmière de nuit afin de diminuer les hospitalisations. Toutefois, la création d'une pharmacie à usage interne propre au groupement ne saura probablement pas viable en raison de la distance kilométrique séparant les EHPAD. La valorisation des actions du GCSMS auprès des autorités de tarification et de contrôle passera par la rédaction d'un rapport annuel démontrant l'intérêt du groupement. Enfin les différents établissements devront définir leurs collaborations futures après avoir ciblé les opportunités et les menaces quant à la diminution du nombre de dossier à traiter en commission d'admission par exemple. On pourrait également envisager une réflexion collégiale sur des problématiques communes notamment dans le secteur des ressources humaines (turn-over du personnel, taux d'absentéisme, niveau de formation...)

La mise en place d'une politique de DD a été initiée pendant le stage à partir de mars 2013. Plusieurs supports ont servi à encadrer ce projet afin de favoriser le déroulement des réunions du groupe de travail. Le calendrier programmé a été décalé d'un mois en raison des difficultés pour réaliser un diagnostic dès lors qu'il n'existe pas de personne ressource dans l'établissement et de la difficulté à mobiliser plusieurs protagonistes dans un contexte d'arrêts de travail prolongés. Un plan d'action a été préparé mais l'élaboration du nouveau PE pourrait perturber son bon déroulement. Il

conviendrait alors de choisir de la part du directeur quelle va être la suite à donner à ce projet ? Au risque de voir le groupe s'étioler, on pourrait envisager de maintenir le suivi des actions à l'aide d'indicateurs mesurables et surtout de renforcer la communication afin de légitimer le travail réalisé. De surcroît le DD reste le seul moyen d'action pour relever le défi des contraintes budgétaires. Il importe de préciser à nouveau que le terme de développement durable doit être pris dans son acception globale, à savoir les trois piliers écologique, économique et social. La première des priorités consiste à former un des cadres de l'EHPAD à cette thématique. Une formation est envisagée en 2013 pour l'attaché d'administration aux finances intitulée « achats et développement durable ». Le directeur devra lui aussi être sensibilisé, quitte à inscrire l'EHPAD dans une démarche de compétition notamment avec les trophées développement durable décernés lors des salons de la santé et de l'autonomie. Enfin, les équipes ont regretté un manque de communication du travail entamé ; traduisant à nouveau un manque de reconnaissance et de valorisation. L'outil informatique semble le plus adapté pour véhiculer les avancées de travaux de groupe grâce à la cellule de communication composée de trois agents. De plus, certains résultats seront aisément démontrables en fin d'année, notamment au sujet des économies de papier pour la bureautique en raison du paramétrage recto-verso par défaut de l'imprimante centrale. Prouver que les actions sont utiles reste le meilleur moyen de motiver les équipes. Pour autant la politique des petits pas est inévitable dans la mise en place d'une politique de développement durable.

Pour les projets en cours (les propositions suivantes, volontairement synthétiques afin de clarifier les enjeux, concernent le dernier trimestre 2013) :

- Tout porteur de projet doit être en capacité de définir trois indicateurs de suivi, si possible quantifiables.
- Anticiper les risques dans chaque projet et les faire connaître ultérieurement aux résidents ou aux familles.

Pour les soins :

- Repositionner le rôle des IDE dans la répartition des actes paramédicaux au regard de la hiérarchie des actes ;
- Instaurer une évaluation du concept de l'Humanitude® par les référents des lors qu'il existe un changement notable du comportement du résident ;
- Débuter une évaluation des projets personnalisés.

Pour l'animation :

- Mettre en place un logiciel de suivi des activités d'animation afin d'inclure ce bilan dans le rapport annuel de gestion ;
- Inclure le responsable de l'animation dans l'équipe de direction, le responsable ne devant pas être la psychologue
- Penser l'animation à l'échelle de l'ADESPA avec la création d'une plateforme commune.

Pour les ressources humaines :

- Déceler le potentiel d'innovation des agents lors de l'entretien annuel, voire mettre en exergue des idées en attente d'application ;
- Etablir un rapport d'étonnement pour les nouveaux agents recrutés au-delà d'un mois ;
- Questionner les stagiaires en fin de stage sur leur vision de l'établissement.

Pour les référents des chiens d'accompagnement social :

- Définir à nouveau les missions des animaux auprès de l'ensemble des professionnels ;
- Engager une traçabilité des actes quotidiens des chiens en vue d'une future évaluation
- Réfléchir sur la mise en place d'indicateurs mesurant l'impact de la présence des chiens à côté des résidents.

Pour le nouveau médecin coordonnateur :

- Recalculer le GMP et le PATHOS en vue du renouvellement de la convention tripartite;
- Véhiculer les recommandations de l'ANESM pour l'accueil du résident en EHPAD ;
- Valoriser le travail des équipes par le biais d'évaluation des pratiques professionnelles pouvant s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) ;
- Programmer une commission de coordination gériatrique avec les professionnels libéraux.

Pour la cadre de santé :

- Préciser aux agents que le nouveau PE sera l'occasion de recueillir des idées de nouveaux projets ;
- Faire partie d'un jury de mémoires IDE ou AS ou AMP (connaître les autres structures et se faire connaître). A programmer pour la rentrée universitaire 2013 ;
- Publier dans des revues spécialisées pour les soignants, les directeurs...les résultats des évaluations des projets considérer comme innovants.

Pour le directeur :

- Etablir une cartographie des offres des établissements et services médico-sociaux du secteur des personnes âgées sur un rayon de 30 km autour de Grenade afin de mieux connaître le territoire ;
- Dresser un état des lieux des projets qualifiés d'innovants ;
- Consulter l'avis du CVS après évaluation des projets en cours ;
- Instaurer une réunion hebdomadaire pour véhiculer les informations sur les futures projets ou connaître l'état d'avancement des projets en cours ;
- Programmer une fois par semaine un tour des services pour véhiculer les dernières nouveautés et recueillir le ressenti des équipes ;
- Suivre les plans d'action en étant vigilant au respect des échéances, si retard nécessité de comprendre pourquoi.

Ces actions seront réalisées à moyen financier constant. Les propositions se veulent pragmatiques, l'idée maitresse étant d'assurer ensuite une sélection des projets à retenir en vue de mieux les suivre jusqu'à la rédaction du projet d'établissement. Ainsi cette phase est à considérer comme stratégique même si quelques actions relèvent d'un pilotage opérationnel.

Conclusion

Dans l'exemple de l'EHPAD Saint-Jacques de Grenade en Haute-Garonne, la mise en place d'une politique de prise en soins ou d'un accompagnement innovants dès 2008 se traduit aujourd'hui par une réelle dynamique de travail pour la majorité des agents. Le principe de l'Humanitude® est désormais bien ancré et plusieurs professionnels ont été formés. Pour autant d'autres actions que l'on peut qualifier d'innovantes ont également émergé pendant ces cinq années grâce aux personnalités entreprenantes de l'équipe. Toutefois l'ensemble de ces projets n'ont pas tous été pensés en synergie. De plus ils ont parfois souffert d'un manque d'évaluation et ils laissent place aujourd'hui à des inquiétudes de la part des professionnels, traduisant le plus souvent un essoufflement des équipes. Le contexte particulier que traverse l'établissement ne semble pas un facteur causal.

Avec un changement de direction et dans un contexte où l'établissement appartient à un GCSMS, ce concept d'Humanitude® pourrait être confronté à d'autres techniques de soins. Cela pourrait perturber les équipes, voire les résidents, lors des échanges de pratiques entre établissements, à moins que chaque projet innovant dans la prise en soin et l'accompagnement des résidents soit pensé comme un simple outil ; chaque professionnel devant s'adapter aux besoins des résidents. Quel que soit les prises en soin ou les accompagnements innovants un mode projet semble nécessaire, reposant sur une étude préalable exprimant le besoin et un suivi quantitatif, voire qualitatif, réalisé à 6 mois ou 1 an dans le seul but de mesurer le maintien de l'autonomie du résident.

Sur la réalisation du mémoire, on peut regretter que seuls les professionnels de l'établissement aient été enquêtés. Les diverses sollicitations auprès de l'ARS n'ont pas abouti. De même il conviendrait d'élargir les entretiens aux familles et résidents dont les capacités cognitives le permettent. Il convient de reconnaître que l'analyse thématique des entretiens serait perfectible avec de l'entraînement. De plus une comparaison avec une autre structure aux projets innovants aurait permis de confirmer le rôle prépondérant de certains acteurs ou de mettre en évidence d'autres caractères essentiels permettant d'innover. De même ce constat ne pourrait être extrapolé sur d'autres établissements en raison de la spécificité conjoncturelle de l'EHPAD de Grenade. Enfin il est apparu peu crédible d'étudier l'impact budgétaire de ces projets qualifiés d'innovants dès lors que les retombées étaient difficilement mesurables. Or toute évaluation de projet devrait pouvoir tenir compte de l'investissement budgétaire.

La mise en place du dispositif professionnel continu en 2013 offre une opportunité pour analyser les pratiques professionnelles et valoriser tout le travail accompli dans l'accompagnement innovant des résidents. Quelle que soit l'innovation apportée il

convient de ne pas perdre de vue l'essentiel des problématiques actuelles. Par exemple une des préoccupations majeure est de prendre en compte la souffrance psychique de la personne âgée. Un groupe de réflexion de l'ANESM sur la prévention, le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique de la personne âgée est en cours, les résultats sont attendus pour 2014.

Sources et Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne], [consultée le 26 mars 2013], disponible sur internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et de la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel, n° 36 du 12 février 2005 page 2353. [consultée le 26 mars 2013], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, NOR: MESX0000158L, [en ligne]. [consultée le 26 mars 2013], disponible sur internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>

Ouvrages :

ALTER N., 2013, *L'innovation ordinaire*, 6^{ème} édition. Lonray : PUF, 388 pages.

BAUMGARTNER E., MENARD P., 1996, *Dictionnaire étymologique et historique de la langue française*. La Flèche : librairie générale française, 848 pages.

BRAMI G., 2009, *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Sofia : Les études hospitalières, 355 pages.

BRAMI G., 2012, *La nouvelle conception des EHPAD*. Sofia : Les études hospitalières, 445 pages.

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, 2008, *Gérontologies et société, les innovations n°126*. Chartrusse : FNG, 247 pages.

GINESTE Y., PELISSIER J., 2012, *Humanitude*. ZI des Hauts-Sarts : Armand Colin, 319 pages.

HERVY B., VERCAUTEREN R., 2013, *Innover dans l'animation et l'accompagnement de la personne âgée*. Mercues : Erès, 139 pages.

OGIEN A., 2013, *Désacraliser le chiffre dans l'évaluation du secteur public*. Mayenne : Quae, 119 pages.

TACNET AUZZINO D., 2009, *Gérontologie et société, la place du consentement de la personne âgée lors de son entrée en EHPAD n°131*, Chartrusse : FNG, 235 pages.

Articles (de périodiques) :

DAGUIN A., 2013, « un dernier œuf à la coque », *Libération* daté du 6 juin 2013. [consulté le 07.06.2013], disponible sur Internet : http://www.liberation.fr/vous/2013/06/06/un-dernier-oeuf-a-la-coque_908897

DESCAMPS A., 2012, « Le devoir d'innovation », *Direction[s]* n°100, pp 24-33.

Rapports :

ANAP, 2013, *Le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir*, 126 pages.

ANAP, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, [en ligne]. 91 pages. 2011, [consulté le 24.08.2013], disponible sur internet :

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Anap_Guide_cooperations_Part1.pdf

ANAP, *Guide méthodologique des coopérations territoriales, formes juridiques*, [en ligne]. 109 pages, 2011, [consulté le 24.08.2013], disponible sur internet :

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Anap_Guide_cooperations_Part2_V20110304.pdf

ANAP, *Piloter la performance dans le secteur médico-social, expérimentation d'un tableau de bord de pilotage*, [en ligne]. 56 pages. 2012, [consulté le 02.02.2013], disponible sur internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_TBMS_Parcours_sante.pdf

ANESM, 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 47 pages

ANESM, 2009, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, 44 pages.

ANESM, 2011, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 1), De l'accueil de la personne à son accompagnement*, 70 pages.

ANESM, 2011, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 2), Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, 59 pages.

ANESM, 2012, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 3), La vie sociale des résidents en EHPAD*, 63 pages.

ANESM, 2012, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 4), L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, 109 pages.

CRP consulting, 2012, *Rapport d'évaluation externe de l'EHPAD Saint-Jacques de Grenade sur Garonne*, 48 pages.

DREES, 2011, *Les personnes âgées en institution*, dossier solidarité et santé n°22, 32 pages.

HAS, 2009, *Recommandations de bonne pratique, Maladies d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles des comportements perturbateurs*, 44 pages.

IGAS, 2013, *Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes*, 85 pages. [consulté le 06.07.2013], disponible sur internet : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_comite_national_pilotage_-_projets_pilotes.pdf

DGOS-CNG. Référentiel métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social [en ligne], 13 pages. [consulté le 13 juin 2013], disponible sur internet : http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_D3S_Mission_DGOS-CNG.pdf

Conférences :

BONJOUR ORLANDI E., « comprendre pour aider au quotidien », Forum « mieux vivre au quotidien avec un proche en perte d'autonomie », vendredi 7 juin 2013, Cadours

Creac'h consulting, 2012, *Analyse des besoins en compétences des dirigeants du secteur sanitaire, social et médico-social*, 25 pages.

La revue francophone de gériatrie et de gérontologie, *Approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer, prendre-soin et milieux de vie*, 08 et 09/11/2012, Centre des congrès de la Villette, Paris : Editions MF, octobre 2012, Spécial 188, octobre 2012, 47 pages.

TOUTUT JP., « L'innovation dans les établissements sociaux et médico-sociaux » in UNIVERSITE DE DROIT PUBLIC DE PAU, *Innovation et changement dans le secteur sanitaire et médico-social*, 28 juin 2013. [consulté le 20 juillet 2013], disponible sur Internet : <http://paudroitpublic.univ-pau.fr/live/actualites>

Sites Internet :

Plan Alzheimer 2008-2012, <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>, consulté en mars 2013

INSEE, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_1602R, consulté le 15 novembre 2012.

Supports multimédia :

Institut de formation M&R, 2012, « Alzheimer, de la disqualification à la valorisation », symposium du 17 octobre 2012 à Strasbourg, DVD, Shifter production.

Institut de formation M&R, 2012, « Les bases de la méthode de validation appliquées à la pratique quotidienne en Gérontologie », DVD, Shifter production.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des enquêtés

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Fiches thématiques (extraits)

Annexe 4 : Livrable développement durable

Annexe 1 : Liste des enquêtés

Fonction	Sexe	Age	Ancienneté
Ergothérapeute	Femme	30-40	>1 an
Diététicienne	Femme	40-50	< 1 an
Psychologue	Femme	40-50	>5 ans et ancienne IDE de l'EHPAD
Cadre de sante	Femme	40-50	>2 ans
AMP	Femme	40-50	>5 ans
Qualiticien	Homme	40-50	>2 ans
Infirmière coordinatrice	Femme	30-40	>1 an
Directeur	Homme	40-50	Par intérim depuis janvier 2013 puis directeur en juin 2013
Directrice	Femme	30-40	6 ans, jusqu'en décembre 2012
Président CVS	Femme	50-60	>1 an
Déléguée syndicale	Femme	50-60	>10 ans
Médecin coordonnateur	Homme	40-50	Absent

Annexe 2 : Guide d'entretien

Cette trame a permis de poser ces questions à l'ensemble des enquêtés, d'autres questions ont été posées en vue de préciser certains propos.

Tous les entretiens ont duré 1 heure environ selon un chronomètre. Les enregistrements ont permis de retranscrire en intégralité le contenu des entretiens en vue d'une analyse thématique.

1. Quelle est votre définition d'une prise en soin ou d'un accompagnement innovants en EHPAD ?
2. Connaissez-vous l'ensemble des projets en cours dans l'établissement ?
3. Quels sont ceux que vous qualifieriez d'innovant ?
4. Vous souvenez-vous des personnes à l'origine de ces projets ?
5. Quelle est la place du directeur dans ces projets innovants ?
6. Avez-vous connaissance d'une évaluation des projets ?
7. Est-il utile de démontrer l'efficacité d'un projet ?
8. Quel est votre point de vue sur les difficultés rencontrées actuellement dans l'établissement ?

Annexe 3 : Fiches thématiques (extraits)

<p>Je crois que c'est assez difficile de déterminer ce qui est innovant, euh, ce qui va être innovant ça va être le plus qu'on va pouvoir apporter par rapport à un existant, par rapport à une EHPAD donné, c'est ça. Je pense par exemple au finger-food qui en quelque sorte n'est pas quelque chose d'innovant puisque c'est quelque chose qui a déjà été fait ailleurs mais pour nous pour notre structure c'est innovant puisque c'est quelque chose qui n'existait pas donc tout dépend sur quoi on parle d'innovation. Si c'est une innovation sur un contexte nationale ou internationale ou si c'est innovant dans la structure elle-même.</p>	1B
<p>Il y a un projet qui me semble très innovant, c'est le projet personnalisé. Ce projet change totalement les mentalités car il impose aux professionnels de modifier la façon de penser les soins et l'accompagnement des personnes âgées. On est beaucoup plus sur une position de clientélisme certes mais nécessaire me semble-t-il. Ce n'est plus le résident qui se met à disposition du professionnel mais c'est l'inverse. Mais on rencontre aujourd'hui encore quelques résistances qui sont légitimes me semble-t-il, il est difficile en tant que professionnel de se dire que je dois me mettre à disposition du résident. Donc à la base j'ai presque envie de dire que c'est une petite révolution. Ce projet demande à tout revoir, la façon d'accompagner le résident et les soins prodigués. Et on modifie progressivement les représentations des maisons de retraite qu'on peut avoir dans la vie en EHPAD.</p>	1C
<p>On évoque souvent pour l'établissement de Grenade un établissement innovant mais tout dépend de la définition qu'on donne à l'innovation. Innovant ce serait créer des solutions en internes qui n'ont pas été faites ailleurs. En ce sens je ne trouve pas que l'EHPAD Saint-Jacques soit innovant. Je crois qu'on confond être à la pointe ou être réactif avec ce qui se fait d'innovant. Avec l'exemple du chien d'accompagnement social on est peut-être les premiers dans la région mais ce n'est pas la première fois en France. Comme autre exemple on parle souvent du PASA qui a été mis en place rapidement, mais ce n'est pas en soi un projet innovant. Concernant le poulailler je ne sais pas si ça a été impulsé par la direction ou par les agents, je pense que ça a déjà été fait ailleurs. Peut-être que l'arbre de vie répond à la définition de l'innovation car je ne sais pas si ça déjà été fait ailleurs. Moi quand je parle d'innovation je pense surtout aux méthodes organisationnelles dans les équipes là il ne me semble pas qu'il y ait d'aspect innovant dans le sens où il n'y a pas par exemple de roulement innovant ni dans le contenu des fiches de postes. Pour moi il n'y a pas d'éléments innovant dans l'établissement.</p>	1F
<p>Ce serait déjà de pouvoir sortir de l'idée du carcan de la maison de retraite avec la notion de mourir. Pour moi la maison de retraite a plutôt une connotation de fin de vie. Donc être innovant ce serait créer des lieux de vie pour des personnes âgées. Les projets habituels concernent l'animation et l'occupationnelle pour le résident. Mais à la rigueur ce serait de l'animation innovante. Après on pourrait aussi évoquer l'accompagnement à l'autonomie des résidents qui est plus sur le champ du soin avec l'exemple des ateliers thérapeutiques. Mais malheureusement l'accompagnement de l'autonomie n'est pas forcément valoriser au niveau du budget. Quand les résidents gagnent en autonomie on perd du GIR et donc on perd aussi</p>	1G

<p>en accompagnement. Dans l'établissement il existe un projet esthétique porté par une aide-soignante qui a une formation de coiffeuse. C'est elle qui avec sa compétence a constaté qu'il existait une demande de la part des résidents.</p>	
<p>Êtes-vous en capacité de donner l'ensemble des projets au sein de l'établissement aux agents ? Non je donne les principaux. Je cite le chien, le poulailler, je fais visiter l'établissement et je parle de l'Humanité. Ce concept est désormais bien intégré dans l'établissement. On est même reconnu dans les écoles comme le porteur de ce concept.</p>	1G
<p>Ce qui sera innovant demain, c'est de revenir sur des choses simples, concrètes et réelles. Donc je ne sais pas si on peut donner des conseils pour mettre en place des projets innovants, mais ce qui est important quel que soit le projet c'est que l'objectif soit clairement affiché. Il est important d'être clair avec son objectif.</p>	1F
<p>Effectivement nous sommes aujourd'hui dans une logique d'évaluation, or je pense aujourd'hui que c'est peut-être ce qui fait défaut dans l'établissement par rapport à tous ces projets. C'est-à-dire que nous avons des projets innovants tels que le poulailler, le finger Food, le chien d'accompagnement social, mais prend-on le temps d'évaluer tous ces outils ? Il me semble que de toute façon dans tout projet dans toute dynamique de groupe, il est important qu'il y ait un tiers. Ce tiers va nous permettre d'avancer car il y a une logique de supervision. Le danger dans tout fonctionnement de groupe, c'est la chronicité, quand il y a des habitudes qui s'installent, d'ailleurs le projet personnalisé se heurte à ces résistances car il fait peur par rapport à ses habitudes. Pour en revenir à la place du directeur il me semble que l'impartialité du directeur est vraiment importante dans le sens où c'est une forme de garantie au bon fonctionnement des projets mis en place. Le directeur peut rappeler que ce projet est important mais il doit pouvoir fixer des échéances pour évaluer le projet et éventuellement le réajuster par rapport aux objectifs initiaux. Le directeur doit avoir sa place car c'est la garantie du bon fonctionnement de la dynamique de groupe. C'est lui qui a la possibilité de ramener l'équipe, à rappeler à l'équipe qu'un projet est intéressant à mettre en place mais pas simplement parce que c'est un projet.</p>	3C
<p>C'est vrai que pour ce projet du chien d'accompagnement social nous n'avons pas fait d'évaluations à proprement parler. On s'est aperçu que pour le résident qui était en refus de faire sa toilette la présence du chien permettait de faire diversion et donc de changer le comportement du résident, il y a une forme de lâcher prise si vous voulez. Mais à ma connaissance on n'a rien tracé de cette évaluation. C'est vrai que ce temps nous manque pour valoriser le travail des équipes notamment.</p>	3D
<p>À mon avis le directeur va se positionner comme le tiers, celui qui est en dehors du groupe, celui qui va permettre la mise en place des projets. Le directeur va être celui qui va être vigilant à des problématiques de dogmatisme, il n'y a pas de discipline meilleure l'une par rapport à l'autre. Le directeur doit permettre de diversifier les projets, il doit permettre aux soignants de mettre ses projets en place, de les éprouver, de les ajuster par rapport aux objectifs posés initialement. Donc c'est plutôt une position de tiers. Bien sûr le directeur doit prendre un risque, malgré tout il garde cette position de tiers extérieur, ça lui permet d'être vigilant par rapport à tout ce qui peut se passer, aux tenants et aux aboutissants du projet. La position du directeur, c'est celui qui va accompagner les équipes dans leurs projets mais c'est</p>	4C

<p>celui aussi qui peut prendre suffisamment de recul pour permettre aux équipes d'avoir l'esprit critique de ce qui est mis en place, leur permettre de regarder leurs projets et d'analyser et d'évaluer si les objectifs initiaux correspondent justement aux attentes ou pas.</p>	
<p>Il semble que le projet innovant du poulailler crée aujourd'hui quelques tensions au sein des équipes ? C'est vrai que ce projet a été source de difficultés au sein de l'équipe parce qu'une partie de l'équipe ne se voyait pas en train de s'occuper du poulailler, ce qui est logique. On n'en revient effectivement au fait que si un projet touche aux habitudes et à l'organisation de travail d'une équipe il peut être un élément perturbateur et donc il faut être vigilant et accompagner les équipes dans la mise en place ce projet. Donc il est important de positionner l'intérêt du poulailler et de positionner qui s'en occupe. Le directeur doit être le garant de ce positionnement. Alors qu'au départ lorsque ce projet a été présenté ces éléments n'en faisaient pas parti. Il a donc fallu poser certaines règles.</p>	5D
<p>Initier un projet, d'autant plus quand il est innovant, c'est permettre aux équipes de s'interroger sur leurs pratiques. A une époque des agents changeaient de chaine de télévision en changeant de chambre. On peut donc voir une opportunité managériale en impulsant de nouveaux projets. C'est une forme de management par l'innovation.</p>	1I

NOTE DE CADRAGE PROJET DEVELOPPEMENT DURABLE			
Projet : Mise en place d'une politique de développement durable		Chef de projet : Mme M	
		Date : Novembre 2012	
Contexte et enjeux: Transformer la commande de mise en place d'une politique de DD en objectifs opérationnels.			
Objectifs poursuivis et résultats attendus (et indicateur de réalisation) : Ce projet s'inscrit dans une démarche collégiale et partagée sur le long terme. Il s'agit d'une spécificité puisque les actions à mener ne pourront se restreindre à la mise en place de protocoles comme dans le soin. Dans le cas présent tous les acteurs internes sont concernés, quel que soit le service. De plus l'établissement devra établir des échanges avec les parties prenantes de la structure. Des éléments de précision sont indiqués dans le plan d'action.			
ORGANISATION DU PROJET			
Comité de pilotage : Equipe de direction	Equipe de projet : Cf organigramme	Groupes de travail, prestataires, experts : Cf organigramme pour groupe de travail, pas d'expert retenu, pas de prestataire pour l'instant	Partenaires : Les parties prenantes internes et externes de l'EHPAD
DEMARCHE GENERALE DU PROJET / CALENDRIER			
Principales étapes ou phase du plan d'action :		Date de début :	Date de fin :
Phase 1 : Diagnostic		Février 2013	Juin 2013
Phase 2 : Mise en œuvre de plan d'action 1		Juin 2013	Mai 2014
Phase 3 : Evaluation de la politique de DD et bilan 1		Septembre 2013	Juin 2014
Contraintes à intégrer : Les membres de l'équipe projet ne sont pas des experts du DD, il faudra du temps pour que ce concept soit partagé dans sa globalité (écologique, économique et social). Le manque de temps à consacrer au DD peut être un frein. En effet il existe déjà plusieurs référents au sein de l'établissement qui ont déjà mis en place des groupes de travail. Cette multiplicité des groupes peut nuire à la clarté d'une nouvelle politique de DD. Enfin à l'instar du concept de l'Humanitude©, le DD est inscrit dans le projet d'établissement, il s'agit alors de pouvoir inscrire cette politique sur le long terme.			
Avantages / opportunités : -Fin de la période des évaluations (internes et externes) -Nouvelle dynamique à mettre en place autour d'un projet fédérateur -Changement de direction -Contexte budgétaire déficitaire -Prise de conscience sociétale autour du DD -Nouveau projet d'établissement -Nouvelle convention tripartite		Inconvénients / risques : -Réduire la politique de DD à une démarche écologique -Difficulté pour inciter les agents à s'impliquer dans ce projet -Coût en ETP pour la mise en place de la politique de DD dans un contexte d'augmentation des arrêts de travail -Comprendre que le DD est une politique s'inscrivant sur le long terme	

PERRIN

THIERRY

Décembre 2013

DESSMS

Promotion 2013

Le rôle du directeur dans la prise en soin et l'accompagnement innovants en EHPAD, l'exemple de la maison de retraite de Grenade sur Garonne

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université RENNES

Résumé :

L'établissement Saint-Jacques à Grenade sur Garonne est en avance au sein de son territoire, voire innovant. Même si l'établissement semble plus créatif qu'innovant, il s'avère que l'institution doit faire face à des changements importants potentiellement perturbant pour les équipes. Une évaluation externe, plusieurs départs en interne, des élections municipales anticipées, une direction par intérim pendant 6 mois, sont entre autres des facteurs pouvant fragiliser la cohésion interne. On peut se demander si la perturbation des équipes est conjoncturelle ou si elle était sous-jacente ? Le motif du changement de direction n'a pu être retenu après analyse des entretiens semi-directifs réalisés au sein de l'établissement. En revanche la multitude des projets en cours manquent d'évaluation, les enquêtés étant plus enclins à travailler collégialement sur moins de projets. Ces éléments ont permis de proposer un mode opératoire de transition avant de débiter le renouvellement du projet d'établissement.

Mots clés :

INNOVATION, EHPAD, DIRECTEUR, RESIDENT, GESTION PROJETS, EVALUATION, PRISE EN SOIN, GCSMS, MEDECIN COORDONNATEUR, HUMANITUDE, CHIEN D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.